



BIRCHAM INTERNATIONAL UNIVERSITY

Student Name: GAGGINI JEAN-PIERRE
Degree Program: Doctor of Philosophy
Specialization: Clinical Psychology
Minor:
Region: EUROPE France

International Evaluation Form

January 10, 2023



INTERNATIONAL ASSESSMENT FORM - IA Form

EVALUATION COMMENTS

Comments are mandatory for any grade lower than 3.0

- * Be helpful and constructive.
- * Remark what needs to be improved.
- * Write comments in a separate paper, or here if there is space:

.....

Student Work for Evaluation - Course, Report, Project or Thesis:

MANUEL DE LA PRATIQUE CLINIQUE EN PSYCHOLOGIE.....
 RENÉ ROUSSILLON.....
 ELSEVIER MASSON / ISBN-13: 978-2294744204.....
 (UN RAPPORT DE 20 À 35 PAGES POUR CE LIVRE).....

Each 33%	EVALUATOR'S GRADE	SUPERVISOR'S GRADE	Minimum grade: E (2.0 - 50%)
Format	4.0- Excellent	4.0- Excellent	GRADING SYSTEM 4.0- Excellent 91-99% /A 3.5- Very Good 81-90% /B 3.0- Good 71-80% /C 2.5- Satisfactory 61-70% /D 2.0- Sufficient 51-60% /E 1.5- Fail <50% /F
Content	4.0- Excellent	4.0- Excellent	
PQT	4.0- Excellent	4.0- Excellent	

EVALUATOR NAME & SIGNATURE
January 10, 2023

ELENA LORENTE RODRÍGUE

I swear that this work has been duly reviewed and evaluated according to the BIU pedagogy and it deserves the grading specified.

SUPERVISOR NAME & SIGNATURE
January 10, 2023

LORENA CANO

EVALUATION CRITERIA & Grading Support Chart:

Assign 0 to 0.5 points for each criteria detailed:

33% Format: The organization and presentation of the information.
 Evaluation of the format accounts for data organization, hierarchy, interrelationships, and clarity of presentation.

33% FORMAT	<input type="checkbox"/>	Affidavit	■
	<input type="checkbox"/>	Index	
	<input type="checkbox"/>	Font size and spacing	
	<input type="checkbox"/>	Content breakdown (parts, chapters...)	
	<input type="checkbox"/>	Detailed index (Pages numbered...)	
	<input type="checkbox"/>	Data organization	
	<input type="checkbox"/>	Clarity (Orthography)	
<input type="checkbox"/>	Aesthetics		

33% Content: Reflects how much the report matches the bibliography.
 Evaluation of the content is based on the comprehension of the material as well as the student's synthesis skills and concept interaction. Report contents are valued only as 33% of the final grade because the textbook is available for the student throughout report elaboration.

33% CONTENT	<input type="checkbox"/>	Minimum length	■
	<input type="checkbox"/>	Subject key points	
	<input type="checkbox"/>	Concept interaction	
	<input type="checkbox"/>	Topic adequacy	
	<input type="checkbox"/>	Maximum length	
	<input type="checkbox"/>	Topic analysis	
	<input type="checkbox"/>	Synthesis skills	
<input type="checkbox"/>	Comprehension level		

33% PQT- Personal Quality Thinking:
 Shows how the subject is mastered through case studies, personal comments, and the ability to apply the information learned to problem-solving. Evaluation of the PQT shows the student's analysis criteria and critical thinking, as reflected in the writing and presentation style.

33% PQT	<input type="checkbox"/>	Fluent Writing	■
	<input type="checkbox"/>	Charts, illustrations...	
	<input type="checkbox"/>	Original work (no copy/paste)	
	<input type="checkbox"/>	Communication efficacy	
	<input type="checkbox"/>	Personal writing style	
	<input type="checkbox"/>	Case analysis (or arguments)	
	<input type="checkbox"/>	Case resolution (or topic conclusion)	
<input type="checkbox"/>	Critical thinking (Opinion)		

For more information read the BIU study guide.

FINAL GRADE WILL SHOW IN THE TRANSCRIPT

COMMENTAIRES SUR LE RAPPORT

Étudiant: Jean-Pierre Gaggini

Livre: "Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie » – R. Rousillon

FORMAT DE TRAVAIL

Le rapport conserve les critères de présentation avec page de titre, serment et signature, y compris un index paginé et avec une structure bien définie, mettant en évidence les chapitres et leurs sous-sections. La hiérarchie des idées est présente et le texte est facile à suivre, avec une excellente écriture et un vocabulaire correct. Les phrases sont bien conformes et claires, fait qui est positif pour l'explication des concepts et pour la traduction. Les thèmes ont été correctement résumés, en leur donnant un équilibre en longueur et en importance. L'effort est valorisé en résumant un texte aussi complexe. Un glossaire des termes est inclus à la fin.

CONTENU DU RAPPORT

Le texte de l'ouvrage est très étendu, mais il est correctement structuré. Les sujets abordés sont excellents. Ils suivent ainsi l'ordre de l'ouvrage de référence et des cas pratiques sont repris dans plusieurs chapitres. Commence avec le concept de pratique clinique, la relation clinique, la demande, le transfert, la disposition, l'intervention de crise, symbolisation et se poursuit avec les besoins de soi, le jeu et le travail clinique et la recherche. Le contenu est correct et organisé et présenté de manière cohérente sans omettre d'informations importantes.

OPINION PERSONNELLE

Une introduction au sujet et une préface sont incluses comme une réflexion sur la partie scientifique de la psychopathologie, si en tant que science elle est réfutable et justifie le scepticisme à l'égard de la psychanalyse. Sont inclus dans le texte, en plus, des cas pratiques résolus liés aux sujets, dans les chapitres 7 (enfant avec autisme et autre enfant avec un trouble du comportement violent), ou 12 (recherche sur le spectre autistique), se terminant par un épilogue sur la recherche en pratique clinique et la nécessité d'unir plutôt que de séparer.

Mes félicitations à l'élève pour ce travail.



Elena Lorente Rodriguez
neuropsychologue
Mannheim (Allemagne)

Cinquième rapport

Jean-Pierre P. Gaggini

Etudiant – Doctor Ph.D. in Clinical Psychology

Livre : « Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie » (*René Roussillon*)

Date : 2 décembre 2022

« Je jure que je suis l’auteur unique de ce rapport et que son contenu est la conséquence de mon travail sur le livre assigné »

Signature :

jean-pierre gaggini

Remarques préliminaires		5
Chapitre 1	Introduction : la pratique clinique	6
	Le concept de pratique clinique	6
	La clinique psychanalytique	6
	Unité de la pratique clinique	6
	Le programme de travail	7
	Limites et butées de la démarche proposée	7
	Diversité, identité et unité des pratiques	7
	Le vertex de la rencontre clinique	8
	L'écart théorico-pratique	8
	Théorie et théorisation	8-9
Chapitre 2	La rencontre humaine et la rencontre clinique	9
	La matière première psychique	9
	La rencontre humaine, l'identification narcissique de base et transfert	9
	La régulation de l'identification narcissique de base	10
	Que devient la régulation de l'INB dans la rencontre clinique ?	10
Chapitre 3	La disposition d'esprit clinique	10-11
	La souffrance psychique et la question de la demande	11
	Transfert et séduction	11
	Déplacement du transfert	11
	La méthode ou comment avoir du répondant ?	11-12
	L'associativité et le transfert sur la méthode	12
	Associativité et symbolisation	12-13
	Formes de l'association libre	13
Chapitre 4	Complexité et paradoxes du transfert dans la pratique clinique	13-14
	Transfert positif ou négatif	14
	Groupalité du transfert	14
Chapitre 5	Les questions du dispositif clinique	14-15
	Synthèse	15
Chapitre 6	Théorie du dispositif clinique	15-16
	Synthèse	16
Chapitre 7	Inventer/penser un dispositif dans les situations limites/extrêmes	16
	Clinique des situations extrêmes	16
	Le soin des cliniques et pathologies de la survivance et des pathologies narcissiques identitaires	16
	Quelques exemples de bricolage de dispositifs	16
	Dispositif clinique – clinique du soin	17
	Étude du cas Mira	
	a) Dispositif mis en place par la clinicienne	17
	b) Mise en place d'un dispositif original	17
	c) Résultat de l'expérience	17-18
	d) Mon analyse et remarques	18
	Le processus de symbolisation	18
	Les propriétés sensori-motrices	18
	Approvisionnement du lien et relance de l'attachement	18

	Pack psychodrame avec des enfants hyper violent	18
	Exemple d'une collaboration de recherche clinique	18
	Étude de cas	18
	Exposé	19
	Mon analyse et remarques	19
	Compagnon thérapeutique	19
	Étude de cas	19
	Exemple d'un dispositif clinique avec des enfants autistes	19
	Brève analyse et remarques	19-20
	Dispositif de recherche et d'intervention avec les dépressions du Post-partum	20
Chapitre 8	Le travail de symbolisation	20-21
	Synthèse	21
Chapitre 9	Les besoins du Moi	22
	Les niveaux des besoins du Moi	22-23
	Les besoins qualitatifs	23
Chapitre 10	Les fonctions de l'objet (du clinicien) et le Médium Malléable	23-24
	L'utilisation de l'objet	
	Fonction Médium Malléable de l'objet et utilisation des médiations	24-25
Chapitre 11	Le travail clinique et le jeu	26
	Le modèle du travail psychique	26
	Le travail du jeu	26
	Le travail clinique du jouer	26-27
	La question du modèle du rêve	27
	Symbolisation et appropriation subjective	27-28
	Le jeu potentiel	28
	Excursus neurobiologique	28
	Appropriation subjective, le devenir du jeu	28-29
	Le jeu comme objet	29
Chapitre 12	Dispositif praticien et dispositif de recherche	29
	La recherche dite appliquée	29-30
	La formalisation de la pratique comme recherche	30
	L'écart théorico-pratique	30
	Remarque sur l'écart théorico-pratique	30-31
	Matériel, signe et théorie de la symbolisation	31
	Hypothèses de recherche, hypothèse de travail : le problème de la validation	31
	Remarques complémentaires	31
	Quelques modèles de recherche clinique : le séminaire d'intervention	31-32
	Clinique du cas	32
	Clinique du processus	32
	Clinique de séance	32-33
	Remarques personnelles	33
	Séminaire d'intervention : étude et analyse d'une expérience in-vivo	33
	Le cadre	33
	Population accueillie	33
	Organisation d'un groupe focal	33-34
	Clinique du cas-processus et séance	34

	Conclusion sur ce dispositif	34-35
	Le recueil des données	35
	Le traitement des données	35
Conclusion		35-36
Index		36-37-38

Remarques préliminaires

J'ai été tout d'abord un peu surpris et j'ai pensé : « *Bon, encore une théorie de plus sous une forme de réflexion. Encore une extrapolation qui, au départ repose sur des théories, comme si, à chaque instant il fallait trouver quelque chose de nouveau. Quel que soit la méthode existante, sa forme, ses références, je vais avoir droit à une inspection des activités de recherches de l'auteur. Un manuel qui ne fait que préciser ce qui existe déjà* ».

Ainsi, les pratiques cliniques se voient renforcer de nouvelles formes, qu'elles soient concrètes ou pas. Puis j'ai pensé aux « *discours de la science* », quels auraient pu être leurs critères qui permettraient de préciser la nature du propos de l'auteur ! Quelle serait ma compréhension de ces pratiques cliniques en psychologie et psychopathologie ?

Et, au fur et à mesure que j'avais dans ma lecture de cet ouvrage, je me suis souvenu que l'auteur ne faisait que décrire des réalités par sa propre recherche constante. Il ne faisait que décrire, d'après ses observations, une sorte de réaction de « *cause à effet* ». Il s'approprie une nouvelle théorie, un concept, sur des questions qui sont déjà acquises, il analyse et il explique.

Est-ce que le concept de la pratique clinique est réfutable ? Bien-sûr que oui, mais il se développe aussi, il se maintient, il se reproduit sans cesse. Y-a-t-il des limites à toute cette architecture ? L'auteur semble indiquer que oui. Dans la démarche proposée, l'auteur mentionne certains obstacles. Pourrions-nous les franchir ? Pourrions-nous les découvrir ?

Je n'oublie pas que l'objectif initial de l'auteur est de proposer une réflexion sur des bases existantes. Dès lors qu'il existe plusieurs pratiques cliniques il fallait donc à l'auteur échafauder une « *théorie qui rende compte des différentes formes sous lesquelles les pratiques cliniques se présentent* » (Roussillon, 2012).

Il aura fallu à l'auteur 231 pages de rédaction pour exposer sa réflexion, ce sera bien modestement que j'en ferai la synthèse avec trente-cinq pages, tout en étant conscient que ce sujet, la pratique clinique, continuera d'être exploré dans les années futures par la découverte de nouvelles formes de processus dans leurs pratiques qui seront probablement encore plus sophistiquées. L'I.A. (*intelligence artificielle*) nous réserve quelques bonnes surprises dans ce domaine.

Certaines de ces réflexions sont discutables, le discours est parfois compliqué, cela ressemble un peu à un parcours initiatique et je comprends car, en dehors des spécialistes de la santé mentale, qui pourrait comprendre qu'un « *constat intuitif* » puisse s'imposer à tous ? La pensée unique, la pensée clinique, la pensée tout court, qui peut vraiment penser les conditions de possibilité d'une pratique psychanalytique plus robuste par rapport à d'autres pensées ?

J'avoue avoir une espèce de scepticisme concernant la psychanalyse. Je m'en réfère par nécessité faute d'un fondement par une autre pratique, quoi que... ! Freud est souvent cité dans l'ouvrage et il y a beaucoup de critiques concernant l'analyse freudienne. Il semble que « *l'échafaudage psychanalytique* » contemporain paraisse quelque peu artificiel. Il manque un certain fondement théorique et clinique solide et il existe un refus de la méthode expérimentale. Mais je reconnais aussi que, depuis Freud, d'autres fondements de pratiques cliniques ont été découverts.

Introduction : la pratique clinique

Le concept de pratique clinique

J'ai commencé à exprimer dans mes *remarques préliminaires* quelques idées sur le concept de la pratique clinique. Beaucoup ne sont pas d'accord sur ce qu'est exactement un concept. C'est pour cela que le terme « *pratiques cliniques* » au pluriel est plus approprié. L'auteur est obligé d'élaborer une théorie mais la question est : Existe-t-il vraiment une « *pratique clinique fondamentale* ? ». En voulant recouper certains principes proposés par l'auteur je souscris donc à la nécessité d'apporter des ajustements pour les spécialistes cliniciens qui ont des pratiques spécifiques à leur « *pensée clinique* ».

La clinique psychanalytique

Il est assez gênant d'admettre que les pratiques cliniques, les pensées cliniques, ainsi que les méthodes, se réfèrent uniquement à la psychanalyse. Affirmer que la psychanalyse devient le seul référent pour la majorité des cliniciens c'est admettre que le psychisme humain ne fonctionne que sur une base des conflits qui seraient liés au développement de la personne. Il y a donc une question fondamentale que je pose : « *Y a-t-il vraiment une clinique psychanalytique ?* »

Cette rencontre clinique avec les états de « *souffrances narcissiques-identitaires* » pose un problème car comment les catégoriser, les différencier ? Je cite ici un extrait de D. Anzieu qui explique dans son exposé sur le « *moi-peau* » (Anzieu D., *Le moi-peau*, Dunod 1995) : « *Une difficulté rencontrée par la « nosologie », la clinique et la technique psychanalytique depuis les années soixante concerne l'opportunité de différencier ou non d'une part des « troubles narcissiques de la personnalité » ». Puis il ajoute : « Ils sont eux-mêmes plus ou moins confondus avec les « névroses de caractère » et d'autre part, des « états limites », eux-mêmes parfois confondus avec les « organisations prépsychotiques » » (Fin de citation)*

Je postule que le terme « *souffrances identitaires narcissiques* » renvoie à l'expérience, une espèce ou forme de souffrance plus ou moins profonde et quelque peu difficile à comprendre vu la complexité de cette souffrance, car elle influe aussi sur l'identité personnelle qui elle s'élabore à partir de l'expérience. Au lieu de choisir le « *moi/autre* » de l'auteur, je choisis « *organisme/environnement* ».

L'auteur, R. Roussillon (Roussillon R., *agonie, clivage et symbolisation*, Paris P.U.F) définit ces souffrances comme des pathologies qui mettent en difficulté la question « *subjectivante du moi* », il semble qu'il veuille indiquer que la résultante serait un état traumatique primaire. Mais comme une expérience traumatique reste assez « *pré-subjective* », difficilement représentable, le risque serait de se trouver dans une situation d'impasse.

Unité de la pratique clinique

Il faut donc trouver une nouvelle définition de la pratique clinique. J'observe que l'auteur insiste sur la nécessité que le politique s'en empare aussi. Mais je retiens qu'il semble, pour beaucoup de chercheurs, qu'il faille trouver une autre théorie de la pratique clinique, une théorie rigoureuse et pertinente pour utiliser les termes de l'auteur. Pourquoi ? et pourquoi faire ?

Comme cette théorie n'existe pas, l'auteur dit qu'il faut la produire et il propose donc une méthode, une démarche. Mais pourquoi absolument la rechercher dans la pratique clinique psychanalytique ? De plus on y recherchera des modèles dans les concepts de la théorie pratique psychanalytique standard ! Heureusement ce travail reste encore à produire.

L'auteur parle de « *métapsychologie* » en référence à Freud qui en est l'inventeur, mais il ne faut pas oublier que ce terme a une dimension purement théorique. Et l'auteur s'en inspire pour penser à une « *méta théorie de la pratique clinique* ». Mais c'est vite oublier comme Freud le dira plus tard à son ami W. Fliess (1828-1958) :

« Je n'ai aspiré, dans mes années de jeunesse, qu'à la connaissance philosophique, et maintenant je suis sur le point d'accomplir ce vœu, en passant de la médecine à la psychologie » (Lettre à Wilhelm Fliess du 2 avril 1896).

La perspective clinique et son renouvellement de certains principes fondamentaux au « niveau épistémologique » ne sont pas nouveaux. Depuis Freud jusqu'à nos jours les interrogations permanentes demeurent. « L'inconscient », « la réalité psychique », « le transfert », peuvent être compris sous différentes formes, mais le « concept de l'inconscient » pose aussi un problème. Je pense qu'il n'existe tout simplement pas. L'auteur reconnaît déjà qu'il y a plusieurs inconscients et fait encore référence à Freud dans la différenciation du « moi et du ça ». Le « processus transférentiel » ne se manifeste pas de la même manière, il y a donc des formes différentes dans ce processus. Mais alors s'il existe des clivages, quel serait le tableau clinique le plus fiable ?

Le programme de travail

Je comprends bien le souhait qu'a l'auteur de ce traité, à savoir, « délinéer » le profil d'un programme, mais en même temps, l'auteur mentionne qu'une théorie générale de la pratique clinique demeure depuis que Freud a énoncé sa « métapsychologie dans le processus clinique ». La « dialectique maïeutique » de « l'extraction/abstraction » et la « différenciation » peuvent-elles, à elles seules, représenter une forme générale des dispositifs cliniques ?

Freud utilise un modèle qui lui sert à décrire le fonctionnement de l'appareil psychique, mais tout évolue et la psychobiologie apporte plus de certitudes dans ce domaine et reste plus fiable. Quant à la « métathéorie de la pratique clinique » la définition que l'auteur en fait reste surprenante. Ce serait affirmer qu'il existe une pratique clinique théorique dont l'objet de l'étude serait théorique ! Je veux bien volontiers souscrire au fait que sur le terrain clinique un grand travail a été effectué. Cette « générativité pratique » a été inventé par le psychanalyste Erikson en 1950 dans le but de désigner la volonté d'installer et de guider la prochaine génération de praticiens (cliniciens) en relation bien-sûr avec la « clinique psychanalytique » dont on parle ici. J'ajoute que certaines pratiques thérapeutiques dites « alternatives » sont aussi, bien discutables.

Limites et butées de la démarche proposée

Ouf, j'allais dire... l'auteur reconnaît qu'il y a quelques limites dans sa démarche. Je m'attarde sur la « réalité biologique », je pense que l'hypothèse qu'il puisse exister plusieurs postulats à cette démarche est acceptable dans la mesure où il devient impératif que la réalité psychique et son fonctionnement ne soit pas isolée de la « biologie » (du vivant). La « représentation psychique » accompagnée du processus de production et de transformation, oui, mais pas au détriment de « l'appropriation subjective ». Si l'on admet que cette réalité psychique échappe à la conscience immédiate, l'affaire est bouclée et l'histoire se termine ici. Comment admettre une réalité psychique inconsciente ? (Freud, 1917). Pour moi, la réalité psychique se veut « consciente », donc la notion psychologique et psychanalytique qui renvoie à des phénomènes qui échappent à la conscience, devrait, me semble-t-il, être plus cohérente. Qu'il y ait une « dissociation de la conscience » c'est admis, quoi que, avec autant de courants de pensées et l'interprétation que l'on peut en faire, le travail de recherche n'est pas clos.

Diversité, identité et unité des pratiques

Ici l'auteur nous explique qu'il n'est pas encore engagé dans le développement de sa démarche puisqu'il nous informe qu'il reste quelques « préalables ». La grande question est de savoir s'il existe une « pratique clinique fondamentale ». L'auteur introduit sa théorie et sa « modélisation » des dispositifs cliniques en mentionnant une fonction « sémaphorisante » des dispositifs (limites). L'exemple de « l'association libre » interpelle. C'est un concept fondateur des thérapies d'inspiration psychanalytique en tant que technique d'exploration de la réalité psychique mais pas seulement, c'est aussi une méthode thérapeutique. Une question se pose alors : « Y-a-t-il une logique de « l'associativité » au regard issu de la psychanalyse et des « neurosciences cognitives ? » ». En conclusion, il y a bien une grande diversité ne serait-ce que dans la pensée psychanalytique et l'auteur suggère de passer au niveau « méta » pour chercher l'unité de l'ensemble. Donc, Freud, Klein, Winnicott, Lacan, pour ne citer que les principaux, ont leur propre courant de pensée sur la question.

Le vertex de la rencontre clinique ou (l'anatomie de cette rencontre)

En résumé, ce ne serait qu'une disposition de l'esprit du praticien, le fameux « *vertex de la réalité psychique* » accompagnée de tous les processus de sa « *transformation symbolisante* » à partir d'une méthode centrée sur l'attention portée à « *l'associativité des processus psychiques* » et divers modes d'expression. Autrement dit, la méthode de la psychanalyse est congruente avec son objet théorique. L'esprit, le lapsus, la psychopathologie de la vie de tous les jours ou celle des masses, les mythes, tout cela a apporté une forme de contribution à la théorie de la psychanalyse.

Je profite ici pour donner mon appréciation sur la manière d'écouter la personne avec le regard que l'autre y apporte. C'est une approche tellement unique de notre relation et du rapport que je vais avoir avec l'autre. Bref, ma façon de considérer ma rencontre avec l'autre sera déterminante.

« L'écart théorico-pratique »

Il est clair ici que notre insuffisance est patente concernant notre théorie à rendre compte de l'intégralité de la rencontre praticienne. Même notre formation qui nous permet de développer des arguments à partir de prémices générales (déhiscence) risque de nous faire défaut. Pour revenir au sujet de cette séquence, j'imagine que dans cette théorie de « *l'inconscient* » vient s'ajouter la « *théorie préalable* » (Gori, 2009), comme s'il fallait défendre la dignité de la personne en préservant sa capacité à penser. Un discours qui laisserait place à la parole. Dans ce genre de restriction, s'il y en avait, et qui serait « *objectivant* », serait en réalité une réduction frustrante et dangereuse. L'être humain est plus qu'un sujet, il arrive avec un bagage ou un patrimoine pas seulement génétique et sa fonction n'est pas uniquement la reproduction. Son « *potentiel de création* » ne se borne pas à découvrir et à construire. Cependant il ne peut pas créer puisque tout existe déjà sous une forme ou une autre. Même le praticien ne peut rien créer (dans ce domaine).

Théorie et théorisation

Peut-on aussi parler de « *théorie de la théorisation* » ? La pratique a pour effet de déconstruire une théorie, mais comme la théorie a ses besoins propres, elle devra se redécouvrir, mais seulement à partir de la pratique. Est-il nécessaire pour cela d'avoir une « *théorie de la clinique* ? » À ce stade, l'auteur n'a pas encore développé son argumentaire. Pour autant, comme nous vivons dans un monde de plus en plus complexe et de plus en plus connecté, ce qui amène le praticien à se rendre compte que les choses complexes sont aussi des plus cruciales. J'observe donc qu'il y a une forte nécessité d'expertise qui est souvent accompagnée d'une forme « *d'élitisme* », souvent renforcée par l'idée que ceux qui savent ont tendance à tout garder pour eux. Parfois je les appelle les « *technos de la théorie* ».

Je ne sépare pas la réalité psychique de la réalité biologique car sans l'une, l'autre ne peut exister. Surtout en ce qui concerne le cerveau. Ici, Freud parle de « *l'appareil psychique* » (1923). Affirmer que la perception est nécessairement représentation, même symbolique, est téméraire surtout si elle reste énigmatique.

Explication : *Le concept de représentation serait la « conscience de soi » (réflexive) en premier, de sa propre existence. Tant que la personne est vivante elle peut être consciente, dès l'instant où elle meurt elle devient inconsciente. Donc, il ne peut pas y avoir de moment inconscient qui échappe à notre conscience. Notre état de conscience est déterminé par notre état neurologique. Antonio Damasio, neurologue, qui étudie les bases neuronales de la cognition a cette pertinence séduisante, je cite : « Un simple capteur de présence possède un début de représentation du monde (présence-absence). Encore faut-il pour l'intégrer dans un schéma de conscience, que cette information soit utilisée en aval par quelque chose »* (fin de citation).

Que la conscience ne soit jamais complète semble une évidence, donc la question est : Quel est le degré minimal de conscience de soi imaginable ?

Comment une personne peut-elle se représenter une chose sans se représenter qu'elle se les représente sans en avoir conscience ?

J'ai presque envie de terminer ici, d'où mon irritabilité exprimée dans mes remarques préliminaires. La réalité se sont les choses telles qu'elles sont, telles qu'elles étaient et telles qu'elles doivent être.

Pour conclure ce chapitre un qui semble aussi déconcertant que fascinant je dirais que toute la différence repose sur la disposition de l'esprit du praticien. Que ces dispositifs du praticien soient des « *symbolisations* » ou pas, ils existent, on ne peut le nier. Après c'est l'interprétation que je vais en faire qui caractérisera mon efficacité ou mon échec, quoi que, là encore, « *...mes échecs, ne seraient après tout, que des réussites qui ont mal fonctionné...* » (Edison répondant à un journaliste).

Chapitre 2

La rencontre humaine et la rencontre clinique

Il s'agit ici de faire la différence entre la rencontre clinique et la pratique clinique à contrario avec la clinique médicale tout en intégrant l'idée que la pratique clinique est une pratique « *au chevet du fonctionnement psychique* ». De plus il ressort que la définition du patient peut se résumer à cette formule : « *l'autre est comme moi* ».

La matière première psychique

Nous voyons quelle a deux caractéristiques, d'être hypercomplexe comme le mentionne l'auteur et énigmatique. Je suggère que cela correspond au corps et à l'esprit. Cette matière première d'une expérience subjective selon Morin, (1990). Mais il y avait une controverse sur cette question entre Morin et Descartes (voir Revue d'histoire des sciences Année 1950 3-3 pp. 255-262). Je ne veux pas trop m'attarder sur ces questions ici car je ne partage pas leurs hypothèses. La composition de cette matière première susceptible de devenir consciente ou pas n'est pas à ce jour tranchée. Quant aux conséquences, si un sujet va devoir se représenter ce qui se présente à lui, qu'il doive y réfléchir, pour saisir son expérience comme le décrit Freud (1916), je me pose la question : À quel âge le sujet peut-il le faire ? De plus, médiatiser son expérience c'est bien mais comment va-t-il le faire ? Enfin, affirmer que « *rien n'est plus dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens* », je pense tout le contraire. Pour moi la pensée est indépendante de tous les sens. Mais pourquoi pas ! Ils ont peut-être aussi raison ! Nous voyons bien que sur certains sujets il n'y a rien d'absolu. Pour en terminer ici, le sujet étant un « *miroir* », s'il l'est vraiment, ce n'est que par analogie comme le mentionne l'auteur. Je préfère cette idée d'aller plus loin sur la nature de ce qui se passe dans la rencontre clinique que ne le mentionne l'auteur et en quoi elle est spécifique.

La rencontre humaine, l'identification narcissique de base et le transfert

C'est bien là que commence véritablement le manuel de la pratique clinique que l'auteur veut présenter comme « *sa* » réflexion. Parce qu'il va parler de « *l'I.N.B.* » (identification narcissique de base) pendant un bon moment et ce sera je pense la trame de son discours. « *L'hypothèse nodale* » proposée par l'auteur, en fait c'est le point essentiel. Nous connaissons depuis un certains temps les propriétés fonctionnelles des « *neurones miroirs* » en fait il y en a deux : 1) le fait qu'ils réagissent aussi bien aux actions de soi que d'autrui et 2) leur sélectivité, c'est-à-dire que chaque neurone ne répond qu'à un seul type d'action mais ne répond pas en général ou peu quand il s'agit d'un autre geste. Donc, l'auteur suggère qu'il y a une certaine indétermination entre ce qui est représenté, fait par le sujet ou observé chez l'autre et donc une confusion potentielle. Entre le « *représenté* » et « *l'agi* » et entre « *soi* » et « *l'autre* ». Mais comme souvent, il existe des « *mécanismes de fonctions* » et de « *régulations* » pour éviter la confusion entre le représenté et l'agi. Nous connaissons aussi le rôle des neurones miroirs et leurs effets (*désir, empathie, autisme*) pour n'en citer que les principaux. Quant aux actions internes, « *l'émotion* » et « *l'affect* », je relève que ce qui est vrai de l'acte et de l'action entre les humains dans leurs rapports est aussi vrai pour les affects. Donc l'auteur propose qu'en vivant les affects des autres en double, lui, appelle ce mécanisme I.N.B, l'identification narcissique de base, qu'il fait reposer sur des « *mécanismes cognitifs* » (imitation) et « *affectifs* » (identification). Je ne partage pas l'idée que l'affect peut rester inconscient. Pour les praticiens qui se laissent pénétrer par le processus d'I.N.B. il faudra voir aussi pourquoi les autres ne le font pas.

La régulation de l'I.N.B (identification narcissique de base)

Quelques mots, très rapidement. L'auteur expose son hypothèse mais il est difficile d'y souscrire. La question serait : « *Se peut-il que notre engagement affectif pour l'autre puisse ne pas affecter et l'un et l'autre ?* ». Dans les consultations nous n'observons pas systématiquement que le sujet puisse chaque fois s'identifier au praticien et vice-versa. Sauf peut-être, et sûrement, lorsque deux amis se parlent.

Je comprends bien qu'il soit très compliqué d'interpréter le message de l'autre et c'est pourquoi j'adhère à l'argumentaire que dans la pratique clinique cela doit être proscrit. Tout est une question de modération. Entre l'écoute et la sensibilité cette « *modération de l'état affectif* » de l'autre sera acceptable ou pas par le praticien, il sera libre, selon sa propre intuition d'en ressentir l'intensité et de retenir que ce qu'il lui semble le plus juste. La rencontre humaine est, après tout, une affaire bien intime.

Que devient la régulation de l'I.N.B. dans la rencontre clinique ?

Pour terminer ce chapitre j'observe que la grande question qui transcende toutes les autres est la difficulté d'imaginer un « *processus identificatoire* » des praticiens aux patients qui présentent une « *souffrance narcissique* » qui pourrait menacer leur identité. Toute action psychothérapique qui se voudrait efficace serait la mise en place d'un processus qui permettrait de se laisser être semblable à l'autre, qui pourrait laisser le praticien sentir en quoi il est semblable au patient qu'il accompagne. Il y a donc de ce qui ressort de cette séquence dans ce chapitre ce que l'on appelle « *l'identification empathique* ». Ce serait une manière d'aimer l'autre, de le connaître mieux et surtout le reconnaître comme autre-sujet, de l'inclure dans notre propre sentiment de base. Si le processus identificatoire a bien lieu, alors il faut l'admettre, qu'on le veuille ou non.

Dans ce cas, l'être humain semble être programmé dès son origine pour cette identification. Mais nous pourrions objecter cette supposition affirmée. On a insisté depuis Winnicott sur le « *rôle miroir* » de l'individu. Bref, « *l'I.N.B* » est une première stratégie, elle aura pour effet de retirer ou de modérer son investissement de l'autre, du patient, de s'organiser contre un rapprochement qui pourrait intensifier son effet. Une autre stratégie proposée serait d'accentuer les différences entre aidants et aidés (*soignants et soignés*). De les surinvestir, de les fixer ou organiser par des mesures multiples destinées à éloigner le spectre d'une confusion possible. Mais c'est vite oublier que la rencontre thérapeutique exige certaines mesures, des comportements, parfois des rituels et des règles qui vont souligner et définir l'identité professionnelle du praticien.

Enfin, le danger qui se cache derrière est que certaines stratégies mises en place contre « *l'I.N.B* » soient tellement efficaces qu'elles risquent de ne plus permettre « *l'empathie* » et le soin véritable et, à contrario, qu'elles soient moins efficaces et que la confusion psychique s'installe. Dans les deux cas, il faudra penser autrement et le praticien devra envisager une formation personnelle pour endurer les affects extrêmes auxquels ils pourraient être exposés. De plus, j'ai relevé, avant la théorie du « *moi-peau* » (Anzieu), d'un « *moi sac* » (voir premier chapitre), dans lequel tout ce qui est à l'intérieur est « *moi* » et est le produit de « *moi* ».

Conclusion : La caractéristique clinique essentielle des états de « *pathologies narcissiques-identitaires* » est l'échec du « *processus de transformation* ».

Chapitre 3

La disposition d'esprit clinique

Si se mettre au chevet du fonctionnement psychique du patient est important il n'en reste pas moins qu'il faudrait inclure, dans cette disposition d'esprit, une portion de « *commisération* ». La rencontre clinique est souvent basée sur l'étude du « *fonctionnement psychique* », de « *l'examen* », de « *l'opération* », de « *stratégies* », de « *tactiques* », comme l'indique l'auteur. Comme il y a des conditions dans une rencontre, je pense que la commisération devrait faire partie de ces conditions. Après tout, nous parlons ici de « *disposition d'esprit* », comment suis-je devant le patient, quel est mon état d'esprit ? De plus nous devrions supprimer ce

mot « *sujet* » et considérer l'autre comme une personne et non comme un sujet. Il y a toute une sémantique que l'on devrait revoir dans les sciences humaines, mais c'est une autre histoire.

