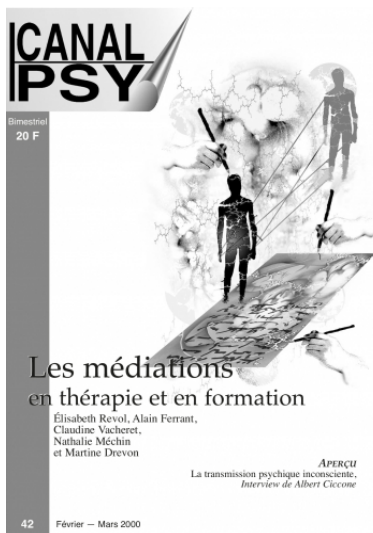




Canal Psy

ISSN : 2777-2055

Éditeur : Université Lumière Lyon 2

42 | 2000

Les médiations en thérapie et en formation

Les médiations
en thérapie et en formation

Élisabeth Revol, Alain Ferrant,
Claudine Vacheret,
Nathalie Méchin
et Martine Drevon

APERÇU
La transmission psychique inconsciente,
Interview de Albert Ciccone

Illustration : Jean-
Christophe Chabanon

🔗 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=1087>

Référence électronique

« Les médiations en thérapie et en formation », *Canal Psy* [En ligne], mis en ligne le 04 novembre 2020, consulté le 08 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=1087>

DOI : 10.35562/canalpsy.1087

SOMMAIRE

Monique Charles
Édito

Dossier. Les médiations en thérapie et en formation

Élisabeth Revol et Alain Ferrant
Le psychodrame psychanalytique

Claudine Vacheret
Photolangage

Nathalie Méchin
Un atelier d'arts plastiques dans un service psychiatrique

Martine Drevon
Expérience clinique autour d'une médiation : le dessin d'enfant et d'adolescent

Aperçu

Albert Ciccone et Monique Charles
La transmission psychique inconsciente

Édito

Monique Charles

TEXTE

- 1 Dans un précédent numéro de *Canal Psy*¹, Jean-Luc SUDRES a fait apparaître les grandes dates jalonnant l'histoire de l'art-thérapie et les principaux courants qui se partagent les théories et les pratiques. Nous avons voulu reprendre le problème à partir de la question du travail psychique et de ses médiations. En quoi l'expression créative peut-elle constituer une aide à l'élaboration psychique ? À partir d'exemples diversifiés, renvoyant aux champs de la thérapie et de la formation, ce dossier explore les processus en jeu et les voies diverses que prend le travail de symbolisation en fonction des caractéristiques des dispositifs et des médiations proposées.

NOTES

- 1 *Canal Psy*, n° 33, mars-avril 1998.

AUTEUR

Monique Charles

Dossier. Les médiations en thérapie et en formation

Le psychodrame psychanalytique

Élisabeth Revol et Alain Ferrant

DOI : 10.35562/canalpsy.1227

PLAN

Historique

MORENO, le précurseur

FREUD et

MORENO

Les indications

Considérations générales

Quelques éléments théoriques et cliniques

Le transfert

TEXTE

- 1 Deux éléments constituent l'originalité et la spécificité du psychodrame psychanalytique :
 - le jeu comme moyen d'accès à la figurabilité et à la symbolisation ;
 - l'implication corporelle permettant la dramatisation des conflits et la relance de la vie psychique.
- 2 Ces quelques éléments de définition dessinent globalement les principaux axes engagés par le psychodrame. Il sera essentiellement question, dans cet article, de psychodrame individuel.

Historique

- 3 Le principe qui est à la source du psychodrame est probablement l'une des plus anciennes formes de psychothérapie. La tradition millénaire de la représentation permet l'exorcisme, l'envoûtement et le désenvoûtement. Dans toutes les religions à possession, il existe un aspect théâtral créant une communauté d'essence entre théâtre et sacré. Il est par ailleurs classique, depuis l'Antiquité, de souligner la valeur cathartique du théâtre, son pouvoir de faire vivre au spectateur, par procuration, sentiments et passions et ainsi de le

libérer. Le théâtre n'est pas alors seulement un jeu, mais la révélation à l'homme de son propre mystère, ce que proposait également la maïeutique socratique. La « Commedia dell'arte », vers le milieu du seizième siècle, avec l'improvisation de personnages masqués, s'inscrit dans cette tradition.

- 4 À la fin du dix-huitième siècle, Philippe PINEL met en œuvre le « traitement moral » qui implique un appareil – c'est lui qui emploie ce terme –, un dispositif propre à impressionner le malade, à imposer à son imagination un ébranlement qui renverse les effets du premier choc qui l'a plongé dans la folie, suivant l'étiologie traumatique de l'époque. À peu près en même temps, entre 1805 et 1810, le marquis de SADE est enfermé à l'asile de Charenton où il fait jouer les malades et le responsable de l'hôpital.
- 5 Sur un autre versant, il existe un précurseur officiel au psychodrame : l'exorcisme pratiqué par l'Église. « Une névrose diabolique au dix-septième siècle » (FREUD, 1923) peut être considérée comme le premier commentaire psychanalytique d'une cure psychodramatique. Dans ce texte, FREUD ne s'interroge pas explicitement sur le processus mais il semble que l'efficacité thérapeutique du traitement pratiqué tient au fait que chacun fait semblant, que l'appareil – au sens de PINEL – est fortement présent, et que chacun croit en la puissance opérante du dispositif. Nous dirions aujourd'hui que HAITZMANN trouve quelqu'un avec qui jouer le « jeu du possédé ».

