

INTÉRÊT DU RÊVE ÉVEILLÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES ÉTATS LIMITES

Geneviève de TAISNE

Séminaire du 8 avril 2013

Nous voilà donc ensemble cet après midi pour réfléchir à un sujet qui nous concerne tous : les états limites.

Auj. nous dirions volontiers que tous nos patients sont des états limites.

Tous les états limites ne présentent pas la même gravité, mais je serais assez tentée de penser que nous avons tous un noyau limite plus ou moins important selon les cas. (Marie-Laure Grivet-Tour)

Green dit lui même : « *les analystes qui ont de plus en plus affaire à des patients difficiles, se voient contraints d'aborder le problème de la pensée pour des considérations pratiques, car même quand ils ne sont pas psychotiques, les patients qui constituent la population actuelle n'en sont pas moins névrosés.*

Quand bien même les troubles de la pensée ne se présenteraient pas sur le devant de leurs tableaux cliniques, ils imposent, à coup sûr, un effort de pensée à l'analyste...ce qui laisse deviner chez eux l'existence plus ou moins latente d'une problématique de ce genre »(folie privée.p.295

C'est cet effort de pensée que nous allons tenter de faire cet après midi.

Cela pose « ? ». **Qu'est ce que recouvre ce terme « état limite » ?**

Aujourd'hui, il m'apparaît un peu comme un sac à malices, comme le terme de dépression, ou bipolaires ou précoces... un mot qui recouvre un ensemble sans vraiment le définir.

C'est d'autant plus gênant qu'ils sont parmi les patients les plus déroutants
Aussi déroutants que attachants :

« M.Khan disait que lorsqu'il avait envie de serrer un patient dans ses bras, il savait que c'était un état-limite ! »

Si tous les cliniciens n'ont pas la même réaction en présence d'une personnalité limite chacun d'entre nous a l'expérience de ce quelque *chose de différent qui nous met en alerte, aiguise notre intuition et mobilise notre vigilance.*

Car j'ajouterai, nous sommes très vite confrontés à un mouvement paradoxal :

A la fois sensible, comme M.Khan, à l'appel affectif et confronté à « du vide » de pensées.

A la fois dans l'envie de « soulager » une souffrance visible et un faux self parfaitement défendu.

A la fois dans un contretransfert Winnicotien et un travail du négatif qui ne peut pas ne pas nous atteindre.

Ces paradoxes créent en nous un conflit de sentiments opposés au sein desquels vont se tricoter le transfert et le contre transfert et face auxquels vient se construire le cadre.

Ces deux éléments du procès, *le cadre et le transfert étayeront la cure.*

Le cadre parce que nous allons le voir, la métapsychologie en cause dans ces états est celle d'une butée par rapport à l'oedipe, donc du tiers, donc de la loi, représentés par le cadre.

Mais le cadre surtout confronte ces patients à la castration et à la solitude insupportables pour eux.

Les retards, le positionnement sur le divan ou en dehors, (patient qui s'assoit par terre à mes pieds ou une autre qui prend mon fauteuil), le respect des consignes, (j'ai pensé plein de choses, fait des rêves éveillés cette semaine, mais je ne me souviens plus..) seront autant d'éléments signifiants d'une autre scène où se rejoue ce qui s'est passé pour eux, il y a très longtemps.

Nous allons voir que le cadre vient pour ces patients jouer le rôle du « holding » de Winnicott, c'est à dire de contenant protecteur des pulsions internes mais aussi de la relation à l'autre qui peut être vécue sur un mode « intrusive ou persécutrice ».

« Là je ressens ce moment, vos paroles, le calme comme si j'étais bordée dans mon lit, comme si en moi c'était contenu, comme si enfin je pouvais me sentir en confiance avec vous et peut être avec moi. »

Winnicott (dans la crainte de l'effondrement), dira que certains patients ont besoin d'un holding bien réel sinon le self non intégré sera pris dans une chute sans fin. L'angoisse est là d'une intensité psychotique.

Le transfert. J'ai développé par ailleurs que ces patients commençaient par tisser un espace commun, qui était un dénominateur commun entre le thérapeute et eux faits des congruences de vie ou de problématique, sur les quels se tissaient le transfert. Quand celui ci était suffisamment fort, un maillage entre le thérapeute et lui alors pouvait se déployer le travail du négatif, la pulsion dépression-destructivité.