J'approuve l'affirmation d'une complexité de la pratique clinique. La « *générativité associative* », ce terme, générativité, a été inventé dans les années 1950 par Erikson pour désigner la volonté d'installer et de guider la prochaine génération. Ici l'auteur met l'accent sur « *l'associativité* ». Il faudra l'interpréter.

La souffrance psychique et la question de la demande

Quand on sait que le « *processus transférentiel* » est au cœur de presque toutes relations thérapeutiques, le clinicien qui sait repérer et comprendre les mécanismes qui les régissent aura plus de chance d'avoir, dans la rencontre patient/thérapeute, la capacité à accompagner la personne qu'il soigne. Malheureusement, nous voyons combien il manque, à un certain nombre de praticiens, la connaissance suffisante sur les différentes « *approches du transfert* ».

Cependant, dans la théorie du soin, les dérivés sont légion. Je m'oppose à la collusion du soin et du sexe. On oublie chaque fois qu'il y a deux entités qui interagissent et sont parfois en opposition l'une avec l'autre. Il y a le « *corps* » d'une part et « *l'esprit* » d'autre part. N'oublions pas que ce chapitre traite de la disposition d'esprit de la rencontre. Prétendre que l'amour et la sexualité soignent, c'est encore une fois se référer à l'étude de Freud. Mais nous voyons qu'il y a d'autres théories du soin et d'autres « *processus transférentiels* ».

Transfert et séduction

Je retiens que le clinicien doit établir une frontière, une sorte de ligne de démarcation pour ne pas tomber dans une séduction délibérée et volontaire. Ceci m'amène à insister, comme le mentionne l'auteur, de bien connaître la nature même du « *processus transférentiel* » car il est au cœur de la relation thérapeutique, tout simplement, pour que la rencontre patient/clinicien soit construite sur un socle solide. Seulement à ce moment-là, accompagner le patient est possible pour qu'il puisse se maintenir sur le chemin de son changement et de son évolution. Donc il est primordial, d'après ce que je comprends dans l'esprit de l'auteur, de bien connaître les différentes approches du transfert pour que le clinicien puisse mieux se situer dans sa posture, d'éclairer ainsi sa pratique et de bien clarifier ses choix thérapeutiques.

La question que je pose c'est : « Quels sont les besoins et conséquences dans le « *lien transférentiel* » autour de la notion de reconnaissance pour le clinicien ? » (Car si ce lien transférentiel est absent chez le clinicien ou en défaut, comment va-t-il s'y prendre ?) ... Ce n'est qu'une question... !

Déplacement du transfert

Des trois alternatives proposées par l'auteur, la troisième a aussi ma préférence. Selon Freud, je cite : « *Il convient de maintenir ce transfert, tout en le traitant comme quelque chose d'irréel, comme une situation qu'on traverse forcément au cours du traitement et que l'on doit ramener à ses origines inconscientes, de telle sorte qu'elle fasse ressurgir dans le conscient, tout ce qui, dans la vie amoureuse de la personne en souffrance était resté le plus secret et qui maintenant pourra aider cette dernière à le contrôler* ». (Fin de citation)

Nous sommes à quelques années lumières des trois alternatives du « *processus transférentiel* ». Renoncer à toute théorie préalable est une condition primordiale. Il n'y a rien de « *déjà fait* ». La « *méthode exploratoire* » est une clé quant à une réponse possible pour le patient. Donc le clinicien aurait le choix : 1) refuser le transfert, 2) ne pas le refuser. La méthode ici joue un rôle prépondérant. Pour autant, le patient a-t-il vraiment une connaissance inconsciente des origines et causes de ce qui le travaillent ? Car si c'était le cas comment pourrait-il savoir qu'il sait ? Parfois et plus souvent qu'on le pense, le patient arrive à exprimer les origines et les causes de sa souffrance et ceci d'une façon consciente, pleinement résolue. Et c'est souvent le praticien qui n'a plus de répondant malgré ses compétences. C'est pour cela qu'il me semble que le « *lien transférentiel* » doit être présent chez le clinicien, pour lui-même.

La méthode ou comment avoir du répondant

En tout premier lieu il faut donc se souvenir que le patient ne peut livrer le plus intime de lui-même que s'il est assuré de la position du praticien. La stratégie de la pratique clinique permet le transfert qui l'organise sur la méthode clinique. La « *méthode clinique* » serait donc le procédé par lequel les processus psychiques inconscients, à peu près inaccessibles autrement, pourraient faire l'objet d'une investigation très rigoureuse. Je note que ce procédé est celui de « *l'association libre* » des idées. Si c'est bien la règle fondamentale, alors le patient pourra dire tout ce qui lui passe par la tête. C'est seulement dans ces conditions qu'apparaissent et s'organisent les phénomènes, centrés sur la « *relation dite transférentielle* » au clinicien, qui constitue le « *processus analytique* ».

Pour faire bref, chercher à savoir ce que l'autre sait sans savoir qu'il le sait me paraît être troublant car Freud explique que ce qui est au-delà de la conscience est une « *réalité inconsciente* », d'ailleurs il la nomme en termes de « *métapsychologie* ». Pour avoir du répondant selon l'auteur, je présume qu'il y a deux éléments qui doivent être réunis : 1) le cadre de l'analyse et 2) la formation du praticien. C'est donc bien à travers la « *méthode associative* » que se met en route la « *vectorisation de l'écoute clinique* ».

L'associativité, le transfert, la méthode, la régulation, la cohérence

Toutes ces caractéristiques ne sont pas une fin en soi, elles évoluent dans le temps, il semble que les limites de leur exploration ne soient pas encore atteintes. Je comprends que l'idée du fonctionnement psychique doit être fondamentalement associatif, comme les « *neurones associés* » par exemple. Je suppose que cette « *associativité* » doit être régulée pour être en accord avec l'auteur. Cette régulation s'exprime par le « *narratif* », elle s'adresse à un objet « *autre-sujet* » et devrait tenir compte de cette adresse pour se formuler.

Sans vouloir refaire l'histoire ou la genèse des recherches de Freud, nous savons aujourd'hui que Freud explorait les fonds de la vie psychique et par nécessité il s'en tenait à sa méthode. Cette « *écoute associative* » est basée sur des règles et des principes qui amènent le lecteur à admettre une certaine logique qui la sous-tend. Je mentionne que ce qui était vrai en 1894 peut ne plus l'être de nos jours. Je peux comprendre pourquoi Freud a inventé la psychanalyse. Ce qui peut surprendre ici c'est cette place que l'on donne à l'associativité et la « *méthode associative* ». De toute façon qu'on le veuille ou non, la méthode associative et l'analyse des processus sont omniprésents dans tous les textes cliniques que Freud propose. Quant à en connaître l'origine, il semble que le mutisme persiste encore.

J'observe que l'auteur insiste bien sur le fait que ce qui caractérise « *l'associativité* » en séance ce n'est pas dans les associations seulement qu'il faut rechercher cette caractéristique, elle se trouve dans le mode d'écoute de l'analyste, c'est là qu'elle réside. Ceci nous amène dans cette exploration à chercher plus en avant pour en trouver une forme cohérente. Enfin, la maxime décrite dans ce paragraphe, que celui qui est observé, observe à son tour l'observateur, peut être associée à d'autres « *symptomatologies* ».

Il est clair que « *l'associativité* » est à l'origine des « *symptômes* » d'une autre nature. Toutefois, selon certaines études la « *mémorisation psychique* » des « *traumas* » ne semble pas toujours être conservée dans « *l'appareil psychique* ». La question du jour est de savoir si un « *traumatisme* » (issu du trauma), perdue dans la vie psychique d'une personne. Les recherches en cours pourraient déboucher sur une nouvelle formulation de la rétention des traumatismes tandis que les traumas pourraient eux, y demeurer.

N'étant pas de cette école (*freudienne*), le processus qui consiste à progresser dans les méandres de « *l'associativité* » et des résistances du patient, ces « *allers et retours* » me semblent être un procédé par « *essai/erreur* ».

Associativité et symbolisation

La « *théorie de la symbolisation* », qui reste une théorie, semble ne pas apparaître souvent chez Freud. Je retiens ici cependant que la définition de la symbolisation ne serait plus seulement une opération par laquelle quelque chose va représenter autre chose pour un tiers. Il aura quand-même fallu à Freud au moins deux théories pour exprimer sa conception de la symbolisation. Il semble admis de nos jours que la symbolisation procède par « *négation/conservation* ». Si la symbolisation ne supprime pas l'état précédent il doit donc y avoir, normalement des différentes « *strates psychiques* ». En supposant que ces mêmes strates se succèdent,

ils devraient pouvoir réorganiser les anciennes. Toute expérience devrait laisser des traces pour autant qu'on les associe.

Que veut dire « *se représenter quelque chose* » ? Sachant que se faire une représentation de cette chose ou du sujet semble ne jamais être une copie exacte de ce que l'on se représente. L'auteur parle de « *représentations complexes* ». Ici Freud à raison, passer de l'identité de perception qui désigne l'objet par sa « *représentation perceptive* », à « *l'identité de pensée* » qui désigne l'objet par un concept complexe, situé dans le cadre des « *traces intraverbales* », « *polysensorielles* », passées, présentes, c'était comme si le « *ça* » de Freud, était une part de soi brut par laquelle nous n'avons pas d'accès direct.

L'association libre

L'auteur parle de « *règle* » de « *l'association libre* ». Cette expression utilisée ici désigne donc l'objet de la règle fondamentale qui consiste pour le patient à exprimer toutes ses pensées sans discriminer et ceci, d'une façon spontanée. Suivant les écoles dont vous êtes issus la « *sémantique* » est un peu différente. Mais comme toutes les règles, elles ne sont pas toutes applicables dans leur rigueur à cause de certaines réticences. Une orientation, un choix, se manifeste aussi à travers le silence, des lacunes du discours, des lapsus, ce fameux « *coq-à-l'âne* ». Le patient ne soupçonne pas la représentation qu'il pourrait faire en la personne de son « *thérapeute* », donc, il faut aussi regarder la règle de « *l'association libre* » comme une technique d'investigation de l'ensemble du psychisme mais pas seulement, c'est aussi comme une structure qui aurait pour objectif de hiérarchiser la « *relation analytique* ». Finalement, le rapport qui existe entre celui qui analyse et celui qui est analysé devient un rapport de langage où se fait jour la dimension de la demande. Si c'est une demande à « *inclination sentimentale* », il sera impossible d'y répondre. Ce qui, normalement, devrait provoquer chez le patient l'intolérance de cette « *association libre* » qui lui serait proposée.

Chapitre 4

Complexité et paradoxes du transfert dans la pratique clinique

L'auteur ne propose rien de nouveau mais aime à rappeler, à travers la théorie du fonctionnement psychique, les enjeux identitaires pour la clinique psychanalytique. Il nous propose d'entrée un bref raccourci de l'origine de ce concept. Il cite encore Freud qui semble être le point focal dans tout ce manuel pratique. Il oublie quand-même que ce « *concept de transfert* » a été inventé par Sandor Ferenczi (1873-1933) lui-même influencé par Jung, et que sa théorisation a été reprise par Freud au cours de son travail sur « *l'hystérie* ».

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de cette séquence est de savoir qu'il y a bien une association entre le « *transfert* » et « *l'associativité psychique* ». Mais l'auteur mentionne également que lorsqu'on passe du mécanisme général du fonctionnement psychique associatif au transfert dans la rencontre clinique, le transfert est dans tous les cas une « *fausse* » association. La présence du clinicien tente à modifier l'associativité puisqu'elle doit être formulée au clinicien. Pour terminer cette explication, l'auteur insiste sur la « *liaison essentielle* », « *fondamentale* », entre la méthode clinique fondamentale de l'association libre et le transfert. Il suggère donc que le transfert découle de l'association. Donc, si je comprends bien, le transfert est une sorte de phénomène humain qui s'éprouve à des degrés variables. C'est donc bien dans la relation clinicien/patient que ce transfert s'éprouve de la façon la plus pertinente. C'est là que Freud pense à théoriser ce « *concept de transfert* », il ne s'agira plus de constater seulement le phénomène de transfert, de le dénoncer, de le déplorer ou le favoriser en le manipulant, mais bien de l'analyser.

Là où je ne suis plus c'est cette affirmation qui postule que « *ce qui se transfère est issu de la vie psychique inconsciente, il en est l'émanation déguisée* ». Je ne doute pas que le transfert concerne l'ensemble de la relation ou du rapport au clinicien ou à la situation actuelle. Ce qui me semble douteux c'est la vie « *psychique inconsciente* ». Je postule que la vie psychique inconsciente n'existe pas. (Au risque de me faire lyncher... !) C'est un

peu comme si l'astronome réputé me disait que : « ...avant le Big-Bang, il n'y avait rien... ». (Comment créer à partir de rien ?)

Ce n'est qu'une tentative de ma part... ! d'autant plus que l'auteur parle d'une « *face passée liée à un pan de l'histoire oubliée ou mal intégrée et qui tend à se réactualiser* ». C'est cette « *histoire oubliée* » qui interroge. Où commence cette histoire ? Quelle origine a-t-elle ? Cette fragmentation du passé ne serait-il pas un souvenir perdu ? Une trace de cet oubli qui rechercherait à refaire surface ? Si le transfert est un élément essentiel, il n'en reste pas moins une projection des émotions et de sentiments du patient sur son thérapeute. Si le transfert est bien une boussole qui oriente le travail clinique, son analyse permet à la personne de prendre conscience d'une partie de soi et de ses émotions. C'est donc à travers ce transfert que la personne peut exprimer et reproduire les relations qu'elle entretient avec les autres. Nous savons maintenant qu'il se peut que le « *transfert* » envers le clinicien soit involontaire mais la question de savoir si ce transfert s'impose de façon inconsciente amène à d'autres questions ; à quel moment la résolution du transfert devient-elle possible ? Nous savons qu'elle peut s'effectuer seulement que lorsque le patient sera convaincu qu'il peut trouver de façon autonome ses propres réponses aux questions qu'il se pose.

Un mot sur le « *transfert-contre transfert* ». Le contre transfert nécessite de la personne soignante (thérapeute, clinicien etc..) une connaissance presque parfaite du fonctionnement de son propre évaporé (je remplace le mot inconscient) sinon, ses propres résistances en provoqueraient en retour chez le patient, qui pourraient rejeter les interprétations proposées. C'est toute la complexité de cette démarche.

Transfert positif ou négatif

En résumé, les désirs « *évaporés* » du patient vers celui qui analyse, se modèlent selon des oscillations et des structures multiples. On dit qu'un transfert est positif lorsque ce qui est projeté se rapporte à des « *émotions positives* ». Mais nous savons aussi que ces « *désirs évaporés* » peuvent être négatifs selon alors qu'ils se manifestent par des « *ressentis* » (haine, agressivité) envers le praticien. Dans ce cas, nous voyons qu'il sera primordial d'expliquer au patient les phénomènes de transfert pour qu'il puisse comprendre, dans la mesure du possible, la véritable nature de ce qui se joue.

Groupalité du transfert

Ce fameux clivage de transfert dans les groupes. C'est presque inévitable et ce clivage a sa propre spécificité. Imaginons une scène : « un groupe de plusieurs praticiens (psychologues, psychanalystes, éducateurs spécialisés, infirmiers, médecins) dans une situation transférentielle ! La résistance des membres du groupe ! Nous en connaissons la complexité et (la fatigue) (voir également le dernier chapitre sur les groupes)

Chapitre 5

Les questions du dispositif clinique

En premier lieu ce dispositif dépend de la « *disposition d'esprit* » traité au début (voir plus haut). Que ce soit dans la rencontre clinique, qu'elle soit explicite ou pas, soulève de nombreuses questions. Pour les résumer en quelques lignes, car il faudra consacrer du temps à certaines théories de ce dispositif. Ces questions sont formulées en partie dans les « *patterns* » (modèles, formes et structures) suivants : Théâtre forum et récit de vie, sujet, « *subjectivation* », socio de la clinique institutionnelle, « *socianalyse* », restitution dans la recherche clinique, résistance, récit de vie et thérapie institutionnelle, praticien-chercheur, photolangage, intervention socioclinique ou psycho-sociologique, intervention en milieu ouvert, improvisation, implication, histoire de vie en formation, histoire orale, groupe d'implication et recherche, expression verbale ou non, expérience, évaluation, émotion, entretien, écoute clinique, demande, analyse des pratiques cliniques et bien d'autres encore.

Outre les ambiguïtés et les paradoxes soulevés par l'auteur, on peut résumer tout l'ensemble en disant que tous les « *dispositifs cliniques* » peuvent constituer autant de réponses spécifiques à toutes ces questions en

fonction des profils des sujets. Il ne faut donc pas oublier l'évolution de ces pratiques qui, elles-mêmes, soulèvent d'autres questions. De nos jours nous découvrons des nouvelles formes de « *souffrances psychiques* » qui étaient alors insoupçonnées, dont certaines personnes en seraient affectées, et qui pourraient se déployer, en quelque sorte, hors du format classique de la prise en charge psychothérapeutique en institution ou en libéral.

Y-a-t-il des limites à ces dispositifs ? C'est fort probable. Cependant, n'oublions pas que, en fonction de ces nouveaux troubles, dirons-nous, il y a de nombreux dispositifs cliniques, ils sont variés et créés pour pouvoir approcher et prendre en charge les sujets qui présentent certaines nouvelles souffrances pour que les spécialistes de la santé mentale puissent à leur tour supporter et traiter tous les enjeux. Donc, nous voyons aussi que toutes ces modalités de prise en charge actuelles, conduisent, presque par contraintes, les cliniciens à repenser leurs « *outils de soin* ». Il y a donc, et c'est ce que je retiens de ce chapitre, nécessité pour le clinicien d'élaborer des nouvelles « *pistes théorico-cliniques* », comme nous le verrons dans le chapitre suivant, pour répondre au plus près aux besoins et aux caractéristiques du fonctionnement psychique des sujets rencontrés.

Dans le cas des formes de « *transfert* » ou « *d'associativité* », comme les « *modalités de symbolisation* », elles se développent en appui sur les caractéristiques de ces dispositifs. Nous voyons bien la nécessité, dans ces évolutions, d'obtenir des réponses, surtout quand la recherche sur ces pratiques est fondée sur « *l'épistémologie psychanalytique* ». Elle se doit d'y répondre. Donc, pour conclure ce chapitre, je dirais que la nécessaire prise en compte dans le « *soin psychique* » (langage et corps mais aussi du groupe, de l'institution), est primordiale de nos jours selon le CRPPC (centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique) depuis toutes ces dernières décennies. Ce qui nous amène au sujet suivant... !

Chapitre 6

Théorie du dispositif clinique

Ici, l'auteur va proposer une théorie générale en suggérant plusieurs propositions qu'il va appeler « *méta-règles* ».

Mais j'observe que dans tous ces dispositifs cliniques dites « *aux limites* », avant les « *méta-règles* », elles s'adressent à une large étendue de troubles comme l'agir. D'ailleurs l'auteur en parle dans son exposé, ainsi que des « *troubles du comportement somatiques graves* » et même des formes de « *l'anti-socialité* » auxquelles il faut ajouter les « *souffrances* » d'origine sociale, la « *délinquance* » et la « *criminalité* ». À cela nous pouvons inclure d'autres problématiques comme le « *vieillesse* », le « *handicap* » et bien d'autres encore. Tous ces différents types de troubles impliquent donc la mise en œuvre et la création de nombreux « *dispositifs cliniques* ».

Je retiens dans ce chapitre qu'il y a un socle théorique du dispositif clinique dont fait mention l'auteur. Il aborde des modélisations qui nous permettent de nous approprier tous les « *enjeux méthodologiques* » et conceptuels des dispositifs et des pratiques cliniques. Il parle d'une théorie mais en réalité on ne peut se soustraire à ce qui semble être les limites de cette théorie dans ses différentes formes.

J'aimerais m'attarder sur cette notion de « *transfert* » dont parle l'auteur. S'il y a transfert il y a nécessairement « *contre-transfert* », jusque-là nous sommes d'accord. Dans ce dispositif et son utilisation, l'auteur cite Freud, « *transfert = transposition* ». Quelles en seraient les « *convergences* » et leurs « *divergences* ? » Une autre question se pose, en réalité, qu'est-ce qu'on transfère ? Qu'allons-nous déplacer ? Il y a l'idée ici de « *mouvements du supervisé vers le superviseur* ». Freud affirme que le transfert existe dans toutes les relations entre individus, (on trouve plus amples explications chez J. Rouzel aux éditions Dunod. Dans son exposé sur la supervision d'équipes en travail social). Je retiens qu'il est possible de véhiculer le transfert dans un cadre de « *supervision* ». Celui qui vient (le supervisé), pour explorer des arrangements en fonction de sa propre histoire, pouvoir comprendre ce qu'il est vraiment, comment il perçoit les choses et comment il les vit. Je peux donc comprendre que la personne qui est supervisée puisse rejouer des chapitres de son vécu avec celui qui supervise en supervision. J'imagine que

l'auteur nous explique que la transposition des faits et du vécu de celui qui est supervisé puissent se porter vers le superviseur. Un mot sur le « *contre-transfert* ». Certains psychanalystes affirment ou suggèrent que le contre-transfert est « *une réaction inconsciente du thérapeute vis-à-vis de son client* », en particulier (M.Elkaïm, centre de formation de la thérapie familiale, conférence du 10 janv. 2002). Dans l'entretien clinique qu'a développé Colette Chiland (Entretien clinique, Colette Chiland édit PUF), elle mentionne que pour rendre conscient l'analyste aux « *phénomènes contre-transférentiels* », il faudrait au moins trois éléments essentiels : la « *sérénité* », la « *bienveillance* » et la « *haine* ».

Pour conclure ce chapitre, il y a bien plusieurs « *paradoxes* » dans ce dispositif clinique, pas seulement un paradoxe.

Chapitre 7

Inventer/penser un dispositif dans les situations limites et extrêmes

Le soin des cliniques et pathologies de la survivance et des pathologies narcissiques-identitaires

En ce qui concerne la clinique des « *situations extrêmes* », l'auteur prend vraiment un risque en s'introduisant dans le champ clinique des SDF, des ados de banlieue ou de quartiers. Toutefois, la tentative étant activée, l'auteur ne se trompe pas en supputant que c'est d'abord « *la clinique et notre empathie avec ce qu'éprouve le sujet qui doit nous guider dans l'entreprise* ». « *L'écoute* » et la « *stratégie de survie* » qui déterminent l'attitude clinique. Mais très vite l'auteur s'empresse de mentionner que c'est le sujet lui-même qui est le mieux placé pour savoir quelles solutions lui conviennent le mieux. Donc, quel serait alors le rôle du clinicien dans ce contexte ? Je parle de risque car même en se mettant à son service, rien ne peut prouver que les aptitudes du clinicien puissent produire un effet. Tous les SDF, tous les ados de quartiers difficiles ou ados de banlieues n'ont pas nécessairement un besoin d'aide ou de demandes particulières. Ceci posé, accepter le sujet tel qu'il est, semble paradoxal, car pourquoi alors intervenir ? Il me semble que dans des situations de grande précarité et de détresse, le clinicien peut manifester ses compétences (pour rester courtois).

Je comprends que l'auteur soit plus précis sur la signification du mot « *écoute* ». Cette métaphore est essentielle car en effet, c'est plus que cela. En réalité la situation est plus complexe. L'exemple de Selma Fraiberg, (1918-1981) est intéressant mais n'oublions pas qu'il ne s'agissait pas seulement des mères mais surtout de leurs enfants.

Ce que je comprends dans cette séquence, assez longue, c'est que les cliniciens engagés dans cette démarche de « *l'accompagnement des soins des limites extrêmes* » ne devront pas s'attendre à recevoir quoi que soit en retour. L'auteur parle de « *gratitude* », ce qui risque de ne jamais se passer. Je fais la différence entre des soins limites extrêmes résonnés et inutiles. La population dite en précarité et en détresse ne me pose pas de problème. Ce qui me semble plus discutable, ce sont les « *comportements adoptés volontaires* ». Les ados des banlieues ou de quartiers, pour moi, devraient faire l'objet d'un autre dispositif de soin. Ce qui suggère que cette catégorie de population ne rentre pas dans le cadre des « *limites extrêmes* ». (C'est un autre sujet d'études)

Quelques exemples de bricolage de dispositifs

Tous ces exemples rentrent dans un cadre de « *théorie générale* » des dispositifs. Il est certain que pour explorer ou accompagner la clinique d'une population qui présente des formes de « *souffrances narcissiques identitaires* » il faudra plus que du bricolage. N'oublions pas que ce chapitre traite de l'invention d'un dispositif. Bricoler un modèle c'est parfois nécessaire, l'auteur privilégie des dispositifs qu'il nomme « *inventés/bricolés* » mais dans un contexte spécifique et attribué. Tous les « *tableaux cliniques* » dont parlent l'auteur se situent dans un spectre de soins traditionnels comme « *l'anorexie de l'ados* », « *autisme* », « *accompagnement* ». Je persiste, et c'est seulement mon expertise, qu'il faut détacher de ces dispositifs, en tout cas pour un temps, toutes les situations dites extrêmes ou limites. (Ce sera l'objet d'une étude plus approfondie dans mes recherches ultérieures)

Dispositif clinique : étude du cas de Mira

Dispositif clinique /soin

Il s'agit ici d'une jeune fille anorexique. L'équipe thérapeutique se compose d'une clinicienne et d'une équipe de soin.

Le dispositif : l'équipe émet l'hypothèse qu'il n'était pas pertinent de se centrer plus avant sur son rapport à la nourriture, ce qui fixe Mira dans son « *symptôme* ». Je suppose que c'était le cas jusqu'à la mise en place d'une nouvelle approche. « *L'anorexie* » de Mira apparaît comme un mode général de rapport au monde aussi bien « *relationnel* » que « *pulsionnel* ». Mira restreint toute forme d'échange pulsionnellement engagé, elle « *anorexise* » ses relations affectives. L'équipe émet une hypothèse sur la base des différentes données cliniques disponibles en fonction de son anamnèse et du matériel glané lors des entretiens individuels et familiaux, cette hypothèse que si Mira menait cette lutte contre le moindre de ses élans pulsionnels, c'était à la fois en raison de l'intensité potentielle de ceux-ci – qui aurait déchaîné des accès passionnels – et en raison de la faiblesse de ses capacités de « *transformation* » et de « *métabolisation* » de ses expériences affectives et émotionnelles.

L'équipe tente de mettre au travail la question des processus de transformation de Mira et de mettre au point un dispositif localisé sur ceux-ci. Le temps presse.

Le dispositif mis en place par la clinicienne

Différents types de « *dispositifs de rencontres* » sont expérimentés par la clinicienne. Ils sont centrés sur l'échange verbale en « *One to One* ». Avec le discours que tient Mira qui pouvait durer plusieurs heures (conversations purement intellectuelles, philosophiques), sans que le moindre affect n'émerge. Le dessin a été utilisé sans plus d'accroche véritable. Mira s'abrite devant le fait qu'elle ne sait pas dessiner. La clinicienne lui propose un « *squiggle-game* » (jeu de dessin à deux inventé par le psychanalyste D. Winnicott) mais ce dernier devient purement formel et esthétique. La clinicienne cherche à établir un contact vrai au-delà des formes socialisées. Mira est rompue à un « *faux self* ».

Mise en place d'un dispositif original

La clinicienne met en place un dispositif original qui représente une forme de dépassement de celui-ci (*Aufhebung*) ou « *esprit spéculatif* ». Dans ces situations limites et extrêmes le processus se veut la recherche de l'invention et de la mise en œuvre du dispositif lui-même. La clinicienne combine alors les « *processus de transformation* » et de « *symbolisation* » qu'elle va combiner avec les « *hypothèses* » issues de l'œuvre de Winnicott et de certains développements de l'auteur sur le modèle du « *squiggle* » comme prototype de son intervention. Elle invente donc le « *squiggle pâte à modeler* ». Mira se voit donc devant une boule de pâte à modeler. La clinicienne lui demande de laisser ses mains « *s'associer librement* » sur celles-ci. Après avoir choisi la posture la plus adaptée, la clinicienne malaxe aussi une boule de pâte comme « *modèle* ». On mentionne que la « *conversation clinique* » portait sur les « *impressions* », les « *sensations* », les « *émois* », puis sur les « *formes* » et les « *échanges de formes* » entre les deux (clinicienne et Mira) et que le moment « *squiggle* » était amorcé.

L'ajustement de la matière devait être aussi pris en compte puisque, comme nous le constatons, certains blocages persistaient, à cause, entre autres, de la couleur, de la matière et même de la forme de cette pâte à modeler.

Résultat de l'expérience

Ici, l'auteur ne cherche pas à narrer l'histoire du cas mais insiste sur le dispositif retenu et utilisé qui permet dès lors l'enclenchement et la relance d'un « *processus de symbolisation* » généré par le développement, une sorte de « *transfert des processus* » sur le « *médium* » et ses propriétés « *sensori-motrices* ».

Ce qui intéresse l'auteur dans cette expérience c'est le processus d'invention du dispositif, c'était bien là tout l'intérêt de cette recherche pour aboutir enfin à « *trouver/créer* » « *un médium attracteur* ». En fait nous

relevons que cette « *théorie de la symbolisation* » pouvait, en quelque sorte atténuer le processus de souffrances chez Mira. Le but c'est le chemin dit l'auteur, surtout en ce qui concerne les soins cliniques. On observe que le « *médium malléable* » est le clinicien en premier.

Mon analyse et remarques

Comme mentionné, ce n'est pas tant le cas proprement dit que je retiens ici mais, tout comme l'auteur le fait remarquer, nous sommes dans « *l'invention/création* » d'un dispositif mis en place par la clinicienne qui s'occupe du cas de Mira. J'expose quelques réflexions sur cette expérience :

Le « *médium malléable* », je vois que c'est tout d'abord le clinicien. Mais encore faut-il comprendre ce que cela signifie. J'ai étudié les travaux de Marion Milner (1979) et ses travaux sur la peinture et qui était confronté d'autre part à une clinique qui mobilise un « *contre-transfert* ». Milner dit que : « *...le médium se définit comme une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont portées aux sens...* ». Donc, ma première observation est que la clinicienne est en quelque sorte utilisée par Mira dans l'emprise, comme une « *matière malléable* » pour une fin « *organisationnelle* » de sa cohérence interne. Ce transfert peut donc être défini comme une forme d'illusion relativement féconde qui va permettre une sorte de fusion par le « *symbole* », une part de la réalité extérieure, comme il en est pour l'artiste qui utilise la matière (Ici il s'agit de pâte à modeler). Roussillon ne fait que reprendre ce concept, mais il est pertinent. Il serait juste de mentionner que le concept apporté par Milner rend aussi compte de la manière dont le sujet peut se dégager de l'objet en y imprimant/contemplant de manière transitoire sa marque en négatif, véritable image spéculaire en creux.

Ici c'est donc bien le dispositif clinique thérapeutique qui retient mon attention. Je postule que la clinicienne devait avoir une connaissance de ce concept car la matière choisie (pâte à modeler) n'est pas dû au hasard.

Le « processus de symbolisation »

Il faut bien connaître son fonctionnement. La clinicienne, tout au long de son suivi thérapeutique avec Mira, a contribué à rendre consciente Mira de ce processus puisqu'elle a essayé de le mettre dans le mouvement de symbolisation et par conséquent, d'une croissance. Il fallait que la clinicienne s'appuie dessus car j'ai observé la réticence de Mira sur le matériau utilisé. La clinicienne était bien consciente qu'à la suite d'un déséquilibre survient un équilibre, moi, je l'appelle « *le vase communiquant* », « *déprime/dépression* » à laquelle succède une prise de conscience qui amène à un nouvel équilibre. Mais je n'oublie pas que Mira avait aussi son propre « *registre symbolique* ». Je peux donc confirmer ici que le « *processus de symbolisation* » reste un facteur de guérison.

Les « propriétés sensori-motrices »

Cette approche est assez connue. Dans le cas de Mira il fallait que la clinicienne trouve et pense à son installation et aux appuis lors des « *postures facilitatrices* » en tenant compte des éléments du milieu dans lequel elle allait évoluer avec Mira. Cela peut paraître anecdotique mais il a fallu plusieurs tests à la clinicienne pour trouver la bonne posture qui conviendrait à Mira pour que l'expérience soit concluante.

(Fin de mon analyse sur ce cas)

Apprivoisement du lien et relance de l'attachement

Je ne m'attarde pas trop sur cette séquence. Comme expliqué à plusieurs reprises, le « *dispositif relationnel* » pour ce genre de population (SDF, ados des banlieues ou quartiers) je ne suis pas certain de suivre l'auteur, sinon que le dispositif « *côte à côte* » que j'appelle le « *One to One* » me semble le plus pertinent. J'ai travaillé quelques années dans certains foyers pour jeunes travailleurs/délinquants et cela nécessiterait un volume complet sur la question.

« Pack psychodrame » avec enfant hyperviolent : étude du cas

Exemple d'une collaboration de recherche clinique

Prise en charge d'enfants hyperviolents

Exposé

Il s'agit ici d'un pré-adolescent qui s'était fait exclure de tous les établissements (une dizaine), car il cassait tout sur son passage et était incontrôlable. Le service dans lequel il arrive semble être le « *derniers recours* » pour lui. La question de l'attacher dans son lit fait émerger une question sur un nouveau dispositif (*inventer/créer*). Une collaboration se forme entre l'équipe et l'auteur (Roussillon). L'équipe met en place le dispositif des « *packs* » mais sans l'ensemble des protocoles. Une forme d'enveloppement. Il est dit que l'enfant est allongé et enveloppé de manière assez serrée dans un linge à température ambiante et sec qui le contient complètement.

Mon analyse et remarques

Je ne vais pas recopier l'histoire et détailler le mode utilisé. J'aimerais m'attarder sur cette notion de « *packs psychodrame* », dans un cadre de dispositif clinique. J'observe que tous les protocoles du pack n'ont pas été utilisés. L'équipe ne s'est pas attardé sur la question de savoir s'il y avait une possibilité d'approche pour l'enfant pour organiser ou figurer son « *conflit interne* » (faillite des relations primaires) et accéder ainsi à un transfert analysable dans le seul cadre de la psychothérapie, qui, en l'espèce ne pouvait pas être commencée ou même, si c'était le cas, aurait probablement échouée.