MORENO, le précurseur

- 6 Jacob LÉVY MORENO, né Jacob LÉVY, est né à Bucarest en 1889. Il fait ses études de médecine, puis de psychiatrie, à Vienne. Sa biographie est difficile à dégager des fioritures de la légende. En 1925, il prend le nom de MORENO (le prénom de son père). Très tôt il s'intéresse aux enfants des rues, aux enfants de prostituées. Il organise pour eux des jeux dramatiques impromptus, confiant dans la créativité comme soin aux plus démunis. C'est en 1921 qu'il crée le « théâtre de l'impromptu » mais c'est aux États-Unis qu'il fonde le « Théâtre de la thérapie psychodramatique ». La « théorie du rôle » en est la pierre angulaire. Le rôle est défini comme un ensemble de positions imaginaires assurées par un sujet dans sa relation aux autres, ensemble nécessaire pour se créer en tant qu'individu. La théorie de

MORENO a une cohérence qui ouvre la voie au psychodrame chez l'enfant, non seulement sur le plan thérapeutique, mais aussi pédagogique. C'est ainsi que le psychodrame morénien rejoint le théâtre dans sa triple fonction de distraire, d'éduquer et de soigner. MORENO poursuit par la suite une carrière internationale, et popularise le psychodrame et la sociométrie, c'est-à-dire l'état des réactions de rejet dans les organisations groupales. Il qualifie son invention de troisième révolution psychiatrique, après PINEL et FREUD. Le psychodrame morénien, que l'auteur définit comme la « science qui explore la vérité par des méthodes dramatiques », est le précurseur des psychothérapies de groupe, des thérapies d'expression corporelle, tandis que le jeu de rôle est devenu un moyen de formation à la vie sociale et professionnelle.

FREUD et MORENO

- 7 Utilisant un vrai théâtre avec un public, mettant l'accent sur la spontanéité, la catharsis et l'abréaction, le psychodrame morénien paraît aux antipodes de la psychanalyse que FREUD invente, à peu près dans le même temps, à Vienne. La légende veut que MORENO ait d'abord été élève de FREUD puis qu'ils se soient brouillés. C'est en France que ces deux courants de pensée finissent par se rencontrer, grâce aux analystes s'occupant d'enfants qui avaient été contraints de modifier le protocole de la cure psychanalytique classique et d'introduire le jeu, à la suite de M. KLEIN, comme moyen d'expression privilégié. Serge LEBOVICI, le premier, s'intéresse à la technique de MORENO et a l'idée de l'appliquer à des groupes d'enfants. Cette technique se diffuse ensuite dans les centres de psychiatrie de l'enfant, puis est utilisée dans le travail individuel de psychothérapies. D'emblée, les psychanalystes français se réfèrent aux axes principaux de la psychanalyse : l'inconscient, la sexualité infantile, le transfert. Le psychodrame psychanalytique est né.
- 8 À partir de ce moment, en France, on distingue le courant strictement morénien, représenté par Mme ANCELIN qui fonde le Groupe Français de Sociométrie, et le courant du psychodrame analytique. Ce dernier se divise lui-même en deux mouvements. L'un, représenté par D. WIDLÖCHER et D. ANZIEU, fonde le psychodrame psychanalytique collectif, mouvement qui donnera naissance au

CEFFRAP (Cercle d'Études Françaises pour la Formation et la Recherche Active en Psychologie). L'autre mouvement, avec S. LEBOVICI, R. DIATKINE et E. KESTEMBERG, s'oriente rapidement vers un psychodrame psychanalytique qui se rapproche de la cure-type. De leur côté, les analystes lacaniens, avec P. et G. LEMOINE, fondent la SEPT (Société d'Étude du Psychodrame Thérapeutique) en restant fidèles au psychodrame de groupe.

Les indications

- 9 Le psychodrame analytique individuel est une des formes de « psychanalyse sans divan » (P.-C. RACAMIER). J. GILLIBERT note que le psychodrame psychanalytique est indiqué chaque fois que « l'altérité met en péril l'identité ». C'est le cas des patients qui sortent du cadre strict de la névrose. Du fait des failles graves de leurs assises narcissiques, ils sont condamnés à une « pathologie du lien » qui prend le pas sur les conflits internes. Ces patients ne peuvent tolérer les conditions de la cure type du fait de certaines particularités de leur fonctionnement mental : carence fantasmatique, crainte majeure de la passivité et de la régression, prévalence d'angoisses de type psychotique, confusion des imagos.
- 10 Les personnalités de type narcissique, mais aussi les adolescents, relèvent de ce mode de fonctionnement, en particulier ceux qui sont enfermés dans des conduites addictives (anorexie, boulimie, toxicomanie). Chez l'enfant, le psychodrame est indiqué chaque fois que les mécanismes défensifs installés ne laissent plus de place à l'expression par le dessin ou le jeu, ce qui est souvent le cas en période dite de latence. Les troubles moteurs et les symptômes ayant une dominante dans l'expression corporelle (bégaiement, énurésie), sont également une excellente indication. Dans l'ensemble, les pathologies du caractère et les personnalités mal mentalisées qui privilégient l'agir et le comportement, sont susceptibles de relever d'une prise en charge par le psychodrame.