Winnicott parle de ces enfants qui à la suite d'expérience de déprivation, quand ils font confiance à un homme ou à une institution commencent par la mettre en pièce pour voir si la charpente est sûre.

Evidemment cette dynamique s'entre maille avec le contre transfert qui va être mis à rude épreuve ou plutôt à l'épreuve ce qui se rejoue dont je formule aujourd'hui l'hypothèse :

Ces patients nous font revivre ce dont ils ont été l'objet, car tous ceux que j'ai pu regarder de près ont subi une maltraitance psychique, pour moi cause principale de la problématique.

Ainsi Mlle M. qui me fait disparaître dans le cabinet tant elle soliloque sur le divan en me tournant le dos. On peut juste penser que c'est le travail du négatif, mais elle me dira : « on, (son frère et elle) n'existait pas aux yeux de notre mère. Elle était dans son fauteuil et nous on ne devait pas faire de bruit, pris dans une chape anesthésiante. »

C'est exactement ce que je ressentais depuis des mois. Peut être que son attitude « attaquait » la relation thérapeutique mais surtout elle me faisait vivre ce qu'elle même avait vécu de négatif et de maltraitant.

Donc même si il nous semble connaître bien ces problématiques, j'ai eu envie de revenir sur ce concept pour regarder d'un peu plus près, ***et comprendre ce qui se jouait qui créait cette structuration, en lien avec le travail que j'avais déjà fait sur le holding et le handling, et de voir comment se joue la scène rêve éveillé dans chacune des figures.***

D'abord il nous faut revenir à la définition.

Bergeret note que, dans le passé, il y eut plus de 40 définitions du terme « état limite ». Au milieu du 19ème siècle, on les situait près de la psychose, proches des états pré-schizophréniques. À partir de 1940, les cliniciens sont de plus en plus sensibles aux états limites, chaque chercheur privilégiant un de leurs aspects : pour Fairbairn (1940), c'est le schizoïde, pour H.Deutsch (1942), c'est la personnalité « comme si », pour Balint, le défaut fondamental, Winnicott, le faux self, etc. Sans compter les auteurs français : les structures prégénitales de Bouvet (1956), la pensée opératoire de Marty ou les anti-analysants de J.Mc Dougall (1972).

Bergeret nous donne cette définition :

*« ni névrotique, ni psychotique, mais se situerait entre ces 2 champs, en raison d'un **arrêt** du développement libidinal sous l'effet d'un traumatisme désorganisateur survenu à la période anale. »*

Ce traumatisme a pour conséquence d'empêcher la confrontation du moi à la problématique oedipienne et de faire entrer l'enfant dans une pseudo latence précoce qui aboutit à un aménagement libidinal caractériel, instable et + ou - durable.

Sur le plan *métapsychologie*, la pulsion est encore sous l'égide des modes de défenses archaïques. La psyché n'a pas accès à la castration, ni à la structuration autour de la loi. Elle reste sous l'égide de la toute puissance, des pulsions sadiques anales, du surmoi archaïque, définies par M.Klein. Elle est constituée d'un moi non séparé du père et de la mère.

Cette définition m'a intéressée car elle sort du champ habituel, où on réfère les états limites à un trouble autour de la frontière, dedans dehors, ics, cs, la double limite de Green sur la quelle on reviendra autour du R.E. pour les situer en lien avec un trauma et une fixation à l'âge préœdipien, sadique anal.

Elle met l'accent sur le trauma et sur cette latence précoce qui renvoie au faux self de W. si présente dans ces problématiques.

Je la mettrais en lien avec une autre définition :

On peut dire limite mais aussi mouvante, là où tout peut basculer. Comme sur un fil.

Mouvante signifie qu'il y a un mouvement possible, tout n'est pas figé.

Sur un fil, car c'est comme cela qu'on se sent face aux résistances de la personne.

- **Pourquoi limite ?**

Qu'est ce qui caractérise la problématique des états limites par rapport à une autre, hystérique, obsessionnelle puisqu'on retrouve ces composantes chez des personnes qu'on considère comme états limites ?