Les particularités de cet enfant dans son « *fonctionnement psychique* » n'auraient pas permis d'utiliser pleinement une « *psychothérapie* » quelle qu'elle soit et surtout verbale. Je vois également la nécessité de la présence de plusieurs spécialistes. Le « *pack psychodrame* » a été retenu et en l'espèce il semble avoir bien fonctionné. Pour d'autres cas identiques, ce ne serait probablement pas la même solution. Dans les « *relations primaires altérées* », chaque cas est un cas particulier et l'histoire de la violence et de l'angoisse du sujet ne sont pas forcément identiques même en apparences.

J'observe le rôle de tous les acteurs (enfant et clinicien allongé à côté), les spécificités du « *dispositif du psychodrame* », et en particulier la dimension corporelle. J'y inclus les indications, les objectifs recherchés, le cadre, l'évaluation du dispositif clinique et le cadre thérapeutique adapté.

Pour conclure ce bref aperçu, il en est résulté que les crises de violences (je me demande ce que hyperviolent signifie vraiment), s'estompèrent de plus en plus et qu'une prise en charge clinique pouvait réellement prendre le relai.

(Fin de mon analyse sur ce cas)

Compagnon thérapeutique : étude de cas

Exemple d'un dispositif clinique

Avec les enfants autistes

Le « *double esthétique* », car c'est finalement là que se situe l'objet de l'expérimentation avec des enfants autistes. Dans ce « *dispositif d'amorçage* », le clinicien se place en « *double* » et en « *côte à côte* » avec le sujet, d'une façon relativement ludique, sans excès. Après une tentative de jeux particuliers une amorce de communication s'instaure dans le but de permettre que ce qui était « *comportement autistisé* » (sans adresse repérable) puisse se transformer en valeur de « *message* » et donc produire cette amorce de communication. Le but étant pour le clinicien de transmettre l'idée de « *partage esthétique* » qui pourrait devenir une forme de communication et d'échange entre le clinicien et le « *sujet* ».

Brève analyse et remarques

L'auteur parle ici de « *fonction réflexive* » et, dès lors, le cadre relationnel de la relation en « *double esthétique* » devient le lieu du transfert de cette fonction primaire. L'option choisie est appropriée mais il existe de nombreux « *outils du compagnon thérapeutique* ». Ici j'observe l'importance de la narration et de la communication. Mais il ne faut pas oublier que nous sommes toujours dans le concept de « *inventer/créer* ». Par conséquent, on ne peut plus parler de l'originalité de l'action du compagnon thérapeutique au sens où nous l'entendons en temps normal dans son usage. Je remarque également dans cette approche, ces fameuses « *boucles de communication* » dont parlait (Greenspan, 1986) et ce qu'elles sont, à savoir, des interactions qui mobilisent le sujet dans un va-et-vient non verbal/verbal intentionnel. Dans le cas qui nous préoccupe, c'est le

début d'une acceptation réciproque à reconnaître l'autre (fond transférentiel), une espèce de partage commun à cause d'un intérêt commun, arriver à entrer dans le monde de l'autre.

Ce n'est pas évident pour un « *enfant autiste* » et son compagnon thérapeutique. Je vois que réussir cette entrée demande de longues heures d'attentes. Finalement, avec patience, une fois que s'amorce une reconnaissance de la présence de l'autre, ne serait-ce qu'une ébauche de reconnaissance, il se construira une façon d'être ensemble que l'enfant autiste pourra commencer à identifier et à espérer. Une singularité se crée à partir de ce qui fait son monde à lui.

Donc, pour conclure cette séquence, je dirais que le « *compagnon thérapeutique* » peut introduire progressivement ses propres initiatives pour « *diluer* » sur les intérêts de l'enfant. Lui proposer une variante qui serait admissible pour lui.

J'ajoute que cette approche cadre tout à fait avec la « *théorie de l'attachement* » (Karen, 1998) qui stipule que cela pourrait permettre à l'enfant de reprendre ou de s'engager dans la voie du développement de ses potentialités, seulement si les circonstances sont favorables et lui sont offertes.

(Fin de mon analyse sur ce cas)

Dispositif de recherche et d'intervention avec les dépressions du « post-partum »

Je fais l'impasse sur cette séquence. Étant père de 5 enfants et grand-père de 15 petits enfants, ayant un petit fils autiste, une petite fille prématurée de 23 semaines (qui, à ce jour, est en bonne santé), un autre petit fils handicapé... ! Je connais bien l'importance du « *côte à côte* », des « *signes discrets* » du bébé et de la dépression maternelle.

Qu'il me suffise de dire que la dépression maternelle n'est pas toujours entretenue par l'échec des communications précoces de la mère avec son bébé.

Chapitre 8

Le « travail de symbolisation »

« *Traces premières* », « *trace mnésique perceptive* », « *faiblesse première* », « *matière première psychique* », « *processus de symbolisation* », « *processus internes, de description, de métabolisation, élémentaires, etc. etc.* ». Qu'est-ce que tout cela signifie ? Comment s'organisent-ils dans le cerveau ? Sont-ils innés ou acquis ? Quelle en est l'origine et comment se construisent-ils ? Je note qu'il en faudra beaucoup plus pour arriver à des conclusions plus pertinentes. Parfois j'ai presque envie de mettre toutes ces théories dans un sac, les secouer et voir ce qu'il en sort. (C'est une réaction spontanée, je demande à l'examineur de ne pas en tenir compte)

Ce n'est pas mon chapitre préféré mais j'essaie d'en faire la synthèse. En parlant des dispositions des « *processus de symbolisation* », de leur nature hétéroclite, de leurs effigies, l'auteur semble en proposer deux qu'il nomme : « *primaire et secondaire* » et de placer une distance dans ce processus de symbolisation. Pour simplifier, je note qu'il explique que pour lui, la symbolisation primaire n'est autre que la représentation de choses et de mots, une sorte de « *symboles primaires* ». À contrario, la « *symbolisation secondaire* » va jouer un rôle d'attachement puisqu'elle va relier cette représentation de choses et de mots. C'est un modèle qui semble être un épaulement segmentaire entre trois empreintes de l'expérience vécue. Il cite Freud dans ses travaux sur « *la trace mnésique perceptive* » qui serait une griffe inconsciente (*la chose*) (je suis très sceptique sur cet inconscient) et une griffe verbale préconsciente (*le mot*). Je relève ici ce qui va relier chaque type à un autre, même leur modalité, qui, par un processus non expliqué, peut se manifester être un recalage. Freud va d'ailleurs donner un nom à ce qui risque de se produire dans son exposé sur « *naissance de la psychanalyse, lettre de 1896, voir chez PUF 1986* ». En fait ce sont des « *griffes* » qui ne sont pas transformées mais qui gardent leurs caractéristiques et sont sans descriptions dans le répertoire suivant.

L'auteur s'appuie sur la nécessité de caractériser la symbolisation primaire. Elle viendrait d'une réflexion sur les conditions qui permettraient la mise en place de « *l'activité représentative* ». Sans oublier que cette mise en place peut se révéler être un échec dans les « *précarités psychotiques ou limites* ». Cette ébauche de symbolisation primaire permet tout au plus d'améliorer et de rendre plus alambiqué le modèle classique du passage de la « *griffe mnésique* » perceptive à la représentation, modèle qui est basé sur la simple « *rétenion énergétique* ».

Ce modèle semble basal pour simuler l'espacement déterminant entre l'expérimentation première et sa représentation. Le dressage énergétique du souvenir permet un quadrillage modéré des traces de l'expérience qui va esquiver sa « *réactualisation onirique* ». Mais il y a un inconvénient majeur car ce modèle ne va pas permettre de rendre compte de la disparité des contingences du fonctionnement représentatif que l'on rencontre dans les problématiques psychotiques ou limites. Donc, cette constituante de symbolisation primaire est rendue inéluctable également par la théorisation d'une symbolisation qui se répand par cette théorie de la retenue dont le socle est fondé sur la perte, le déficit, l'élancement. Selon ce modèle, pour peindre (représentation), il faut se résilier à retrouver une « *identité de perception* » à l'avantage d'une « *identité symbolique* », une analogie de pensée. Ce serait donc la carence qui serait le moteur du travail représentatif soutenu par la rétention d'énergie.

Un effort psychique devient donc nécessaire pour qu'une telle expérience première, que l'on ne peut saisir directement, puisse prendre une forme représentative. J'observe que c'est dans ce terroir que se sont déployés les chaînons de contenant de pensée, les « *pictogrammes* » et les « *proto-représentation* ». En outre, la « *symbolisation secondaire* » va conserver cette abstraction de travail de mise en représentation basée sur la « *carence perceptive* », la « *suspension de la motricité* » et « *l'élancement* ». La « *symbolisation primaire* » elle, s'appuie sur le mode de présence de l'objet, sur les « *éléments perceptifs* », « *modalités d'investissement* » pour enfin produire des « *mises en forme perceptives* » et des « *transformations motrices* ».

Pour conclure ce chapitre je dirais que la symbolisation exige des « *séquences discordantes temporelles* ». Une partie de la « *symbolisation* » semble apparaître à un moment précis, lorsque l'expérience est vécue. Mais il y a des conditions, une en particulier qui se détache. Il faut qu'un espace transitionnel interne ait pu être introjecté et que l'expérience ne puisse pas déborder par les capacités de symbolisation existantes du sujet. Une autre partie de la symbolisation peut se produire après coup dans un espace-temps spécial qui permettrait une reprise de cette expérience. On retrouve ce schéma dans les « *chimères* ».

L'auteur explique que les modalités primaire et secondaire de la symbolisation rimailent une série de processus qui transforment la matière première psychique et qui produisent des représentations. Ces dernières, qu'elles soient représentation de choses ou de mots sont le germe d'un entrelacement « *d'expériences perceptives* » concernant les différents tuyaux sensoriels qui portent le sceau des rencontres avec l'objet primaire et les clauses des premiers agréments, des premières aspirations.

Les représentations ne sont donc pas uniquement des griffes de perceptions antérieures plus ou moins définies. Elles sont de nature hétéroclite et forment des combinaisons plus ou moins complexes pouvant s'associer entre elles pour développer des propriétés émergentes comme « *l'indice de qualité* » qui permet l'accès à la conscience, la constitution d'enveloppes, ou des « *formes réflexives* » représentant la représentation. Les premiers schémas établis par S. Freud, dans ses travaux « *neurologiques* » décrivant les représentations de choses et les représentations de mots comme des « *complexes associatifs* », trouvent une actualité dans les travaux qui tendent à penser les transformations du « *processus de symbolisation* ».

Quand on traite du processus de symbolisation par la linéature de plusieurs conventions de transformation et de transposition, on arrive alors à mieux harponner la dimension construite et hétéroclite de cette mappemonde représentative qu'est la « *psyché* ». Si on ajoute à cela deux facteurs de cette vie psychique, les « *notions subjectives* » et les « *affects* », cette linéature devient plus compréhensible.

Les besoins du Moi

Avec ce que Winnicott propose, Roussillon pose, sous forme de réflexions, le concept du « *besoin du moi* », une théorie générale de la pratique clinique avec une formule : « *l'intégration des expériences subjectives par la symbolisation et l'appropriation subjective de celles-ci* ». Il s'agit ici de séparer le désir et ses logiques de celles du besoin. L'auteur fait un tour d'horizon sur l'évolution des « *théories des pulsions* » dans la pensée de Freud en insistant sur deux « *métapsychologies* », l'objet (libido dite objectale) soit vers le sujet (libido dite narcissique), pour arriver à l'analyse du « *Moi* ». Il pose la question sur sa signification mais il se rend compte de l'importance, dans l'étude du fonctionnement du Moi, qu'il faut intégrer aussi son concept, le « *besoin du Moi* ». Brève observation sur l'opposition du désir et du besoin. L'auteur remarque que Winnicott et son concept manque de pertinence car ce concept du « *besoin du Moi* » ne donne pas une définition précise. On sait seulement que ses « *besoins du Moi* » varient en fonction des sujets et de leur degré de développements psychique.

J'observe que le clinicien doit fournir du « *sur mesure* » au sujet pour qu'il puisse « *métaboliser* » ses expériences traumatiques ou difficiles. L'auteur mentionne que la souffrance psychopathologique dérive des besoins du Moi qui sont insuffisamment pris en compte ou satisfaits ou pas assez reconnus. J'observe aussi que le traumatisme n'existe pas, selon l'auteur, comme un « *en soi* » et que celui-ci résulte du caractère non intégrable pour ce sujet là et à ce moment-là de son histoire, de l'expérience qu'il traverse. La « *symbolisation* » n'est pas un travail solitaire, il est par nature « *social* ».

La question est posée, mais que veut bien dire « *analyse du Moi ?* » L'auteur pense que c'est l'analyse de son fonctionnement, en tout cas, selon la pensée psychanalytique. Le concept existe mais on ne trouve pas les mécanismes des processus et leurs fonctionnements à ce stade. Roussillon propose donc d'aller plus loin dans cette recherche du « *besoin du Moi* » et suggère une définition qui semble pertinente, ces besoins du Moi seraient l'ensemble des conditions du travail de symbolisation et « *d'appropriation subjective* », aussi bien primaire que secondaire. Autrement dit, il définit les « *besoins du Moi* » comme, je cite : « *Un ensemble de ce dont le Moi-sujet a besoin pour accomplir son travail de mise en forme, en scène et en sens de l'expérience subjective vécue, ce qui lui est nécessaire à un moment donné pour la symbolisation et l'appropriation subjective de celle-ci* » (fin de citation). L'auteur nous explique que la souffrance psychopathologique dérive des besoins du Moi qui est insuffisamment pris en compte ou satisfaits ou encore insuffisamment reconnus ! Quand on pense qu'un seul « *acide aminé* » dans le gène qui code pour l'enzyme COMT (catéchol-O-méthyltransférase), un médiateur qui métabolise la « *dopamine* » et la « *noradrénaline* », produit une différence suffisamment importante dans cette « *enzyme* » pour modifier la résistance à la douleur, et de là, influencer sur le courage d'une personne, l'auteur est bien inspiré de mentionner que l'on ne doit jamais frustrer un sujet au niveau des besoins du Moi.

Les différents « *allèles* » (terme générique qui correspond à la version d'un gène dont la séquence nucléotidique est modifiée) affectent en effet les taux de dopamine, un « *neurotransmetteur du cerveau* » impliqué dans la douleur. Donc, le clinicien qui oublie cette intégration aura bien du mal à faire du « *sur mesure* » pour son patient.

Je souscris totalement à ce que Ferenczi (1929) suggère, à savoir, que le facteur, dans les situations traumatiques était l'attitude de l'entourage du sujet et en particulier la non-réceptivité de celui-ci. Je ne fais pas la différence sur ce point entre l'enfant et l'adulte et encore moins pour les personnes âgées. Le « *partage empathique* », c'est ce qui est trop souvent absent.

Les niveaux des besoins du Moi

Menaces sur la cohésion du sujet en ce qui concerne le niveau d'investissement et d'excitation. L'auteur en identifie deux : « *menace d'effraction et de débordement et menace de désinvestissement de l'autre* ». Nous voyons bien l'importance du facteur de soin apporté et son amélioration et l'investissement de la « *psyché* » du sujet par le clinicien. Puisque l'auteur souligne l'importance de certains aménagements de l'environnement d'un sujet et la prise en compte des particularités de ce dernier, les institutions de soin seraient bien inspirées

d'en tenir compte. J'ai observé toutes ces dernières décennies les difficultés que pouvaient rencontrer les cliniciens qui servent en institution sur la question de l'aménagement de l'environnement et l'investissement du sujet par le clinicien, le mode et la qualité de sa présence, sa disponibilité et le nombre de séances. Je relève toutes les limites de cette classification des niveaux des « *besoins du Moi* ». Sans compter que vouloir changer le sujet d'environnement ou tenter de changer d'amorcer des changements de l'extérieur vers l'intérieur pose un problème. Et si nous changions notre façon de considérer les besoins du Moi ? Un nouveau concept, amorcer le changement de l'intérieur vers l'extérieur et après seulement envisager l'amorce du changement d'environnement ! non ?

Les besoins qualitatifs

La question du Moi, du Surmoi et du Ça qui viendrait du fond de la psyché mérite de repenser une autre approche. Le Moi, j'adhère, le Ça, j'admets, le Surmoi c'est comme l'inconscient, j'ai des doutes. Les questions sur ce qui vient du sujet, cette catégorisation des informations et de leur provenance, sur ce qui se produit, ce qui vient du monde extérieur et des objets qu'il investit, que tout le cortège des événements se produisent dans le « *Moi* », on peut l'admettre. Quelles pulsions ? Quelles sensations ? Quelles aspirations sont-elles impliquées dans l'expérience subjective en question ?

Comment identifier la provenance des différents composants que le sujet doit traiter ? Tout en sachant qu'il doit d'abord les identifier ! Les grandes questions de base du fonctionnement du Moi : quoi, où, comment, pourquoi. La « *psyché* » est autrement complexe et répondre aux grandes questions de base du fonctionnement du Moi n'est pas concluant en l'état. Repérer les besoins du Moi en souffrance ne peut pas se faire sur la simple explication du quoi, où comment et pourquoi de cette manière. La fiabilité des différentes données nécessaires dépend bien de différents facteurs. Même la « *catégorisation* » des informations et de leur provenance ne peut pas se résumer à un ensemble de questions de cette nature. Il y a quelque chose que le clinicien doit comprendre et admettre, les tableaux psychopathologiques ne sont pas tous fiables.

Pour conclure cette séquence de ce chapitre, j'observe que le « *repérage des besoins du Moi en souffrance commence à générer une première ligne associative et une sensibilité du clinicien à une partie du matériel transférentiel* » (Selon l'auteur). Mais la difficulté pour le clinicien c'est le « *repérage* ». Et comme il est quasiment impossible d'anticiper ce repérage des besoins du Moi en souffrance, il sera donc nécessaire de bien maîtriser le dispositif adéquat dont parle l'auteur et d'avoir une attitude technique conforme. Si la psyché a besoin de cohésion et de cohérence, le monde du « *dedans* » et le monde du « *dehors* » obéissent bien à des lois dont le sujet est conscient, mais à sa façon. Ici, la logique du sujet n'est pas celle du clinicien ou des normes. La conception d'une cohérence ne peut pas être uniquement issue de l'appréhension ou de l'évaluation de son auteur. Tout n'est donc pas terminé... !

Chapitre 10

Les fonctions de l'objet (du clinicien) et le Médium Malléable

Pouvons-nous nous interroger en premier lieu sur la place et la fonction ainsi que la valeur psychique de l'objet externe dans le travail clinique ? la réponse est oui selon l'auteur dans cette séquence de ce chapitre. J'observe que le développement psychique de l'individu y a toute sa place. Il n'y a pas que l'auteur qui ose cette explication mais déjà Thaon y prenait part (M. Thaon, 1990, p 5). Ce rapprochement à l'objet externe pourrait avoir une sorte de « *fonction de repère* » pour maintenir une cohésion interne chez le sujet. Nous savons maintenant que c'est dans la relation psychothérapeutique que l'objet de relation peut être envisagé. Cet objet de relation joue en quelque sorte les fonctions de relais dans la communication consciente ou pas, avec une articulation de deux ou multiples subjectivités.

Dans une perspective « *d'intersubjectivité* » et insistant sur cette fonction relationnelle de l'objet en psychothérapie, l'auteur considère donc « *l'objet de relation* » comme ce qui constitue une interface qui rendra compte de l'état de la relation. Haag fait mention, dans un autre traité, de cette notion « *d'objet de relation* »

en précisant que ce dernier ne désigne pas seulement la médiation en elle-même, mais les objets du cadre comme susceptibles, dans certains cas, d'appareiller des psychés par leur investissement ligué avec la résonance affective d'une « *rencontre relationnelle* » ou « *exaltation narcissique* » (G. Haag, 1987).

Pour citer un autre auteur que Winnicott, Gimenez mentionne que, je cite : « *Pour rendre la rencontre possible, l'objet de relation a une fonction pare-excitative. Il filtre la violence fondamentale sous-jacente à toute rencontre et il permet au patient et au clinicien de se pare exciter réciproquement* » (fin de citation) (GIMENEZ G., (1995), *Objet de relation et gestion du lien contre transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre*, in Actes des Journées du COR : *Objet et contre-transferts*, Arles, Hôpital Joseph-Imbert).

Pour en revenir à ce que Roussillon expose, le caractère concret et son existence comme objet externe, l'objet devient un support qui est capable de recevoir les émotions qui pourraient déborder le clinicien mais pas seulement, le patient également. Ce débordement, s'il n'est pas ajusté, rend le travail psychique quasiment impossible.

L'utilisation de l'objet

Finalement, cet objet de relation est tout simplement un objet de partage qui peut, selon l'auteur, être utilisé par les deux associés (au sens figuré) ; en cela, il s'oppose à « *l'objet transitionnel* » qui est un objet privé. J'observe également que par son entité propre, l'objet de relation va permettre de mouvoir vers l'extérieur, de délocaliser, sur un objet concret ce qui va se jouer entre deux personnes ou multiples. C'est donc à travers cet objet que le patient va pouvoir introduire un scénario à multiples facettes de la « *dynamique transférentielle* » qui sera plus facilement repérable et analysable.

À noter que dans ce dispositif, chaque objet qui est présenté par le thérapeute est pré-investi par ce dernier. J'ajoute, comme remarque subsidiaire, que l'objet médiateur est porteur de certaines des qualités propres à l'objet de relation. Une sorte d'interface et de dépôt.

Pour revenir à Winnicott, l'objet transitionnel a été théorisé par lui en 1971. L'auteur reprend ici quelques éléments qu'il va adapter. Il explique qu'à chaque moment du processus, l'objet (le clinicien) peut mettre son veto sur le travail en cours, qui reste donc subordonné à son acceptation dans les faits.

Fonction « Médium Malléable » de l'objet (du clinicien) et utilisation des médiations

Quelques mots sur « *l'objet médiateur* » et résumé. Outre le fait que l'auteur utilise la symbolique de la pâte à modeler je dirais que l'objet médiateur est porteur de quelques qualités concrètes de sa matérialité mais aussi de qualités abstraites concernant la relation. Dans son utilisation l'objet médiateur se situe plus dans son utilisation à la rencontre de la réalité extérieure et de ce monde quelque peu caché du psychisme intérieur du sujet. Je relève que tout objet, animé ou pas devient le support aux projections du sujet et même du groupe. J'ai observé que le groupe, dont nous avons vu l'importance dans d'autres chapitres, peut aussi être un support, mais pas seulement, On a observé aussi que l'environnement jouait un rôle primordial.

Mais j'observe également que l'objet ne peut se manifester qu'à partir d'une activité du « *Moi* », il doit être très organisé. Il est important, me semble-t-il, d'en faire la distinction car elle aidera à se représenter l'avènement de « *l'objet médiateur* » plutôt comme un processus et pas comme une information de départ. La fonction des éléments de l'espace limité est d'être éprouvée au niveau « *perceptivo-sensori-moteur* » de cette « *chose* ». Il est à remarquer que la fonctionnalité du médium sera différente selon les sujets, selon la façon dont ils vont être aux prises avec des déformations dans leur propre croissance psychique et leur propre processus de symbolisation.

Un exemple frappant qu'il me vient à l'esprit ce sont les enfants psychotiques qui sont dans l'incapacité d'utiliser le « *médium* » comme objet transitionnel, ce fameux « *trouvé/créé* ». Mais, à contrario, celui-ci peut servir comme support pour rejouer. Ce que certains nomment « *le processus d'échec répété de l'expérience du détruit/créé* ». Il y a longtemps je me souviens d'un spécialiste, dont je ne me souviens plus l'ouvrage qui citait des exemples de processus thérapeutiques pouvant illustrer l'évolution des registres du « *détruit/détruit* » au « *détruit/créé* » et qui mentionnait le rôle important que pouvait jouer le retournement « *passif/actif* ».

Je remarque que le terme « médiation » ou « objets médiateurs » doit être compris dans une situation thérapeutique, objets très concrets, animés ou pas, grâce à son utilisation en intermédiaire entre « soi et soi » qui, notons-le ici, avec un soi qui n'est jamais identique à lui-même. La symbolisation elle-même si on admet un éventail assez large que possible, comme processus et non pas comme un état de chose. Ceci nous renvoi donc à l'utilisation de l'objet qu'en fait Winnicott. Le processus de symbolisation qui passerait par l'utilisation de l'objet et donc, du « médium malléable ».

Selon Brun et Kaës, je cite : « *Si l'objet médiateur structure le cadre thérapeutique, prend la forme de la psyché du sujet, ou de l'appareil psychique groupal et induit un processus de symbolisation, il ne présente en revanche aucune portée thérapeutique en lui-même, indépendamment du cadre et du dispositif* » (Brun, 2007 et Kaës, 1976). J'avoue que cela commence un peu à dater mais en l'état il n'y a rien de mieux.

Le clinicien peut se poser la question suivante : « *Sur la question des indications, certaines propriétés sont dites particulières selon le spécimen utilisé. Est-ce que ce spécimen pourrait régenter un type de travail plutôt qu'un autre ?* ». Pour répondre à cette question il est nécessaire de bien comprendre que c'est en fonction de certaines caractéristiques, qu'elles soient tactiles, visuelles, sonores et d'autres, qui lui sont propres que les « médiums » ne peuvent pas impliquer le même travail de la sensorialité. Anne Brun (2007) met en évidence la singularité suivantes, je cite : « *...que si un repérage des différentes qualités sensorielles propres à chaque médium peut être effectué, il semble préférable de se demander quelles composantes sensori-perceptivo-motrices de l'objet médiateur l'enfant ou le patient a ou va utiliser, et à quel moment du processus thérapeutique. Il s'agit plutôt d'observer la mise en jeu de la sensori-motricité du groupe de patients dans leur rapport au médium malléable, « pour pouvoir ensuite s'interroger sur ce qui a pu être symbolisé, grâce à telle ou telle qualité symboligène propre à la matérialité de l'objet médiateur* ». (Fin de citation)

En outre la même source continue : « *Ainsi, la question de l'indication du médiateur, sur laquelle se focalisent souvent les équipes, semble impossible à traiter à priori, selon des règles générales, dans la mesure où chaque patient aura une utilisation singulière du médiateur proposé* ».

Maintenant, si la question du « médium » semble difficile à travailler de façon générale, je pourrais ajouter que l'indication pourrait être pensée d'un façon tout aussi singulière en fonction du parcours déjà connu du patient et de son développement. J'ajoute d'après ce qui ressort de ce chapitre que le rôle du médiateur n'est pas primordial. Le dispositif proposé est tout aussi important. L'exemple de la pâte à modeler pris comme exemple par l'auteur (Roussillon) montre que l'on peut la travailler de plusieurs façons, donc il y aura plusieurs dispositifs autres que celui proposé.

Prenons le cas particulier de la prise en charge en groupe (avec le même modèle mais avec un groupe d'ados qui présentent de graves troubles du développement), d'un ados très fragile, qui vient juste de dépasser, avec de nombreuses angoisses, les étapes successives que vais décrire dans le dispositif (cela concerne l'enveloppe psychique). Penser un instant qu'on va lui proposer cette pâte à modeler avec ses consonances régressives dans un tel dispositif peut sembler extrêmement violent. C'est un peu comme si nous l'exposions à de nouvelles angoisses qui pourraient être insoutenables en fonction de sa phobie de jonction.

Il serait plus judicieux de lui proposer une autre forme de médiation comme lui raconter une histoire dans laquelle la forme et le contenu se présenterait comme un « déjà-là ». Ce qui semble important ici c'est notre façon de penser la question de l'indication, mais pas seulement à partir du médiateur mais en incluant une problématique spécifique et propre à chaque sujet (patient), ainsi et en résonance avec un dispositif très particulier.

En conclusion, le clinicien va se guider dans ce travail, comme le suggère l'auteur (Roussillon), je cite : « *Par la manière dont le médium est utilisé par le sujet en cours de séance, la manière dont ses différentes propriétés sont utilisables pour l'activité de symbolisation. Ce serait donc pour le clinicien une manière d'approfondir plus en avant les caractéristiques relationnelles que la fonction symbolisante doit rendre possible, pour préparer, pour le sujet la future appropriation subjective inhérente au travail de symbolisation primaire mis en jeu dans le transfert* » (fin de citation).

Le travail clinique et le jeu

Le modèle du travail psychique

Quand on examine toute la littérature sur le rôle de l'intervention clinique, on constate que c'est sous l'angle du travail de la symbolisation que l'auteur nous amène dans sa réflexion. L'organisation du vecteur de cette logique ne doit pas nous faire oublier que c'est aussi sous l'angle de la charge et du stress que le jeu devrait être abordé. En évoquant la notion de « *travail clinique et le jeu* » il en ressort que le terme « *jeu* » à plusieurs interprétations selon ce que le clinicien aura perçu dans la charge subjective qui n'est pas toujours corrélée à la charge objective.

L'auteur parle depuis le début de la complexité des mécanismes psychiques mis en jeu dans la prise en charge des personnes en souffrances psychiques. Il mentionne aussi, sous forme d'alerte, le risque que le clinicien prend à trop vouloir décrire le « *fardeau* » du patient. Mais il souligne également, dans cette référence centrale de modèle du travail psychique, toutes les gratifications et bénéfices qui accompagnent ce modèle et son utilisation. Si, au moment du diagnostic, l'énergie concerne la contention de l'impact traumatique de l'annonce, il sera nécessaire de composer avec les divers conflits et les managements de rôles qui s'imposent par la prise en charge et l'utilisation du modèle psychique du patient.

L'auteur mentionne également toutes les complexités du fonctionnement psychique et des conjonctures traumatiques et l'évolution de l'intelligibilité qui va obliger l'objet (clinicien) à évoluer dans ce « *modèle premier* ».

Le travail du jeu

Comment et par quels processus, quel type de travail psychique va-t-il falloir passer, d'une contrainte aveugle à un fonctionnement éclairé ?

Le modèle de symbolisation semble être le principal vecteur pour l'auteur. Mais il mentionne que, après les travaux de Freud, d'autres psychanalystes (M.Klein, A. Freud) pour revenir à Winnicott à partir d'une intuition de Ferenczi, pour dégager, je cite : « *La quintessence de l'expérience des psychanalystes d'enfants sur le jeu et de sujets en général aux prises avec des souffrances narcissiques-identitaires et aux formes de la contrainte de répétition qui affectent les fonctionnements post-traumatiques* » (fin de citation).

J'ajoute une remarque en aparté : « *la souffrance narcissique identitaire* » renvoie à la question sur le problème de la « *dysphorie de genre* » qu'il faudra bien un jour approfondir. Dans le chapitre de « *inventé/créé* » cette soi-disant pathologie ou trouble est fortement remise en question par certains psychanalystes. (C'était une réflexion au passage qui ne concerne que ma propre analyse).

Pour en revenir à ce qui nous préoccupe, la conquête du plaisir « *par le jeu* » semble être une « *voie longue* » qui, encore une fois, se fonde sur la « *symbolisation* » dans et par le jeu, sur une, je cite encore l'auteur, sur une « *intégration introjective* ». Cela mérite au moins une explication car on pourrait se perdre dans le labyrinthe des formulations qu'utilise l'auteur. Je mentionne seulement que c'est « *un processus par lequel une personne intègre à son moi tout ce qui le satisfait dans le monde extérieur* ».

Le travail clinique du « jouer »

L'auteur n'oublie pas de relever que c'est un apprentissage. Nous voyons, pour en revenir à ce qui a été dit au début du chapitre, toute la complexité pour le clinicien de repérer et d'entendre l'expérience subjective du sujet, (les conjonctures de son histoire et ses aléas). Pour moi, la difficulté du clinicien sera de prendre conscience de la grande absence de la création de certaines conditions pour rétablir ce qui est « *dégradé* » comme le dit l'auteur. Je suis désolé d'admettre que peu de cliniciens, contrairement à ce que l'on pense, aient bien compris la théorisation des principes de l'évolution pratique et technique impliquées dans l'adaptation des pratiques aux conditions du transfert.

L'auteur suggère dans cette représentation du jeu, deux représentations possibles dans la pratique clinique. Sans oublier qu'il y a « *jeu et jeu* », advenue que pourra. L'auteur se lance dans un développement qui lui est propre sur la différenciation des formes de jeu (jeu en solitaire, jeu avec l'autre, en présence de etc.), Roussillon en propose deux et Freud lui, en donne une classification structurale qui épouse le champ freudien. Puis il se laisse influencer par Winnicott et en change très peu le travail clinique. Puisque le jeu devient l'axe principal, il permet donc le travail psychanalytique chez l'enfant. Mais en lisant bien ce qu'exprime Roussillon, je remarque qu'il écrit aussi, avec assez de détails, que le travail psychanalytique, chez l'enfant comme chez l'adulte repose sur trois socles d'une « *matrice symbolisante* » (L'objet, le jeu, le rêve). Une question se pose alors : « Le jeu est-il de circonstance pour un développement dans le cadre d'un processus psychanalytique chez un sujet ? (Enfant ou adulte). Il semble que la réponse soit un « *oui* » assez ferme.

À relever que dans cette « *matrice symbolisante* » j'ai observé que le rêve avait sa place. L'auteur va y consacrer une partie de sa théorisation.

La question du modèle du rêve

En tout premier lieu il faut savoir que le rêve est une activité privée, narcissique. Et puis il y a la théorie philosophique et métaphysique selon laquelle la seule chose dont l'existence est certaine est le sujet pensant. Ce modèle du rêve chez l'auteur semble central dans sa théorie explicative. Dans le moment du jeu, l'auteur propose trois formes de jeu : 1. « *Le jeu solitaire* », 2. « *Le jeu intersubjectif* », 3. « *Le jeu intrasubjectif* ». Pour autant, il peut y avoir la notion d'échec du travail du rêve en l'absence de disponibilité pour l'expérience psychique externe et interne de certains patients. Le travail de « *symbolisation* » revient en permanence puisque nous trouvons dans les pratiques cliniques l'incapacité pour le clinicien de s'abstraire de la motricité et de la perception dans « *l'associativité psychique* », d'où la nécessité d'effectuer un travail de symbolisation qui serait fondé sur l'absence de l'objet, voire, à son renoncement.

