

Structure et *playing* dans la cothérapie

Alain Rakoniewski

I-POLYTHERAPIE-COTHERAPIE.....	1
1-LA POLYTHERAPIE	2
2-LA COTHERAPIE	2
II-LA COTHERAPIE : FANTASME HOLISTIQUE VERSUS OBJECTIF-FINALITE	2
III-AVANTAGES DE LA COTHERAPIE.....	4
1-DEVELOPPER LES PROCESSUS D'IDENTIFICATION.....	4
2-DEVELOPPER LES PROCESSUS D'ALLIANCE ET D'OPPOSITION	4
3-FUSION ET TIERCISATION	4
4-SOUTIEN MUTUEL FACE AUX VICISSITUDES DU TRAVAIL PSYCHOTHERAPEUTIQUE	5
5-ENJEUX D'APPRENTISSAGE ET DIFFERENCIATION DES ROLES	5
6-LE GROUPE, LE SONORE, ET LE TROP-PLEIN DE MATERIELS PSYCHIQUES	5
IV-INCONVENIENTS-DIFFICULTES DE LA COTHERAPIE.....	5
1-« BON THERAPEUTE », « MAUVAIS THERAPEUTE », LE CLIVAGE DU TRANSFERT	6
2-LE LEADERSHIP	6
3-TRANSFERT TRANSFERE ET CONTRE-TRANSFERT	7
V-LIEN SOCIAL PROFESSIONNEL ET <i>PLAYING</i> DANS LA COTHERAPIE	7
1-LA DIFFERENCIATION.....	7
2-LA CONFLICTUALISATION	7
3-LA COMPLEMENTARITE.....	8
CONCLUSION.....	8
BIBLIOGRAPHIE	8
ANNEXE : LE SYSTEME PSYCHOTHERAPEUTIQUE.....	10

Résumé : comment la cothérapie peut-elle dépasser l'impasse de la polythérapie, ne pas se réduire à la juxtaposition de plusieurs thérapies ? Le mot cothérapie induit chez tout professionnel des métaphores, une pensée analogico-holistique : « le couple », « être ensemble ». Cette pensée est nécessaire et non suffisante pour développer la cothérapie. Une pensée digitale analysant les avantages et inconvénients-difficultés doit permettre une meilleure mise en acte de la cothérapie. Mais ce système psychothérapeutique de la cothérapie ne peut fonctionner que si certains processus appartenant au lien social professionnel jouent le rôle de métacadre.

I-Polythérapie-cothérapie

Afin de délimiter plus précisément le champ d'étude des dispositifs de « co-soin », de cothérapie, les deux paragraphes suivants exploreront deux significations de ce mot.

1-La polythérapie

Le mot cothérapie peut avoir pour signification celle de polythérapie, c'est à dire désigner un ensemble de plusieurs thérapies complémentaires et juxtaposées, constituant un dispositif de soin développé à l'intention d'une personne. Ce dispositif peut être une équipe pluridisciplinaire dans un établissement, un dispositif pluridisciplinaire constitué par plusieurs acteurs se regroupant autour d'un professionnel pilotant le projet, un réseau de thérapies sans pilotage, ou avec un pôle assurant seulement la coordination des thérapies.

Par exemple, pour un même patient, un médecin prescripteur de psychotropes et un psychothérapeute forment au minimum un dispositif de polythérapie.

2-La cothérapie

La cothérapie peut aussi désigner un dispositif de deux thérapeutes animant ensemble un travail de soin :

- atelier de rééducation co-animé par un rééducateur (orthophoniste, psychomotricien, ...), et un autre professionnel
- atelier thérapeutique co-animé par deux statuts professionnels différents (par exemple, un psychothérapeute et un psychomotricien)
- co-animation par deux cothérapeutes ayant le même statut (par exemple, deux musicothérapeutes)
- un thérapeute acteur et un thérapeute observateur.

Ces deux significations du mot cothérapie sont deux contextualisations dépendant, du statut de l'intervenant dans la structure du dispositif, et du projet organisant ce dispositif. Par exemple, une équipe pluridisciplinaire peut être pensée comme une polythérapie si l'on adopte un point de vue organisationnel, centré sur les paramètres du système (le dispositif), considérés comme un ensemble d'éléments thérapeutiques juxtaposés pour former un projet thérapeutique d'établissement. Si l'on adopte un point de vue institutionnaliste, l'équipe anime une cothérapie, un système de thérapies développant des processus interactifs entre paramètres du système. Le point de vue organisationnel met l'accent sur l'articulation et la juxtaposition des paramètres du système ; le point de vue institutionnaliste insiste sur les processus d'interaction entre les paramètres, et les modifications du système de soin qu'ils permettent.