Ce qui est typique des états limites, **est le couple dépression- destructivité.**

Non pas de la dépression réactionnelle névrotique, ni de la dépression fondamentale des psychoses, *mais d'une dépression qui est soudée à la destructivité.*

C'est cette destructivité, le plus souvent niée, qui explique qu'elle apparaisse peu dans le transfert ou sous une forme froide, et que nous ayons tendance, nous psychanalystes, à en sous-estimer la portée.

Par ex. en reprenant la cure d'une de mes patientes, où j'avais posé un diagnostic de problématique hystérique à cause de ses questions autour de son identité sexuelle et de son rapport au corps, je peux relire en refaire toute une lecture autour de la destructivité à l'oeuvre dans le transfert, retard, remarques sur mon cabinet, ma coiffure, déni du travail fait... comme une dynamique limite qui pouvait faire basculer la cure dans la psychose ou dans la névrose. Alors que j'ai moi même suivie une patiente qui présentait une problématique de délire hystérique où il n'y avait pas du tout cette dépression-destructivité à l'oeuvre.

De la même manière qu'on peut avoir une problématique obsessionnelle avec en filigrane une dynamique d'état limite qui se joue.

Ainsi cet homme qui a des maux de tête récurrents, un problème aux yeux obsessionnel, et qui détruit toute tentative d'interprétation, de travail de la pensée autour de ces symptômes.
« Vous êtes formidable » « c'est très important ce que vous venez de dire » et il n'en fait rien.

Il m'utilise comme un objet à qui il parle lui qui n'a jamais été pris au sérieux dans sa famille. Le lien lui permet de ne pas tomber dans la psychose et de mener une vie plutôt réussie.

Elle lui permet aussi d'investir son énergie sur certains plans de la réalité.

La colère par rapport aux siens est peu affectivée mais je pense que le transfert lui permet d'en utiliser l'énergie pour divorcer.

Alors Limite ?

Nous parlons aujourd'hui de ce type de patients qui présentent :

* *un arrêt de structuration autour de la structuration oedipienne, pour lesquels* le couple *dépression-destructivité* est la marque et le fil rouge qu'on va retrouver dans le cheminement de la cure ou la vie du patient

Il y a une *adaptation à la réalité qui sert de corset à la personnalité*. Un effondrement est possible, qui peut être une chance ou non.

* *Un comportement particulier de **séduction** qui vise à prévenir un risque important de dépression.*

* *Un besoin d'affection de ces sujets immense et insatiable.* Il rend compte. Cet aménagement libidinal constitue le tronc commun des états limites *caractérisés par une relation d'objet **anaclickique** (carence affective, besoin d'amour).*

* *Limite, sur le fil, avec une fixation au stade sadique anal, donc des mécanismes de défenses archaïques, selon M. Klein dont un surmoi archaïque très sadique...*

* *Limite car le cadre vient confronter le patient à l'Oedipe, à la loi, mais surtout à la castration et à la solitude qui sont insupportables.*

Aussi on pourra avoir une régularité dans les séances qui nomme l'enracinement dans un fort transfert, symbolique d'une relation d'objet anaclickique (besoin d'amour, étayage sur l'autre) et une attaque du cadre.

* Avec tout un jeu entre une demande d'amour énorme et une attaque de ce qui constitue le cadre thérapeutique.

On est bien dans le stade anal, sadique anale.

Donc limite mais pas figée

Pour Diatkine, il n'y a pas de structure mentale qui s'exclue l'une l'autre *mais un équilibre dynamique et un passage possible de l'une à l'autre. Elle montre une utilisation en alternative entre processus primaire (psychose) et secondaire (névrose).*

On a vu aussi qu'on pouvait dire « mouvante » au sens où tout est sur un fil et peut basculer et on l'a mis en rapport avec les autres pathologies.

On retrouve cette notion chez Green dans la folie privée:

« Il nous faut considérer la limite comme une *frontière mouvante et fluctuante dans la normalité comme dans la pathologie ; la limite est peut-être le concept le plus fondamental de la psychanalyse moderne. On ne doit pas le formuler en termes de représentation figurée mais en termes de processus de transformation d'énergie et de symbolisation.* (force et signification)

Cette approche pour nous thérapeute R.E. est très signifiante puisque le R.E est un lieu transitionnel par rapport à l'analyste, qui permet le mouvement interne dans la psyché et qui permet ce qui est creux dans la problématique état limite, l'insight.