La symbolisation primaire nécessite une « *métapsychologie* » de la dialectique présence/absence, contrairement à la symbolisation secondaire qui se contente d'une métapsychologie de l'absence. Ainsi, plutôt que d'utiliser le rêve, activité privée et narcissique, comme modèle du fonctionnement psychique, Roussillon se propose d'utiliser celui du jeu permettant de penser la question du mode de présence du praticien, et l'impact de cette présence sur la psyché du sujet. Il semble également si je comprends la pensée de l'auteur, que le paradigme du jeu pourrait inclure aussi celui du rêve si seulement ce dernier présente une forme de « *jeu intrasubjectif* ». Ce jeu intrasubjectif pourrait se dérouler dans le fond de la psyché. Pour ce faire, ce supposé jeu, nécessite que deux autres formes de « *jeux, auto subjectif et intersubjectif* » aient eu suffisamment de temps pour se développer. Ce qui n'est pas toujours le cas.

Symbolisation et « appropriation subjective »

C'est un concept psychanalytique que s'approprie l'auteur, mais pas seulement. Roussillon se base sur les travaux et la pensée de Freud et Winnicott. Toujours est-il que cette question de « *l'appropriation subjective* » est centrale dans le travail de psychothérapie et dans chaque vie en général. Elle se définit comme étant la capacité de se rendre présent à une réalité interne (psychique), ou externe. L'auteur l'inscrit dans une trame historique et il en attribue la provenance, il l'investit. La « *symbolisation* » apparaît dès lors comme une voie royale par laquelle, je cite l'auteur : « *la réflexivité psychique peut se développer et étayer l'appropriation subjective* » (fin de citation).

D'ailleurs, Roussillon explique dans ses travaux sur le sujet que cette capacité de symboliser implique aussi la conscience que l'on symbolise. C'est ce qu'il appelle la réflexivité ou « *fonction réflexive* », qui nous permet de considérer que nos symboles et nos représentations ne sont que perception et non pas un fait ou une réalité (Voir Roussillon, 2012).

Il est à mentionner que cette « *appropriation subjective* » n'est pas seulement ancrée sur la symbolisation de l'expérience subjective. En effet il existe de nombreuses formes qui se situent dans des enclos de liaisons non symbolisantes et qui nécessitent un effort presque surhumain pour que le sujet puisse s'approprier une séquence de sa propre histoire. Toute pratique clinique est en droit de rechercher le développement d'un travail d'appropriation subjective qui serait fondé sur la symbolisation comme expliqué auparavant.

Pour conclure ce paragraphe sur ce sujet, je dirais ceci : « ...que ce soit nos anciens il y a plus de quatre mille ans qui pouvaient peindre sur des murs dans les cavernes et désiraient expliquer quelque chose ou un petit enfant de la petite section qui dessine son père et sa mère avec deux traits ou un sujet qui exprime son problème à l'encontre de toute logique, on peut en conclure que tous, d'une façon qui leur est propre, sont en quelque sorte en train de créer des symboles pour essayer de donner un sens à ce qu'ils perçoivent et vivent afin de pouvoir s'approprier toutes ces réalités, car, cette réalité est bien réelle pour eux... »

Le « jeu potentiel »

J'observe chez l'auteur une différence entre le « *jeu manifeste* » et le « *jeu latent* ». Il explique que :

« *Le jeu manifeste, qui est un comportement, une activité ne possédant pas particulièrement de valeur symbolisante, de tels jeux mettent surtout en scène ce en quoi le jeu se refuse au jeu psychique, à son engagement, en quoi il témoigne d'un besoin de maîtrise* ».

« *Le jeu latent, qui représente l'enjeu du jeu, ce qui se joue ou tente de se jouer dans et par le jeu manifeste. Ce jeu comporte différents niveaux reliés entre eux, il symbolise un autre jeu car le jeu est toujours un double jeu* ».

Cette première distinction amène à enrichir le modèle avec une autre notion, celle du « *jeu potentiel* » qui peut se cacher dans des situations cliniques apparemment dépourvues de jeu manifeste. Le matériel clinique suppose ainsi une forme de prescriptif d'écoute, il nécessite d'être écouté dans ce qu'il recèle de jeu potentiel, qu'il soit entendu comme une proposition de jeu dont la conscience n'est pas active (la plupart l'appelle inconscience). L'expérience humaine serait ainsi à interpréter, c'est-à-dire que son sens n'est jamais immédiatement donné et qu'il est susceptible d'être repris et interprété.

Excursus neuro-biologique

Quant à l'excursus neuro-biologique de l'auteur, il est pertinent. L'hypothèse de Roussillon se résume à la formulation suivante, je cite : « ...*l'expérience du jeu est l'une de ces expériences spécifiques, et que l'un de ses enjeux est d'explorer la différence entre la chose et sa représentation, son sens...* » (fin de citation).

L'auteur se veut pragmatique puisqu'il cherche à inscrire l'activité de « *représentation* » et de « *symbolisation* » dans le fonctionnement biologique de base de l'être humain. Il cite trois chercheurs que sont Varela, Edelman et Rizollati. Le premier développe le concept de « *l'auto-poïèse* » (capacité du vivant à se produire et se construire lui-même), ce que je ne partage pas entièrement, le deuxième qui essaye de démontrer que les cartes des neurones du cerveau sont sélectionnées au fil de leur évolution (il faudra tenir compte des dernières découvertes sur le sujet) et le dernier qui semble avoir découvert les « *neurones miroirs* » qui étayent le rôle central de « *l'intersubjectivité* » (Est-ce que vraiment une autre partie du cerveau permet de déterminer si l'opération est une représentation, une perception ou une action, là aussi il faudrait développer).

Pour conclure cette séquence nous voyons que finalement, l'être humain a tendance à transformer tout ce qu'il perçoit en une « *représentation perceptive* », selon la chose, pour ensuite pouvoir l'interpréter. Les premières formes du jeu symbolisant se retrouvent quelque part sous une forme d'activité libre mais aussi spontanée qui, finalement, pourrait être la première forme « *d'association libre* ».

Appropriation subjective, le « devenir jeu »

Nous changeons de langage. Dans la pratique clinique, la matière psychique est difficilement saisissable en tant que telle, elle devra être matérialisée dans une chose pour atténuer et médiatiser son caractère très complexe. Freud étant omniprésent dans l'ouvrage, et pour cause, c'est lui qui a essayé de décrire une dialectique de la « *prise* » et du « *lâcher prise* ». Il explique que la « *psyché* » va s'assurer une première forme de maintenance pour ne pas être débordée par les « *formes premières de la réalité psychique* » sans toutefois expliquer ce qu'il entend par « *forme première* ». Dans un second temps, la psyché va devoir se représenter « *l'expérience subjective* », ce qui, dans cette opération, la notion du « *lâcher-prise* » représente la « *maintenance première* » (sans toujours savoir ce qu'il entend par là).

Tout ceci m'amène à concevoir que tout doit s'effectuer morceau par morceau. Dans l'excitation par exemple il y a une espèce de retenue énergétique. Dans cette activité de reprise tout devrait aussi se produire dans un éprouvé subjectif de liberté qui deviendrait un préalable de l'activité de « *symbolisation* » et « *d'appropriation subjective* ». Donc, si j'ai bien compris, lorsque ces deux conditions sont réunies, la reprise de l'expérience et l'activité de reprise, une levée des contrôles économiques et topiques va avoir lieu, ce qui pourrait permettre à la trace de l'expérience subjective d'être hallucinée dans l'objet. Une sorte de coïncidence entre perception et hallucination.

Roussillon appelle le processus de jeu un « *objeu* » et qui ressemble au « *Médium Malléable* » que j'ai mentionné dans un chapitre.

En conclusion, cette forme d'hallucination nécessite cependant que l'objet où l'hallucination aille se loger vers l'objet halluciné, afin qu'il puisse symboliser ce dernier. Ainsi, l'expérience subjective de la rencontre avec celui-ci se réalise. Par ce processus, le jeu va permettre d'explorer la différence et les similitudes entre la chose et sa représentation, d'explorer différentes propriétés de l'objet et de les expérimenter pour progressivement les symboliser.

Le jeu comme objet

Pour poursuivre sur cette énigmatique idée, le jeu pourrait permettre de ressaisir l'expérience subjective que le patient met en jeu et par là même, d'expérimenter l'expérience du fait de symboliser cette expérience par le fait même de jouer. C'est dans ce contexte que le jeu pourrait devenir une expérience psychique dans laquelle le patient va expérimenter la symbolisation ou ce qu'elle représente. Pour l'auteur, l'expérience de jouer serait ainsi une expérience primordiale de la « *réflexivité* », c'est-à-dire l'une des expériences par lesquelles la « *psyché* » et l'activité psychique se représentent elles-mêmes comme objet. Le jeu est donc à la fois une expérience pour symboliser et une expérience à symboliser où le sujet va pouvoir se découvrir lui-même. La réussite du jeu s'accompagne ainsi souvent d'un affect spécifique, celui de la découverte de soi, « *l'affect de jubilation* ». Finalement, lorsque le « *jeu est intersubjectif* », il permet en plus l'exploration de l'autre-sujet et de sa « *subjectivité* », ses désirs, ses intentions, et même son oubli (inconscient). Le jeu serait ainsi, en permettant une exploration de soi et de l'activité de « *symbolisation* » et une exploration de l'autre comme sujet différent de soi, une voie royale de l'approche clinique pensant le sujet dans la rencontre clinique.

Chapitre 12

Dispositif praticien et dispositif de recherche

L'auteur commence par poser la question si une conception de la pratique clinique peut être envisagée sans une perspective de recherche ! Il semble que cette question soit dans la pensée de l'auteur depuis quelques années déjà car il mentionne que les recherches sur les pratiques cliniques sont le parent pauvre de la théorisation. La création d'un dispositif de recherche, voilà ce qui lui semble le plus « *facile* ». La recherche à partir de...et sur..., lui semblent incontournables. Il va sans dire que les personnes les plus compétentes pour y parvenir sont les cliniciens eux-mêmes. Ceux qui sont véritablement engagés sur le terrain.

La recherche appliquée

Tout d'abord il faut bien comprendre ce que veut dire l'auteur par ce terme « *recherche appliquée* ». La définition que l'on donne à cette recherche semble ne pas convenir à l'auteur puisqu'il relève que ce genre de recherche qui est conduite à partir de la pratique clinique n'est pas une recherche appliquée. Ce qui nous renvoie à la définition telle qu'elle est comprise à l'heure actuelle qui veut que « *la recherche appliquée soit une étude scientifique dans le domaine de la psychologie qui se concentre sur la résolution de problèmes, la guérison des maladies et l'innovation de nouvelles technologies* ». Son objectif principal est de mener des recherches scientifiques et de les appliquer à des situations réelles.

Ce qui semble ne pas correspondre à la pensée de l'auteur. On nous a appris que la recherche commence par une délimitation claire de l'objectif de recherche. Le chercheur choisit d'effectuer soit de la recherche fondamentale soit une recherche dite appliquée. Le but étant de répondre à des questions. C'est donc une conception de recherche qui vise à résoudre un problème, une donnée spécifique. Je constate que dans de nombreux cas, le praticien développe une hypothèse et la teste via une expérience. En pratique normale, cette approche utilise des méthodes empiriques pour résoudre des problèmes. Les psychologues utilisent souvent la recherche appliquée dans le cadre de leur travail.

Cela étant posé, Roussillon émet l'idée que la démarche clinique se transfère, se transporte et se transforme pour s'ajuster. En aucun cas elle n'applique des dispositifs ou des modalités issus d'autres formes de la pratique clinique. Il pose le problème en citant les « *pratiques cliniques en groupe* ». L'auteur cite R. Kaës pour trouver une réponse possible, un ensemble d'hypothèses de recherche que Kaës appelle « *l'appareil psychique groupal* » qui semble séduire l'auteur en insistant sur le fait que l'association libre groupale n'est pas semblable à la rencontre clinique individuelle.

Formalisation de la pratique comme « recherche »

D'emblée, l'auteur met les choses au point, je cite : « *...les praticiens ne se donnent pas la peine de faire une revue de question qui leur permettrait de situer leur réflexion au sein d'une histoire de la problématisation de leur objet* » (fin de citation). Résultat, leur évaluation reste empirique et reste dans une sphère interne à leur groupe. Le résultat semble être que certains actes de soins pratiqués par le praticien n'ont aucun effet ou même que l'effet n'a jamais été testé. Il en ressort que l'une des préoccupations de l'auteur dans cette formalisation de la pratique, cette dernière, basée sur la preuve, concerne le rapprochement entre la recherche et la pratique clinique.

Sans toutefois oublier que l'applicabilité des résultats qui seraient issus de la recherche à la pratique clinique apparaît bien trop souvent comme ne pouvant pas être utilisés directement par le praticien en raison de leur mode d'obtention ou de présentation. Certains auteurs pointent notamment le fait que ces résultats sont généralement issus de groupe, cette fameuse image de la « *taille unique* » dont nous savons que, finalement, cette taille ne va à personne. Un résultat de ce type mis en évidence au niveau du groupe ne peut se retrouver au niveau de la personne.

L'écart théorico-pratique

L'auteur fait la différence entre la disposition d'esprit praticienne et la disposition d'esprit de la recherche par une démonstration assez rigoureuse des processus. Il prend bien soin de différencier ce qui a trait à chaque processus et en cite au moins deux qui lui semblent pertinents 1) « *l'implication subjectivante* » et 2) le « *processus de distanciation objectivant* ». Mais cela pose question : « *comment se retirer comme sujet de la recherche* ». J'y vois cependant une grande difficulté pour le clinicien, sachant que la clinique est polysémique selon l'auteur, et on ne peut le nier, comment pourrait-elle alors être fiable ? S'il y a une antinomie comment le clinicien va-t-il faire pour faire avancer une problématique ? et même si l'hypothèse doit être « *trouvée-crée* » comment alors vérifier une hypothèse, la rendre totalement en adéquation avec toutes ces différences ?

Finalement, nous n'avançons pas à ce stade du processus puisque Roussillon termine ses propos par, je cite : « *Penser et représenter les contraintes et spécificités du dispositif et des dispositions d'esprit c'est déjà une manière d'objectiver ceux-ci, c'est déjà une première manière de s'en tirer en les exposant* » (fin de citation).

Je dirais que cet « *écart théorico-pratique* » formulé par Roussillon pose question, car ce qui reste à découvrir ce n'est pas tant « *se retirer de l'objet* » mais « *comment* ». À sa décharge, j'admets que cela reste bien hypothétique.

Remarque sur cet écart

Dans cette séquence ce qui revient constamment c'est cette question du « *comment faire* ». Si dans la recherche c'est bien la théorie qui décide de ce qui peut être observable. Puisque l'auteur fait allusion au Rorschach, je pense que la prise en compte de la différence/recherche devrait être considérée et inclusive. Même si l'auteur relève que les malentendus existent en psychologie clinique, cet écart, entre le transfert et

l'objet, peut être « *subjectivé* ». J'observe que pour éviter le contre sens si naturel, pourrai-je dire, par lequel le sujet d'une praxis se trouve confondu avec l'être humain dans son entier, je cite Lacan : « *L'homme de la science n'existe pas, mais seulement son sujet* ». Aussi, nulle discipline ne pourra atteindre un statut scientifique, si elle ne parvient à déterminer, à « *purifier/réduire* » son sujet de manière à se mettre en situation d'opérer correctement sur lui. Et c'est là toute la question pour le clinicien. Me semble-t-il... !

Matériel, signe et théorie de la symbolisation

Je retiens principalement les trois niveaux de symbolisation que présente l'auteur dans ce dispositif de recherche : « *Secondaire, primaire et tertiaire* ». C'est le niveau secondaire qui attire mon attention car il me semble être le plus important. L'auteur parle d'un dispositif qui se veut rationnel par les raisons de sa construction, des paramètres, son explicité du dispositif mis en place. Définir ce niveau pour soi et pour le sujet sur lequel porte la recherche. Pourquoi ? Parce que mon sentiment est que la connaissance de symbolisation est essentielle. Il ne faut jamais oublier que tout au long d'une thérapie le clinicien ou thérapeute va contribuer à rendre conscient son patient de ce processus et à le mettre dans le mouvement de symbolisation et donc, de croissance.

De plus, il est nécessaire que le clinicien connaisse presque parfaitement cette sémiologie. Mais comme il existe des sémiotiques spécifiques. En tout cas, le clinicien a tout intérêt à comprendre le « *signifiant et le signifié* ».

Ma question chaque fois revient : « *Comment le clinicien va-t-il s'y prendre pour rester dans le raisonnable ?* » Je pose cette question car dans tous ces processus/théories proposés, ce qui manque, à mon humble avis c'est l'exemple concret. Mais je suppose que tout ça fait l'objet de cette recherche.

Hypothèses de recherche, hypothèse de travail : problème de la validation

Pour résumé, l'auteur met en avant le problème de validation pour les hypothèses de recherche et de travail. Dans ce contexte, Roussillon insiste sur l'idée que l'hypothèse n'a pas besoin d'être vérifiée, en tout cas en clinique. Mais pour consolider une validation, toujours dans ce contexte, il devrait être nécessaire de procéder à un travail minutieux où chaque théorie devrait être, normalement, analysée avec un degré de sévérité. Si la validation en clinique est un problème comme le suggère Roussillon, devrait-on alors rejeter l'hypothèse ?

Définir les conditions indirectes de validation suggère l'abstraction des oppositions. Il n'est donc pas certain qu'une confirmation indirecte (voir Anzieu, 1923-1999) soit trouvée dans le processus clinique ou le fait clinique. Nous savons que l'établissement d'une théorie se fait par élimination sélective des hypothèses, c'est-à-dire que la moindre faiblesse montrée par l'hypothèse face à une autre pourrait la rendre nulle.

La validité clinique qui serait l'aptitude d'un matériel susceptible d'ouvrir plusieurs interprétations de celui-ci semble le plus probable. Je rejoins ici l'auteur dans sa pensée qu'il est nécessaire d'avoir cette pluralité des niveaux engagés et que la pluralité des hypothèses soient compatibles entre-elles.

Là, le clinicien doit se creuser les méninges, car mettre en place un tel matériel, suggère une autre approche pour une validation acceptable.

Remarques complémentaires

Ici, il est à noter que, dans l'espace thérapeutique il serait bon de savoir si le dispositif qui est mis en place s'applique bien avec l'objet de la recherche. Le rapport que le sujet va entretenir avec le dispositif mis en place. Il y aura donc un choix à faire, une sorte de sélection pour l'utilisation du matériel. Les thérapies focales sont relativement nouvelles dans la pratique clinique. Sont-elles efficaces ? J'en doute.

Quelques modèles de recherches cliniques

Une proposition de l'auteur pour rassembler des données sur l'évolution de la pratique clinique et de leurs travaux de recherche. Un conglomérat de paradigmes comme point de départ. Une nouvelle pensée clinique sur les nouvelles œuvres des cliniciens. Ce qui laisserait supposer de nouveaux tableaux cliniques, des nouveaux schémas de modèles du fonctionnement psychique. Un continuum sur des principes clés qui ont

montré leur efficacité. La littérature actuelle fournit quelques contre-points cliniques pour arriver à dégager une particularité, une singularité. J'y vois personnellement que du positif. Mais comme toutes réflexions et œuvres littéraires subjectives, il y a longtemps que nous avons compris que pour nous approcher de la connaissance de l'être humain, nous devons accepter que sa réalité soit constituée fondamentalement par sa subjectivité. Est-ce à dire que l'auteur espère sans rien attendre ? La difficulté pour presque tous les scientifiques, chercheurs et cliniciens c'est qu'on oublie l'essentiel trop souvent. Si l'être d'une personne est constitué par ses émotions, ses désirs, ses représentations, les significations qui façonnent son esprit et déterminent en grande mesure ce qu'il est, tout ceci va rendre compliqué l'exploration de la zone d'ombre qui reste à découvrir. Quel est véritablement pour le clinicien sa conception de l'être humain ?

Un dispositif de recherche clinique : le séminaire d'intervention

L'auteur termine son manuel en nous proposant, dans ce dispositif praticien et de recherche, sous forme d'introduction, ce qu'il appelle « *dispositif de recherche clinique* », une appréciation personnelle de sa recherche personnelle. En insistant sur des cas évoqués dans des interventions avec ce qui semble être des groupes de cliniciens confirmés. Dans un cadre séminariste le dispositif mis en place est démontré. Trois cas sont exposés sous cette forme, l'initiative en revient à des demandeurs, tous cliniciens expérimentés, ce groupe organisé est composé de sept ou huit participants.

Clinique du cas

Ce que j'appelle l'historique par un processus d'extraction lors des entretiens. L'auteur inclus les grands évènements de sa vie, les faits significatifs, ainsi, le travail d'extraction est réalisé. Roussillon insiste aussi sur la notion de « théorie » construite par le clinicien en fonction de la représentation qu'il se fait et de la compréhension de la vie psychique de son patient. Mais malgré le temps consacré, même après plusieurs années de travail, l'auteur semble oublié que l'observation suscite des résistances de la part des scientifiques : « *limites de la perception, rôle de l'observateur. Cadre de référence théorique, modification des situations par l'observation elle-même et ses biais* ». Même si l'observation reste la base de la clinique. La question est : « *Quel est le lien entre les phénomènes observés et les faits scientifiques ? Quelle devrait être la spécificité de l'observation dans une recherche, dans une pratique ?* ». Il y a donc des réserves sur cette clinique du cas à cause de certains paradoxes que l'auteur omet, probablement volontairement.

Clinique du processus

J'entends bien, l'auteur passe en revue dans cette présentation ce qu'il nomme, la clinique du processus. L'élaboration groupale. Tous les éléments de ces observations sont regroupés qui vont amenés à une seconde représentation du cas. Il y aura une confrontation des différents points de vue. Une clinique transférentielle par hypothèse est proposée et discutée.

Clinique de séance

Le but ici que l'auteur veut atteindre est l'exploration virtuelle par le groupe par des types qui diffèrent comme les expériences de pensées, les modèles d'intelligibilité, les processus d'intervention et une « *métapsychologie* » et d'autres esquisses. Mais, comme souvent dans ce genre de « *réflexion groupale* », il en ressort une « *clinique de la théorie* ». Après un certain temps de travail, le séminaire reprend avec une évaluation et des ajustements qui mettent en évidence le travail psychanalytique met en exergue. Vient ensuite, pour celles et ceux qui n'ont pas déserté une construction que l'auteur appelle « théorico-clinique. Mais comme ce dispositif reste complexe, l'auteur émet des remarques. J'observe que, dans cette complexité, certaines craintes s'affirment du fait que ce travail psychanalytique reste encore inconnu pour le praticien participant.

La problématique rencontrée ici est la clinique du cas reste en décalage avec la clinique du processus. L'effet d'écoute dite « *plurielle* » que le l'écoute engendre ne doit pas faire oublier dans ce groupe il y a « *des cliniciens* », chacun avec sources tellement parfois éloignées les unes des autres. Il n'y a aucune

sécurité quant au respect de l'écart théorico-pratique. Chaque clinicien reste avec sa liberté de prendre ou de laisser. Pourquoi une hypothèse de travail l'emporterait sur l'autre ?

Pour conclure cette séquence, l'auteur admet que le constat est que chaque cliniciens, psychanalystes, praticiens, spécialistes de la santé mentale, reste une affaire de chacun.

Remarques personnelles

Quelques années d'expérimentations sur cette question de « *séminaire d'intervention* » m'ont amené à la conclusion suivante : Le clinicien vient aussi avec ses souffrances, ses singularités, son individualité. Il a souvent une histoire semblable à son patient, il a aussi ses mécanismes de défense, son discours est parfois une construction individuelle qui lui donne une place dans son propre monde. Ses positions psychiques, ses comportements ont aussi d'autres déterminations que psychologique et subjectives. En bref, le clinicien a ses propres paradoxes. Le clinicien ne peut observer que ce qu'il est capable d'observer en fonction de certaines propriétés dont il fait l'objet. Et plus encore, en fonction de son « *groupe d'appartenance* » et de son « *implication émotionnelle* », et même sociale.

Il y a eu tellement de querelles théoriques et cliniques depuis des décennies et qui perdurent encore de nos jours. Tous ces courants pluriels existent. Si chacun est libre de travailler selon les voies qu'il pense être justes comment concilier dans un dispositif de recherche toutes les voies de chacun ? Il y a bien eu la création de groupe de contact dans les années 2000 mais cela n'enlève en rien ces « *compétitions* » sur ce qui est le plus juste. Chacun revendiquant sa théorie comme la meilleure. J'avoue qu'il y a toujours un flou dans la relation du lien qui lie biologie et psychologie.

Mon idée serait que dans ce genre de rencontre « *séminaire d'intervention* » on puisse inclure, outre les cliniciens les plus motivés et compétents, d'autres intervenants comme des « *psycho biologistes* » et bien d'autres encore. Chacun apporterait sa pierre à l'édifice et les conclusions seraient plus pertinentes. À trop vouloir « *compartimenter* », chacun reste chez soi et entre soi. La psychanalyse de nos jours est fortement remise en question et c'est tant mieux.

Roussillon n'en reste pas moins, dans ses réflexions sur la pratique clinique, une référence qu'on ne peut rejeter. Son manuel de la pratique clinique, même s'il ne fait pas l'unanimité, est un ouvrage de référence à ne pas négliger. Ces suggestions sur les formes concrètes que prennent les pratiques cliniques dans leurs différents champs d'application, sont précieuses. En tout cas jusqu'à ce que quelqu'un trouve quelque chose de meilleur. Bon, Bien, meilleur, voilà les trois critères d'excellence thérapeutique, me semble-t-il.

Séminaire d'intervention : Étude et analyse d'une expérience in-vivo

Le cadre

Cette expérience commence en 1984 dans une institution pour handicapés mentaux. Dans la section des enfants/ados. Certains vivent en internat et d'autres viennent en journée. Des classes pour leur scolarité sont organisées, dirigées par des enseignants spécialisés. Le bâtiment est séparé de celui des adultes et adapté.

Population accueillie

Enfants avec un spectre autistique (TSA) âgés de 8 à 17 ans répartis par groupe d'âge. Tous mangent à la cantine de l'institution à midi. Certains de ces enfants et adolescents ont des compétences sociales, linguistiques et cognitives d'un niveau assez élevé. D'autres ne présentent pas de trouble de la communication (ceux-là rentrent en fin de journée chez leurs parents) et suivent une scolarité quasi normale. D'autres encore avec leur TSA, était associé avec d'autres pathologies. Quelques enfants en internat présentaient des anomalies anatomiques mais sans conséquences directes.

Organisation d'un groupe focal

L'idée est venue d'organiser un groupe de recherche pour donner suite à un évènement inattendu. Au cours d'une discussion qui regroupé l'ensemble de l'équipe soignante et éducative, la question soulevée était :

« *Comment est constitué le noyau psychotique* ». Le psychologue clinicien en charge des enfants cherchait à comprendre la rupture avec la réalité chez certains enfants. Il fallait donc prendre position et l'idée d'organiser un groupe focal qui pouvait rassembler l'ensemble des personnes concernées (médecin, psychologue, pédopsychiatre, clinicien, infirmière, éducateur spécialisé) qui étaient au plus près de ces enfants pour partager leur découverte. Jusqu'alors, chacun travaillait dans sa propre recherche et les résultats n'étaient que très peu partagés. Il y avait donc un cloisonnement que beaucoup aujourd'hui peuvent comprendre. Nous nous trouvions donc avec des modèles différents, des programmes différents et des systèmes quelques peu inefficaces.

La question de l'insertion professionnelle était également discutée pour les ados avant leur intégration dans les groupes d'adultes.

Après avoir reçu l'aval de la direction de l'institution et du médecin chef, le groupe a été constitué pour le partage des découvertes et des options de recherche et de l'utilisation des « *matériels* » choisis par l'une ou l'autre équipe dans le champ de ses compétences.

À noter que, à cette époque, la notion de PNI (problématiques narcissiques identitaires) n'était connue que des psychanalystes/psychiatres, et ignorée par l'ensemble des cliniciens.

Six personnes constituaient le groupe. Fallait-il voir sous quelle forme et quel nom allions-nous travailler. Comment réunir les compétences sans altérer la recherche. Le mot séminaire n'était pas utilisé encore et le groupe avait décidé de se donner le nom de « *groupe de recherche et de partage* » (n'oublions pas que nous sommes dans les années 80). Il fallait trouver un « *facilitateur* » pour orienter et superviser les discussions.

Clinique du cas – du processus et de séance

Je rappelle que la question de départ était « *comment est constitué le noyau psychotique* ». Certains cliniciens travaillaient dans l'institution auprès des enfants depuis plus de vingt ans et avaient donc des histoires sur les enfants autistes et la genèse des données de base. D'autres avaient les mêmes sujets (enfants) mais des réflexions différentes et le travail d'extraction, de reprise et de synthèse de l'ensemble de faits n'étaient pas simples. Il fallait apprendre à construire une « *théorie de la clinique* » qui convienne et soit compréhensible à l'ensemble. Jusque-là chacun avait construit sa propre théorie clinique sur le cas.

Pour retravailler dans le groupe les hypothèses de chacun sur la question posée (comment est constitué le noyau psychotique) les lacunes sont apparues selon les points de vue de chaque participant. Comment fallait-il travailler sur le cas pour élaborer une nouvelle représentation de ce cas ? Si l'on considère toutes les susceptibilités dont il faut tenir compte dans cette rencontre clinique, avec en plus, des spécialistes compétents mais non-cliniciens, la confrontation peut rester explosive.

Mais avec le temps, 23 mois, et avec beaucoup de pertinences, le groupe focal avait atteint au moins un objectif. On pouvait parler de clinique de rencontre et d'intervention. La question « *comment est constitué le noyau psychotique* » a très vite laissé place à la discussion sur les modalités associatives du sujet, une clinique de l'intervention. Quels modèles d'intelligibilité mettre en place. Au fur et à mesure des rencontres (le mot séminaire n'a jamais été utilisé à cette époque) s'installe des théories applicables, des hypothèses de travail, toutes centrées sur l'enfant autiste. Il est arrivé que certains des participants soient perturbés. En effet, accepter que ses propres théories personnelles soient remises en question n'étaient pas recevables à cette époque. Il y avait un tel cloisonnement... ! Découvrir d'autres manières de comprendre et d'interpréter une clinique de séance requiert du clinicien ou de n'importe quel spécialiste un état d'esprit particulier.

Conclusion sur le dispositif

La difficulté était de construire un dispositif transformatif à partir de l'hypothèse préalablement définie. Les membres du groupe devaient veiller à créer, par des échanges, une communauté de pratique autonome avec les praticiens qui devaient également accepter d'intégrer ce dispositif en évitant soigneusement tous les aspects trop conceptuels pour certains (il ne faut pas oublier que, outre les praticiens cliniciens il y avait des éducateurs spécialisés et des infirmières), car cela risquait d'être trop ordinaire pour les praticiens.

Mais comme ils sont tous plus ou moins chercheurs dans leur domaine, ils devaient se familiariser avec les spécificités du terrain dans lequel les études vont être menées. Il a fallu ensuite tenir compte qu'une contractualisation était de rigueur pour établir les préoccupations de chaque participant. Cette communauté de pratique dépassait les difficultés liées aux différences de langage entre tous les acteurs car elles étaient liées à la temporalité scientifique et même souvent en décalage avec celle des praticiens pour préciser un dispositif qui soit cohérent, concret et surtout utile à chacun.

Sous cette forme de négociation, le chercheur et le praticien devaient normalement aboutir à une construction d'un objet d'étude « *périmétrique* » qui devait convenir aux acteurs de terrain comme à celui qui se disait « *chercheur* ». Cette forme de négociation comprenait une sorte de représentation de l'objet et de son dispositif pour le praticien. Ce dispositif était négocié d'une façon pragmatique par l'ensemble des participants avant de pouvoir être structuré pour sa mise en place.

Le recueil des données

Elles étaient de plusieurs natures mais j'en retiendrai seulement deux : premièrement, ces données devaient être « *extrinsèques* » car elles étaient issues de l'enregistrement audio uniquement (la vidéo n'était pas née dans l'institution) des séquences d'enseignement ou de formation du dispositif qui avait été mis en place. Ces enregistrements sur magnéto étaient séquencés par une prise de notes du chercheur sur les événements qui se déroulaient lors du dispositif visant à modifier l'acteur. Cependant, les données « *intrinsèques* » renseignaient l'activité des participants et étaient recueillies lors de nos entretiens. En l'absence de système informatique (vidéo) il n'était pas possible de séquencer. Il fallait trier. Mais il était possible, par des moyens rudimentaires, d'inscrire sur des petits bouts de papiers la règle qui était suivie (que fais-tu ?), porter un jugement (qu'est que tu penses ?), à développer ce jugement (pourquoi fais-tu comme cela ?), et ensuite à décrire les résultats attendus (qu'est-ce que tu retires de tout ça ?) concernant l'activité du chercheur en réécoutant les séquences audios qui, au préalable, étaient sélectionnées par un autre intervenant.

Le traitement des données

Nous avons rencontré de nombreuses difficultés pour la retranscription des données issues de notre dispositif. Il fallait qu'il y ait un lien avec l'objet de l'étude, il fallait retranscrire toutes les informations recueillies. Il fallait aussi analyser toutes ces données, les découper et les retranscrire en une unité d'interaction. Dès que l'objet du jugement porté par les participants changeait une nouvelle unité d'interaction se créait.

Tout était au début assez approximatif dans les délimitations des objets traités. Les éléments de coupage du jugement nous amenaient à devoir identifier une règle que nous devons considérer. L'étalement du jugement était toujours associé à l'ensemble des éléments évoqués par le participant pour expliquer au chercheur le pourquoi de son jugement. Cet étalement des éléments était rarement rapporté par son auteur dans un ordre logique. Nous devons minimiser les interprétations du chercheur, chacune des règles étant inscrite lorsque cela était possible à partir du vocable de chaque personne. Il y avait donc des insatisfactions mais comment rendre positif les propos de celui qui s'exprime ?

À cette époque, nous avons comme repère les trois points du cadre pour rendre positif les propos de chacun. (La règle des trois points du cadre consiste à relier tous les points dans le cadre sans repasser par le même point. Cela supposait de sortir du cadre pour y arriver). Il fallait aussi délimiter des jeux de langage pour le même objet. Cela nécessitait un nouveau jeu et il fallait le construire à chaque fois qu'une règle ne pouvait plus être associée qui avait été au préalable observé.