II-La cothérapie : fantasme holistique versus objectif-finalité

Les deux contextualisations précédentes trouvent donc leur origine dans des points de vue différents. Le point de vue organisationnel correspond à certaines applications de la loi 2002-2 : répondre aux besoins des usagers, placés au centre du dispositif, par un ensemble de prestations juxtaposées. Polyprestation et polythérapie se superposent, et constituent en conséquence le projet d'établissement. « L'utilisateur au centre » est analogiquement le point de convergence des thérapies proposées ; la juxtaposition des prestations est considérée comme une condition nécessaire et suffisante de la polythérapie, et de l'existence de processus thérapeutiques. Une théorisation supplémentaire des conditions d'émergence et de développement de ces processus n'apparaît pas nécessaire. Dans ce cadre de

pensée, l'idée de cothérapie ne peut être qu'une représentation mentale **analogique** privilégiant le non-verbal et l'émotionnel du travailler-ensemble : « être deux c'est mieux », « se soutenir », « le couple thérapeutique » ... C'est une pensée globalisante, **holistique**, donnant un sentiment de confort, de bien être, similaire au vécu d'illusion groupale théorisé par D. Anzieu. Le contraire est un cadre de pensée **digital**, analysant à l'aide de mots et de concepts, la structure et la dynamique du système de soin, ses délimitations, ses entrées et sorties, ses objectifs et finalités ... (cf. Annexe : le système psychothérapeutique)

La représentation analogique de la cothérapie fonctionne immédiatement car nous avons une expérience psychique structurante et intime des réalités groupales. Nous « comprenons » cette histoire d'équipe, car il s'agit d'une forme et d'une représentation mentale disponible, faisant fonction d'attracteur pour notre psychisme de sujet groupal. Mais cette pensée analogique engage aussi notre désir de former équipe, d'où le concept de **fantasme holistique** pour désigner le désir analogiquement exprimé de travailler en équipe ; le concept de pensée **analogico-holistique** désigne la combinaison de ce fantasme et du mode de représentation mentale analogique de la cothérapie. Une pensée analogico-holistique soutient donc tout projet de cothérapie, et constitue un premier niveau d'organisation psychique nécessaire. Mais le fantasme holistique est intrinsèquement fondateur d'un pacte d'indifférenciation antinomique de toute psychothérapie, et seule une conceptualisation du projet de polythérapie, une analyse didactique du système recherché, permet de passer de la polythérapie à la cothérapie.

Considérons par exemple l'école des sorciers de Poudlard où le jeune Harry Potter étudie. Nous savons qu'il y a des élèves, des professeurs, des examens, un réfectoire, des couloirs, des dortoirs ... Nous croyons qu'il s'agit d'une école en fonction des traits saillants et caractéristiques énumérés ci-dessus ; ils déclenchent une représentation mentale analogique globalisante, et nous pensons qu'il s'agit Réellement d'une école.

Mais :

- combien d'élèves par classe
- le budget
- le nombre d'heures de cours
- le fonctionnement de l'équipe pédagogique
- le projet d'établissement

... une analyse digitale détruit notre rêve, notre roman de l'école des sorciers. L'école des sorciers de Poudlard constitue plus une polypédagogie qu'une copédagogie. Mais la figure du directeur Dumbledore, unifiant par sa *philia* cet ensemble hétérogène, ne représente-t-elle pas une finalité de copédagogie ? En effet, au risque de sa vie Dumbledore institue la *philia* comme ultime fin de son enseignement adressé à Harry Potter. Harry Potter exploite parfaitement les failles de l'institution, et la force du *handling-holding* de Dumbledore à son égard. La différenciation sujet/institution structure l'éducation de Harry Potter, mais un système fondé sur de réels processus de copédagogie n'aurait-il pas permis d'éviter tous les malheurs et tous les morts qui jalonnent son parcours !