La notion de limites renvoie à celle de clivage.

Le clivage instaure une limite, entre affects et des processus de pensée; en tant que tel, le clivage ne disparaît jamais mais subit des transformations grâce à un objet contenant (le holding) situé à distance optimal et adapté à la capacité de tolérance, limitée dans le temps du bébé ; le clivage ne permet jamais d'effectuer une séparation totale.

Ainsi coexistent des états du moi, appartenant à des périodes différentes et coexistant dans la psyché.

On voit que le clivage - limites peut s'appliquer à dedans, bon, dehors mauvais , par exemple mais qu'il s'applique aussi entre pulsion excitation et travail pensée, ainsi que dans le somato. Psychique qu'on voit à l'œuvre dans des scarifications comme acte parole, où le travail psychique face à la souffrance est court – circuité.

Ces paramètres expliquent que les états limites aient des difficultés à symboliser leurs conflits intrapsychiques et que bien souvent ces derniers se transforment en conflits interpersonnels.

Dans la présentation de ce tableau il nous reste une dernière question :

Qu'est ce qui permet de franchir la lignée Oedipienne, ou qu'est ce qui donne assez de sécurité pour accepter la castration affective ?

1/ le type d'intervention de l'analyste.

La parole de l'analyste ne sera pas du type « interprétation » levée du refoulement mais plus proche de Bion, fonction alpha, qui est de donner du sens aux morceaux dispersés pour les relier et leur permettre de se transformer. La parole sera signifiante, symbolisatrice parce que contenante.

2/ La fonction symbolisante de l'analyse.

Ce qui nous renvoie aux propos de Green

« Une des fonctions fondamentales de la psyché est de tendre vers la séparation pour promouvoir l'individuation : ce but ne sera atteint que si cette fonction disjonctive est assortie d'une fonction conjonctive dont la visée est de rétablir, autant que peut se faire, une communication entre les éléments clivés dans une coexistence conflictuelle minimale.

C'est le travail de symbolisation, qui nécessite le clivage de deux éléments puis leur re-combinaison pour créer un troisième élément, chacun des deux restant le même pour devenir au moment de leur réunion différent de par cette réunion même. » P.124 (la folie privée)

3/ La capacité de l'analyste à créer un holding permettant la double expérience de la séparation et de l'individuation permettant au patient de se soutenir par lui même.

« La problématique des états limites, nous dit M.L. Grivet- Luss, est en grande partie due à un environnement parental qui, parce qu'il fonctionne en « faux self », est particulièrement toxique.

Selon Winnicott, c'est la capacité d'attente de l'enfant qui a été mise à mal, c'est-à-dire que ce sont les non-réponses répétées de la mère à l'attente de l'enfant qui sont traumatiques. Autrement dit, l'enfant attend une réponse qui ne vient pas. Le fait que cette situation perdure, conduit à « un état où seul ce qui est négatif est réel ». En d'autres termes, l'enfant ne connaît, n'expérimente que la non-réponse maternelle, de telle sorte que toute la structure psychique devient ultérieurement indépendante des apparitions et des disparitions

futures de l'objet. Le modèle négatif s'impose alors comme une relation objectale organisée et spécifique. Tel est le cas de cette patiente qui dit avant son anniversaire, « je suis sûre que ma mère ne m'appellera pas. » Elle ajoute : « si elle le fait, ça sera pour la forme ». Lorsque, contrairement à ses prédictions, sa mère l'appelle, elle commente en disant que, de toute façon, sa mère ne lui a rien dit d'important. Cette patiente a eu une mère qui s'obligeait à être une mère pour sa fille sans parvenir à être présente affectivement pour elle.

Dans la relation transférentielle, cette négativité peut intervenir comme une méfiance tenace ou un rejet de l'aide que l'analyste propose en tant qu'objet substitutif. « Que pouvez-vous faire pour moi, j'ai toujours été seule, je n'ai jamais compté que sur moi-même », dit une patiente.