Conclusion

Une telle conception impliquait que la pratique clinique devait s'apprendre et qu'il devait y avoir forcément un moment où elle serait connue et tout au plus considérée comme définitivement acquise. (Pour reprendre les propos de Roussillon).

Cependant, je reconnais bien humblement que la recherche clinique est bien l'affaire des psychanalystes et des cliniciens. Inventer des dispositifs de cette nature pose d'autres questions. La psyché, ses formes, ses figures,

est-elle le pré-carré des psychanalystes seulement ? D'autres acteurs pourraient-ils participer à la recherche dans ce cadre ?

Il faudra un jour que nous rassemblions un groupe d'intervention sur ces questions qui relierait tous les acteurs qui s'occupent de l'être vivant. Toutes les neurosciences actuelles devraient pouvoir rassembler au lieu de diviser. J'ai suivi des conférences depuis plus de quarante ans et il me semble, malgré les découvertes d'aujourd'hui, que chacun donne un grand coup de point dans le bloc gélatineux. Ce bloc bouge à chaque coup porté...mais rien ne bouge... ! (C'était l'expression de mon humeur en arrivant à la fin de cet ouvrage, il faut y voir un peu d'humour)

Index

A

Acide aminé 21,
Affects 8,20,
Allèles 21,
Anorexie de l'ado.15,16,
Antisocialité 14,
Appareil psychique 7,11,29
Appareil psychique groupal 30,
Approches du transfert 10,
Appropriation subjective 6,21,26,27,
Association libre 6,11,12,27,
Associativité des processus 7,11,
Associativité psychique 12,26,
Autisme 15,
Auto-poëse 27,
Autre/sujet 11,

B

Boucles de communication 18,

C

Catégorisation 22.
Cause/effet 4,
Chercheur 35,
Clinique psychanalytique 6,
Clinique de la théorie 31,32,
Commisération 9,
Compagnon thérapeutique 19,
Complexes associatifs 20,
Comportement autistisé 18,
Concept de transfert 12,
Conscience réflexive 7,
Constat intuitif 4,
Corps 10,

D

Dialectique maïeutique 6,
Différenciation 6,
Discours de la science 4,
Dispositif de recherche clinique 32,
Dispositifs cliniques 13,14,
Dispositif d'amorçage 18,

Dispositif relationnel 17,
Dissociation de la confiance 5,
Dynamique transférentielle 23,

E

Écart théorico-pratique 29,30,
Échafaudage psychanalytique 4,
Élitisme 7,
Émotions 8,13,
Empathie 9,
Enjeux méthodologiques 14,
Épistémologie psychanalytique 14,
Esprit 10,
Esprit spéculatif 16,
États limites 5,
Étude du fonctionnement 9,
Examen/opération/stratégies/tactiques 9,
Exaltation narcissique 22,
Extraction/abstraction 6,
Extrinsèques 35,

F

Facilitateur 34,
Fonction réflexive 18,26,
Formes associatives 13,
Formes réflexive 20,

G

Générativité associative 10,
Générativité pratique 6,
Griffe mnésique 20,
Groupe d'appartenance 33,
Groupe de recherche et de partage 34,
Groupe focal 33,

H

Hypothèse nodale 8,
Hystérie 12,

I

Identification empathique 9,
Identification narcissique de base I.N.B. 8,9,
Identité de perception 20,
Implication émotionnelle 33,
Implication subjectivante 29,30,

Inclination sentimentale 12,
 Inconscient 6,7,
 Intégration introjective 25,
 Intelligence artificielle I.A. 4,
 Intersubjectivité 22,27,
 Intrinsèques 35,
J
 Jeu, travail du jeu 25,
 Jeu solitaire, intersubjectif, intrasubjectif 26,28,
L
 Lâcher prise 27,
 Limites extrêmes 15,
M
 Matrice symbolisante 26,
 Matériels 34,
 Mécanismes de fonctions 8,
 Mécanismes de régulations 8,
 Médium attracteur/malléable 16,17,22,23,24,28,
 Mémorisation psychique 11,
 Métabolisation 16,
 Métapsychologie 5,6,11,21,31
 Métathéorie 5,6,
 Méta-règles 14,
 Méthode associative 11,
 Méthode clinique 10,
 Modalité de symbolisation 14,
 Modélisation 6,
 Modération de l'état affectif 9,
 Moi-autre 5,
 Moi et ça 6,21,22,23,
 Moi-Peau 5,
 Mises en forme perceptives 20,
 Motions subjectives 20,
N
 Narratif 11,
 Négation/conservation 11,
 Neurones associés 11,
 Neurones miroirs 8,27,
 Neurosciences cognitives 6,
 Névroses de caractère 5,
 Neurotransmetteur du cerveau 21,
 Niveau épistémologique 5,
 Nosologie 5,
 Noyau psychotique 34,
O
 Objet transitionnel 23,
 Objeu 28,
 One to one 17,
 Organisations prépsychotiques 5,
 Organisme/environnement 5,
 Outils de soin 14,
P
 Pack psychodrame 17,18,
 Partage esthétique 18,
 Pathologies narcissiques identitaires 9,
 Patterns 13,
 Pensée clinique 5,
 Périmétrie 35,
 Phénomènes contre-transférentiels 14,
 PNI, problématiques narcissiques identitaires 34,
 Post-partum 19,
 Postures facilitatrices 17,
 Potentiel de création 7,
 Pratiques alternatives 6,
 Pratiques cliniques 5,6,
 Pratiques cliniques en groupe 30,
 Précarités psychotiques ou limites 19,
 Présubjectivité 5,
 Processus analytique 11,
 Processus de distanciation objectivant 29,30,
 Processus identificatoire 9,
 Processus transférentiel 6,9,10,16,
 Psyché 20,21,22,27,
 Purifier/réduire 31,
R
 Réalité biologique 6,
 Réactualisation onirique 20,
 Réalité inconsciente 11,
 Réalité psychique 6,27,
 Réflexion groupale 32,
 Réflexivité 28,
 Registre symbolique 17,
 Relation analytique 12,
 Relation primaire altérée 18,
 Représentation perceptive 27,
 Représentation psychique 6,
 Rôle miroir 9,
S
 Secondaire/primaire/tertiaire 31,
 Sémantique 12,
 Séminaire d'intervention 33,
 Signifiant/signifié 31,
 Soin psychique 14,
 Souffrances narcissiques identitaires 5,9,15,25,
 Souffrances psychiques 13,
 Squiggle-game 16,
 Strates psychiques 11,
 Subjectivation 13,
 Sujet miroir 8,
 Symbolisation 8,16,17,19,20,21,26,27,28,30,
 Symptomatologies 11,
T
 Taille unique 30,
 Théorie de la clinique 7,14,34,
 Théorie de la symbolisation 11,16,
 Théorie de la théorisation 7,

Théorie de l'attachement 19,
Théorie préalable 7,
Trace mnésique perceptive 20,
Traces intraverbales/polysensorielles 12,
Transfert/contre transfert 6,13,14,17,
Transfert/contre transfert 13,
Transformation symbolisante 6,7,

Traumas/traumatisme 11,
Troubles du comportement somatiques graves 14,
Troubles narcissiques de la personnalité 5,
T.S.A. trouble du spectre autistique 33,
V
Vectorisation de l'écoute clinique 11,
Vie psychique inconsciente 12,

Quinta velocidad

Jean-Pierre P. Gaggini

Estudiante – Doctor Doctor en Psicología Clínica

Libro: "Manual de Práctica Clínica en Psicología y Psicopatología" *(René Rosellón)*

Fecha: 2 de diciembre de 2022

"Juro que soy el único autor de este informe y que su contenido es consecuencia de mi trabajo en el libro asignado"

Firma :

jean-pierre gaggini

Observaciones preliminares		5
Capítulo 1	Introducción: práctica clínica	6
	concepto de práctica clínica	6
	clínica psicoanalítica	6
	Unidad de práctica clínica	6
	El programa de trabajo	7
	Límites y obstáculos del abordaje propuesto	7
	Diversidad, identidad y unidad de prácticas	7
	El vértice del encuentro clínico	8
	La brecha teórico-práctica	8
	Teoría y teorización	8-9
Capítulo 2	El encuentro humano y el encuentro clínico	9
	La materia prima psíquica	9
	El encuentro humano, la identificación narcisista básica y la transferencia	9
	La regulación de la identificación narcisista básica	10
	¿Qué pasa con la regulación INB en el encuentro clínico?	10
Capítulo 3	La mentalidad clínica	10-11
	El sufrimiento psíquico y la cuestión de la demanda	11
	Transferencia y seducción	11
	Transferencia de mudanza	11
	¿El método o cómo tener un encuestado?	11-12
	Asociatividad y transferencia en el método	12
	Asociatividad y simbolización	12-13
	Formas de asociación libre	13
Capítulo 4	Complejidad y paradojas de la transferencia en la práctica clínica	13-14
	Transferencia positiva o negativa	14
	Groupidad de la transferencia	14
Capítulo 5	Las preguntas del dispositivo clínico	14-15
	Síntesis	15
Capítulo 6	Teoría de Dispositivos Clínicos	15-16
	Síntesis	dieciséis
Capítulo 7	Inventar/diseñar un dispositivo en situaciones límite/extremas	dieciséis
	Clínica para situaciones extremas	dieciséis
	La atención de las clínicas y las patologías de supervivencia	
	y las patologías narcisistas de la identidad	Algunos
	ejemplos de manipulación de dispositivos	Dieciséis
	Dispositivo clínico	dieciséis
	- clínica de atención	17
	estudio de caso Mira	
	a) Dispositivo configurado por el médico	17
	b) Implementación de un dispositivo original	17
	c) Resultado del experimento	17-18
	d) Mi análisis y observaciones	18
	El proceso de simbolización	Las propiedades
	sensorio-motoras	Doma del vínculo y relanzamiento
	del apego	18

	Pack de psicodrama con niños hiperviolentos Ejemplo	18
	de una colaboración de investigación clínica Estudio	18
	de caso	18
	Expuesto	19
	Mi análisis y comentarios.	19
	compañero terapéutico	19
	Estudio de caso	19
	Ejemplo de dispositivo clínico con niños autistas Breve	19
	análisis y comentarios Dispositivo para investigación	19-20
	e intervención con depresión posparto	
		20
Capítulo 8	Trabajo de simbolización	20-21
	Síntesis	21
Capítulo 9	Las necesidades del yo	22
	Niveles de necesidades del ego	22-23
	Necesidades cualitativas	23
Capítulo 10	Las funciones del objeto (del clínico) y el Medio Maleable	23-24
	El uso del objeto	
	Función de medio maleable del objeto y uso de mediaciones.	24-25
Capítulo 11	Trabajo clínico y juego. El	26
	modelo del trabajo psíquico El	26
	trabajo del juego	26
	El trabajo clínico del juego La cuestión del	26-27
	modelo onírico Simbolización y	27
	apropiación subjetiva Juego potencial	27-28
		28
	Excursus neurobiológico Apropiación	28
	subjetiva, el futuro del juego El juego como	28-29
	objeto	29
Capítulo 12	Dispositivo de practicante y dispositivo de	29
	investigación. Investigación aplicada	29-30
	La formalización de la práctica como investigación La	30
	brecha teórico-práctica	30
	Nota sobre la brecha teórico-práctica Material,	30-31
	signo y teoría de la simbolización	31
	Hipótesis de investigación, hipótesis de trabajo: el problema de la validación	31
	Comentarios adicionales	31
	Algunos modelos de investigación clínica: el seminario de intervención	31-32
	clínica del caso	32
	Clínica de procesos	32
	clínica de sesiones	32-33
	comentarios personales	33
	Seminario de intervención: estudio y análisis de una experiencia in-vivo	33
	El cuadro	33
	Población alojada	33
	Organización de un focus group	33-34
	clínico del caso-proceso y sesión	34

	Conclusión sobre este dispositivo	34-35
	Recopilación de datos	35
	Procesamiento de datos	35
Conclusión		35-36
Índice		36-37-38

Al principio me sorprendió un poco y pensé: "*Bueno, una teoría más en forma de reflexión. Otra extrapolación que, al principio, se basa en teorías, como si en cada momento hubiera que encontrar algo nuevo. Cualquiera que sea el método existente, su forma, sus referencias, tendré derecho a una inspección de las actividades de investigación del autor. Un manual que solo aclara lo que ya existe*".

Así, las prácticas clínicas se refuerzan en nuevas formas, sean estas concretas o no. Entonces pensé en "*discurso de la ciencia*, ¿cuáles podrían haber sido sus criterios que hubieran permitido precisar la naturaleza de las observaciones del autor! ¿Cuál sería mi comprensión de estas prácticas clínicas en psicología y psicopatología?

Y, a medida que avanzaba en la lectura de esta obra, recordaba que el autor solo describía realidades por su propia investigación constante. Sólo estaba describiendo, a partir de sus observaciones, una especie de reacción de "*causa y efecto*". Se apropia de una nueva teoría, de un concepto, sobre cuestiones ya adquiridas, analiza y explica.

¿Es refutable el concepto de práctica clínica? Por supuesto que sí, pero también se desarrolla, se mantiene, se reproduce constantemente. ¿Hay límites para toda esta arquitectura? El autor parece indicar que sí. En el enfoque propuesto, el autor menciona ciertos obstáculos. ¿Podemos cruzarlos? ¿Podemos descubrirlos?

No olvido que el objetivo inicial del autor es proponer una reflexión sobre bases existentes. Dado que existen varias prácticas clínicas, fue necesario que el autor construyera una "*teoría que da cuenta de las diferentes formas en que se presentan las prácticas clínicas*" (Rosellón, 2012).

El autor habrá necesitado 231 páginas de escrito para exponer su reflexión, será muy modesto que la resuma en treinta y cinco páginas, siendo consciente de que este tema, la práctica clínica, seguirá siendo explorado en años venideros. por el descubrimiento de nuevas formas de proceso en sus prácticas que probablemente sean aún más sofisticadas. AI (*inteligencia artificial*) nos depara buenas sorpresas en este ámbito.

Algunas de estas reflexiones son discutibles, el discurso a veces es complicado, parece un poco un viaje iniciático y lo entiendo porque, aparte de los especialistas en salud mental, quién podría entender que un "*observación intuitiva*" se puede imponer a todos? Pensamiento único, pensamiento clínico, pensamiento simple, ¿quién puede realmente pensar en las condiciones de posibilidad de una práctica psicoanalítica más robusta frente a otros pensamientos?

Admito tener una especie de escepticismo sobre el psicoanálisis. Me refiero a ella por necesidad a falta de fundamento por otra práctica, ¿cualquiera que sea...! Freud se cita a menudo en el libro y hay muchas críticas al análisis freudiano. Parece que "*andamiaje psicoanalítico*" contemporáneo parece algo artificial. Carece de cierta base teórica y clínica sólida y hay un rechazo del método experimental. Pero también reconozco que, desde Freud, se han descubierto otros fundamentos de la práctica clínica.

Introducción: práctica clínica

El concepto de práctica clínica.

Empecé a expresar en mi *Observaciones preliminares* algunas ideas sobre el concepto de práctica clínica. Muchos no están de acuerdo sobre qué es exactamente un concepto. Por eso el término "prácticas clínicas" el plural es más apropiado. El autor está obligado a elaborar una teoría, pero la pregunta es: ¿Existe realmente un "práctica clínica básica"?». Al querer superponerse con ciertos principios propuestos por el autor, suscribo, por tanto, la necesidad de realizar ajustes para los especialistas clínicos que tienen prácticas específicas para su "pensamiento clínico".

La clínica psicoanalítica

Es bastante vergonzoso admitir que las prácticas clínicas, los pensamientos clínicos, así como los métodos, se refieren únicamente al psicoanálisis. Afirmar que el psicoanálisis se convierte en el único referente para la mayoría de los clínicos es admitir que el psiquismo humano funciona sólo sobre la base de conflictos que estarían ligados al desarrollo de la persona. Entonces hay una pregunta fundamental que hago: ¿Existe realmente una clínica psicoanalítica?»

Este encuentro clínico con los estados de *sufrimiento de identidad narcisista* plantea un problema porque ¿cómo categorizarlos, diferenciarlos? Cito aquí un extracto de D. Anzieu que explica en su presentación sobre el *yo-piel* (Anzieu D., *Le moi-skin*, Dunod 1995): "Una dificultad encontrada por la "nosología", la clínica y las técnicas psicoanalíticas desde los años sesenta se refiere a la conveniencia de diferenciar o no por un lado de los "trastornos narcisistas de la personalidad". Luego agrega: *Ellos mismos son más o menos confundidos con "neurosis de carácter" y, por otro lado, "estados límite", a veces confundidos con "organizaciones prepsicóticas".*» (fin de la cita)

Postulo que el término *Identidad narcisista sufrimiento* se refiere a la experiencia, una especie o forma de sufrimiento más o menos profundo y algo difícil de comprender dada la complejidad de este sufrimiento, porque también influye en la identidad personal que se desarrolla a partir de la experiencia. En lugar de elegir el *yo/otro* del autor, elijo "organismo/ambiente".

El autor, R. Roussillon (Roussillon R., *agonía, escisión y simbolización*, París PUF) define estos sufrimientos como patologías que desafían la pregunta "subjetivación del yo", parece querer indicar que la resultante sería un estado traumático primario. Pero como una experiencia traumática sigue siendo bastante *presuntivo*, difícil de representar, el riesgo sería encontrarse en una situación de callejón sin salida.

Unidad de Práctica Clínica

Por lo tanto, debe encontrarse una nueva definición de la práctica clínica. Observo que el autor insiste en la necesidad de que la política también se apodere de ella. Pero retengo que parece, para muchos investigadores, que es necesario encontrar otra teoría de la práctica clínica, una teoría rigurosa y pertinente para usar los términos del autor. Por qué? y porque hacer

Como esta teoría no existe, el autor dice que hay que producirla y por eso propone un método, un enfoque. Pero, ¿por qué buscarlo absolutamente en la práctica clínica psicoanalítica? ¡Además, buscaremos modelos en los conceptos de la teoría práctica psicoanalítica estándar! Afortunadamente, este trabajo aún está por producirse.

El autor habla de "metapsicología" en referencia a Freud que lo inventó, pero no debemos olvidar que este término tiene una dimensión puramente teórica. Y el autor se inspira en él para pensar en un "metateoría de la práctica clínica". Pero se olvida rápidamente como Freud se lo dirá más tarde a su amigo W. Fliess (1828-1958):

"Aspiraba, en mis años de juventud, sólo al conocimiento filosófico, y ahora estoy a punto de cumplir este deseo, pasando de la medicina a la psicología.»(Carta a Wilhelm Fliess del 2 de abril de 1896).

La perspectiva clínica y su renovación de ciertos principios fundamentales en el "nivel epistemológico" no son nuevos. Desde Freud hasta nuestros días quedan interrogantes permanentes. "El inconsciente", «realidad psíquica», «la transferencia», puede entenderse de diferentes formas, pero el "concepto del inconsciente" también plantea un problema. Creo que simplemente no existe. El autor ya reconoce que hay varios inconscientes y todavía se refiere a Freud en la diferenciación de los "yo y eso". Los "proceso de transferencia" no se manifiesta de la misma manera, por lo que hay diferentes formas en este proceso. Pero entonces, si hay divisiones, ¿cuál sería el cuadro clínico más fiable?

el programa de trabajo

Comprendo perfectamente el deseo del autor de este tratado, a saber, "contorno" perfil de un programa, pero al mismo tiempo el autor menciona que se mantiene una teoría general de la práctica clínica desde que Freud planteó su "metapsicología en el proceso clínico". Ahí "dialéctica mayéutica" de "extracción/abstracción" y la "diferenciación" ¿Pueden, por sí mismos, representar una forma general de dispositivos clínicos?

Freud utiliza un modelo que le sirve para describir el funcionamiento del aparato psíquico, pero todo evoluciona y la psicobiología aporta más certezas en este ámbito y sigue siendo más fiable. Acerca de "metateoría de la práctica clínica" la definición del autor sigue siendo sorprendente. ¡Esto sería afirmar que existe una práctica clínica teórica cuyo objeto de estudio sería teórico! Estoy dispuesto a suscribir el hecho de que se ha hecho mucho trabajo en el campo clínico. Este "generatividad práctica" fue acuñado por el psicoanalista Erikson en 1950 para denotar la voluntad de instalar y guiar a la próxima generación de practicantes (médicos) en relación, por supuesto, con la "clínica psicoanalítica" estamos hablando aquí. Agregaría que ciertas prácticas terapéuticas denominadas "alternativas" también son discutibles.

Límites y obstáculos del enfoque propuesto

Uf, iba a decir... el autor reconoce que hay algunos límites en su enfoque. me detengo en el "realidad biológica", Pienso que la hipótesis de que puede haber varios postulados para este enfoque es aceptable en la medida en que se hace imperativo que la realidad psíquica y su funcionamiento no quede aislado de la "biología" (de los vivos). Ahí "representación psíquica" acompañado del proceso de producción y transformación, sí, pero no en detrimento de "apropiación subjetiva". Si se admite que esta realidad psíquica escapa a la conciencia inmediata, el caso está cerrado y la historia termina aquí. ¿Cómo admitir una realidad psíquica inconsciente? (Freud, 1917). Para mí, la realidad psíquica quiere ser "consciente", por lo tanto, la noción psicológica y psicoanalítica que se refiere a los fenómenos que escapan a la conciencia, me parece que debería ser más coherente. Que haya un "disociación de la conciencia" se admite, sea cual fuere, con cuantas corrientes de pensamiento y la interpretación que de ellas se pueda hacer, el trabajo de investigación no está cerrado.

Diversidad, identidad y unidad de prácticas

Aquí el autor nos explica que aún no está comprometido con el desarrollo de su enfoque, ya que nos informa que aún quedan algunos "requisitos previos". La gran pregunta es si hay un "práctica clínica básica". El autor presenta su teoría y su "modelización" dispositivos clínicos mencionando una función "semaforizando" dispositivos (límites). El ejemplo de "Asociación libre" retos Es un concepto fundacional de las terapias inspiradas en el psicoanálisis como técnica de exploración de la realidad psíquica, pero no solo, también es un método terapéutico. Surge entonces una pregunta: ¿Existe una lógica de "asociatividad" con respecto al psicoanálisis y las "neurociencias cognitivas"? » ». En conclusión, sí hay una gran diversidad aunque sólo sea en el pensamiento psicoanalítico y el autor sugiere ir al nivel "meta" buscar la unidad del todo. Así que Freud, Klein, Winnicott, Lacan, por citar sólo a los principales, tienen su propia corriente de pensamiento sobre la cuestión.

El vértice del encuentro clínico o (la anatomía de este encuentro)

En resumen, solo sería una disposición de la mente del practicante, el famoso "*vértice de la realidad psíquica*" acompañado de todos los procesos de su "*simbolizando la transformación*" de un método centrado en la atención prestada a "*la asociatividad de los procesos psíquicos*" y varios modos de expresión. En otras palabras, el método del psicoanálisis es congruente con su objeto teórico. La mente, el desliz, la psicopatología de la vida cotidiana o de las masas, los mitos, todo ello ha hecho una forma de aporte a la teoría del psicoanálisis.

Aprovecho para dar mi apreciación sobre cómo escuchar a la persona con la mirada que trae el otro. Es un enfoque único para nuestra relación y la relación que voy a tener entre nosotros. En definitiva, la forma en que considero mi encuentro con el otro será decisiva.

"La brecha teórico-práctica"

Está claro aquí que nuestra insuficiencia es patente con respecto a nuestra teoría para dar cuenta de la totalidad del encuentro con el practicante. Incluso nuestra formación, que nos permite desarrollar argumentos a partir de premisas generales (dehiscencia) riesgo de fallarnos. Para volver al tema de esta secuencia, me imagino que en esta teoría de "*el inconsciente*" se agrega el "*teoría previa*" (Gori, 2009), como si fuera necesario defender la dignidad de la persona preservando su capacidad de pensar. Un discurso que dejaría espacio para la palabra. En este tipo de restricción, si las hubiera, y quiénes serían "*objetivando*", de hecho sería una reducción frustrante y peligrosa. El ser humano es más que un sujeto, llega con un bagaje o herencia que no es solo genética y su función no es solo la reproducción. Su "*potencial creativo*" no se limita a descubrir y construir. Sin embargo, no puede crear ya que todo ya existe de una forma u otra. Incluso el practicante no puede crear nada. (en esta área).

Teoría y teorización

¿Podemos hablar también de *teorizando la teoría*? La práctica tiene el efecto de deconstruir una teoría, pero como la teoría tiene sus propias necesidades, tendrá que redescubrirse a sí misma, pero sólo desde la práctica. ¿Es necesario que esto tenga un *teoría clínica*? En esta etapa, el autor aún no ha desarrollado su argumento. Sin embargo, como vivimos en un mundo cada vez más complejo y cada vez más conectado, lo que lleva al profesional a darse cuenta de que las cosas complejas también son cruciales. Por lo tanto, observo que existe una gran necesidad de experiencia que a menudo va acompañada de una forma de "*de elitismo*", a menudo reforzado por la idea de que los que saben tienden a guardar todo para sí mismos. A veces los llamo *teoría de la tecnología*.

No separo la realidad psíquica de la realidad biológica porque sin una no puede existir la otra. Especialmente cuando se trata del cerebro. Aquí Freud habla de *el aparato psíquico* (1923). Afirmar que la percepción es necesariamente representación, incluso simbólica, es una temeridad, especialmente si permanece enigmática.

Explicación: *El concepto de representación sería "autoconciencia" (reflexivo) primero, de su propia existencia. Mientras la persona está viva puede estar consciente, tan pronto como muere se vuelve inconsciente. Así que no puede haber momento inconsciente que escape a nuestra conciencia. Nuestro estado de conciencia está determinado por nuestro estado neurológico. Antonio Dámaso, neurólogo, que estudia las bases neurales de la cognición tiene esta atractiva relevancia, cito: "Un simple sensor de presencia tiene un principio de representación del mundo (presencia ausencia). Todavía es necesario integrarlo en un patrón de conciencia, que esta información sea utilizada aguas abajo por algo" (fin de la cita).*

Que la conciencia nunca es completa parece obvio, por lo que la pregunta es: ¿Cuál es el grado mínimo de autoconciencia imaginable?

¿Cómo puede una persona representar una cosa sin representar que la representa sin ser consciente de ello?

Casi quiero terminar aquí, de ahí mi irritabilidad expresada en mis comentarios iniciales. La realidad son las cosas como son, como fueron y como deberían ser.

Para concluir este capítulo que parece tan desconcertante como fascinante, diría que toda la diferencia radica en la disposición de la mente del practicante. Que estos dispositivos del practicante son "simbolizaciones" o no, existen, no se puede negar. Después, es la interpretación que haré de ella la que caracterizará mi eficacia o mi fracaso, lo que sea, aquí de nuevo"....*mis fracasos, después de todo, solo serían éxitos que tienen funciona mal...*(Edison respondiendo a un reportero).

Capítulo 2

El encuentro humano y el encuentro clínico

Se trata aquí de hacer la diferencia entre el encuentro clínico y la práctica clínica por el contrario con la clínica médica integrando la idea de que la práctica clínica es una práctica "al lado de la cama del funcionamiento psíquico". Además, parece que la definición de paciente se puede resumir en esta fórmula: "el otro es como yo".

La materia prima psíquica

Vemos que tiene dos características, ser hipercomplejo como menciona el autor y enigmático. Sugiero que corresponde al cuerpo y la mente. Esta materia prima de una experiencia subjetiva según Morin,(1990). Pero hubo controversia sobre este tema entre Morin y Descartes.(ver Revue d'histoire des sciences Año 1950 3-3 pp. 255-262). No quiero detenerme demasiado en estos temas aquí porque no comparto sus suposiciones. Aún no se ha decidido la composición de esta materia prima susceptible de ser consciente o no. En cuanto a las consecuencias, si un sujeto va a tener que imaginar lo que se le presenta, debe pensarlo, captar su experiencia como la describe Freud.(1916), me hago la pregunta: ¿A qué edad puede hacerlo el sujeto? Además, dar a conocer su experiencia está bien, pero ¿cómo lo hará? Finalmente, afirmar que *nada hay más en el pensamiento que no haya sido primero en los sentidos*», Pienso justo lo contrario. Para mí el pensamiento es independiente de todos los sentidos. Pero por qué no ! ¡También pueden tener razón! Podemos ver claramente que en ciertos temas no hay nada absoluto. Para terminar aquí, siendo el tema un "espejo», si realmente lo es, es solo por analogía como menciona el autor. Prefiero esta idea de profundizar en la naturaleza de lo que sucede en el encuentro clínico que menciona el autor y cómo es específico.

El encuentro humano, la identificación narcisista básica y la transferencia

Aquí es donde realmente comienza el manual de práctica clínica, que el autor desea presentar como "su" reflexión. Porque él va a hablar sobre 'el INB'. »(identificación narcisista básica) durante bastante tiempo y creo que ese será el argumento de su discurso. "La hipótesis *noda*» propuesto por el autor, de hecho este es el punto esencial. Hace tiempo que conocemos las propiedades funcionales de "neuronas espejo» de hecho hay dos: 1) el hecho de que reaccionan igual de bien a las acciones propias y ajenas y 2) su selectividad, es decir, cada neurona solo responde a un único tipo de acción pero no responde en general o muy poco cuando llega a otro gesto. Por lo tanto, el autor sugiere que existe cierta indeterminación entre lo representado, hecho por el sujeto u observado en el otro y por tanto una potencial confusión. Entre el "representado» y "el acto» y entre "uno mismo» y "el otro". Pero como a menudo, hay *mecanismos de función»* y "regulaciones» para evitar confusiones entre lo representado y lo actuado. También conocemos el papel de las neuronas espejo y sus efectos.(*deseo, empatía, autismo*) por citar solo los principales. En cuanto a las acciones internas, *emoción»* y "afectar», Observo que lo que es cierto del acto y la acción entre los humanos en sus relaciones también lo es para los afectos. Por lo que el autor propone que al vivir los afectos de los demás por duplicado, llama a este mecanismo INB, la identificación narcisista básica, que se basa en *mecanismos cognitivos»*(imitación) y "afectivo»(identificación). No comparto la idea de que el afecto pueda permanecer inconsciente. Para los practicantes que se dejan penetrar por el proceso INB, también será necesario ver por qué los demás no lo hacen.

Reglamento INB (identificación narcisista básica)

Unas pocas palabras, muy rápidamente. El autor expone su hipótesis pero es difícil suscribirla. La pregunta sería: *¿Será que nuestro compromiso afectivo con el otro no afecta a ambos?*. En las consultas no observamos sistemáticamente que el sujeto pueda cada vez identificarse con el practicante y viceversa. Excepto tal vez, y seguramente, cuando dos amigos hablan entre sí.

Entiendo que es muy complicado interpretar el mensaje del otro y por eso adhiero al argumento de que en la práctica clínica esto debe estar prohibido. Se trata de moderación. Entre la escucha y la sensibilidad esta " *moderación del estado afectivo* » por el otro será aceptable o no por el practicante, será libre, según su propia intuición, de sentir la intensidad y retener sólo lo que le parezca más justo. El encuentro humano es, después de todo, un asunto muy íntimo.

¿Qué pasa con la regulación INB en el encuentro clínico?

Para terminar este capítulo, observo que la gran cuestión que trasciende a todas las demás es la dificultad de imaginar un " *proceso de identificación* » de médicos a pacientes que presentan un " *sufrimiento narcisista* » que podría amenazar su identidad. Cualquier acción psicoterapéutica que sería efectiva sería el establecimiento de un proceso que permitiera ser similar al otro, que pudiera hacer sentir al practicante cómo se asemeja al paciente al que acompaña. Hay, pues, de lo que se desprende de esta secuencia en este capítulo lo que se denomina " *identificación empática* ". Sería una forma de amar al otro, de conocerlo mejor y sobre todo de reconocerlo como otro-sujeto, de incluirlo en nuestro propio sentimiento básico. Si el proceso de identificación tiene lugar, entonces debemos admitirlo, nos guste o no.

En este caso, el ser humano parece estar programado desde su origen para esta identificación. Pero podríamos objetar esta suposición afirmada. Hemos insistido desde Winnicott en el " *papel de espejo* » del individuo. En resumen, " *la BN* » es una primera estrategia, tendrá el efecto de retirar o moderar la inversión de uno en el otro, en el paciente, para organizarse contra un acercamiento que podría intensificar su efecto. Otra estrategia propuesta sería acentuar las diferencias entre cuidadores y cuidados. (*cuidadores y cuidados*). Sobreinvertirlos, fijarlos u organizarlos mediante múltiples medidas destinadas a alejar el espectro de una posible confusión. Pero se olvida rápidamente que el encuentro terapéutico requiere ciertas medidas, comportamientos, a veces rituales y reglas que subrayarán y definirán la identidad profesional del practicante.

Finalmente, el peligro que acecha es que ciertas estrategias puestas en marcha contra el *BN* » son tan efectivos que corren el riesgo de no permitir más *empatía* » y verdadero cuidado y, por el contrario, son menos efectivos y se produce una confusión psíquica. En ambos casos, habrá que pensar diferente y el practicante deberá plantearse un entrenamiento personal para soportar los afectos extremos a los que puede estar expuesto. Además, señalé, antes de la teoría de " *yo-piel* » (Anzieu), de un " *mi bolso* » (ver primer capítulo), en el que todo dentro es " *yo* » y es el producto de *yo* ».

Conclusión: La característica clínica esencial de los estados de " *patologías de la identidad narcisista* » es el fracaso de " *Proceso de transformación* ».

Capítulo 3

La mentalidad clínica

Si es importante ponerse al lado de la cama del funcionamiento psíquico del paciente, queda el hecho de que sería necesario incluir, en este estado de ánimo, una parte de " *conmiseración* ". El encuentro clínico a menudo se basa en el estudio de la " *funcionamiento psíquico* », de " *el examen* », de " *la operación* », de " *estrategias* », de " *táctica* », como indica el autor. Como hay condiciones en una reunión, creo que la compasión debe ser parte de esas condiciones. Después de todo, estamos hablando de " *Estado de ánimo* », ¿cómo estoy frente al paciente, cuál es mi estado de ánimo? También deberíamos eliminar esto

palabra "tema»y considerar al otro como persona y no como sujeto. Hay toda una semántica que deberíamos revisar en las humanidades, pero esa es otra historia.