Considérations générales

- 11 Un patient est soigné par cinq ou six thérapeutes dirigés par un meneur de jeu. C'est le patient qui propose le thème, désigne les

rôles, et choisit les acteurs. Il n'est jamais tenu de jouer son propre personnage qu'il peut confier à qui il veut. Le directeur de jeu ne joue pas mais assure une triple fonction :

- il est garant de l'organisation et de la continuité du cadre,
- il assiste le patient dans la mise en scène et dans la distribution des rôles,
- il assure la fonction interprétative.

- 12 Lors de la première séance, la règle fondamentale du psychodrame est donnée : « On peut proposer n'importe quelle idée, jouer ou faire jouer n'importe quel rôle à condition de faire semblant ». Cet appel à la spontanéité et au simulacre remplace la règle de l'association libre de l'analyse. Le patient est bien entendu assuré du secret, tandis que la régularité des séances est exigée comme condition indispensable à la poursuite du traitement.
- 13 Le psychodrame analytique nécessite une pièce assez grande pour faciliter le mouvement des acteurs. Il n'y a pas de scène à proprement parler, c'est seulement le fait de se lever pour commencer le jeu et de se rasseoir, sur l'injonction du meneur de jeu, qui délimite un temps et un espace scéniques différents de celui de l'élaboration. La durée de chaque séance est d'une demi-heure, parfois moins. Certaines séances courtes sont très percutantes si le jeu est interrompu à un moment où l'émotion et l'intensité des affects sont à leur acmé.
- 14 L'aménagement du cadre subvertit les défenses du sujet. Les différents facteurs de résistance vont devenir des paramètres du cadre. Certains patients ont besoin d'utiliser l'action, d'occuper l'espace, de s'accrocher à la réalité. De même, la multiplicité des thérapeutes évite la massivité du transfert. On peut dire que les transferts latéraux sont ici prescrits et utilisés. Il se produit une fragmentation des investissements objectaux, rendant possible le déplacement. Les séances deviennent comme des jeux de miroirs facilitant des identifications moins conflictuelles qui pourront à nouveau soutenir l'identité du sujet. La mise en acte est remplacée par la mise en jeu, devenant une ouverture au fantasme à travers le simulacre. Les affects sont recherchés non seulement dans une visée cathartique, mais en raison de leur intense pouvoir de condensation donnant accès aux représentations. Ainsi, le psychodrame individuel apporte au patient les conditions d'un processus de figuration

externe de ses conflits internes qui pourra lui permettre d'apprivoiser son fonctionnement mental et de retrouver un plaisir de fonctionnement.

- 15 Il est important que les membres d'une équipe de psychodrame se connaissent bien, aient l'habitude de travailler ensemble et prennent le temps de réfléchir et d'échanger à propos de la clinique et en référence constante à la théorie. C'est un dispositif lourd, puisque plusieurs thérapeutes sont mobilisés pour un seul patient. C'est pour cette raison qu'il se développe le plus souvent au sein du service public dans lequel il assure également une fonction de formation.

Quelques éléments théoriques et cliniques

- 16 Le dispositif du psychodrame psychanalytique est une extension du dispositif classique de la psychanalyse qui conserve et transforme un certain nombre de ses paramètres. La méthode associative, en tant que méthode organisatrice générale, est commune aux deux dispositifs. Par contre, si dans la psychanalyse classique, le dispositif requiert d'abord les associations de mots qui impliquent elles-mêmes un travail psychique en amont – suivant la métaphore du voyage en chemin de fer utilisée par FREUD en 1913 dans « Le début du traitement » –, le psychodrame psychanalytique offre la possibilité de ne pas recourir systématiquement aux mots **mais de construire en deçà d'autres modes de liaisons.**
- 17 Le dispositif classique implique une théorie de la symbolisation : pour symboliser, pour représenter le monde intérieur, les échanges visuels sont réduits au minimum, de même que la motricité est bannie. Dans le psychodrame, au contraire, le visuel et la motricité sont au premier plans et prescrits par le cadre. **Le processus symbolisant se déplace du côté de l'acte.**
- 18 Le dispositif classique est duel, au moins dans sa réalité objective. Seuls l'analyste et le patient échangent au sein du cadre. Dans le psychodrame analytique, il existe un meneur de jeu qui ne prend aucun rôle, et des thérapeutes qui jouent les rôles que leur attribue le patient. Ce dernier peut participer au jeu, ou simplement observer l'évolution du jeu qu'il propose à l'équipe sans y participer lui-même.

Le dispositif se propose donc, suivant la formule de Philippe JEAMMET, comme **espace psychique élargi**.

- 19 Dernier élément : le dispositif classique repose d'abord sur le travail associatif verbal du patient, l'analyste réservant ses interventions aux formulations interprétatives ou constructives. Dans le psychodrame, le thérapeute ne cesse de parler et de se mouvoir, devant le patient qui, parfois, le regarde simplement. **Le psychodrame implique un engagement actif du thérapeute.**
- 20 Cette description rapide des deux dispositifs évoque l'idée d'un véritable renversement d'axes. En réalité, le dispositif psychodramatique ne fait que transformer, en les maintenant, les éléments princeps du dispositif classique. Si la motricité est en position privilégiée, le faire semblant est central. Il est énoncé comme tel dans la règle fondamentale du psychodrame. Ces différentes modifications des paramètres de la cure classique contiennent à la fois une métapsychologie du psychodrame et une esquisse concernant les indications. Il s'agit donc d'une technique qui permet d'organiser ou de réorganiser les liaisons entre corps et parole, entre affect et parole. Les indications couvrent par conséquent le champ des situations dans lesquelles les processus de liaison habituellement silencieux qui organisent le rapport de soi à soi – se voir, se sentir, s'entendre – sont défectueux. Cet éventail dessine à peu près la totalité du champ des troubles narcissiques identitaires marqués par les problématiques nées du clivage et des modes défensifs engagés contre le retour du clivé.