Dans le cas des états limites, le négatif a pour fonction essentielle de s'opposer à la réalité psychique. Pour le dire brièvement, le sujet rejette, nie, désavoue tout ébranlement psychique qu'il sent comme une menace, car susceptible de rouvrir des blessures indicibles et de réactiver l'angoisse d'un effondrement. En bref, le propre du négatif vise à nier l'importance de la signification psychique inconsciente de l'affect ou de la représentation au moyen de certains mécanismes spécifiques, dont le clivage. »

Comme je vous le disais au début, je pense que c'est ces expériences là que le patient rejoue dans notre cabinet. Et donc que le négatif vient rejouer sur la scène analytique l'histoire du patient.

Une patiente qui ne supporte pas la sonnette ; la fin de la séance la surprend toujours. J'ai mis des mois à comprendre qu'elle réactivait chez elle les départs de ses parents sans être prévenue, comme une coupure, comme quelque chose d'imprévisible. Quand elle commence à être bien, paf, ça coupe.

Quand on peut entendre dans ce sens là les épisodes négatifs qui se jouent. Cela est très soulageant et éclairant car on peut en faire quelque chose.

Comment le handling a été malmené dans ces histoires et quel rôle a le R.E ?

Mathilde; trentaine, étudiante en thèse

Habillée, coiffée de manière impeccable, avec un petit détail qui détonne ; chaussure en panthère.

J'ai l'impression d'une petite fille polie quand elle me dit « bonjour madame, au revoir madame ».

Elle parle de sa vie d'un ton monocorde, sans beaucoup d'affects.

Elle se présente dès l'enfance dans un faux self. Qui apparaît comme la seule sauvegarde de l'enfant.

Si l'enfant ne répond pas aux désirs des adultes, c'est le vide, la chute, la mort..

« Je devais coller à un modèle, de petite fille parfaite »

A, 14 ans impression d'une scission en moi, pas complètement moi même. »

On retrouve ce que nous avons dit plus haut :

Un traumatisme petite : sa mère la jette à l'eau

Sa mère qui la jette dans une piscine quand elle avait quatre ans et qu'elle ne savait pas nager et qui la regardait se débattre,.

« Elle était au bord, elle riait de me voir ; je me suis dit je ne lui ferais pas ce plaisir ; je ne sais pas comment, je suis revenue au bord, je me suis dit, elle est folle et je me vengerais plus tard.

Ma mère quelque chose de fou d'imprévisible. »

Et une réactivation à l'adolescence.

Elle dira s'elle :

« je me sens bloquée »

« Bloquée, et si c'était une image » :

une barrière, un mur qui m'enserme.
comme un carquant , chaud qui m'emprisonne.

Cela me renvoie à un rêve que je fais souvent : dans un abysse, seule dans le Noir, une présence dangereuse, je me retournais : un gros requin, la gueule ouverte.

Le rêve éveillé a permis d'accéder à la représentation de la sensation, et au souvenir du cauchemar. Il va permettre aussi d'accéder aux affects.

On parle de l'eau de son gout pour se baigner et sa peur. Elle peut dire son ambivalence entre le bien être qu'elle ressent à travers l'eau sur sa peau et la peur en lien avec le cauchemar, que la profondeur des eaux recèle des dangers cachés.

Elle revient la séance d'après en me disant :

C'est bizarre que je ne ressente pas de colère.

Or chaque fois qu'elle a évoqué la violence de son père ou de sa mère, elle dit : j'ai pensé plus tard, je me vengerai. » Mais là quand on évoque ces « mauvais traitements » aucun insight autour de l'agressivité n'apparaît.

Par contre elle parle beaucoup de culpabilité comme si le surmoi archaïque transformait l'une en l'autre. La culpabilité comme une colère retournée contre soi ou l'intériorisation de l'agressivité parentale.

Je lui demande si elle peut mettre cette colère en image.

« Comme un ouragan qui les ferait tous disparaître, je serai enfin seule dans une île déserte, avec des livres et un chat. »

Cette image est elle à prendre au premier degré ou dit elle le début d'une individuation ?