Dans le contexte de la psychothérapie, chaque professionnel doit éviter le blocage par un seul processus de représentation mentale, ou le recours à un seul

cadre de pensée, par exemple la pensée analogico-holistique. Mais le cadre de pensée analogico-holistique soutient le mythe de la cothérapie, la part d'illusion groupale nécessaire. Il constitue une partie de la finalité de la psychothérapie en tant que visée unificatrice et utopie créatrice. Sans une conceptualisation conséquente du projet de cothérapie, le mythe fondateur produit illusion groupale et indifférenciation. De ce fait, les avantages que peut éventuellement produire la cothérapie, sont à rechercher dans le renforcement des processus de séparation-individuation qui constituent un enjeu pour tout système psychothérapeutique.

III-Avantages de la cothérapie

Dans un cadre de pensée systémique, la communication (informationnelle ou interactive) n'a de sens que relativement à un contexte. La contextualisation est l'activité psychique par laquelle, dans un cadre donné, une personne construit la signification de l'expérience en cours. En fonction des personnes, un même cadre verra donc de multiples contextualisations se produire.

Un cadre de pensée psychanalytique insistera sur la dynamique transfert/contre-transfert.

Dans les deux cas, l'accent porte sur les processus et l'existence d'un cadre avec ses limites. Toutes les psychothérapies, dont la musicothérapie, offrent un cadre et cherchent à développer certains processus. Ces processus sont des contextualisations nouvelles pour les patients et les thérapeutes. Les processus de changement psychique sont donc liés à des transformations, à des réorganisations, et à des créations de représentations mentales.

Les avantages de la cothérapie en psychothérapie sont à attendre en terme de renforcement et/ou de création de cette dynamique de changement. Les six avantages présentés ci-dessous constituent un processus de conceptualisation du système de la cothérapie ; ils permettent de rechercher des contextualisations spécifiques, et concomitamment de prendre appui sur le mythe analogico-holistique fondateur.

1-Développer les processus d'identification

Favoriser et augmenter les processus d'identification en offrant au psychisme du patient plusieurs thérapeutes.

2-Développer les processus d'alliance et d'opposition

Les processus transférentiels reposent en partie sur des jeux alliances et/ou d'oppositions adressés aux psychothérapeutes ; la présence dans le cadre de deux psychothérapeutes permet au patient de disposer d'un potentiel de complexification de sa communication interactive.

3-Fusion et tiercisation

La fonction symbolinogène de tiercisation désigne la capacité pour un humain de jouer pour un autre humain, un rôle de tiers imaginaire et symbolique. Ce tiers soutient alors un processus de différenciation, de séparation-individuation, et d'inscription dans le groupe des humains, d'intersubjectivité. Dans le cadre de la cothérapie, et en fonction du patient, un cothérapeute peut favoriser cette

structuration, alors que l'autre peut accepter une relation plus fusionnelle. Le cadre de la cothérapie permet alors l'existence d'une aire potentielle plus complexe et moins rigide.

4-Soutien mutuel face aux vicissitudes du travail psychothérapeutique

Chacun des cothérapeutes est un soutien pour l'autre face aux vicissitudes de tout travail psychothérapeutique : sentiments de vidange, d'inanité, d'envahissement, d'attaque du cadre de pensée, de sidération ... Il est possible à un des cothérapeutes d'exprimer ces sentiments, et d'être contenu par l'autre ; cette différenciation/articulation des processus de pensée offrira un meilleur contenant psychique aux pulsions de destructivité du patient.

5-Enjeux d'apprentissage et différenciation des rôles

En musicothérapie, un des deux cothérapeutes peut investir plus particulièrement la question des enjeux d'apprentissage musical, générés par la scène du jeu sonore ou les demandes des patients, l'autre demeurant dans un rôle de métacadre (finalité de la psychothérapie, place de l'incertitude dans la psychothérapie ...)

6-Le groupe, le sonore, et le trop-plein de matériels psychiques

Dans un groupe de musicothérapie, il y a beaucoup à faire, à voir et à entendre. Deux ou trois musicothérapeutes ne constituent donc pas un surnombre, à condition qu'ils disposent, hors séance, d'un temps de mise au travail de leur expérience vécue avec le groupe. Depuis les travaux d'E. Lecourt, les liens entre production sonore et organisation groupale constituent un champ d'investigation en musicothérapie ; en conséquence, un travail de mise en pensée du matériel sonore et groupal s'impose comme condition nécessaire d'écoute de chacun des sujets participants.