Le transfert

- 21 La question du transfert émerge dans cet ensemble à la fois proche et différent de la cure psychanalytique classique. On dit souvent que le psychodrame permet de déployer un transfert central en direction du meneur de jeu et des transferts latéraux en direction des cothérapeutes. Cette manière de penser est assez approximative. Il semble plus juste de dire que le psychodrame vise l'élaboration d'un transfert central qui n'est jamais présent d'emblée, et qu'il travaille à partir de la diffraction du transfert impliquée par le dispositif.

- 22 L'objectif du psychodrame analytique individuel est celui de toute psychanalyse : créer les conditions d'établissement d'un investissement tolérable qui conduise à l'élaboration d'un véritable transfert, c'est-à-dire à la répétition des investissements liés aux imagos parentales différenciées, la reconnaissance de la réalité psychique rétablissant un lien entre le présent et l'histoire du sujet.
- 23 Le terme « imago » désigne les prototypes inconscients de personnages parentaux qui orientent les relations avec autrui. Les imagos se forment et s'élaborent progressivement à partir des premières relations intersubjectives réelles ou fantasmatiques. Elles évoluent de l'image archaïque asexuée ou ambisexuée vers des imagos différenciées, ce qui met en place le déclin du complexe d'œdipe.
- 24 Si le terme de transfert désigne ce processus de déplacement des investissements liés aux imagos parentales sexuellement différenciées, on ne peut que constater qu'un patient psychotique ou état-limite est bien loin de pouvoir organiser un tel processus. Si la névrose infantile est le modèle sur lequel va s'organiser la névrose de transfert, ne faut-il pas un long parcours analytique pour que des imagos sexuellement différenciées puissent se dégager, afin que le fantasme de castration vienne organiser la psyché sous le primat du génital ? Néanmoins, le problème ne peut être évacué par un pur et simple rappel des définitions « orthodoxes ». Même si le terme de transfert, au sens classique, ne peut s'appliquer au type de patients que nous rencontrons, il n'en reste pas moins que nous sommes confrontés à des processus dont la parenté avec le transfert ne fait aucun doute.
- 25 En 1913, dans « Le début du traitement », FREUD métaphorise le travail analytique. Il dit au patient de se comporter à la manière d'un voyageur assis dans le compartiment d'un train qui décrit à une personne installée derrière lui le paysage qui défile sous ses yeux. Cette métaphore implique au moins deux présupposés :
- Qu'il y ait un autre reconnu comme tel, ni trop loin ni trop près, à qui le patient s'adresse. On sait que les patients n'ont pas tous constitué une telle altérité « de bon aloi ».
 - Que le patient puisse éprouver et décrire le mouvement à l'œuvre. Il est donc supposé disposer d'un appareil psychique transformant les images

en mots, ce qui suppose un préconscient suffisamment souple et efficace. Le paysage décrit implique en outre un mouvement, c'est-à-dire un train qui circule. Force est de constater que les patients que nous recevons n'ont bien souvent ni rails, ni wagon, ni locomotive efficaces. Les rails renverraient à la défaillance de l'objet d'arrière-plan, le « back-ground object » de GRODSTEIN. L'absence de wagon métaphoriserait diverses formes de défaillance des enveloppes psychiques et du moi-peau. Quant à la locomotive, elle renverrait spécifiquement à l'organisation du monde pulsionnel. Cette métaphorisation, malgré ses limites, permet de mesurer combien il est nécessaire de penser la spécificité du processus à l'œuvre dans le psychodrame analytique.

- 26 En première approche, ce dispositif s'efforce de viser l'émergence d'un fonctionnement psychique marqué par la mise en œuvre du déplacement. Que ce type de fonctionnement soit un modèle, en pratique jamais pleinement réalisé, ne lui enlève aucune valeur heuristique. Le déplacement est en effet constitutif du transfert. La mobilité de l'investissement le long des chaînes représentatives fonde le processus transférentiel le rendant, du même coup, interprétable. Au sein de la cure classique, l'attracteur transférentiel, l'analyste, reste suffisamment flou et discret pour mobiliser les processus de déplacement et les fantasmes originaires. Mais il existe aussi, au sein des cures classiques, un modèle de transfert qui ne doit rien au déplacement. Le transfert peut, dans certaines conjonctures cliniques, s'établir par retournement, de sorte que ce qui est transféré est moins de l'ordre d'un contenu qu'une modalité d'emprise, un mode de forçage ou de contrainte. Le patient fait alors activement vivre à l'analyste ce qu'il a vécu jadis passivement. Cette modalité transférentielle par retournement se retrouve dans les conjonctures repérées par WINNICOTT : il ne s'est rien passé là où il aurait pu utilement se passer quelque chose. Si l'on met de côté les situations cliniques dans lesquelles les deux modes transférentiels se croisent constamment, mettant l'analyste à rude épreuve, on doit remarquer que les pathologies de la lignée psychotique ou certaines organisations-limites ont recours, de plus, à la diffraction. Cette diffraction, ou cet émiettement, précède ou accompagne le processus de retournement de sorte que le clinicien n'est plus confronté à une position retournée globalement mais à des retournements multiples.