L'île déserte avec chat étant **comme le R.E** un lieu appartenant au psychisme du patient, limite entre son espace intime et son pcs. et sa mise en mots symbolisant le dehors, le cs. Comme généralement on ne peut rester inerte sur une île déserte, elle montre aussi le limite comme ce mouvant permettant de passer d'un stade à un autre, ce mouvant pouvant aussi se dire dans le mouvement propre au R.E.

Aussi **ce dernier paraîtrait comme un outil privilégié** pour permettre dans un premier temps la mise en image, donc le représentable.

Ensuite le mouvement qui permettrait **le déblocage du bloqué** dans le psychisme entre les différentes instances clivées et les différents stades.

Enfin il est un espace privé, au patient qui lui **permet d'accéder à une solitude acceptée**, partageable et tolérable.

Mais le R.E. peut venir jouer un autre rôle qui **va soulager le thérapeute**.

Si je reprends l'analyse de la double limite de Green dans son livre la « folie privée », voici ce qu'il énonce :

Green montre dans un premier temps que dans ce type de problématique, l'interprétation en terme d'identification projective qui est certainement la plus juste se heurte à une vive résistance car elle amènerait le sujet à reconnaître que le mouvement part de lui, ce qui contredirait la référence à une réalité extérieure qui s'impose à lui. C'est du réel que partent toutes les initiatives. L'autre est réel et si un fonctionnement psychique est à interroger c'est le sein. (habileté de ces patients à détecter les mouvements contre transférentiels qu'ils induisent et auxquels l'analyste doit céder parfois, pour soulager l'état de tension dans lequel le met la contre identification projective, sert de confirmation au patient de mettre en place des défenses narcissiques contre l'altérité hostile dans la mesure où elle ne se borne pas à entériner le contenu manifeste du discours de l'analysant. P.303)

Le R.E étant un espace réel, et subjectif, dedans et dehors, cs et ics, permet d'être un espace transitionnel où le sujet et le thérapeute peuvent s'approprier ce qui est montré sans que cet espace soit intrusé par la pensée de l'analyste, par l'autre.

Il va permettre à l'analysant de s'approprier ses propres représentations tout en tenant l'analyste à distance.

« La toute puissance de la pensée n'est pas ici de l'ordre de la réalisation du désir, mas de l'ordre d'une grandeur négative. Celle d'une pensée qui ne puisse jamais être pensé par l'autre.

L'idée du contenant avancée par Bion a permis dans un premier temps d'accroître notre compréhension, encore faut il la compléter par l'expérience.

Un contenant peut n'être acceptable qu'à la condition de s'adapter parfaitement aux contenus du patient, comme si c'était le sien propre. C'est à dire dans l'illusion que le patient trouve son propre contenant dans l'analyste, en oubliant sa fonction d'altérité. Il a renversé le danger de l'intrusion de l'objet, conséquence d'une interprétation d'une partie de lui par quelqu'un qui n'est pas lui par une intrusion dans l'autre, ses représentants ou ses productions, qu'il a réussi à faire devenir identique à lui même. » Green

Mais tous les patients n'acceptent pas le R.E. ce refus peut être le signe de la coupure de la fonction imaginaire liée au trauma ou le signe d'une résistance.

Elle se présente ou sous la forme de R.E. faux self d'où rien n'émerge, comme si le patient reste spectateur de ses propres images ; il fait semblant d'obéir à la consigne mais il n'a pas d'insight ; ou Il accepte naïvement puis se rétracte voyant ce qui s'est dévoilé dès la première séance !!

Pour conclure :

Dans certains états limites, la non capacité de la mère a protégé son enfant, le holding, et à l'individualiser, le Handling, contribue à la mise en place d'une carence de la sécurité interne nécessaire à l'habitation de son moi intérieur.

Cette carence associée à un trauma, réactivé à l'adolescence crée les conditions d'une fixation au stade anal et une difficulté à atteindre le stade génital.

Ce trauma a à voir avec le réel de l'enfant qui est nié et devient l'objet de la mère.

*une mère qui s'emporte et qui donne un coup de parapluie sur la tête de la petite fille et qui l'engueule comme si c'était elle qui avait donné un coup à sa mère.

« heureusement que je saignais sinon j'aurais douté de ce qui s'était passé »

*Une autre dont la mère lui dit qu'elle va lui acheter un gâteau qu'elle choisirait et qui dans la boulangerie, achète le gâteau qu'elle aime elle, et réprimande sa fille qui ne l'aime pas.