Ces six avantages s'inscrivent dans le système de la psychothérapie, n'en constituent que des éléments partiels (cf. annexe : le système psychothérapeutique). Une poursuite mécaniste des avantages de la cothérapie constituerait un excès de pensée digitale. Dans le cadre d'une psychothérapie, les cothérapeutes doivent rechercher l'existence d'un processus de *playing* intra et interpsychique, liant dans une bande de Moëbius, pensée analogico-holistique et digitale. Lorsque les cothérapeutes ne parcourent pas à l'infini cette bande de Moëbius, des difficultés inhérentes à un arrêt prolongé de ce processus apparaissent ; il est stratégiquement nécessaire de les connaître pour éviter leur transformation en inconvénients, d'où le concept d'inconvénient-difficulté de la cothérapie.

IV-Inconvénients-difficultés de la cothérapie

Quels sont les inconvénients-difficultés inhérents à la cothérapie ? Quels sont les processus qui viennent entraver, l'émergence et/ou le développement du *playing* de la cothérapie ?

La pensée analogico-holistique est un risque pour la scène psychothérapeutique, mais elle est concomitamment un organisateur et un attracteur ; en conséquence, il est nécessaire de la différencier des inconvénients-difficultés examinés maintenant.

1-« Bon thérapeute », « mauvais thérapeute », le clivage du transfert

Le patient, de part la complexité de son psychisme, dispose d'une capacité transférentielle de diviser et de cliver l'équipe des cothérapeutes, entre « bon thérapeute » et « mauvais thérapeute ». Ces processus permettent des expériences d'*acting out* intéressantes, mais le risque repose sur les résistances des thérapeutes à prendre conscience de la situation. Ils vont alors Réellement être le rôle que le patient leur assigne, sans distanciation professionnelle. 'Je suis le bon', 'je suis le mauvais', 'il est la mauvais', 'il est le bon' : les disqualifications réciproques pourront alors circuler librement, interdisant le *playing* des rôles partagés, différenciés, et articulés dans une aire transitionnelle.

Cette situation peut aussi être comprise comme une sidération : le rôle assigné devient psychiquement une chose en soi, équivalente à la disparition de l'écart représentatif qui fonde la représentation mentale et le langage. La carte devient alors le territoire, et la position de sujet humain du thérapeute s'annule. Dès lors, il devient Réellement impossible de travailler avec l'autre cothérapeute. En effet par un mécanisme projectif, l'autre est lui aussi compris comme une chose en soi, et la diversité de ses états mentaux est ignorée. Il n'y a plus de jeu imaginaire et symbolique, et les processus psychothérapeutiques sont momentanément menacés.

2-Le leadership

Les processus psychiques d'alliance et d'opposition qui circulent dans tout groupe humain risquent de se transformer en concurrence entre cothérapeutes pour la position de *leadership*. Quel pilote conduirait la psychothérapie ? Stratégiquement, la seule réponse pouvant maintenir les processus psychothérapeutiques, est de considérer que le *leadership* est partagé et exercé de manière complémentaire par tous les membres du groupe.

Par exemple, mon expérience de psychologue cothérapeute me fait travailler avec éducateur spécialisé et orthophoniste. Le risque de *leadership* non-partagé est présent lorsqu'un patient dit en séance qu'il veut parler au psychologue, excluant ainsi l'autre cothérapeute. La situation inverse se produit aussi : ne pas parler au psychologue. Des demandes de psychothérapie individuelle émergeant dans le travail de groupe, et adressées spécifiquement à moi, sont parfois des tentatives d'éprouver notre *playing* de cothérapie. Le patient peut alors chercher à désigner le cothérapeute leader, attribuant à l'autre un rôle d'auxiliaire. Une telle situation doit être parlée, en séance et en supervision, de manière à éviter une compétition dont l'enjeu serait d'apparaître comme le « meilleur thérapeute », position psychique qui ouvre une voie royale aux fantasmes d'omnipotence ; or, ces fantasmes entravent les processus de séparation-individuation entre patient et thérapeute. Il est parfois nécessaire que je précise, hors séance avec le cothérapeute, des points de psychopathologie, exprimant ainsi, dans ce contexte de la cothérapie une relation asymétrique, et un certain *leadership*.

Pour assurer un processus de circulation et de partage clinique du *leadership*, le rendant ainsi flou et incertain, chaque cothérapeute doit découvrir et expérimenter avec les patients des *playing* qui surprennent son collègue.