Apruebo la afirmación de la complejidad de la práctica clínica. Ahí "generatividad asociativa», este término, generatividad, fue acuñado en la década de 1950 por Erikson para referirse a la voluntad de instalar y guiar a la próxima generación. Aquí el autor enfatiza *asociatividad*". Habrá que interpretar.

El sufrimiento psíquico y la cuestión de la demanda

Cuando sabemos que el *proceso de transferencia*» está en el corazón de casi todas las relaciones terapéuticas, el clínico que sepa identificar y comprender los mecanismos que las gobiernan tendrá más probabilidades de tener, en el encuentro paciente/terapeuta, la capacidad de apoyar a la persona que está tratando. Desafortunadamente, vemos cuánto un cierto número de practicantes carecen del conocimiento suficiente de los diferentes "enfoques para transferir".

Sin embargo, en la teoría del cuidado, los derivados son legión. Me opongo a la colusión de cuidados y sexo. Olvidamos cada vez que hay dos entidades que interactúan y, a veces, se oponen entre sí. Existe la " *cuero*» por un lado y *la mente*» de otra parte. No olvidemos que este capítulo trata sobre el estado de ánimo de la reunión. Afirmar que el amor y la sexualidad curan es una vez más referirse al estudio de Freud. Pero vemos que hay otras teorías del cuidado y otras " *procesos de transferencia*".

Transferencia y seducción

Retengo que el clínico debe establecer una frontera, una especie de línea de demarcación para no caer en una seducción deliberada y voluntaria. Esto me lleva a insistir, como menciona el autor, en conocer bien la naturaleza misma de la *proceso de transferencia*» porque está en el corazón de la relación terapéutica, simplemente, para que el encuentro médico/paciente se construya sobre una base sólida. Solo así es posible acompañar al paciente para que se mantenga en el camino de su cambio y evolución. Entonces es fundamental, por lo que entiendo en la mente del autor, estar familiarizado con los diferentes enfoques de la transferencia para que el clínico pueda ubicarse mejor en su postura, así clarificar su práctica y aclarar sus opciones terapéuticas.

La pregunta que hago es: "¿Cuáles son las necesidades y las consecuencias en el " *enlace de transferencia*» alrededor de la noción de reconocimiento para el clínico? »(Porque si este vínculo transferencial está ausente en el clínico o en defecto, ¿cómo ¿lo tomará?)... ¡Es sólo una pregunta...!

Transferencia de mudanza

De las tres alternativas propuestas por el autor, la tercera también tiene mi preferencia. Según Freud, cito: *Conviene mantener esta transferencia, tratándola como algo irreal, como una situación que inevitablemente se atraviesa durante el tratamiento y que hay que reconducir a sus orígenes inconscientes, de tal forma que trae a la conciencia, todo eso, en la vida amorosa de la persona en dolor había permanecido el más secreto y que ahora podrá ayudar a este último a controlarlo*". (fin de la cita)

Estamos a unos años luz de las tres alternativas de la " *proceso de transferencia*". Renunciar a cualquier teoría previa es una condición esencial. No hay nada " *ya hecho*". Ahí " *metodo exploratorio*» es una clave en cuanto a una posible respuesta para el paciente. Entonces, el médico tendría la opción: 1) rechazar la transferencia, 2) no rechazarla. El método aquí juega un papel importante. Sin embargo, ¿realmente el paciente tiene un conocimiento inconsciente de los orígenes y causas de lo que le afecta? Porque si lo fuera, ¿cómo podría saber que sabe? A veces y más a menudo de lo que se piensa, el paciente logra expresar los orígenes y las causas de su sufrimiento y esto de manera consciente, totalmente resuelta. Y es a menudo el practicante quien ya no tiene un entrevistado a pesar de sus habilidades. Por eso me parece que el " *enlace de transferencia*» debe estar presente con el clínico, para sí mismo.

El método o cómo conseguir encuestados

En primer lugar, por lo tanto, debe recordarse que el paciente solo puede entregar la parte más íntima de sí mismo si está seguro de la posición del médico. La estrategia de la práctica clínica permite la transferencia que la organiza sobre el método clínico. Ahí "*método clínico*" sería así el proceso por el cual los procesos psíquicos inconscientes, casi inaccesibles de otro modo, podrían ser objeto de una investigación muy rigurosa. Observo que este proceso es el de "*Asociación libre*" ideas. Si esta es la regla fundamental, entonces el paciente podrá decir lo que se le ocurra. Sólo bajo estas condiciones aparecen y se organizan los fenómenos, centrados en el *llamada relación de transferencia* al clínico, que es el "*proceso analítico*".

En fin, buscar saber lo que el otro sabe sin saber que sabe me parece inquietante porque Freud explica que lo que está más allá de la conciencia es un "*realidad inconsciente*", además lo nombra en términos de "*metapsicología*". Para tener un garante según el autor, presumo que hay dos elementos que deben conjugarse: 1) el marco del análisis y 2) la formación del practicante. Por lo tanto, es así a través de la "*método asociativo*" que el "*vectorización de la escucha clínica*".

Asociatividad, transferencia, método, regulación, consistencia

Todas estas características no son un fin en sí mismas, evolucionan con el tiempo, parece que aún no se han alcanzado los límites de su exploración. Entiendo que la idea de funcionamiento psíquico debe ser fundamentalmente asociativa, como el "*neuronas asociadas*" por ejemplo. supongo que esto "*asociatividad*" hay que regularlo para estar de acuerdo con el autor. Esta regulación está expresada por la *narrativo*, se dirige a un objeto *otro tema* y debe considerar esta dirección para formular.

Sin querer rehacer la historia o la génesis de la investigación de Freud, sabemos hoy que Freud exploró las profundidades de la vida psíquica y por necesidad se apegó a su método. Este "*escucha asociativa*" se basa en reglas y principios que llevan al lector a admitir una cierta lógica detrás de él. Menciono que lo que era cierto en 1894 puede no serlo hoy. Puedo entender por qué Freud inventó el psicoanálisis. Lo que puede sorprender aquí es el lugar dado a la asociatividad y "*método asociativo*". En cualquier caso, nos guste o no, el método asociativo y el análisis de procesos son omnipresentes en todos los textos clínicos que propone Freud. En cuanto a conocer su origen, parece que aún persiste el silencio.

Observo que el autor insiste en el hecho de que lo que caracteriza "*asociatividad*" en la sesión no es sólo en las asociaciones que hay que buscar esta característica, se encuentra en la forma de escuchar del analista, es ahí donde reside. Esto nos lleva en esta exploración a mirar más allá para encontrar una forma coherente. Finalmente, la máxima descrita en este párrafo, que el que es observado, a su vez observa al observador, puede asociarse con otros "*síntomas*".

Está claro que "*asociatividad*" está en el origen de *síntomas* de otro tipo Sin embargo, según algunos estudios la *memorización psíquica* desde "*trauma*" no siempre parece conservarse en "*el aparato psíquico*". La pregunta del día es si un *trauma* (como resultado de un trauma), persiste en la vida psíquica de una persona. La investigación en curso podría conducir a una nueva formulación de la retención de traumas mientras los traumas podrían permanecer allí.

No de esta escuela (*freudiano*), el proceso de progresar a través de los giros y vueltas de *asociatividad* y la resistencia paciente, estos "*de ida y vuelta*" me parece que es un proceso por "*error de prueba*".

Asociatividad y simbolización

Ahí "*teoría de la simbolización*", que sigue siendo una teoría, no parece aparecer a menudo en Freud. Retengo aquí, sin embargo, que la definición de simbolización ya no sería simplemente una operación por la cual algo representará otra cosa para un tercero. De todos modos, Freud necesitaba al menos dos teorías para expresar su concepción de la simbolización. Parece aceptado hoy en día que la simbolización procede por "*negación/ conservación*". Si la simbolización no elimina el estado anterior, por lo tanto, normalmente debe ser diferente "*estratos psíquicos*". Suponiendo que estos mismos estratos se sucedan unos a otros,

deberían poder reorganizar los viejos. Cualquier experiencia debe dejar huellas en la medida en que las asociemos.

Qué quiere decir "*imagina algo*»? Sabiendo que hacer una representación de esta cosa o del sujeto nunca parece ser una copia exacta de lo que se representa. El autor habla de "*representaciones complejas*". Aquí tiene razón Freud, yendo de la identidad de la percepción que designa el objeto por su *representación perceptual*, a "*identidad de pensamiento*" que designa el objeto por un concepto complejo, situado en el marco de *huellas intraverbales*, «*polisensorial*», pasado, presente, era como si el "*que*" de Freud, era una parte del yo crudo a través del cual no tenemos acceso directo.

Asociación libre

El autor habla de "*regla*" de "*Asociación libre*". Esta expresión aquí utilizada designa pues el objeto de la regla fundamental que consiste en que el paciente exprese todos sus pensamientos sin discriminación y esto, de manera espontánea. De acuerdo a las escuelas de donde vienes el "*semántica*" es un poco diferente Pero como todas las reglas, no todas son aplicables en su rigor por ciertas reticencias. Una orientación, una elección, se manifiesta también a través del silencio, de las lagunas del discurso, de los lapsos, este famoso "*gallo y burro*". El paciente no sospecha la representación que podría hacer en la persona de su *terapeuta*, por lo tanto, también debemos mirar la regla de "*Asociación libre*" como técnica de investigación del conjunto del psiquismo pero no sólo, es también como estructura que tendría por objetivo priorizar el "*relación analítica*". Finalmente, la relación que existe entre el que analiza y el que es analizado se convierte en una relación de lenguaje en la que emerge la dimensión de la demanda. Si es una solicitud de "*inclinación sentimental*", será imposible responderlas. Lo que normalmente debería hacer que el paciente se vuelva intolerante a esto "*Asociación libre*" que se le ofrecería.

Capítulo 4

Complejidad y paradojas de la transferencia en la práctica clínica

El autor no propone nada nuevo pero le gusta recordar, a través de la teoría del funcionamiento psíquico, las cuestiones de identidad para la clínica psicoanalítica. Al principio, nos ofrece un breve atajo al origen de este concepto. Cita nuevamente a Freud, quien parece ser el punto focal a lo largo de este manual práctico. Se olvida de todos modos que esto *concepto de transferencia* fue inventado por Sandor Ferenczi (1873-1933) mismo influenciado por Jung, y que su teorización fue retomada por Freud durante su trabajo sobre "*histeria*".

Sea como fuere, el interés de esta secuencia es saber que efectivamente existe una asociación entre el "*transferir*" y "*asociatividad psíquica*". Pero el autor también menciona que cuando se pasa del mecanismo general de funcionamiento psíquico asociativo a la transferencia en el encuentro clínico, la transferencia es en todos los casos un "*falso*" asociación. La presencia del clínico intenta modificar la asociatividad ya que debe ser formulada al clínico. Para finalizar esta explicación, el autor insiste en el "*enlace esencial*", "*fundamental*", entre el método clínico fundamental de la asociación libre y la transferencia. Por lo tanto, sugiere que la transferencia se derive de la asociación. Entonces, si entiendo bien, la transferencia es un tipo de fenómeno humano que se experimenta en diversos grados. Es por tanto en la relación médico/paciente donde esta transferencia se vive de forma más relevante. Aquí es donde Freud piensa en teorizar este "*concepto de transferencia*", ya no se tratará simplemente de constatar el fenómeno de la transferencia, de denunciarlo, deplorarlo o favorecerlo manipulándolo, sino de analizarlo.

Donde ya no estoy es esta afirmación que postula que "*lo que se transfiere proviene de la vida psíquica inconsciente, es su emanación disfrazada*". No tengo ninguna duda de que la transferencia se refiere a la totalidad de la relación o el informe al clínico o a la situación actual. Lo que me parece dudoso es la vida *psíquica inconsciente*". Postulo que la vida psíquica inconsciente no existe. (¡A riesgo de ser linchado...!) Es un

como si el famoso astrónomo me dijera que: "...antes del Big Bang, no había nada...".(Cómo crear desde de nada ?)

¡Esto es solo un intento de mi parte...! sobre todo porque el autor habla de un "*lado pasado vinculado a una parte olvidada o mal integrada de la historia y que tiende a actualizarse*". Es esto "*historia olvidada*» quien pregunta. ¿Dónde comienza esta historia? ¿Qué origen tiene? ¿No es esta fragmentación del pasado un recuerdo perdido? ¿Un rastro de este olvido que buscaría resurgir? Si la transferencia es un elemento esencial, no deja de ser una proyección de las emociones y sentimientos del paciente sobre su terapeuta. Si la transferencia es efectivamente una brújula que orienta el trabajo clínico, su análisis permite a la persona tomar conciencia de una parte de sí misma y de sus emociones. Es por tanto a través de esta transferencia que la persona puede expresar y reproducir las relaciones que tiene con los demás. Ahora sabemos que el "*transferir*» hacia el clínico es involuntario, pero la cuestión de saber si esta transferencia se impone de forma inconsciente lleva a otras cuestiones; ¿Cuándo se hace posible la resolución de la transferencia? Sabemos que solo se puede hacer cuando el paciente está convencido de que puede encontrar independientemente sus propias respuestas a las preguntas que se hace.

Una palabra sobre el *transferencia contra transferencia*. La contratransferencia requiere que el cuidador (terapeuta, médico, etc.) un conocimiento casi perfecto del funcionamiento de uno mismo se evaporó (sustituyo la palabra inconsciente) de lo contrario, su propia resistencia provocaría a su vez resistencia en el paciente, quien podría rechazar las interpretaciones propuestas. Esta es la complejidad de este enfoque.

Transferencia positiva o negativa

En resumen, los deseos *evaporados*» desde el paciente hasta el analizador, se modelan según múltiples oscilaciones y estructuras. Se dice que una transferencia es positiva cuando lo que se proyecta se relaciona con *emociones positivas*. Pero también sabemos que estos *deseos evaporados*» pueden ser negativos dependiendo de si se manifiestan por "*sintió*» (odio, agresión) hacia el practicante. En este caso, vemos que será fundamental explicar al paciente los fenómenos de la transferencia para que pueda comprender, en la medida de lo posible, la verdadera naturaleza de lo que está en juego.

Grupalidad de la transferencia

Este famoso traspaso escisión en grupos. Es casi inevitable y esta escisión tiene su propia especificidad. Imaginemos una escena: "un grupo de varios practicantes (psicólogos, psicoanalistas, educadores especializados, enfermeras, doctores) en una situación de transferencia! ¡La resistencia de los miembros del grupo! sabemos el complejidad y (fatiga) (ver también el último capítulo sobre grupos)

Capítulo 5

Las preguntas del dispositivo clínico

En primer lugar, este dispositivo depende de la "*Estado de animo*» tratado al principio (ver más alto). Si es en el encuentro clínico, si es explícito o no, plantea muchas preguntas. Por resumirlos en unas pocas líneas, porque habrá que dedicar tiempo a ciertas teorías de este aparato. Estas preguntas se formulan en parte en el "*patrones*» (modelos, formas y estructuras) siguientes: Teatro foro e historia de vida, tema, "*subjetivación*», socio de la clínica institucional", *análisis social*», restitución en investigación clínica, resistencia, historia de vida y terapia institucional, practicante-investigador, fotolenguaje, intervención socioclínica o psicossociológica, intervención en ambiente abierto, improvisación, implicación, historia de vida en formación, historia oral, implicación grupal e investigación, verbal o expresión no verbal, experiencia, evaluación, emoción, entrevista, escucha clínica, solicitud, análisis de prácticas clínicas y muchos más.

Aparte de las ambigüedades y paradojas planteadas por el autor, podemos resumirlo todo diciendo que todo "*dispositivos clínicos*» puede constituir otras tantas respuestas concretas a todas estas preguntas en

dependiendo de los perfiles de los sujetos. Por lo tanto, no debemos olvidar la evolución de estas prácticas, que en sí mismas plantean otras cuestiones. Hoy en día descubrimos nuevas formas de "*sufrimiento psíquico*" que entonces eran insospechadas, con las que se verían afectadas determinadas personas, y que podrían desplegarse, en cierto modo, fuera del formato clásico de atención psicoterapéutica en una institución o en la práctica privada.

¿Hay alguna limitación para estos dispositivos? Es muy probable. Sin embargo, no olvidemos que dependiendo de estos nuevos trastornos, digamos, existen muchos dispositivos clínicos, son variados y creados para poder abordar y atender a los sujetos que presentan ciertos nuevos padecimientos para que los especialistas en salud mental puedan a su vez apoyar y tratar todos los problemas. Entonces, también vemos que todas estas modalidades de atención actuales llevan, casi por obligación, a los médicos a repensar su "*herramientas de cuidado*". Existe, por tanto, y esto es lo que retengo de este capítulo, la necesidad de que el clínico desarrolle nuevos "*pistas teórico-clínicas*", como veremos en el próximo capítulo, para responder lo más fielmente posible a las necesidades y características del funcionamiento psíquico de los sujetos encontrados.

En el caso de las formas de *transferir*»Dónde "*de asociatividad*», como el "*modalidades de simbolización*», se desarrollan en base a las características de estos dispositivos. Claramente vemos la necesidad, en estos desarrollos, de obtener respuestas, especialmente cuando la investigación sobre estas prácticas se basa en "*epistemología psicoanalítica*". Ella tiene que responder. Entonces, para concluir este capítulo, diría que el necesario tener en cuenta en la *atención psíquica*»(lenguaje y cuerpo sino también del grupo, de la institución), es imprescindible hoy en día según la CRPPC(centro de investigación en psicopatología y psicología clínica) ya que todos estos últimos décadas. ¡Lo que nos lleva al siguiente tema...!

Capítulo 6

Teoría de Dispositivos Clínicos

Aquí, el autor propondrá una teoría general sugiriendo varias proposiciones a las que llamará "*metarreglas*".

Pero observo que en todos estos dispositivos clínicos llamados "*en los límites*», antes de "*reglas meta*», abordan una amplia gama de trastornos como la actuación. Además, el autor habla de ella en su presentación, así como de la "*alteraciones somáticas graves del comportamiento*» e incluso formas de *antisocialidad*» a lo que hay que añadir la *sufrimiento*» de origen social, la *delincuencia*» y la "*delito*". A esto podemos incluir otros temas como el "*envejecimiento*», la "*discapacidad*» y muchos otros. Todos estos diferentes tipos de trastornos, por lo tanto, implican la implementación y creación de muchos "*dispositivos clínicos*".

Retengo en este capítulo que hay una base teórica del dispositivo clínico mencionado por el autor. Se trata de modelos que nos permiten apropiarnos de todos los "*desafíos metodológicos*» y conceptos de dispositivos y prácticas clínicas. Habla de una teoría pero en realidad uno no puede evitar lo que parecen ser los límites de esta teoría en sus diversas formas.

Me gustaría detenerme en esta noción de *transferir*» de la que habla el autor. Si hay un traspaso necesariamente lo hay "*contratransferencia*», hasta ahora estamos de acuerdo. En este dispositivo y su uso, el autor cita a Freud, "*transferencia = transposición*". ¿Cuál sería el *convergencias*» y ellos "*diferencias*»? Surge otra pregunta, en realidad, ¿qué estamos transfiriendo? ¿Qué vamos a mover? Aquí está la idea de "*movimientos de supervisado a supervisor*". Freud afirma que la transferencia existe en todas las relaciones. entre individuos, (Se pueden encontrar más explicaciones en J. Rouzel en los edictos. Dunod. En su presentación sobre la supervisión de equipos en trabajo Social). Retengo que es posible transmitir la transferencia en un marco de "*supervisando*". el que viene (el supervisado), para explorar arreglos a partir de su propia historia, para poder comprender lo que realmente es, cómo percibe las cosas y cómo las experimenta. Por lo tanto, puedo entender que la persona supervisada pueda reproducir capítulos de su experiencia con la persona que supervisa en la supervisión. Me imagino que

el autor nos explica que la transposición de los hechos y la experiencia del supervisado se le puede aplicar al supervisor. Una palabra sobre el *contratransferencia*. Algunos psicoanalistas afirman o sugieren que la contratransferencia es "una reacción inconsciente del terapeuta hacia su cliente», en particular (M. Elkaim, centro de formación de terapia familiar, conferencia del 10 de enero de 2002). En la entrevista clínica desarrollada por Colette Chilandía (Entrevista clínica, Colette Chiland edita PUF), menciona que para concienciar al analista de *fenómenos de contratransferencia*», Se necesitarían al menos tres elementos esenciales: *serenidad*», allí " *amabilidad*» y la " *odio*".

Para concluir este capítulo, hay muchos *paradojas*» en este dispositivo clínico, no sólo una paradoja.

Capítulo 7

Inventar/diseñar un dispositivo en situaciones límite y extremas

La atención de las clínicas y patologías de supervivencia y patologías narcisista-identitarias

Con respecto a la clínica de *situaciones extremas*», el autor realmente se arriesga al adentrarse en el campo clínico de los adolescentes sin hogar, suburbanos o de barrio. Sin embargo, estando activado el intento, el autor no se equivoca al suponer que es el primero " *la clínica y nuestra empatía con lo que siente el sujeto que debe guiarnos en la empresa*". " *Escuchando*» y la " *estrategia de supervivencia*» que determinan la actitud clínica. Pero muy rápidamente el autor se apresura a mencionar que es el propio sujeto quien está mejor situado para saber qué soluciones le convienen más. Entonces, ¿cuál sería entonces el papel del clínico en este contexto? Hablo de riesgo porque aun poniéndose a su servicio, nada puede demostrar que la habilidad del clínico pueda producir un efecto. Todas las personas sin hogar, todos los adolescentes de barrios difíciles o los adolescentes suburbanos no necesariamente necesitan ayuda o solicitudes especiales. Dicho esto, aceptar el tema como es parece paradójico, porque entonces ¿para qué intervenir? Me parece que en situaciones de gran precariedad y angustia, el clínico puede demostrar sus habilidades (ser cortés).

Entiendo que el autor es más preciso en el significado de la palabra " *escucha*". Esta metáfora es esencial porque, en efecto, es más que eso. En realidad la situación es más compleja. El ejemplo de Selma Fraiberg, (1918-1981) es interesante pero no olvidemos que no se trataba solo de las madres sino sobre todo de sus hijos.

Lo que entiendo en esta secuencia, que es bastante larga, es que los clínicos involucrados en este proceso de " *el acompañamiento del cuidado de los límites extremos*» No debe esperar recibir nada a cambio. El autor habla de " *gratitud*», que puede que nunca suceda. Diferencio entre el cuidado límite extremo resonante y el innecesario. La llamada población precaria y desvalida no me supone un problema. Lo que me parece más discutible son los " *conductas voluntarias adoptadas*". Los adolescentes de los suburbios o barrios, para mí, deberían ser objeto de otro dispositivo de atención. Esto sugiere que esta categoría de población no cae dentro del marco de " *límites extremos*". (Ese es otro tema de estudio)

Algunos ejemplos de dispositivos de bricolaje

Todos estos ejemplos caen dentro de un marco de *teoría general*» dispositivos. Es cierto que explorar o acompañar la clínica de una población que presenta formas de " *sufrimientos narcisistas de identidad*» tomará más que bricolaje. No olvidemos que este capítulo trata sobre la invención de un dispositivo. A veces es necesario jugar con un modelo, el autor favorece los dispositivos que él llama " *inventado / improvisado*» pero en un contexto específico y asignado. Todos los " *cuadros clínicos*» mencionadas por el autor se sitúan en un espectro de cuidados tradicionales como " *anorexia adolescente*», « *autismo*», « *acompañamiento*". Persevero, y es sólo mi pericia, la que debe separarse de estos dispositivos, al menos por un tiempo, todas las denominadas situaciones extremas o límite. (Este será el tema de estudio adicional en mi investigación adicional)

Dispositivo clínico: estudio de caso Mira

Dispositivo clínico/cuidado

Esta es una joven anoréxica. El equipo terapéutico está formado por un médico y un equipo de atención.

El dispositivo: el equipo plantea la hipótesis de que no era relevante centrarse más en su relación con la comida, lo que fija a Mira en ella "*síntoma*". Supongo que ese fue el caso hasta que se implementó un nuevo enfoque. "*Anorexia*" de Mira aparece también como un modo general de relación con el mundo "*relaciona*" que "*conducir*". Mira restringe todas las formas de intercambio comprometido impulsivamente, "anorexiza" sus relaciones afectivas. El equipo formula una hipótesis a partir de los diversos datos clínicos disponibles a partir de su anamnesis y del material extraído de entrevistas individuales y familiares, esta hipótesis de que si Mira lideró esta lucha contra el menor de sus impulsos instintivos, fue a ambos por el potencial intensidad de éstos –que habrían desatado arrebatos pasionales– y por la debilidad de sus capacidades de "*transformación*" y "*metabolización*" de sus experiencias afectivas y emocionales.

El equipo intenta poner a trabajar la cuestión de los procesos de transformación de Mira y desarrollar un dispositivo localizado en estos. Apresúrate.

El dispositivo configurado por el médico.

Diferentes tipos de "*dispositivos de citas*" son experimentados por el clínico. Se centran en el intercambio verbal en "*Cara a cara*". Con el discurso de Mira que podría durar varias horas (conversaciones puramente intelectuales, filosóficas), sin que surja el menor afecto. El dibujo se usó sin ningún agarre real. Mira se refugia del hecho de que no sabe dibujar. El médico le ofrece una "*juego de garabatos*" (juego de dibujo para dos inventado por el psicoanalista D. Winnicott) pero este último se vuelve puramente formales y estéticos. El clínico busca establecer un verdadero contacto más allá de las formas socializadas. Mira está rota en un "*yo falso*".

Configuración de un dispositivo original

El clínico pone en marcha un dispositivo original que representa una forma de ir más allá (*Aufhebung*) donde "*mente especulativa*". En estas situaciones límite y extremas, el proceso pretende ser la búsqueda de la invención y la implementación del propio dispositivo. Luego, el médico combina la "*Proceso de transformación*" y "*simbolización*" que ella combinará con el "*hipótesis*" a partir de la obra de Winnicott y ciertos desarrollos del autor sobre el modelo de la "*garabato*" como prototipo de su intervención. Entonces ella inventa el "*garabato de plastilina*". Por lo tanto, Mira se ve frente a una bola de plastilina. El clínico le pide que deje sus manos "*s' asociarse libremente*" en estos. Después de elegir la postura más adecuada, el clínico también amasa una bola de masa como "*modelo*". Se menciona que el "*conversación clínica*" se trataba de "*huellas dactilares*", a ellos "*sensaciones*", a ellos "*emociones*", luego en el "*formularios*" y los "*intercambios de formularios*" entre los dos (médico y Mira) y que el momento "*garabato*" fue iniciado.

También había que tener en cuenta el ajuste del material ya que, como vemos, persistían ciertos bloqueos debido, entre otras cosas, al color, al material e incluso a la forma de esta plastilina.

resultado del experimento

Aquí, el autor no busca narrar la historia del caso sino que insiste en el dispositivo retenido y utilizado que luego permite el compromiso y la reactivación de un "*proceso de simbolización*" generado por el desarrollo, una especie de "*transferencia de proceso*" sobre "*medio*" y sus propiedades "*motor sensorial*".

Lo que le interesa al autor en esta experiencia es el proceso de inventar el dispositivo, este fue de hecho el objetivo de esta investigación para finalmente conducir a "*encontrar/crear*" "*un medio atractivo*". de hecho nosotros

tenga en cuenta que esto "*teoría de la simbolización*" podría, en cierto modo, atenuar el proceso de sufrimiento en Mira. La meta es el camino, dice el autor, especialmente cuando se trata de atención clínica. Observamos que el *medio maleable* es el clínico primero.

Mi análisis y comentarios.

Como se mencionó, no es tanto el caso real en el que me estoy enfocando aquí sino, tal como señala el autor, estamos en "*la invención/creación*" de un dispositivo colocado por el médico que atiende el caso de Mira. Aquí hay algunos pensamientos sobre esta experiencia:

Los "*medio maleable*", veo que es ante todo el clínico. Pero todavía tenemos que entender lo que eso significa. Estudié las obras de Marion Milner (1979) y sus obras sobre la pintura y que se enfrentó por otro lado a una clínica que moviliza a un "*contratransferencia*". Milner dice que: "...*el medio se define como una sustancia intermedia a través de la cual se transmiten impresiones a los sentidos*...". Entonces, mi primera observación es que Mira usa al médico en el agarre, como un "*materia maleable*" para un final "*organizativo*" de su consistencia interna. Esta transferencia puede, por lo tanto, definirse como una forma de ilusión relativamente fructífera que permitirá una especie de fusión por parte del "*símbolo*", una parte de la realidad externa, como lo es para el artista que utiliza la materia (Aquí está la plastilina). Roussillon solo repite este concepto, pero es relevante. Sería justo mencionar que el concepto aportado por Milner también tiene en cuenta la forma en que el sujeto puede liberarse del objeto imprimiendo/contemplando su marca en él de manera transitoria en negativo, una verdadera imagen especular en hueco.

Aquí, por lo tanto, es el dispositivo terapéutico clínico lo que me llama la atención. Postulo que el clínico debe tener conocimiento de este concepto porque el material elegido (plastilina) no se debe a la casualidad.

El "proceso de simbolización"

Necesitas saber cómo funciona. La clínica, a lo largo de su seguimiento terapéutico con Mira, contribuyó a que Mira tomara conciencia de este proceso, ya que trató de ponerlo en el movimiento de simbolización y, en consecuencia, de crecimiento. El clínico tuvo que apoyarse en él porque observé la reticencia de Mira sobre el material utilizado. El clínico era muy consciente de que después de un desequilibrio viene un equilibrio, lo llamo "*el vaso comunicante*", «*depresión*» seguido de una toma de conciencia que conduce a un nuevo equilibrio. Pero no me olvido que Mira también tenía la suya. *registro simbólico*". Así que puedo confirmar aquí que el "*proceso de simbolización*" sigue siendo un factor de curación.

Las "propiedades sensorio-motoras"

Este enfoque es bien conocido. En el caso de Mira, el clínico tuvo que encontrar y pensar en su instalación y los soportes durante el "*facilitar las posturas*" teniendo en cuenta los elementos del entorno en el que evolucionaría con Mira. Esto puede parecer trivial, pero se necesitaron varias pruebas para que el médico encontrara la postura correcta que se adaptara a Mira para que la experiencia fuera concluyente.

(Fin de mi análisis sobre este caso)

Doma de vínculos y relanzamiento del apego

No me detengo demasiado en esta secuencia. Como se ha explicado en varias ocasiones, la *dispositivo relaciona* para este tipo de población (SDF, adolescentes de los suburbios o barrios) No estoy seguro de seguir al autor, excepto que el dispositivo "*lado a lado*" que llamo el *Cara a cara* me parece lo más relevante. Trabajé durante algunos años en algunos albergues para jóvenes trabajadores/delinquentes y eso requeriría un volumen completo sobre el tema.

"Pack Psicodrama" con niño hiperviolento: caso de estudio

Ejemplo de una colaboración de investigación clínica

Tratamiento de niños hiperviolentos

Expuesto

Se trata de una preadolescente que había sido excluida de todos los establecimientos (una decena), porque rompía todo a su paso y era incontrolable. El departamento al que llega parece ser el "*último recurso*" para él. La cuestión de atarlo a su cama plantea una pregunta sobre un nuevo dispositivo. (inventar/crear). Se forma una colaboración entre el equipo y el autor. (Rosellón). El equipo establece el sistema de "*paquetes*" pero sin el conjunto de protocolos. Una forma de envoltura. Se dice que el niño está acostado y envuelto con bastante fuerza en un paño seco a temperatura ambiente que lo contiene por completo.

Mi análisis y comentarios.

No voy a copiar la historia y detallar el modo utilizado. Me gustaría detenerme en esta noción de *paquetes de psicodrama*, en un entorno clínico. Observo que no se han utilizado todos los protocolos del pack. El equipo no se detuvo en la cuestión de si había una posibilidad de acercamiento para que el niño organizara o calculara su "*conflicto interno*" (fracaso de las relaciones primarias) y así acceder a una transferencia que puede ser analizada en el marco único de la psicoterapia, la cual, en este caso, no podría iniciarse o incluso, de ser así, probablemente habría fracasado.

Las peculiaridades de este niño en su *funcionamiento psíquico* no habría hecho pleno uso de un "*psicoterapia*" sea lo que sea y sobre todo verbal. También veo la necesidad de la presencia de varios especialistas. Los "*paquete de psicodrama*" fue retenido y en este caso parece haber funcionado bien. Para otros casos idénticos, probablemente no sería la misma solución. En "*relaciones primarias alteradas*", cada caso es un caso particular y la historia de la violencia y la angustia del sujeto no son necesariamente idénticas ni siquiera en apariencia.

Observo el papel de todos los actores. (niño y médico acostados al lado), las especificidades de la *dispositivo de psicodrama*, y en particular la dimensión corporal. Incluyo las indicaciones, los objetivos buscados, el marco, la evaluación del dispositivo clínico y el marco terapéutico adaptado.

Para concluir este breve recorrido, el resultado es que las crisis de violencia (Me pregunto qué significa realmente hiperviolento), se desvaneció cada vez más y que la atención clínica realmente podría tomar el relevo.

(Fin de mi análisis sobre este caso)

Acompañante Terapéutico: estudio de caso

Ejemplo de un dispositivo clínico

con niños autistas

Los "*estética dual*", porque finalmente allí se ubica el objeto de la experimentación con niños autistas. En esto "*dispositivo de cebado*", el clínico se sitúa en *doble* y "codo a codo" con el sujeto, de forma relativamente lúdica, sin excesos. Luego de un intento de juegos particulares, se establece un inicio de comunicación con el objetivo de permitir lo que fue "*comportamiento autista*" (sin dirección rastreable) puede transformarse en un valor de *mensaje* y por lo tanto producir esta cartilla de comunicación. El objetivo es que el clínico transmita la idea de "*intercambio estético*" que podría convertirse en una forma de comunicación e intercambio entre el clínico y el "*tema*".

Breve análisis y comentarios

El autor habla aquí de *función reflexiva* y, por tanto, el marco relacional de la relación en "*estética dual*" se convierte en el lugar de transferencia de esta función primaria. La opción escogida es adecuada pero hay muchas "*herramientas terapéuticas complementarias*". Aquí observo la importancia del storytelling y la comunicación. Pero no debemos olvidar que todavía estamos en el concepto de "*inventar/crear*". En consecuencia, ya no podemos hablar de la originalidad de la acción del acompañante terapéutico en el sentido en que normalmente lo entendemos en su uso. También noto en este enfoque, estos famosos "*bucles de comunicación*" de que estaba hablando (Greenspan, 1986) y qué son, a saber, interacciones que movilizan al sujeto en un ir y venir no verbal/verbal intencional. En el caso que nos ocupa, es el

comienzo de una aceptación recíproca para reconocer al otro (fondo de transferencia), una especie de compartir común por un interés común, para lograr entrar en el mundo del otro.