- 27 La spécificité du psychodrame psychanalytique individuel est de rassembler plusieurs thérapeutes autour d'un même patient, ce qui offre d'emblée une série de cibles pour ces processus de transfert par retournement diffracté. Chacun se trouve porteur, d'emblée ou au fil des séances, d'un ou de plusieurs de ces aspects, facteur dont on repère assez vite la constance. Il serait alors dommageable d'interpréter ces processus en terme de transfert « classique ». Le retournement et la diffraction doivent être impérativement pris en compte, c'est-à-dire analysés. On pourrait dire, à la suite de FREUD, que l'interprétation des transferts par retournement diffracté est la voie royale qui mène à la construction du transfert. En d'autres termes, le dispositif psychodramatique contient la potentialité d'une construction transférentielle, d'une mise en ordre, qui vise essentiellement l'analyse des retournements opérés et le rassemblement des éléments diffractés.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAR N., BAYLE G., SALEM I. (1988) *Formation au psychodrame psychanalytique*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1979) *Le psychodrame psychanalytique*, Paris, PUF.
- FERRANT A. (1992), « Le lien d'emprise », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 19, p. 61-70.
- FREUD S. (1967), *L'interprétation des rêves*, (1900) Paris, PUF.
- FREUD S. (1981), « Le début du traitement » (1913) in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1993), *Totem et tabou*, (1913) Paris, Gallimard.
- FREUD S. (1995), *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*, (1936) OCP XIX, Paris, PUF.
- GREEN A. (1995), *Propédeutique*, Seyssel, Champ-Vallon.
- KAËS R. (1993), *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- KESTEMBERG E. et J., DECOBERT S. (1972), *La faim et le corps*, Paris, PUF.
- LADAME F., PERRET-CATIPOVIC M., (1998), *Jeu, fantasme et réalités*, Paris, Masson.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., KESTEMBERG E. (1952), « Application de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothérapie dramatique en France »,

Psychiatrie de l'enfant.

PASCHE F. (1988), *Le sens de la psychanalyse*, Paris, PUF.

AUTEURS

Élisabeth Revol

Psychiatre, psychanalyste

Alain Ferrant

Maître de conférences à l'Université Lyon 2, psychanalyste

IDREF : <https://www.idref.fr/055241190>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000066545354>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13613410>

Photolangage

Ou comment utiliser la photo en formation et en thérapie

Claudine Vacheret

DOI : 10.35562/canalpsy.1230

PLAN

Déroulement d'une séance de Photolangage

Un groupe d'adultes en formation

Un groupe d'adultes en thérapie

Quelques éléments de théorisation

Conclusion

TEXTE

- 1 Créé en 1965 par un groupe de psychologues lyonnais (Claire BELISLE et Alain BAPTISTE)¹, le Photolangage² a été initialement mis au point pour faciliter l'expression de jeunes adolescents originaires de milieux défavorisés, qui avaient des difficultés à communiquer leur expérience. L'idée de proposer à ces jeunes des photographies de différents photographes, pour s'exprimer en groupe, est au départ purement intuitive. Les effets de la méthode dépassèrent les résultats escomptés et, très vite, la méthode s'étendit au domaine de la formation des adultes, en France et à l'étranger.
- 2 Une des caractéristiques de la méthode est que l'animateur choisit, lui aussi, une ou plusieurs photos, qu'il présente dans le groupe, participant ainsi aux échanges groupaux et favorisant, autant que faire se peut, le jeu des identifications. Cet aspect de la méthode paraît particulièrement important dans les groupes de patients à l'hôpital psychiatrique ou en milieu de soin, groupes auxquels participent plusieurs soignants, qui co-animent avec le Psychologue.
- 3 L'adaptation de la méthode au domaine thérapeutique nécessite quelques aménagements, le principal étant le nombre des participants. En formation, le travail s'adresse à un groupe restreint de 12 à 15 participants ; en thérapie, il est de 6 à 8 malades en

moyenne, les soignants étant au nombre de deux ou trois. De plus, le fait de travailler en formation en session groupée sur 3 ou 4 jours, induit un type de travail différent de la longue et lente évolution des patients qui viennent une heure ou une heure et demie chaque semaine participer au groupe Photolangage qui leur est proposé dans l'institution. Enfin, si la durée d'une séance n'est que d'une heure en moyenne dans le domaine du soin, une séance de formation d'adultes est en moyenne de deux heures – il peut arriver que la prise en charge d'un grand groupe d'adultes en formation (30 personnes) nécessite une co-animation (homme-femme) et un travail en alternance grand groupe – petit groupe.

Déroulement d'une séance de Photolangage

- 4 Une séance se déroule en deux temps : le temps du choix personnel d'une ou plusieurs photos, le temps des échanges en groupe.
- 5 Après que l'animateur ait énoncé la consigne³ qui lance la séance, le premier temps se déroule dans le silence nécessaire au choix fait posément par chacun. Chaque participant se laisse ainsi interpeller par les photos, il choisit du regard, laissant ainsi toutes les photos à la disposition des autres membres du groupe. Lorsque tout le groupe a choisi, l'animateur invite les personnes à venir prendre leur photo à la main en précisant bien : « sans changer de choix, si quelqu'un d'autre a pris la même photo que vous, et s'en est déjà saisi, vous retrouverez votre photo dans le groupe ».
- 6 Le deuxième temps commence lorsque tous les participants se retrouvent assis en cercle leur photo à la main. L'animateur rappelle alors l'heure de la fin de la séance, signifiant ainsi que ce temps est à partager en groupe. Il est précisé que chacun présente sa photo au groupe quand il le désire, en s'articulant éventuellement sur ce qui vient d'être dit d'une photo. Il est recommandé d'accorder la meilleure écoute possible à la présentation d'une photo, puis d'intervenir si on le souhaite, pour dire ce que l'on voit de semblable ou de différent sur cette photo. Cette consigne est importante, car elle permet d'éviter toutes les interventions qui risqueraient d'être intempestivement interprétatives. De plus, elle insiste sur le fait que

l'on n'intervient pas à propos de la personne, mais à propos de la photo présentée, ce qui confère à la photo une place d'objet médiateur, en tierce position entre le sujet et le groupe.