3-Transfert transféré et contre-transfert

Dans un cadre de cothérapie, chaque patient peut adresser une partie de son processus transférentiel seulement à un des cothérapeutes. La dynamique de ce transfert multiple crée un enchevêtrement complexe de processus transférentiels, qui génère des contre-transferts (CT) multiples dans le psychisme des cothérapeutes et des autres patients. Un cothérapeute fait l'expérience de contre-transferts différents :

- CT liés à ce que le patient met en acte dans son psychisme
- CT liés à ce que son collègue met en acte dans son psychisme, et qui provient du contre-transfert de ce collègue vis à vis d'un patient. Il s'agit du **transfert transféré**.

Ainsi, je peux ressentir un CT négatif vis à vis d'un patient, et adresser ce vécu psychique négatif à mon collègue, comme s'il était à l'origine de mon CT négatif. Stratégiquement, le travail de supervision de la cothérapie doit développer une attention spécifique vers ces transferts transférés : beaucoup de sentiments, d'affects, de pensées, éprouvés à l'égard du collègue cothérapeute, sont liés aux processus contre-transférentiels mis en acte par les transferts des patients. Si ce *playing* entre cothérapeutes est suffisamment détaché et métabolisé, il permettra d'en comprendre les enjeux pour le patient ; dans le cas contraire, les cothérapeutes vont considérer que leurs représentations mentales adressées à leur collègue concernent Réellement ce collègue. Le *playing* se réduira à un jeu projectif réciproque impliquant trop fortement les cothérapeutes dans leur personnalité, fonctionnant au bénéfice des résistances des patients. La scène psychothérapeutique devient alors celle où rivalité et *leadership* passionnent les cothérapeutes.

V-Lien social professionnel et *playing* dans la cothérapie

Le lien social professionnel repose sur certains dispositifs et processus considérés comme nécessaires, dont la permanence assure dans le cadre du système institutionnel, des relations psychiques professionnelles différenciées et créatrices. La cothérapie doit éviter l'écueil de la juxtaposition d'intervenants (polythérapie), et le confort d'une pensée purement analogico-holistique. Trois processus semblent particulièrement nécessaires pour assurer un lien social professionnel « encadrant » le système psychothérapeutique de la cothérapie, et sans doute plus globalement tout système institutionnel :

1-La différenciation

La différenciation permet au système psychothérapeutique d'être une expérience d'autonomie psychique et de séparation-individuation ; elle pose des limites au pacte d'indifférenciation, inhérent à tout processus d'illusion groupale, et toujours présent dans la pensée analogico-holistique. La mise en acte par les cothérapeutes du processus de différenciation constitue une part du cadre, une offre faite aux patients de s'inscrire dans l'aventure symbolinogène de la psychothérapie.

2-La conflictualisation

La différenciation des cothérapeutes repose sur leur personnalité, leurs connaissances scientifiques ou autres, et sur leurs actions dans le cadre des

séances. Le *playing* suppose une dimension de conflictualisation intra et intersychique spécifique aux cothérapeutes :

- un certain *acting out*, de leurs facteurs de personnalité, et de leurs représentations de la personnalité de leur collègue, contribue aux heurts et bonheurs de la psychothérapie

- il est de la responsabilité des cothérapeutes de faire vivre un débat permanent portant sur les connaissances, les formations, le matériel des séances ... La discussion scientifique, et l'analyse des contre-transferts liés aux rôles occupés-échangés, contribuent à la construction de chacun des cothérapeutes.

3-La complémentarité

La complémentarité entre les cothérapeutes ne doit pas être comprise dans le sens mathématique de la théorie des ensembles : par leur union les cothérapeutes ne forment pas une totalité autosuffisante. Il y a incomplétude. Cette complémentarité s'inscrit dans un ensemble flou, aux frontières en expansion, de telle sorte que le processus de complémentarité soit toujours créé-trouvé par le jeu psychothérapeutique adressé à chacun des patients. Ainsi, il peut être pertinent de jouer de manière complémentaire les rôles de « bon thérapeute » et de « mauvais thérapeute », l'enjeu étant d'éviter la rigidification analysée dans les inconvénients-difficultés de la cothérapie.