On comprend comment l'analyste va être perçu dans ses interprétations comme un autre dangereux et comment il lui est nécessaire d'être le reflet de ce que ressent le patient dans une sorte de fusion de pensée archaïque.

« Pourtant l'état de séparation n'est pas plus tolérable que celui d'intrusion. Le silence de l'analyste qui se voudrait respectueux de la hantise du patient d'assurer sa séparation et son identité propre entraîne l'injonction familiale : « dites quelque chose ! » Montre moi que vous pensez quelque chose, que l'état de séparation n'a pas entraîné votre mort. » Tout semble se jouer ici dans le va et vient de ne jamais perdre son lien à son sanctuaire inviolable, en même temps pas qu'elle doit se donner la preuve de l'existence dans un rapport où sont sans cesse remis en question l'éloignement et la proximité. Green

Place du rêve éveillé

Le rêve éveillé vient nommer une représentation.

Si l'interprétation vient reprendre ce que dit le patient et lui donner sens au sens de Bion, l'image par sa précision et sa capacité contenant et symbolisante va être un objet privilégié.

Ensuite, l'image permet de comprendre pour l'analyste ce qui se joue chez le patient et de le lui formuler.

Il est un « cadeau » et parfois le patient ne supporte pas d'avoir fait ce cadeau à l'analyste, de lui avoir ouvert la porte de son intériorité et refuse l'interprétation de l'analyste ou arrête de faire un autre R.E

Aussi l'interprétation doit être à manier avec précaution.

le R.E peut mobiliser les forces de vie du patient et créer un mouvement salutaire.

Mais il doit s'appuyer, s'étayer sur la capacité de Handling de l'analyste.

On reconnaît qu'une bonne partie de la communication entre le patient et l'analyste n'est pas verbalisée.

« Il y a un vaste sujet. ...Celui des communications de l'analyste qui ne sont pas transmises par une verbalisation directe ...cela va du ton de la voix , à une attitude moralisatrice qui se manifeste à travers une interprétation banale, et qui répond au sentiment de l'analyste. Or l'analyste renvoie au patient ce que le patient lui a communiqué...de la sorte les interprétations font partie de l'édification de l'insight. P.77 (Winnicott. La crainte de l'effondrement)

Le travail de la thérapie sera de recréer *un cadre contenant et souple*, c'est à dire adapté *non aux demandes du patient mais à son besoin*.

Et une écoute attentive et vivante pour lui permettre de s'investir comme un bon objet.

En cela Winnicott établit une distinction importante entre régression et repli.

Dans la régression on est dans la dépendance, dans le repli il y a une indépendance pathologique. Je pense que le R.E respecte l'indépendance du patient pour qu'au lieu du repli il puisse y avoir une régression réparatrice.;

Le R.E. quand il est possible permet la création de cet espace-soi où la pulsion peut se dire, se voir, se déplacer, se parler, se penser.

*Sylvie le Poulichet parlera d'une **recréation de la scène originaire, de se mettre au monde, de faire exister le corps de l'œuvre comme tenant lieu de corps propre...***

C'est bien l'expérience de l'altérité dans le transfert qui fait sortir de l'informe...(P.122. Les chimères du corps)

Il est une fois de plus un outil précieux.

. La dynamique de la cure sera de contenir ces patients, de leur donner à voir qu'il existent à nos yeux, que nous pouvons donner du sens ce qui a été marqué par le paradoxe, ou le non sens.

Merci de votre écoute ;

PS. Les citations ajoutées au cours de l'exposé étaient tirées de la consultation sur internet-amazone de ROUSSILLON :Paradoxes et situations limites de la psychanalyse

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET : *La personnalité normale et pathologique*. Dunod

CATHERINE CHABERT : *Traité de psychopathologie de l'adulte*. Dunod

GREEN. *La folie privée*. Gallimard

Le travail du négatif. Gallimard

SYLVIE LE POULICHET. *Les chimères du corps*. Aubier 2010

RENÉ ROUSSILLON. *Logiques et archéologiques du cadre analytique*

Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Quadrige

WINNICOTT. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard
Jeu et réalité. Gallimard