- 7 Avec le Photolangage, l'animateur intervient sur un mode participatif, mais non directif. Il est garant du cadre et peut être amené à dire, en cas de dérive de la part d'un participant ou du groupe : – soit : « revenons à la question, en l'occurrence la consigne qui a été énoncée en début de séance », – soit : « et si nous revenions aux photos ? ». En s'appuyant ainsi sur les éléments spécifiques à cette méthode, l'animateur pose un dispositif dont les limites sont : – d'une part le processus secondaire : la consigne à laquelle on est amené à réfléchir, à penser, en raisonnant logiquement, – et d'autre part le processus primaire : la photo qui est une image externe en lien avec nos images intérieures, nos affects et nos perceptions, ce qui nous amène à résonner analogiquement. Afin d'articuler cette brève présentation de la méthode à des pratiques cliniques, je me propose de rapporter deux séquences de groupes, l'une en formation et l'autre en thérapie.

Un groupe d'adultes en formation

- 8 La première séquence est celle d'un groupe d'adultes en formation, dont l'objectif est le développement personnel. Ce jour-là, la consigne est : « que signifie pour vous communiquer ? Dites-le à l'aide d'une photo ». Je propose les photos du dossier : Corps et communication.
- 9 La séance dure deux heures et se déroule normalement, les participants connaissent déjà la méthode. Il ne reste plus qu'une participante qui n'a pas encore présenté de photo. Il s'agit de Catherine qui dit : « Si je n'ai pas présenté ma photo plus tôt, c'est que je me suis bien demandé pourquoi j'avais choisi cette photo pour parler de communiquer » (elle nous la montre). Sa photo représente un homme vu de dos, assis dans un canoë, il tient une pagaie du côté gauche avec laquelle il rame. Il porte un chapeau et une barbe. Derrière lui, posés dans le canoë, on distingue des toiles ou des peaux d'animaux. La surface de l'eau est plane, il est sur un lac. À l'horizon, on distingue dans le lointain des forêts, qui apparaissent un peu plus sombres et qui bordent le lac.

- 10 Pour moi, ce qui émane de cette photo c'est une ambiance de calme et de solitude à la fois, dans une nature qui s'étend à perte de vue. Catherine poursuit :

« La question de ce matin m'a dérangée, car j'ai fait cette nuit un rêve où il était question d'incommunicabilité, et j'étais toujours dans cette sensation désagréable quand je suis arrivée ce matin. Alors parler de communiquer je n'en avais pas envie, ça m'était difficile et puis je me suis aperçue que ma photo, pour parler de communiquer, cet homme seul, je me demandais pourquoi je l'avais choisie. J'ai pensé, pour communiquer il faut être plusieurs. Et puis au fur et à mesure que j'écoutais les autres présenter leur photo, j'ai découvert que j'avais des choses à dire de mon choix. D'abord, je sens bien que cet homme il communique avec la nature, et puis j'ai vu ensuite ces peaux de fourrures derrière lui, c'est peut-être un trappeur et ça m'a fait penser qu'hier j'ai cherché toute la journée un anorak pour cet hiver. J'en ai essayé plusieurs et je n'ai rien trouvé qui me plaisait vraiment, alors je me suis dit que l'ancien ferait bien l'affaire encore cette année. »

- 11 Un court silence s'installe et un participant dit : « tu as parlé de trappeur, moi en voyant ta photo, j'ai pensé à passeur. J'ai immédiatement pensé à une pancarte que j'ai remarquée au bord de la Saône sur laquelle était écrit : PASSEUR. Elle était à la hauteur d'une île et ça m'a fait rêver. J'ai imaginé des gens qui allaient sur cette île au milieu du fleuve, là il y a un restaurant. Ils étaient joyeux d'y aller et d'en revenir grâce au passeur. Une autre participante prend alors la parole et dit : « pour moi, le passeur c'est plutôt péjoratif, il n'est ni là, ni ailleurs, on ne sait jamais où il est, sur quel bord et on est obligés de faire appel à lui, on est dépendant de lui ». Une autre participante intervient : « oui, mais il faut drôlement lui faire confiance, pour lui confier sa vie ». Un autre membre du groupe : « ça me fait penser au passeur qui faisait passer la ligne de démarcation pendant la guerre et qui connaissait bien la nature, le moindre sentier ».
- 12 À ce moment-là le groupe s'installe dans une discussion sur la relation de l'homme à la nature. Des échanges assez passionnés s'instaurent. Chacun défend ses positions. Il est question de différence ou non entre communier ou communiquer avec la nature, et puis est-ce la même chose communiquer avec la nature ou

communiquer avec quelqu'un ? Catherine écoute, tout en pensant en même temps à son propos, et soudain son visage s'éclaire, le débat s'épuise, elle dit :

« Justement j'étais en train de penser que mon grand-père a été passeur pendant la guerre ; il faisait passer les gens en zone libre. C'était mon grand-père paternel. Dans mon rêve de cette nuit, il y avait mon père. On était tous les deux et on devait aller à Thurins dans le Rhône. Il nous fallait une carte pour nous diriger, pour y parvenir et mon père arrivait avec une carte de Turin, en Italie. J'étais en colère contre lui, on regardait cette carte, ça ne voulait rien dire, ça ne correspondait à rien. C'était insensé. Quel malentendu, quel malaise. J'enrageais contre ce manque de communication avec lui. » (Silence.)