No es fácil para un "niño autista" y su compañero terapéutico. Veo que tener éxito en esta entrada requiere largas horas de espera. Finalmente, con paciencia, una vez que se inicia un reconocimiento de la presencia del otro, aunque sea sólo un esbozo de reconocimiento, se construirá un modo de estar juntos que el niño autista podrá empezar a identificar ya esperar. Se crea una singularidad a partir de lo que constituye su propio mundo.

Entonces, para concluir esta secuencia, diría que el "compañero terapéutico" puede introducir gradualmente sus propias iniciativas para diluir sobre los intereses del niño. Ofrezcale una variación que sea aceptable para él.

Agregaría que este enfoque encaja perfectamente con el "teoría de apego" (Karen, 1998) que establece que esto podría permitir al niño retomar o emprender el camino del desarrollo de sus potencialidades, sólo si las circunstancias le son favorables y se le ofrecen.

(Fin de mi análisis sobre este caso)

Dispositivo para investigación e intervención con depresión "postparto"

Me salto esta secuencia. Ser padre de 5 hijos y abuelo de 15 nietos, tener un nieto autista, una nieta prematura de 23 semanas (quien, a la fecha, goza de buena salud), otro nieto discapacitado...! Conozco bien la importancia de *lado a lado*, desde "signos discretos" bebé y depresión materna.

Baste decir que la depresión materna no siempre es alimentada por la falta de comunicación temprana de la madre con su bebé.

Capítulo 8

El "trabajo de simbolización"

"*Primeros rastros*", «*huella de memoria perceptiva*», «*debilidad primaria*», «*materia prima psíquica*», "*proceso de simbolización*", «*procesos internos, de descripción, de metabolismo, elementales, etc. etc.*». ¿Qué significa todo esto? ¿Cómo se organizan en el cerebro? ¿Son innatas o adquiridas? ¿Cuál es su origen y cómo se construyen? Observo que se necesitará mucho más para llegar a conclusiones más relevantes. A veces casi quiero poner todas estas teorías en una bolsa, sacudirlas y ver qué sale de eso. (Esta es una reacción espontánea, le pido al examinador que la ignore)

No es mi capítulo favorito pero trato de resumirlo. Hablando de las disposiciones de la "*proceso de simbolización*", de su naturaleza heterogénea, de sus efigies, el autor parece proponer dos que nombra: "*Primaria y secundaria*" y poner una distancia en este proceso de simbolización. Para simplificar, apunto que explica que para él, la simbolización primaria no es otra que la representación de las cosas y las palabras, una especie de "*simbolos primarios*". Por el contrario, el "*simbolización secundaria*" jugará un papel de apego ya que vinculará esta representación de cosas y palabras. Es un patrón que parece ser un hombro segmentado entre tres huellas de experiencia vivida. Cita a Freud en su obra sobre *la huella de la memoria perceptiva* que sería una garra inconsciente (*la cosa*) (Soy muy escéptico acerca de este inconsciente) y una garra verbal preconscious (*la palabra*). Señalo aquí lo que vinculará a cada tipo con otro, incluso su modalidad, que, por un proceso inexplicable, puede manifestarse como un reseteo. Además, Freud va a dar un nombre a lo que es probable que suceda en su presentación sobre "*nacimiento del psicoanálisis, carta de 1896, ver en PUF 1986*". De hecho, son *garras* que no se transforman pero que conservan sus características y se encuentran sin descripciones en el siguiente directorio.

El autor se apoya en la necesidad de caracterizar la simbolización primaria. Vendría de una reflexión sobre las condiciones que permitirían el establecimiento de "*actividad representativa*". Sin olvidar que esta implementación puede resultar un fracaso en el "*precariedad psicótica o límites*". Este esquema de simbolización primaria permite como mucho mejorar y enredar el modelo clásico del paso del "*garra de memoria*» percepción a la representación, un modelo que se basa en la simple *retención de energía*".

Este modelo parece básico para simular el espaciamiento decisivo entre el primer experimento y su representación. El enérgico aderezo de la memoria permite una moderada retícula de las huellas de la experiencia que esquivará su "*reactualización onírica*". Pero hay un gran inconveniente porque este modelo no permitirá dar cuenta de la disparidad de las contingencias del funcionamiento representativo que se encuentra en los problemas psicóticos o borderline. Por lo tanto, este constituyente de la simbolización primaria también se vuelve ineluctable por la teorización de una simbolización que se difunde a través de esta teoría de la contención cuyo fundamento se basa en la pérdida, el déficit, la esbeltez. Según este modelo, para pintar (representación), es necesario terminar para encontrar un "*identidad perceptiva*» en beneficio de un *identidad simbólica*», una analogía del pensamiento. Sería pues la deficiencia que sería el motor del trabajo representativo apoyado en la retención de la energía.

Por lo tanto, se hace necesario un esfuerzo psíquico para que tal experiencia primaria, que no puede ser captada directamente, pueda tomar una forma representativa. Observo que es en este terruño donde se han desplegado los eslabones del contenedor del pensamiento, el "*pictogramas*» y los "*proto-representación*". Además, el "*simbolización secundaria*» Mantendré esta abstracción del trabajo de representación basado en el "*deficiencia perceptiva*», allá "*suspensión de la motricidad*» y "*el lanzamiento*". Ahí "*simbolización primaria*» se funda en el modo de presencia del objeto, en el "*elementos perceptivos*», «*términos de inversión*» para finalmente producir *formato perceptivo*» y los "*transformaciones motoras*".

Para concluir este capítulo diría que la simbolización requiere *secuencias temporales discordantes*". Una parte de la "*simbolización*» parece aparecer en un momento preciso, cuando se vive la experiencia. Pero hay condiciones, una en particular que se destaca. Es necesario que se haya podido introyectar un espacio transicional interno y que la experiencia no pueda desbordarse por las capacidades de simbolización existentes en el sujeto. Otra parte de la simbolización puede ocurrir después en un espacio-tiempo especial que permitiría una reanudación de esta experiencia. Encontramos este patrón en el *quimeras*".

El autor explica que las modalidades primaria y secundaria de simbolización riman con una serie de procesos que transforman la materia prima psíquica y que producen representaciones. Estos últimos, ya sean representaciones de cosas o de palabras, son el germen de un entrelazamiento "*experiencias perceptivas*» sobre los diferentes conductos sensoriales que llevan el sello de los encuentros con el objeto primario y las cláusulas de las primeras aprobaciones, de las primeras aspiraciones.

Las representaciones no son, pues, sólo garras de percepciones previas más o menos definidas. Son de naturaleza heterogénea y forman combinaciones más o menos complejas que pueden asociarse entre sí para desarrollar propiedades emergentes como "*el índice de calidad*» que permite el acceso a la conciencia, la constitución de envolturas, *formas reflexivas*» representación representativa. Los primeros diagramas establecidos por S. Freud, en sus obras "*neurológico*» describiendo representaciones de cosas y representaciones de palabras como "*complejos asociativos*», encuentran actualidad en obras que tienden a pensar en las transformaciones de *proceso de simbolización*".

Cuando nos ocupamos del proceso de simbolización por la línea de varias convenciones de transformación y transposición, llegamos a arponear mejor la dimensión construida y heterogénea de este mapa del mundo representativo que es el "*Psique*". Si a estos dos factores de esta vida psíquica le sumamos, el *nociones subjetivas*» y los "*afecta*», esta línea se vuelve más comprensible.

Las necesidades del yo

Con lo que propone Winnicott, Roussillon plantea, en forma de reflexiones, el concepto de "*Me necesitas*», una teoría general de la práctica clínica con una fórmula: "*la integración de experiencias subjetivas a través de la simbolización y apropiación subjetiva de estas*". Se trata aquí de separar el deseo y sus lógicas de las de la necesidad. El autor ofrece una visión general de la evolución de "*conducir teorías*» en el pensamiento de Freud al insistir en dos "*metapsicologías*», el objeto (la llamada libido de objeto) ya sea hacia el tema (la llamada libido narcisista), para llegar al análisis de la *Yo*'. Se pregunta por su significado pero se da cuenta de la importancia, en el estudio del funcionamiento del Ego, de que también debemos integrar su concepto, el "*Me necesitas*". Breve observación sobre la oposición del deseo y la necesidad. El autor comenta que Winnicott y su concepto carecen de relevancia porque este concepto de "*Me necesitas*» no da una definición precisa. Solo sabemos que sus *necesidades del ego*» varían según los sujetos y su grado de desarrollo psíquico.

Observo que el clínico debe proporcionar "*adaptado*» sobre para que él pueda "*metabolizar*» sus experiencias traumáticas o difíciles. El autor menciona que el sufrimiento psicopatológico deriva de necesidades del Yo insuficientemente tenidas en cuenta o satisfechas o no suficientemente reconocidas. También observo que el trauma no existe, según el autor, como un "*en sí*» y que esto resulta del carácter no integrable para ese sujeto allí y en ese momento de su historia, de la experiencia que está atravesando. Ahí "*simbolización*» no es un trabajo solitario, es por naturaleza *social*'.

La pregunta está planteada, pero ¿qué significa "*análisis del yo*»? El autor piensa que es el análisis de su funcionamiento, en todo caso, según el pensamiento psicoanalítico. El concepto existe pero no encontramos los mecanismos de los procesos y su funcionamiento en esta etapa. Roussillon propone, por tanto, ir más allá en esta búsqueda de *Me necesitas*» y sugiere una definición que parece pertinente, estas necesidades del Ego serían el conjunto de condiciones para el trabajo de simbolización y "*de apropiación subjetiva*», tanto primaria como secundaria. En otras palabras, define las *necesidades del ego*» como, cito: "*Un ensemble de ce dont le Moi-sujet a besoin pour accomplir son travail de mise en forme, en scène et en sens de l'expérience subjective vécue, ce qui lui est nécessaire à un moment donné pour la symbolisation et l'appropriation subjective de estas*» (fin de la cita). El autor nos explica que el sufrimiento psicopatológico deriva de las necesidades del Yo que no son suficientemente tenidas en cuenta o satisfechas, ¡o incluso insuficientemente reconocidas! Cuando pensamos que solo uno *aminoácidos*» en el gen que codifica la enzima COMT (catecol-O-metiltransferasa), un mediador que metaboliza el "*dopamina*» y la "*norepinefrina*», produce una diferencia suficientemente grande en este "*enzima*» para modificar la resistencia al dolor, y de allí influir en el coraje de una persona, el autor está bien inspirado al mencionar que nunca se debe frustrar a un sujeto al nivel de las necesidades del Yo.

Los diferentes "*alelos*» (término genérico que corresponde a la versión de un gen cuya secuencia de nucleótidos está modificada) de hecho afectan los niveles de dopamina, un "*neurotransmisor cerebral*» implicado en el dolor. Por lo tanto, el clínico que se olvide de esta integración tendrá dificultades para hacerla "*adaptado*» para su paciente.

Me suscribo totalmente a lo que Ferenczi (1929) sugiere, a saber, que el factor en situaciones traumáticas era la actitud de quienes rodeaban al sujeto y, en particular, la falta de respuesta de este último. No hago la diferencia en este punto entre el niño y el adulto y menos aún para los ancianos. Los "*intercambio empático*», esto es lo que falta con demasiada frecuencia.

Niveles de necesidades del ego

Amenazas a la cohesión del sujeto en cuanto al nivel de inversión y entusiasmo. El autor identifica dos de ellos: *amenaza de irrupción y flaqueo* y *amenaza de desinversión del otro*'. Vemos claramente la importancia del factor cuidado brindado y su mejora y la inversión de la "*Psique*» del tema por el clínico. Dado que el autor enfatiza la importancia de ciertos ajustes en el entorno de un sujeto y teniendo en cuenta las particularidades de este último, las instituciones de salud harían bien en

para tenerlo en cuenta. En las últimas décadas he observado las dificultades que los clínicos que atienden en las instituciones pueden encontrar sobre la cuestión de la organización del ambiente y la inversión del sujeto por parte del clínico, el modo y calidad de su presencia, su disponibilidad y número de sesiones. Tomo nota de todos los límites de esta clasificación de los niveles de "*necesidades del ego*". Sin mencionar que querer cambiar el tema del medio ambiente o tratar de cambiar para iniciar cambios desde afuera hacia adentro plantea un problema. ¿Y si cambiamos nuestra forma de ver las necesidades del Yo? ¡Un nuevo concepto, iniciando el cambio de adentro hacia afuera y luego considerando solo el comienzo del cambio de ambiente! No ?

necesidades cualitativas

La cuestión del yo, el superyó y el ello que vendría desde el fondo de la psiquis merece repensar otro enfoque. El Ego adhiero, el Id lo admito, el Superyó es como el inconsciente, tengo dudas. Las preguntas sobre lo que viene del sujeto, esta categorización de la información y su fuente, sobre lo que se produce, lo que viene del mundo exterior y de los objetos que inviste, que toda la procesión de los acontecimientos se dan en el "*Yo*", podemos admitirlo. ¿Qué insta? ¿Qué sentimientos? ¿Qué aspiraciones están involucradas en la experiencia subjetiva en cuestión?

¿Cómo identificar el origen de los diferentes componentes que debe tratar el sujeto? ¡Sabido que primero debe identificarlos! Las grandes preguntas básicas del funcionamiento del Yo: qué, dónde, cómo, por qué. Ahí "*Psique*" es por lo demás complejo y responder a las grandes preguntas básicas del funcionamiento del Ego no es concluyente tal como está. Detectar las necesidades del Yo que sufre no se puede hacer simplemente explicando el qué, dónde, cómo y por qué de esta manera. La fiabilidad de los diferentes datos requeridos depende de muchos factores diferentes. Incluso el "*categorización*" información y de dónde proviene no puede reducirse a un conjunto de preguntas de esta naturaleza. Hay algo que el clínico debe entender y admitir, no todos los cuadros psicopatológicos son fiables.

Para concluir esta secuencia de este capítulo, observo que el "*la identificación de las necesidades del yo sufriente comienza a generar una primera línea de asociación y una sensibilidad del clínico a parte del material de transferencia*" (Por el autor). Pero la dificultad para el clínico es el "*la localización*". Y como es casi imposible anticipar esta identificación de las necesidades del Yo sufriente, será necesario, pues, dominar el dispositivo apropiado del que habla el autor y tener una actitud técnica conforme. Si la psique necesita cohesión y coherencia, el mundo de "*en el interior*" y el mundo de "*afuera*" obedecer leyes de las que el sujeto es consciente, pero a su manera. Aquí, la lógica del sujeto no es la del clínico ni la de las normas. La concepción de una coherencia no puede provenir únicamente de la aprehensión o la evaluación de su autor. ¡No todo ha terminado...!

Capítulo 10

Las funciones del objeto (del clínico) y el Medio Maleable

¿Podemos primero preguntarnos sobre el lugar y la función, así como el valor psíquico del objeto externo en el trabajo clínico? la respuesta es sí según el autor en esta secuencia de este capítulo. Observo que allí tiene su lugar el desarrollo psíquico del individuo. No es solo el autor el que se atreve con esta explicación sino que Thaon ya participó en ella. (M. Thaon, 1990, pág. 5). Esta cercanía con el objeto externo podría tener una especie de "*función de punto de referencia*" para mantener la cohesión interna en el sujeto. Ahora sabemos que es en la relación psicoterapéutica donde se puede vislumbrar el objeto de la relación. Este objeto relacional actúa como una especie de función de relevo en la comunicación consciente o inconsciente, con una articulación de dos o múltiples subjetividades.

Desde una perspectiva "*de la intersubjetividad*" e insistiendo en esta función relacional del objeto en psicoterapia, el autor considera por tanto "*el objeto de la relación*" como lo que constituye una interfaz que informará el estado de la relación. Haag menciona esta noción en otro tratado. *objeto de relación*

al precisar que este último designa no sólo la mediación en sí misma, sino los objetos del encuadre como capaces, en ciertos casos, de dotar a las psiques por su investidura ligada a la resonancia afectiva de un "*encuentro relaciona*»Dónde "*exaltación narcisista*»(G.Haag, 1987).

Para citar a otro autor que no sea Winnicott, Gimenez menciona eso, y cito: *Para hacer posible el encuentro, el objeto de la relación tiene una función protectora. Filtra la violencia fundamental que subyace a cualquier encuentro y permite que el paciente y el médico se adornen para excitarse mutuamente.*»(fin de cita) (GIMENEZ G., (1995), Objeto de relación y gestión del vínculo contratransferencial con un paciente alucinado: los colores de un encuentro, en Actes des Journées du COR: Objeto y contratransferencia, Arles, Hospital Joseph-Imbert).

Volviendo a lo que expone Roussillon, el carácter concreto y su existencia como objeto externo, el objeto se convierte en un soporte capaz de recibir las emociones que pueden abrumar al clínico pero no sólo al paciente. Este desbordamiento, si no se ajusta, hace que el trabajo psíquico sea casi imposible.

El uso del objeto

Finalmente, este objeto de relación es simplemente un objeto compartido que puede, según el autor, ser utilizado por los dos socios.(figuradamente); en esto se opone "*el objeto transicional*» que es un objeto privado. Observo también que por su propia entidad, el objeto de relación permitirá salir, reubicar, sobre un objeto concreto lo que se jugará entre dos personas o múltiples. Por lo tanto, es a través de este objeto que el paciente podrá introducir un escenario multifacético de "*dinámica de transferencia*» que será más fácil de identificar y analizar.

Nótese que en este dispositivo, cada objeto que es presentado por el terapeuta es investido previamente por este último. Agregó, como observación subsidiaria, que el objeto mediador porta algunas de las cualidades específicas del objeto de relación. Una especie de interfaz y repositorio.

Volviendo a Winnicott, el objeto transicional fue teorizado por él en 1971. El autor retoma aquí algunos elementos que adaptará. Explica que en cada momento del proceso, el objeto (el clínico) puede vetar el trabajo en curso, que por lo tanto queda sujeto a su aceptación en la práctica.

Función de "Medio Maleable" del objeto (del clínico) y uso de mediaciones

Unas palabras sobre "*el objeto mediador*» y resumen. Además del hecho de que el autor utiliza el simbolismo de la plastilina, diría que el objeto mediador porta algunas cualidades concretas de su materialidad pero también cualidades abstractas relativas a la relación. En su uso, el objeto mediador está más en su uso para encontrarse con la realidad externa y este mundo algo oculto de la psique interna del sujeto. Observo que cualquier objeto, animado o no, se convierte en soporte de las proyecciones del sujeto e incluso del grupo. He observado que el grupo, cuya importancia hemos visto en otros capítulos, también puede ser un apoyo, pero no sólo eso, también hemos observado que el entorno juega un papel fundamental.

Pero también observo que el objeto sólo puede manifestarse a partir de una actividad del "*Yo*», debe ser muy organizado. Me parece importante hacer la distinción porque ayudará a representar el advenimiento de "*el objeto mediador*» más bien como un proceso y no como información de partida. La función de los elementos del espacio limitado se probará en el nivel "*perceptivo-sensorial-motor*» de esta "*cosa*". Cabe señalar que la funcionalidad del médium será diferente según los sujetos, según la forma en que estos estarán lidiando con las deformaciones en su propio crecimiento psíquico y en su propio proceso de simbolización.

Un ejemplo sorprendente que me viene a la mente son los niños psicóticos que no pueden usar el "*medio*» como objeto transicional, este famoso "*encontrado/creado*". Pero, por el contrario, puede servir como soporte para la reproducción. Lo que algunos llaman "*el proceso de repetido fracaso de la experiencia de lo destruido/creado*". Hace mucho tiempo recuerdo a un especialista, cuyo trabajo ya no recuerdo, que citó ejemplos de procesos terapéuticos que podrían ilustrar la evolución de los registros de "*destruido/destruido*» a "*destruido/creado*» y que mencionaba el importante papel que podría jugar la reversión "*Activo pasivo*".

Observo que el término *mediación*»Dónde "*objetos mediadores*»debe entenderse en una situación terapéutica, objetos muy concretos, animados o no, gracias a su uso como intermediario entre "yo y yo» el cual, notamos aquí, con un yo que nunca es idéntico a sí mismo. La simbolización en sí misma si se admite un rango lo suficientemente amplio como sea posible, como un proceso y no como un estado de cosas. Por lo tanto, esto nos lleva de vuelta al uso que hace Winnicott del objeto. El proceso de simbolización que pasaría por el uso del objeto y por tanto del "*medio maleable*".

Según Brun y Kaës, cito:*Si el objeto mediador estructura el marco terapéutico, toma la forma de la psique del sujeto, o del aparato psíquico del grupo e induce un proceso de simbolización, por otro lado no presenta ningún alcance terapéutico en sí mismo, independientemente del marco y de el dispositivo*»(Brun, 2007 y Kaës, 1976).

Admito que está empezando a estar un poco anticuado pero tal y como está no hay nada mejor.

El médico puede hacer la siguiente pregunta:*En cuanto a las indicaciones, se dice que ciertas propiedades son específicas según el espécimen utilizado. ¿Podría este espécimen gobernar un tipo de trabajo sobre otro?* Para responder a esta pregunta es necesario entender claramente que es de acuerdo a ciertas características, ya sean táctiles, visuales, sonoras y otras, que le son propias que el "*medios*»no puede implicar el mismo trabajo de sensorialidad. Anne Brun (2007) destaca la siguiente singularidad, cito: "*...que si se puede llevar a cabo una identificación de las diferentes cualidades sensoriales propias de cada medio, parece preferible preguntarse qué componentes sensorio-perceptivo-motores del objeto mediador tiene o utilizará el niño o el paciente, y en qué momento el proceso terapéutico. Se trata más bien de observar la puesta en juego de las habilidades sensoriomotrices del grupo de pacientes en su relación con el medio maleable, "para luego poder cuestionar lo que pudo haber sido simbolizado, gracias a tal o cual". tal cualidad simbólica específica de la materialidad del objeto mediador*".(fin de la cita)

Además, continúa la misma fuente:*Así, la cuestión de la indicación del mediador, en la que suelen centrarse los equipos, parece imposible de tratar a priori, según reglas generales, en la medida en que cada paciente tendrá un uso singular del mediador propuesto.*"

Ahora bien, si la cuestión de "*medio*»parece difícil de trabajar en general, podría agregar que la indicación podría pensarse de manera igualmente singular dependiendo del curso y evolución ya conocida del paciente. Agregaría de lo que se desprende de este capítulo que el papel del mediador no es esencial. El dispositivo propuesto es igual de importante. El ejemplo de plastilina tomado como ejemplo por el autor. (Rosellón)muestra que se puede trabajar de varias formas, por lo que habrá varios dispositivos distintos al propuesto.

Tomemos el caso especial del cuidado grupal(con el mismo modelo pero con un grupo de adolescentes que presentan discapacidades graves del desarrollo), de un adolescente muy frágil, que acaba de superar, con muchas angustias, las sucesivas etapas que describiré en el dispositivo(esto se refiere a la envoltura psíquica). Pensar por un momento que le vamos a ofrecer esta plastilina con sus consonancias regresivas en un aparato así puede parecer extremadamente violento. Es un poco como exponerlo a nuevas ansiedades que podrían ser insoportables dependiendo de su fobia a los cruces.

Sería más prudente ofrecerle otra forma de mediación, como contarle una historia en la que la forma y el contenido se presentarían como un "*ya ahí*".Lo que parece importante aquí es nuestra manera de pensar la cuestión de la indicación, pero no sólo desde el mediador sino desde la inclusión de un problema específico propio de cada sujeto.(paciente), así y en resonancia con un dispositivo muy particular.

En conclusión, el clínico se guiará en este trabajo, como sugiere el autor(Rosellón), yo cito : "*Por la forma en que el medio es utilizado por el sujeto durante la sesión, la forma en que sus diferentes propiedades pueden ser utilizadas para la actividad de simbolización. Esta sería, por tanto, una manera de que el clínico profundice en las características relacionales que la función simbolizante debe posibilitar, a fin de preparar, para el sujeto, la futura apropiación subjetiva inherente al trabajo de simbolización primaria puesta en juego en el transferir*»(fin de la cita).

Trabajo clínico y juego.

El modelo de trabajo psíquico

Cuando examinamos toda la literatura sobre el papel de la intervención clínica, vemos que es desde el ángulo del trabajo de simbolización que el autor nos introduce en su reflexión. La organización del vector de esta lógica no debe hacernos olvidar que también es desde el ángulo de la carga y el estrés que se debe abordar el juego. Al referirse al concepto de *trabajo clínico y juego* se sigue que el término "*Juego*" a varias interpretaciones según lo que el clínico habrá percibido en la carga subjetiva que no siempre se correlaciona con la carga objetiva.

El autor habla desde el principio de la complejidad de los mecanismos psíquicos puestos en juego en la atención a las personas en sufrimiento psíquico. También menciona, en forma de advertencia, el riesgo que corre el clínico al querer describir el "*carga*" del paciente. Pero también subraya, en esta referencia central del modelo de trabajo psíquico, todas las gratificaciones y beneficios que acompañan a este modelo y su uso. Si, en el momento del diagnóstico, la energía se refiere a la contención del impacto traumático del anuncio, será necesario lidiar con los diversos conflictos y manipulaciones de roles que son esenciales para la asunción de responsabilidad y el uso de la modelo psíquico.

El autor también menciona todas las complejidades del funcionamiento psíquico y las coyunturas traumáticas y la evolución de la inteligibilidad que obligará al objeto (médico) evolucionar en esto *primer modelo*".

el trabajo del juego

¿Cómo y por qué procesos, qué tipo de trabajo psíquico será necesario para pasar de una constricción ciega a un funcionamiento iluminado?

El modelo de simbolización parece ser el vector principal para el autor. Pero menciona que, después del trabajo de Freud, otros psicoanalistas (M. Klein, A. Freud) para volver a Winnicott a partir de una intuición de Ferenczi, para aclarar, cito: *La quinta esencia de la experiencia de los psicoanalistas infantiles sobre el juego y los sujetos en general que luchan con el sufrimiento de la identidad narcisista y las formas de restricción de la repetición que afectan el funcionamiento postraumático*» (fin de la cita).

Agrego un comentario aparte: "*la identidad narcisista sufriendo*" se refiere a la pregunta sobre el problema de "*disforia de género*" eso habrá que explorarlo algún día. En el capítulo de "*inventado/creado*" esta llamada patología o trastorno es fuertemente cuestionada por algunos psicoanalistas. (Era una reflexión de paso que concierne sólo a mi propio análisis).

Para volver a lo que nos concierne, la conquista del placer "*por el juego*" parece ser un "*largo camino*" que, de nuevo, se basa en la *simbolización*» en y a través del juego, en uno, cito de nuevo al autor, en un "*integración introyectiva*". Esto merece al menos una explicación porque uno podría perderse en el laberinto de formulaciones utilizadas por el autor. solo menciono que es un *proceso por el cual una persona integra en sí misma cualquier cosa que le satisfaga en el mundo externo*".

El trabajo clínico de "jugar"

El autor no olvida señalar que se trata de un aprendizaje. Vemos, volviendo a lo dicho al inicio del capítulo, toda la complejidad para que el clínico localice y escuche la experiencia subjetiva del sujeto, (las coyunturas de su historia y sus vaivenes). Para mí, la dificultad para el clínico será tomar conciencia de la gran ausencia de la creación de ciertas condiciones para restaurar lo que es "*degradado*" como dice el autor. Lamento admitir que pocos clínicos, contrariamente a la creencia popular, han comprendido completamente la teorización de los principios de la evolución práctica y técnica involucrada en la adaptación de las prácticas a las condiciones de la transferencia.

El autor sugiere en esta representación del juego, dos posibles representaciones en la práctica clínica. Sin olvidar que hay *juego y juego*», pase lo que pase El autor se embarca en un desarrollo propio sobre la diferenciación de formas de juego (juego solo, juego con el otro, en presencia de etc.), Roussillon propone dos de ellos y Freud, le da una clasificación estructural que casa con el campo freudiano. Luego se dejó influenciar por Winnicott y cambió muy poco su trabajo clínico. Dado que el juego se convierte en el eje principal, permite el trabajo psicoanalítico en el niño. Pero leyendo con detenimiento lo que expresa Roussillon, noto que también escribe, con bastante detalle, que el trabajo psicoanalítico, en niños como en adultos, descansa sobre tres bases de un *"matriz simbolizante"* (El objeto, el juego, el sueño). Surge entonces una pregunta: "¿El juego es apropiado para un desarrollo en el marco de un proceso psicoanalítico en un sujeto?" (niño o adulto). La respuesta parece ser un *"sí"* bastante firme

Tenga en cuenta que en este *"matriz simbolizante"* observé que el sueño tenía su lugar. El autor dedicará a ello parte de su teorización.

La cuestión del modelo onírico.

En primer lugar, debes saber que soñar es una actividad privada, narcisista. Y luego está la teoría filosófica y metafísica de que lo único cuya existencia es cierta es el sujeto pensante. Este modelo del sueño en el autor parece central en su teoría explicativa. En el momento del juego, el autor propone tres formas de juego: 1. *el juego solitario*», 2. *"El juego intersubjetivo"*», 3. *"El juego intrasubjetivo"*. Sin embargo, puede existir la noción de fracaso del trabajo onírico en ausencia de disponibilidad para la experiencia psíquica externa e interna de ciertos pacientes. El trabajo de *"simbolización"* regresa constantemente ya que encontramos en las prácticas clínicas la incapacidad del clínico para abstraerse de la motricidad y la percepción en *"asociatividad psíquica"*», de ahí la necesidad de realizar un trabajo de simbolización que estaría basado en la ausencia del objeto, incluso en su renuncia.

La simbolización primaria requiere un *"metapsicología"* de la dialéctica presencia/ausencia, a diferencia de la simbolización secundaria que se contenta con una metapsicología de la ausencia. Así, más que utilizar la actividad onírica, privada y narcisista, como modelo de funcionamiento psíquico, Roussillon propone utilizar la del juego que permite pensar la cuestión del modo de presencia del practicante, y el impacto de esta presencia en la psique del sujeto. También parece, si entiendo el pensamiento del autor, que el paradigma del juego podría incluir también el del sueño si sólo este último presenta una forma de *"juego intrasubjetivo"*. Este juego intrasubjetivo podría tener lugar en el fondo de la psique. Para hacer esto, este supuesto juego, requiere que otras dos formas de *"juegos, autosubjetivos e intersubjetivos"* han tenido suficiente tiempo para desarrollarse. Ese no es siempre el caso.

Simbolización y "apropiación subjetiva"

Es un concepto psicoanalítico del que se apropia el autor, pero no solo. Roussillon se basa en la obra y el pensamiento de Freud y Winnicott. Aún así, esta cuestión de *"apropiación subjetiva"* es fundamental para el trabajo de la psicoterapia y para cada vida en general. Se define como la capacidad de hacerse presente a una realidad interna. (psíquico), o externo. El autor lo inscribe en un marco histórico y le atribuye su origen, lo invierte. Ahí *"simbolización"* aparece pues como un camino real por el cual, cito al autor: *"reflexividad psíquica puede desarrollar y apoyar la apropiación subjetiva"* (fin de la cita).

Además, Roussillon explica en sus obras sobre el tema que esta capacidad de simbolizar implica también la conciencia de que se simboliza. Esto es lo que él llama reflexividad o *"función reflexiva"*», lo que nos permite considerar que nuestros símbolos y nuestras representaciones son solo percepción y no un hecho o una realidad (Ver Rosellón, 2012).

Cabe mencionar que este *"apropiación subjetiva"* no está simplemente enraizado en la simbolización de la experiencia subjetiva. En efecto, hay muchas formas que se sitúan en recintos de conexiones no simbólicas y que exigen un esfuerzo casi sobrehumano para que el sujeto se apropie de una secuencia de su propia historia. Cualquier práctica clínica tiene derecho a buscar el desarrollo de un trabajo de apropiación subjetiva que estaría basado en la simbolización como se explicó anteriormente.

Para concluir este párrafo sobre este tema, diría esto: "...si eran nuestros mayores hace más de cuatro mil años que sabían pintar en las paredes de las cuevas y querían explicar algo o un niño pequeño de la pequeña sección que dibuja a su padre y a su madre a dos trazos o un sujeto que expresa su problema contra todos Lógicamente, podemos concluir que todos ellos, a su manera, de alguna manera están creando símbolos para tratar de dar sentido a lo que perciben y experimentan para poder apropiarse de todas estas realidades, porque, esta realidad es muy real para ellos. ...»

El "juego potencial"

Observo en el autor una diferencia entre el "juego manifiesto»y el "juego latente". Él explica que:

"El juego manifiesto, que es un comportamiento, una actividad que no posee ningún valor simbólico particular, tales juegos escenifican sobre todo lo que el juego se niega al juego psíquico, a su compromiso, en lo que testimonia una necesidad de dominio."

"El juego latente, que representa lo que está en juego en el juego, lo que se juega o se intenta jugar en ya través del juego manifiesto. Este juego tiene diferentes niveles enlazados, simboliza otro juego porque el juego es siempre un juego doble."

Esta primera distinción lleva a enriquecer el modelo con otra noción, la de *juego potencial*» que puede estar al acecho en situaciones clínicas aparentemente desprovistas de juego manifiesto. El material clínico supone así una forma de escucha prescriptiva, necesita ser escuchado en lo que esconde de juego potencial, que se entienda como una propuesta de juego cuya conciencia no es activa. (la mayoría lo llama inconsciente). La experiencia humana, por lo tanto, tendría que ser interpretada, es decir, que su significado nunca se da inmediatamente y que es probable que sea asumido e interpretado.

Excursión neurobiológica

En cuanto al excursus neurobiológico del autor, es relevante. La hipótesis de Roussillon se puede resumir en la siguiente formulación, y cito: "...la experiencia del juego es una de esas experiencias específicas, y una de sus apuestas es explorar la diferencia entre la cosa y su representación, su significado..."»(fin de la cita).

El autor quiere ser pragmático ya que busca registrar la actividad de "representación»y "simbolización» en el funcionamiento biológico básico del ser humano. Cita a tres investigadores que son Varela, Edelman y Rizollati. El primero desarrolla el concepto de *autopoiesis*»(capacidad de los vivos para producir y construirse a sí mismos), que no comparto del todo, la segunda que trata de demostrar que los mapas de neuronas del cerebro se seleccionan a medida que evolucionan(habría que tener en cuenta los últimos descubrimientos sobre el tema)y el último que parece haber descubierto el *neuronas espejo*»que sustentan el papel central de "intersubjetividad» (¿Realmente otra parte del cerebro permite determinar si la operación es una representación, una percepción o una acción, allí también habría que desarrollar).