Conclusion

La tâche de faire exister la cothérapie repose sur une capacité de dépasser les dogmatismes théoriques, et de conflictualiser différents outils technico-scientifiques. Il est possible d'observer actuellement en France un clivage entre les « mauvais praticiens » porteurs de dogmes, et les « bons praticiens » tournés vers le débat interdisciplinaire, refusant les déterminismes historiques et les raccourcis analogico-holistiques ! Ainsi, le plus grand inconvénient-difficulté de la cothérapie est mis à jour !

Bibliographie

- Abram J., 2001, Le langage de Winnicott, éditions Popesco.
- Berthoz A., Jordland G., sous la dir. de __, 2004, L'empathie, Odile Jacob.
- Buser P., 2005, L'inconscient aux mille visages, Odile Jacob.
- Caillé P., Rey Y., 2004, Les objets flottants, troisième édition, éditions Fabert.
- Damasio A. R., 1999, Le sentiment même de soi (corps, émotions, conscience), O. Jacob ; 1999, *The feeling of What Happens. Body and Emotion the Making of Consciousness*.
- Dumouchel P., Dupuy J-P., sous la dir. de __, 1983, L'auto-organisation, Seuil.
- Fustier P., 1999, Le travail d'équipe en institution, Seuil.
- Gilliéron E., 2004, Manuel de psychothérapie brèves, Dunod.
- Golse B, Haag G., Bullinger A, 2000, « Autisme, psychanalyse et cognition : trois exemples de convergence », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 48, n°6, pp. 427-431.

Green A., sous la dir. de __, 2001, « Courants de la psychanalyse contemporaine », Revue Française de Psychanalyse, PUF.

Rakoniewski A., 1999, « Discontinuité et contexte en psychothérapie », La revue de Musicothérapie, vol. 19, n°3, pp. 12-19.

Watzlawick P., Nardone G., 2000, Stratégie de la thérapie brève, Seuil.

Widlöcher D., 1996, Les nouvelles cartes de la psychanalyse, Odile Jacob.

Winnicott D.W., 1975, Jeu et réalité, Gallimard.

Annexe : Le système psychothérapeutique

Système : ensemble d'éléments en interaction, de telle sorte qu'une modification de l'un des éléments doit être considérée comme entraînant la création d'un nouveau système, une modification d'autres éléments du système intervenant dans des délais variables. Ces nouvelles modifications entraînant la création d'un nouveau système ...

1-le système présente une structure, avec une limite, un réseau de communication par lequel circulent information, énergie ...

2-le système a une fonctionnalité : le réseau de communication assure la conservation, la reproduction, l'autorégulation, l'adaptation à l'environnement ...

3-la communication avec l'environnement peut être modélisée en termes d'entrées (*inputs*) et de sorties (*outputs*).

Le système psychothérapeutique peut être représenté par un modèle à trois dimensions :

1-la définition

2-les paramètres du système psychothérapeutique

2-1 le psychothérapeute

2-2 le patient

2-3 les interactions patient-psychothérapeute

2-4 le cadre

2-4-1 le caractère professionnel de la situation

2-4-2 la technique psychothérapeutique

2-4-3 finalités et objectifs psychothérapeutiques

2-4-4 les paramètres espace-temps du cadre

2-5 l'institution

3-les processus psychothérapeutiques

Les processus psychothérapeutiques se construisent par le jeu de diverses formes de communication. Deux types interactifs de communication, qui sont nécessaires et complémentaires, peuvent être théorisés.

1- une communication informative : le sujet dit, fait quelque chose ; il développe des dimensions cognitive, événementielle, informationnelle.

2- une communication interactive : dimension imaginaire, impliquant les processus intersubjectifs d'identification. Le sujet parle à quelqu'un, joue avec quelqu'un, pense à quelqu'un. Il cherche à transformer son interlocuteur, à le faire répondre, et montre ainsi son intrasubjectivité et son intersubjectivité.

3-1 transfert et contre-transfert

3-2 complexification du psychisme et de l'identité des patients

3-2-1 découvrir↔recouvrir

3-2-2 dynamique des conflits psychiques : mise en ordre↔flou, organisation↔désorganisation, déséquilibre↔équilibre.

3-2-3 rapports soma↔psyché (contenants psychiques)

3-3 théories du psychisme : autonomie↔hétéronomie

3-4 aire thérapeutique, aire transitionnelle (*acting out* ...)

3-5 patients et psychothérapeutes mettent en acte, en parole, en pensée, leurs représentations sociales, leurs finalités, leurs objectifs.