- 13 Elle ajoute : « Maintenant que j'ai parlé de tout ça et avec tout ce que vous m'avez dit aussi de ma photo, je me sens apaisée et puis ma photo qui me semblait si éloignée de la consigne, je m'aperçois que finalement c'était bien ça, avec tout ce qu'on en a dit ». Lors d'une séance ultérieure, sans que nous en sachions davantage, Catherine dira : « Cette séance a été très importante pour moi ».
- 14 On perçoit bien le désarroi de Catherine devant son choix de photo et le malaise intérieur qui perdure depuis son rêve et depuis son réveil. Elle montre à quel point son choix de photo s'est fait d'une manière peu raisonnée, mais plutôt en résonance avec une réalité interne, qui n'est jusque-là que préconsciente. Y aurait-il, de plus, des analogies non perçues entre les images de son rêve, des souvenirs et la photo proprement dite ?
- 15 Dans le groupe, qui, nous dit Didier ANZIEU, fonctionne comme le rêve, la chaîne associative utilise la condensation et le déplacement. La chaîne associative groupale se déploie, à partir des perceptions de la photo, exprimées tour à tour par plusieurs participants. Le personnage du trappeur sur la photo condense les personnages du passeur, du grand-père et du père, qui sont constitutifs de l'imagen paternelle de Catherine. Le groupe apparaît comme un lieu de dépôt et de délégation, Catherine y déposant, par l'intermédiaire de sa photo, ses représentations préconscientes – le groupe, utilisant le même objet médiateur, va associer maillon par maillon, ainsi la chaîne associative se déploie, jusqu'au moment où Catherine accède à une

véritable prise de conscience. Catherine délègue au groupe la fonction de liaison par la pensée, ceci se manifeste quand elle dit : « mon grand-père était passeur », comme si l'image lui avait parlé d'emblée sans qu'elle puisse identifier de quoi il s'agit, jusqu'au moment où le groupe le lui fait entendre. La photo s'est imposée à elle, par le biais d'une mobilisation des processus primaires, par l'intermédiaire d'une « pensée en image » comme le dit FREUD dans *Le Moi et le ça*, mais aussi pensée en affect, si j'ose dire.

Un groupe d'adultes en thérapie

- 16 L'autre exemple que je propose concerne une patiente psychotique⁴ dans un groupe de Photolangage en Institution. Sylvia a une cinquantaine d'années, elle fait de fréquents séjours à l'hôpital psychiatrique, en particulier au moment des fêtes de fin d'année. L'équipe l'accueille à chacun de ses séjours dans le groupe Photolangage, qui se réunit chaque semaine dans le service. À chacun de ses retours, Sylvia choisit la même photo d'une femme souriante et accroupie, au visage avenant et au regard chaleureux. De son choix elle dit très peu de choses et commente toujours sa photo de la même façon, ressassant son histoire et son choix de photo avec les mêmes discours. L'équipe soignante finit par se lasser de son attitude et l'idée est même émise de l'empêcher de reprendre une nouvelle fois cette photo. La psychologue tient bon. Elle souhaite faire respecter les règles du jeu. Sylvia, comme les autres patients restera libre de son choix et présentera sa photo selon ses possibilités du moment. Tant pis si son discours apparaît toujours aussi défensif et peu appliqué. Pourtant, l'équipe connaît bien l'histoire de Sylvia. Originaire d'Amérique du Sud, elle a perdu sa mère quand elle était jeune. Elle était l'aînée et c'est elle qui a élevé une dizaine de frères et sœurs, dont un bébé, son dernier frère, qui n'avait que quelques mois au décès de sa mère. Sylvia a subi des traumatismes à répétition, ayant perdu un frère adolescent et une sœur handicapée, après que son père soit mort lui aussi. Comment penser autant de souffrances répétées ? Sylvia sombre dans la dépression et fait plusieurs tentatives de suicide. Le service la suit depuis plusieurs années et lui accorde de rentrer chez elle, malgré une grande solitude, chaque fois qu'elle va mieux. Et pourtant, ses hospitalisations semblent répéter quelque chose de son histoire, comme se répète inlassablement pour

elle, le choix d'une même photo, quelles que soient la consigne et la variété des photos proposées.