Para concluir esta secuencia vemos que finalmente, el ser humano tiende a transformar todo lo que percibe en un "representación perceptual», dependiendo de la cosa, para luego poder interpretarla. Las primeras formas de simbolizar el juego se encuentran en alguna parte en una forma de actividad libre pero también espontánea que, en última instancia, podría ser la primera forma "de libre asociación".

Apropiación subjetiva, el "juego del devenir"

Cambiamos de idioma. En la práctica clínica, la materia psíquica es difícil de aprehender como tal, habrá que materializarla en una cosa para atenuar y mediar su complejísimo carácter. Freud siendo omnipresente en la obra, y por una buena razón, fue él quien trató de describir una dialéctica de "enchufe»y "Déjalo ir". Explica que el "Psique»asegura una primera forma de mantenimiento para no ser abrumado por el "formas primarias de la realidad psíquica»sin, sin embargo, explicar lo que quiere decir con "primera forma". En un segundo tiempo, la psiquis tendrá que representarse a sí misma "experiencia subjetiva», que, en esta operación, la noción de "Déjalo ir»representa el "primer mantenimiento»

(sin saber siempre lo que quiere decir con eso).

Todo esto me lleva a creer que todo debe hacerse pieza por pieza. En la excitación, por ejemplo, hay una especie de restricción energética. En esta actividad de recuperación, todo debe ocurrir también en una experiencia subjetiva de libertad que se convertiría en un requisito previo para la actividad de "simbolización" y "de apropiación subjetiva". Entonces, si entiendo bien, cuando se cumplan estas dos condiciones, la reanudación de la experiencia y la reanudación de la actividad, se va a producir un levantamiento de controles económicos y tópicos, lo que podría permitir rastrear la experiencia subjetiva de estar alucinado en el objeto. Una especie de coincidencia entre la percepción y la alucinación.

Roussillon llama al proceso de juego un "objeto" y que se parece *Medio maleable* que mencioné en un capítulo.

En conclusión, esta forma de alucinación requiere, sin embargo, que el objeto en el que se aloja la alucinación se acerque al objeto alucinado, para que pueda simbolizar a este último. Así, se realiza la experiencia subjetiva del encuentro con él. A través de este proceso, el juego permitirá explorar la diferencia y las similitudes entre la cosa y su representación, explorar diferentes propiedades del objeto y experimentar con ellas para simbolizarlas gradualmente.

El juego como objeto.

Siguiendo esta idea enigmática, el juego podría permitir recuperar la experiencia subjetiva que el paciente pone en juego y así experimentar la experiencia de simbolizar esta experiencia por el hecho mismo de jugar. Es en este contexto que el juego podría convertirse en una experiencia psíquica en la que el paciente experimenta la simbolización o lo que representa. Para el autor, la experiencia de jugar sería así una experiencia primordial de "reflexividad", es decir, una de las experiencias a través de las cuales el "Psique" y la actividad psíquica se representan a sí mismos como un objeto. El juego es, por lo tanto, tanto una experiencia para simbolizar como una experiencia para simbolizar donde el sujeto podrá descubrirse a sí mismo. Por lo tanto, el éxito del juego suele ir acompañado de un afecto específico, el del autodescubrimiento, "el efecto del júbilo". Finalmente, cuando el juego es intersubjetivo, también permite la exploración del otro-sujeto y su subjetividad, sus deseos, sus intenciones y hasta su olvido (inconsciente). El juego sería así, al permitir una exploración de uno mismo y de la actividad de "simbolización" y una exploración del otro como sujeto diferente a uno mismo, camino real al abordaje clínico pensando el sujeto en el encuentro clínico.

Capítulo 12

Dispositivo de practicante y dispositivo de investigación.

El autor comienza preguntándose si se puede pensar en una concepción de la práctica clínica sin una perspectiva de investigación. Esta pregunta parece estar en la mente del autor desde hace unos años, ya que menciona que la investigación sobre las prácticas clínicas es el pariente pobre de la teorización. La creación de un dispositivo de investigación, eso es lo que más le parece "fácil". La investigación a partir de... y en adelante... le parece imprescindible. No hace falta decir que las personas más competentes para lograr esto son los propios médicos. Aquellos que están verdaderamente comprometidos con el campo.

Investigación aplicada

En primer lugar, es necesario entender lo que el autor quiere decir con este término "Investigación aplicada". La definición que da a esta investigación no parece adecuarse al autor ya que señala que este tipo de investigación que se realiza desde la práctica clínica no es investigación aplicada. Lo que nos lleva de vuelta a la definición tal como se entiende actualmente, que establece que "La investigación aplicada es un estudio científico en el campo de la psicología que se enfoca en resolver problemas, curar enfermedades e innovar nuevas tecnologías". Su principal objetivo es realizar investigaciones científicas y aplicarlas a situaciones reales.

Lo cual parece no corresponder al pensamiento del autor. Nos enseñaron que la investigación comienza con una clara delimitación del objetivo de la investigación. El investigador elige llevar a cabo una investigación fundamental o la llamada investigación aplicada. El objetivo es responder preguntas. Es por tanto un diseño de investigación que tiene como objetivo la solución de un problema, un dato concreto. Encuentro que en muchos casos, el practicante desarrolla una hipótesis y la prueba a través de un experimento. En la práctica normal, este enfoque utiliza métodos empíricos para resolver problemas. Los psicólogos suelen utilizar la investigación aplicada como parte de su trabajo.

Dicho esto, Roussillon plantea la idea de que el enfoque clínico se transfiere, transporta y transforma para ajustar. En ningún caso aplica dispositivos o métodos de otras formas de práctica clínica. Plantea el problema citando el *prácticas clínicas grupales*. El autor cita a R. Kaës para encontrar una posible respuesta, un conjunto de hipótesis de investigación que Kaës llama "el aparato psíquico grupal" lo que parece seducir al autor al insistir en que la asociación libre grupal no es similar al encuentro clínico individual.

Formalización de la práctica como "investigación"

Desde el principio, el autor aclara las cosas, y cito: *...los practicantes no se toman la molestia de hacer una revisión de la pregunta que les permita situar su reflexión dentro de una historia de la problematización de su objeto* (fin de la cita). Como resultado, su evaluación sigue siendo empírica y permanece en una esfera interna a su grupo. El resultado parece ser que ciertos actos de cuidado realizados por el practicante no tienen efecto o incluso que el efecto nunca ha sido probado. Surge que una de las preocupaciones del autor en esta formalización de la práctica, esta última basada en la evidencia, se refiere al acercamiento entre la investigación y la práctica clínica.

Sin olvidar, sin embargo, que la aplicabilidad de los resultados que resultarían de la investigación a la práctica clínica aparece demasiado a menudo como no pudiendo ser utilizados directamente por el facultativo por su modo de obtención o presentación. Algunos autores señalan en particular el hecho de que estos resultados generalmente provienen de un grupo, esta famosa imagen del "talla única" de lo que sabemos que, en definitiva, esta talla no le queda a nadie. Un resultado de este tipo destacado a nivel de grupo no se puede encontrar a nivel de persona.

La brecha teórico-práctica

El autor diferencia entre la mentalidad del profesional y la mentalidad de la investigación mediante una demostración bastante rigurosa de los procesos. Se esmera en diferenciar lo relacionado con cada proceso y cita al menos dos que le parecen relevantes 1) "la implicación subjetivante" y 2) el "objetivando el proceso de distanciamiento". Pero eso plantea la pregunta: *cómo retirarse como sujeto de investigación*. Sin embargo, veo una gran dificultad para el clínico, sabiendo que la clínica es polisémica según el autor, y no podemos negarlo, ¿cómo podría entonces ser fiable? Si hay una antinomia, ¿cómo va a avanzar el clínico con un problema? y aunque la hipótesis debe ser "encontrado-creado" ¿cómo entonces verificar una hipótesis, hacerla totalmente acorde con todas estas diferencias?

Finalmente, no avanzamos en esta etapa del proceso ya que Roussillon termina sus comentarios, y cito: *Pensar y representar las limitaciones y especificidades del dispositivo y las disposiciones de la mente ya es una forma de objetivarlas, ya es una primera manera de salirse con la suya al exponerlas.* (fin de la cita).

yo diría que este *brecha teórico-práctica* formulado por Roussillon plantea interrogantes, porque lo que queda por descubrir no es tanto *retirarse del objeto* pero "¿Cómo? 'O' ¿Qué?". En su defensa, admito que esto sigue siendo muy hipotético.

Nota sobre esta discrepancia

En esta secuencia, lo que surge constantemente es esta pregunta de "cómo hacer". Si en la investigación es la teoría la que decide lo que se puede observar. Dado que el autor alude al Rorschach, creo que la consideración de diferencia/investigación debe ser considerada e incluyente. Si bien el autor señala que existen malentendidos en la psicología clínica, esta brecha entre transferencia y

el objeto, puede ser *subjetivado*". Observo que para evitar la contradicción, tan natural diría yo, por la que el sujeto de una praxis se encuentra confundido con el ser humano en su conjunto, cito a Lacan: *El hombre de ciencia no existe, solo su sujeto*". Asimismo, ninguna disciplina podrá alcanzar un estatus científico, si no llega a determinar, a "*purificar/reducir*" su tema de tal manera que se ponga a sí mismo en una posición para operar correctamente sobre él. Y esa es toda la cuestión para el clínico. Me parece... !

Material, signo y teoría de la simbolización

Recuerdo principalmente los tres niveles de simbolización que presenta el autor en este dispositivo de investigación: *Secundaria, primaria y terciaria*". Es el nivel secundario el que me llama la atención porque me parece el más importante. El autor habla de un dispositivo que quiere ser racional por las razones de su construcción, los parámetros, su explicación del dispositivo puesto en marcha. Definir este nivel para uno mismo y para el objeto de la investigación. Por qué ? Porque mi sensación es que el conocimiento de la simbolización es fundamental. Nunca debemos olvidar que a lo largo de una terapia el clínico o terapeuta contribuirá a que su paciente tome conciencia de este proceso y lo ponga en movimiento de simbolización y por ende de crecimiento.

Además, es necesario que el clínico conozca casi a la perfección esta semiología. Pero ya que hay semióticas específicas. En cualquier caso, el clínico tiene mucho interés en comprender *la significante y el significado*".

Siempre surge mi pregunta: *¿Cómo hará el clínico para mantenerse razonable?* Hago esta pregunta porque en todos estos procesos/teorías propuestas lo que falta, en mi humilde opinión, es el ejemplo concreto. Pero supongo que eso es todo el tema de esta investigación.

Hipótesis de investigación, hipótesis de trabajo: problema de validación

En resumen, el autor destaca el problema de la validación de las hipótesis de investigación y trabajo. En este contexto, Roussillon insiste en la idea de que la hipótesis no necesita ser verificada, al menos clínicamente. Pero para consolidar una validación, siempre en este contexto, debería ser necesario realizar un trabajo minucioso donde cada teoría debería ser, normalmente, analizada con cierto grado de severidad. Si la validación clínica es un problema como sugiere Roussillon, ¿deberíamos rechazar la hipótesis?

Definir las condiciones indirectas de validación sugiere la abstracción de las oposiciones. Por lo tanto, no es seguro que una confirmación indirecta (ver Anzieu, 1923-1999) ya sea en el proceso clínico o en el hecho clínico. Sabemos que el establecimiento de una teoría se hace por eliminación selectiva de hipótesis, es decir que la más mínima debilidad que muestre la hipótesis frente a otra podría hacerla nula.

La validez clínica que sería la aptitud de un material susceptible de abrir varias interpretaciones de éste parece la más probable. Coincido aquí con el autor en su pensamiento de que es necesario involucrar esta pluralidad de niveles y que la pluralidad de hipótesis sean compatibles entre sí.

Allí, el clínico debe devanarse los sesos, porque la creación de dicho material sugiere otro enfoque para una validación aceptable.

Observaciones adicionales

Aquí, cabe señalar que, en el espacio terapéutico, sería bueno saber si el dispositivo que se pone se aplica bien con el objeto de la investigación. La relación que tendrá el sujeto con el dispositivo colocado. Por lo tanto, habrá que hacer una elección, una especie de selección para el uso del material. Las terapias focales son relativamente nuevas en la práctica clínica. ¿Son efectivos? Lo dudo.

Algunos modelos de investigación clínica

Propuesta del autor para recoger datos sobre la evolución de la práctica clínica y su labor investigadora. Un conglomerado de paradigmas como punto de partida. Un nuevo pensamiento clínico sobre los nuevos trabajos de los clínicos. Esto sugeriría nuevos cuadros clínicos, nuevos esquemas de modelos de funcionamiento psíquico. Un continuo de principios clave que han

mostrado su eficacia. La literatura actual brinda algunos contrapuntos clínicos para lograr identificar una particularidad, una singularidad. Personalmente, solo le veo cosas positivas. Pero como toda reflexión y obra literaria subjetiva, entendimos hace mucho tiempo que para acercarnos al conocimiento del ser humano, debemos aceptar que su realidad está constituida fundamentalmente por su subjetividad. ¿Significa esto que el autor espera sin esperar nada? La dificultad para casi todos los científicos, investigadores y médicos es que a menudo olvidamos los conceptos básicos. Si el ser de una persona está constituido por sus emociones, sus deseos, sus representaciones, los significados que dan forma a su mente y determinan en gran medida lo que es, todo ello complicará la exploración de la zona gris que queda por descubrir. ¿Qué es realmente para el clínico su concepción del ser humano?

Un dispositivo de investigación clínica: el seminario de intervención

El autor finaliza su manual ofreciéndonos, en este dispositivo práctico e investigativo, a modo de introducción, lo que él denomina "*dispositivo de investigación clínica*", una apreciación personal de su investigación personal. Insistiendo en los casos mencionados en intervenciones con lo que parecen ser grupos de clínicos confirmados. En un entorno de seminario, se demuestra el sistema implementado. En este formulario se exponen tres casos, la iniciativa es de los postulantes, todos clínicos con experiencia, este grupo organizado está conformado por siete u ocho participantes.

Clínica de casos

Lo que llamo historia a través de un proceso de extracción durante las entrevistas. El autor recoge los grandes acontecimientos de su vida, los hechos significativos, así se realiza el trabajo de extracción. Roussillon también insiste en la noción de "teoría" construida por el clínico según la representación que tiene y la comprensión de la vida psíquica de su paciente. Pero a pesar del tiempo empleado, incluso después de varios años de trabajo, el autor parece haber olvidado que la observación suscita resistencia por parte de los científicos: "*límites de la percepción, papel del observador. Marco teórico de referencia, modificación de situaciones por la propia observación y sus sesgos*". Incluso si la observación sigue siendo la base de la clínica. La pregunta es: "*¿Cuál es el vínculo entre los fenómenos observados y los hechos científicos? ¿Cuál debería ser la especificidad de la observación en la investigación, en la práctica?*". Hay, pues, reservas sobre esta clínica del caso por ciertas paradojas que el autor omite, probablemente de forma voluntaria.

Clínica de procesos

Escucho bien, el autor repasa en esta presentación lo que él nombra, la clínica del proceso. desarrollo del grupo. Todos los elementos de estas observaciones se agrupan lo que lleva a una segunda representación del caso. Habrá una confrontación de diferentes puntos de vista. Se propone y discute una clínica transferencial por hipótesis.

clínica de sesiones

El objetivo aquí que el autor quiere lograr es la exploración virtual por parte del grupo a través de diferentes tipos, como experiencias de pensamiento, patrones de inteligibilidad, procesos de intervención y un "*metapsicología*" y otros bocetos. Pero, como a menudo en este tipo de *reflexión grupal*, surge un "*clínica teórica*". Después de un tiempo de trabajo, el seminario se reanuda con una evaluación y ajustes que resaltan el trabajo psicoanalítico destacado. Luego viene, para quienes no han desertado, una construcción que el autor denomina "teórico-clínica. Pero como este dispositivo sigue siendo complejo, el autor hace algunos comentarios. Observo que, en esta complejidad, se afirman ciertos temores porque este trabajo psicoanalítico aún permanece desconocido para el practicante participante.

El problema que se encuentra aquí es que la clínica del caso permanece desfasada con la clínica del proceso. El llamado efecto de *escucha plural* que la escucha engendra no debe hacernos olvidar que en este grupo hay "*clínicos*", cada uno con fuentes tan a veces distantes entre sí. No hay ninguno

seguridad en términos de respetar la brecha teórico-práctica. Cada médico se queda con su libertad de tómallo o déjalo. ¿Por qué prevalecería una hipótesis de trabajo sobre la otra?

Para concluir esta secuencia, el autor admite que la observación es que cada clínico, psicoanalista, practicante, especialista en salud mental sigue siendo un asunto de todos.

comentarios personales

Unos años de experimentación sobre esta cuestión de "*seminario de intervención*» me llevó a la siguiente conclusión: El clínico viene también con sus sufrimientos, sus singularidades, su individualidad. Muchas veces tiene una historia similar a su paciente, también tiene sus mecanismos de defensa, su discurso es a veces una construcción individual que le da un lugar en su propio mundo. Sus posiciones psíquicas, sus conductas tienen también otras determinaciones que las psicológicas y subjetivas. En resumen, el clínico tiene sus propias paradojas. El clínico sólo puede observar lo que es capaz de observar en función de ciertas propiedades de las que es objeto. Y más, dependiendo de su "*grupo de miembros*» y su "*implicación emocional*», e incluso sociales.

Ha habido tantas disputas teóricas y clínicas durante décadas que aún persisten hoy. Todas estas corrientes plurales existen. Si cada uno es libre de trabajar de acuerdo con los caminos que cree correctos, ¿cómo se pueden conciliar todos los caminos de cada persona en un dispositivo de investigación? Sí hubo la creación de grupos de contacto en la década de 2000, pero eso de ninguna manera quita estas "competencias" sobre qué es lo más justo. Cada uno reclamando su teoría como la mejor. Admito que siempre hay una vaguedad en la relación del vínculo que une biología y psicología.

Mi idea sería que en este tipo de reuniones "*seminario de intervención*» podemos incluir, además de los médicos más motivados y competentes, otras partes interesadas como "psicobiólogos" y muchos otros. Cada uno traería su piedra al edificio y las conclusiones serían más relevantes. Queriendo demasiado "compartimentar", todos se quedan en casa y entre ellos. El psicoanálisis en estos días está fuertemente cuestionado y eso es bueno.

Roussillon sigue siendo, sin embargo, en sus reflexiones sobre la práctica clínica, una referencia que no se puede rechazar. Su manual de práctica clínica, aunque no sea unánime, es una obra de referencia que no debe pasarse por alto. Estas sugerencias sobre las formas concretas que adoptan las prácticas clínicas en sus diversos campos de aplicación son invaluable. De todos modos hasta que alguien encuentre algo mejor. Bueno, bueno, mejor, estos son los tres criterios de excelencia terapéutica, me parece.

Seminario de intervención: Estudio y análisis de una experiencia in-vivo

El cuadro

Esta experiencia comenzó en 1984 en una institución para discapacitados mentales. En la sección de niños/adolescentes. Algunos viven en internados y otros vienen durante el día. Se organizan clases para su educación, dirigidas por profesores especializados. El edificio está separado del edificio de adultos y adaptado.

Población alojada

Niños con espectro autista (TEA) de 8 a 17 años dividido por grupo de edad. Todos comen en el comedor de la institución al mediodía. Algunos de estos niños y adolescentes tienen niveles bastante altos de habilidades sociales, lingüísticas y cognitivas. Otros no tienen un trastorno de comunicación. (Estos regresan al final del día a sus padres) y seguir una educación casi normal. Aún otros con su TEA estaban asociados a otras patologías. Algunos niños del internado presentaban anomalías anatómicas pero sin consecuencias directas.

Organización de un grupo focal

Surgió la idea de organizar un grupo de investigación para dar seguimiento a un evento inesperado. Durante un debate que reunió a todo el equipo de atención y educación, la pregunta que se planteó fue:

"¿Cómo se compone el núcleo psicótico?". La psicóloga clínica a cargo de los niños buscó comprender la ruptura con la realidad en ciertos niños. Por lo tanto, era necesario tomar una posición y la idea de organizar un grupo de discusión que pudiera reunir a todas las personas interesadas. (médico, psicólogo, psiquiatra infantil, clínico, enfermera, educador especialista) que estaban más cerca de estos niños para compartir su descubrimiento. Hasta entonces, cada uno trabajaba en su propia investigación y los resultados eran muy poco compartidos. Entonces hubo una compartimentación que muchos hoy pueden entender. Así que nos encontramos con diferentes modelos, diferentes programas y sistemas algo ineficientes.

También se discutió la cuestión de la integración profesional de los adolescentes antes de su integración en grupos de adultos.

Tras recibir el aval de la dirección de la institución y del director médico, se formó el grupo para compartir descubrimientos y opciones para la investigación y el uso de "*materiales*» elegido por uno u otro equipo en el ámbito de sus competencias.

Cabe señalar que, en ese momento, el concepto de PNI (problemas de identidad narcisista) era conocido solo por psicoanalistas/psiquiatras, e ignorado por todos los clínicos.

Seis personas componían el grupo. Era necesario ver en qué forma y con qué nombre íbamos a trabajar. Cómo combinar habilidades sin alterar la investigación. La palabra seminario aún no se usaba y el grupo había decidido darse el nombre de "*grupo de investigación y compartición*» (no olvidemos que estamos en los 80). Tuvimos que encontrar un *facilitador*» para guiar y supervisar las discusiones.

Clínica del caso – del proceso y de la sesión

Recuerda que la pregunta original era "¿Cómo se compone el núcleo psicótico?". Algunos médicos habían trabajado en la institución con niños durante más de veinte años y, por lo tanto, tenían historias sobre niños autistas y la génesis de los datos básicos. Otros tenían los mismos temas. (niños) pero diferentes reflexiones y el trabajo de extraer, repetir y sintetizar el conjunto de hechos no fue sencillo. Tuvimos que aprender a construir un *teoría clínica*» que convenga y sea comprensible para todos. Hasta entonces cada uno había construido su propia teoría clínica sobre el caso.

Reelaborar en el grupo las hipótesis de cada uno sobre la pregunta planteada (cómo se compone el núcleo psicótico) las brechas surgieron desde la perspectiva de cada participante. ¿Cómo fue necesario trabajar el caso para desarrollar una nueva representación de este caso? Si consideramos todas las susceptibilidades que deben tenerse en cuenta en este encuentro clínico, con, además, especialistas competentes pero no clínicos, el enfrentamiento puede quedar explosivo.

Pero con el tiempo, 23 meses, y con mucha relevancia, el grupo focal había logrado al menos una meta. Podríamos hablar de una clínica de encuentro e intervención. La cuestión "¿Cómo se compone el núcleo psicótico?» muy rápidamente dio paso a la discusión sobre las modalidades asociativas del sujeto, una intervención clínica. Qué modelos de inteligibilidad poner en marcha. A medida que avanzan las reuniones (la palabra seminario nunca se usó en ese momento) establece teorías aplicables, hipótesis de trabajo, todas ellas centradas en el niño autista. Sucedió que algunos de los participantes estaban molestos. De hecho, permitir que se cuestionaran las propias teorías personales no era aceptable en ese momento. ¡Había tal compartimentación...! Descubrir otras formas de entender e interpretar una sesión clínica requiere una mentalidad particular por parte del clínico o de cualquier especialista.

Conclusión sobre el dispositivo.

La dificultad fue construir un dispositivo transformador basado en la hipótesis previamente definida. Los miembros del grupo tenían que cuidar de crear, a través de intercambios, una comunidad de práctica autónoma con los practicantes que también tenían que estar de acuerdo en integrar este sistema, evitando cuidadosamente todos los aspectos demasiado conceptuales para algunos (no hay que olvidar que, además de clínicos, había educadores especialistas y enfermeras), porque podría ser demasiado común para los practicantes.

Pero como todos son más o menos investigadores en su campo, tuvieron que familiarizarse con las especificidades del campo en el que se realizarán los estudios. Fue entonces necesario tener en cuenta que se requería de contractualización para establecer las inquietudes de cada participante. Esta comunidad de práctica superó las dificultades ligadas a las diferencias de lenguaje entre todos los actores porque estaban ligadas a la temporalidad científica e incluso a menudo en desfase con la de los practicantes para concretar un sistema coherente, concreto y sobre todo útil para todos. .

Bajo esta forma de negociación, el investigador y el practicante normalmente deben llegar a una construcción de un objeto de estudio "*perímetro*" que tenía que adaptarse tanto a los actores en el campo como al que se decía a sí mismo "*buscador*". Esta forma de negociación incluía una especie de representación del objeto y su dispositivo para el practicante. Este dispositivo fue negociado de manera pragmática por todos los participantes antes de que pudiera ser estructurado para su implementación.

Recopilación de datos

Eran de varios tipos, pero retendré solo dos: en primer lugar, estos datos tenían que ser "*extrínseco*" porque eran de la grabación de audio solamente (el video no nació en la institución) secuencias de enseñanza o entrenamiento del sistema que se había puesto en marcha. Estas grabaciones en cinta fueron secuenciadas por el investigador tomando notas sobre los eventos que ocurrieron durante el dispositivo destinado a modificar al actor. Sin embargo, los datos "*intrínseco*" proporcionaron información sobre la actividad de los participantes y fueron recopilados durante nuestras entrevistas. A falta de un sistema informático (video) no fue posible secuenciar. Tuvimos que ordenar. Pero era posible, por medios rudimentarios, escribir en pequeños pedazos de papel la regla que se seguía. (¿qué haces ?), Llevar un juicio (¿qué piensas?), para desarrollar este juicio (¿Por qué estás haciendo esto?) y luego describa los resultados esperados (¿Qué sacas de todo esto?) sobre la actividad del investigador mediante la reescucha de las secuencias de audio que, previamente, fueron seleccionadas por otro hablante.

Procesamiento de datos

Encontramos muchas dificultades en la transcripción de datos de nuestro dispositivo. Tenía que haber un vínculo con el objeto de estudio, toda la información recogida tenía que ser transcrita. También fue necesario analizar todos estos datos, trocearlos y transcribirlos en una unidad de interacción. Tan pronto como cambió el objeto del juicio emitido por los participantes, se creó una nueva unidad de interacción.

Todo era al principio bastante aproximado en las delimitaciones de los objetos tratados. Los elementos cortantes de la sentencia nos llevaron a tener que identificar una regla que teníamos que considerar. El apuntalamiento del juicio estuvo siempre asociado a todos los elementos mencionados por el participante para explicar al investigador el porqué de su juicio. Este apuntalamiento de elementos rara vez fue relatado por su autor en un orden lógico. Había que minimizar las interpretaciones del investigador, inscribiéndose cada una de las reglas en lo posible a partir de la palabra de cada persona. Entonces hubo insatisfacciones pero ¿cómo hacer positivas las palabras de quien se expresa?

En ese momento, teníamos los tres puntos del marco como referencia para que los comentarios de todos fueran positivos. (La regla de los tres puntos del marco es conectar todos los puntos del marco sin volver a pasar por el mismo punto. Esto implicó salir del marco). marco para lograr esto). También era necesario delimitar juegos de lenguaje para un mismo objeto. Esto requería un nuevo juego y tenía que construirse cada vez que una regla ya no se podía asociar que se había observado anteriormente.

Conclusión

Tal concepción implicaba que la práctica clínica debía ser aprendida y que debía llegar un momento en que se la conociera y, a lo sumo, se la considerara definitivamente adquirida. (Para repetir las palabras de Rosellón).

Sin embargo, reconozco muy humildemente que la investigación clínica es, de hecho, asunto de psicoanalistas y clínicos. Inventar dispositivos de esta naturaleza plantea otras preguntas. La psique, sus formas, sus figuras,

¿Es el precuadrado sólo de los psicoanalistas? ¿Podrían otros actores participar en la investigación en este contexto?

Un día tendremos que reunir un grupo de intervención sobre estos temas que conecte a todos los actores que se ocupan de los seres vivos. Toda la neurociencia actual debería ser capaz de unir en lugar de dividir. He asistido a conferencias durante más de cuarenta años y me parece, a pesar de los descubrimientos de hoy, que cada uno da un gran golpe en el bloque gelatinoso. Este bloque se mueve con cada golpe. desgastado... pero nada se mueve...!(Fue la expresión de mi estado de ánimo al llegar al final de este libro, hay que verle un poco de humor)

Índice

POSEE

Aminoácido 21,
Afecta 8.20,
Alelos 21,
Anorexia adolescente.15,16,
Antisocialidad 14,
Aparato psíquico 7,11,29 Aparato
psíquico grupal 30, Enfoques
transferenciales 10, Apropiación
subjetiva 6,21,26,27, Asociación libre
6,11,12,27,
Asociatividad de procesos 7.11,
Asociatividad psíquica 12.26,
Autismo 15,
Autopoesía 27,
Otro/sujeto 11,

B

Lazos de comunicación 18, **contra**

Categorización 22.
Causa/efecto 4,
Investigador 35,
Clínica Psicoanalítica 6,
Clínica Teórica 31,32,
Comisión 9,
Compañero Terapéutico 19,
Complejos Asociativos 20,
Comportamiento Autista 18,
Concepto de Transferencia 12,
Conciencia reflexiva 7,
Observación intuitiva 4,
cuerpo 10,

D

Dialéctica Maiéutica 6,
Diferenciación 6,
Discurso de la ciencia 4, Dispositivo de
investigación clínica 32, Dispositivos
clínicos 13,14,
Dispositivo de arranque 18,

Dispositivo relacional 17,
Disociación de confianza 5,
Dinámica de transferencia 23,
mi
Brecha teórico-práctica 29.30,
Andamiaje psicoanalítico 4,
Elitismo 7,
Emociones 8.13,
empatía 9,
Cuestiones metodológicas 14,
Epistemología psicoanalítica 14,
Espíritu 10,
Mente especulativa 16,
estados limite 5,
Estudio del funcionamiento 9, Examen/
operación/estrategias/tácticas 9, Exaltación
narcisista 22,
Extracción/abstracción 6,
Extrínsecos 35,

F

facilitador 34,
Función reflexiva 18.26,
Formas asociativas 13,
Formas reflexivas 20,
GRAMO
Generatividad asociativa 10,
Generatividad práctica 6, Garra
de memoria 20,
Grupo base 33, Grupo de
investigación e intercambio 34,
Grupo focal 33,

H

Hipótesis nodal 8,
histeria 12,

yo

Identificación empática 9, Identificación
narcisista básica INB 8.9, Identidad
perceptiva 20,
Implicación emocional 33,
Implicación subjetivante 29,30,

Inclinación sentimental 12,
Inconsciente 6.7,
Integración Introyectiva 25,
AI Inteligencia Artificial 4,
Intersubjetividad 22.27,
Intrínsecos 35,

j

Juego, trabajo de juego 25,
Juego solitario, intersubjetivo, intrasubjetivo 26,28, **L**

dejar ir 27,
Límites extremos 15,

METRO

Simbolizando la matriz 26,
Materiales 34,
Mecanismos de funciones 8,
Mecanismos de regulación 8,
Medio atrayente/maleable 16,17,22,23,24,28,
Memorización psíquica 11,
Metabolismo 16,
Metapsicología 5,6,11,21,31
Metateoría 5.6,
Metarreglas 14,
Método asociativo 11,
Método clínico 10,
Simbolización modalidad 14,
Modelado 6,
Estado afectivo moderación 9,
Yo-otro 5,
Yo y este 6,21,22,23,
Me-Skin 5,
Conformación perceptiva 20,
Movimientos subjetivos 20,

NO

narrativa 11,
Negación/conservación 11,
Neuronas asociadas 11,
Neuronas espejo 8.27,
Neurociencias cognitivas 6,
Neurosis de carácter 5,
Neurotransmisor cerebral 21,
Nivel epistemológico 5,
Nosología 5,
Núcleo psicótico 34,

O

Objeto de transición 23,
Objeto 28,
uno a uno 17,
Organizaciones prepsicóticas 5,
Organismo/entorno 5,
Herramientas de curación 14,

PAGS

Paquete de psicodrama 17.18,

Compartir Estética 18,
Patologías narcisistas de la identidad 9,
Patrones 13,
pensamiento clínico 5,
perímetro 35,
Fenómenos contratransferenciales 14,
PNI, problemas de identidad narcisista 34,
posparto 19,
Posturas facilitadoras 17, Potencial de
creación 7, Prácticas alternativas 6,
Prácticas clínicas 5.6, Prácticas clínicas
grupales 30, Precariedad psicótica o
límites 19, Presubjetividad 5,

proceso analítico 11,
Proceso de distanciamiento objetivante 29.30,
Proceso de identificación 9,
Proceso de transferencia 6,9,10,16,
Psique 20,21,22,27,
Purificar/reducir 31,

R

Realidad biológica 6,
Reactualización onírica 20,
Realidad inconsciente 11,
Realidad psíquica 6,27,
Reflexión grupal 32,
reflexividad 28,
Registro simbólico 17, Relación
analítica 12, Relación primaria
alterada 18, Representación
perceptiva 27, Representación
psíquica 6, Rol de espejo 9,

S

Secundario/Primario/Terciario 31,
Semántica 12,
Seminario de intervención 33,
Significante/significado 31,
Curación Psíquica 14,
Sufrimiento narcisista de identidad 5,9,15,25,
Sufrimiento psíquico 13,
juego de garabatos 16,
Estrato psíquico 11,
Subjetivación 13,
espejo sujeto 8,
Simbolización 8,16,17,19,20,21,26,27,28,30,
Sintomatologías 11,

T

talla única 30,
Teoría de la Clínica 7,14,34,
Teoría de la Simbolización 11,16,
Teoría de la Teorización 7,

Teoría del apego 19,
Teoría anterior 7,
Rastro de memoria perceptual 20, Rastros
intraverbales/polisensoriales 12, Transferencia/
contratransferencia 6,13,14,17, Transferencia/
contratransferencia 13,
Simbolizando la transformación 6.7,

Trauma/Trauma 11,
Trastornos graves del comportamiento somático 14,
Trastornos narcisistas de la personalidad 5,
TEA Trastorno del espectro autista 33, **V**

Vectorización de la escucha clínica 11,
Vida psíquica inconsciente 12,