- 17 Un jour, Sylvia aborde cette photo d'une manière nouvelle, qui provoque en elle et dans le groupe une vive émotion. Elle parle de sa mère, de son regard chaleureux, de son attitude calme et patiente et reconnaît pour la première fois le lien entre cette image qui s'est toujours imposée à elle et les souvenirs qu'elle garde de sa mère, de cette époque où elle était « heureuse et ouverte aux autres ». Elle dit bien que cette photo a fait « tilt dès le départ », mais elle n'a pu faire l'économie de ce long temps de latence avant qu'elle puisse en parler. Cette photo l'interpellait incontestablement, mais Sylvia n'était pas encore assez forte pour laisser venir les représentations dont elle était porteuse. Le deuil et l'angoisse de mort l'auraient envahie et la douleur aussi. Alors, il lui a fallu toutes ces séances de groupe avant de franchir le seuil de la prise de conscience. Sans doute fallait-il aussi que soit instaurée une grande confiance dans l'équipe et dans le groupe dans lequel elle revenait, à chaque nouvelle hospitalisation. Une autre hypothèse permet de penser qu'il a fallu que l'équipe en arrive à vouloir lui faire violence en lui interdisant le choix de « sa » photo, pour que dans les semaines qui suivent, elle puisse enfin parler des événements, qui lui avaient fait violence à elle. Quoi qu'il en soit, le cas de Sylvia témoigne de cet effet de découverte de soi à travers les images associées à une photo, qui nous mobilise et nous attire sans que l'on sache de prime abord pourquoi.
- 18 Ce moment de remémoration ayant permis à Sylvia de relier la représentation à l'affect, elle accède à une autre phase plus élaborative. Depuis cette séance, en effet, elle choisit des photos différentes, en particulier des photos de femmes, auxquelles elle dit pouvoir un peu s'identifier. Au fil du temps Sylvia a même changé d'apparence physique. Au départ, elle ressemblait à une adolescente. Perdue dans un grand pull-over marine, les cheveux longs et défaits et le jean qui lui donnaient une allure asexuée, ont fait place à une nouvelle coupe de cheveux et une allure plus féminine et plus soignée.
- 19 En mettant en parole les images de sa mère, Sylvia entame un travail psychique de deuil, qui, peu à peu, redonne vie et sens aux objets perdus, mais intériorisés. L'image d'elle-même est liée à ces images

intérieures des objets aimés et conservés au-dedans de soi. Dans son cas, la photo semble bien avoir permis un déblocage des deuils enfouis, enkystés en elle, restés jusque-là des deuils non faits. Le travail psychique que nécessite le deuil s'est ancré dans l'image photographique après qu'un long temps de latence, ait maintenu le lien aux représentations préconscientes mais non encore conscientes de sa relation aux objets perdus.

Quelques éléments de théorisation

20 Issues de deux contextes différents, ces deux séquences avec des publics dont le fonctionnement mental est bien distinct, témoignent pour l'essentiel de processus qui présentent des analogies. En effet dans un cas comme dans l'autre, le sujet est surpris ou plutôt se laisse prendre par son choix de photo, à condition bien sûr qu'il ait accepté à un moment donné de se déprendre de ses défenses et de ses mécanismes raisonneurs, pour laisser place à ses sentiments, ses émotions. Il apparaît bien que l'image et l'affect forment un couple inséparable. C'est lorsque le processus secondaire (la représentation de mot) se relie au processus primaire (la représentation de chose) qu'un travail psychique de liaison s'amorce. La photo est mobilisatrice du processus primaire par l'intermédiaire du préconscient, donc de l'imaginaire du sujet. On a vu l'importance de l'articulation entre l'imaginaire du sujet et l'imaginaire du groupe, par le biais de la chaîne associative groupale. Il est vraisemblable que les interventions des autres membres du groupe auquel appartient Sylvia, les paroles des autres patients ou des soignants ne sont sans doute pas restées sans effet, s'agissant de ce qu'ils ont pu dire de sa photo bien évidemment. À propos d'une photo, les images et les idées proposées par les autres peuvent avoir une fonction de révélation d'une dimension cachée, restée latente, derrière le discours manifeste de celui qui présente sa photo. La primauté du visuel fait que nos images intérieures sont liées en priorité au vu par rapport à l'auditif, l'olfactif, le tactile. Ces images intérieures sont convoquées par association, par contiguïté et par analogie. Il n'est pas rare qu'une photo évoque un bruit, une odeur, une musique. Elles font partie du champ des perceptions qui caractérisent le processus primaire au plus près d'un

vécu corporel inscrit en nous, sous forme de traces mnésiques et de charges affectives. La représentation de chose dont parle FREUD dans *L'interprétation des rêves* est faite de cet ensemble complexe : image-affect-percept.

Conclusion

- 21 Proposer des photos pour dire et non des photos pour illustrer, c'est bien ce qui mobilise les photographes et ce qui fait de leur recherche de sens un art parmi d'autres, dont la puissance évocatrice vaut bien celles de la peinture ou de la sculpture. Les photos sont facilitatrices de la communication dans le groupe, car elles nous sollicitent, nous parlent au-delà des mots et de la rationalité. Il est clair aussi que certaines ne nous disent rien, au moment où elles nous sont présentées, tellement rien que certains participants disent ne pas les avoir vues sur les tables, lors du temps du choix personnel. Au contraire, lorsqu'une photo s'impose à nous, c'est que, de son état de photo elle est devenue pour nous une image et qu'elle s'adresse à nous avec force, en référence à nos images intérieures. Alors, si nous acceptons de nous laisser entraîner dans l'au-delà des mots, le langage des images peut permettre à chacun d'entre nous formateur, stagiaire, patient ou simple participant, d'accéder à un espace de liaison, un lieu de mise en sens générateur de changement, de nouvelles représentations voire même d'un véritable travail thérapeutique.

NOTES

- 1 Claire BELISLE et Alain BAPTISTE sont co-directeurs de la collection.
- 2 Le terme de Photolangage utilisé comme un nom propre désigne à la fois la méthode elle-même et les dossiers de photos en noir et blanc (48 photos) publiés et vendus en librairie. Le mot Photolangage est sous copyright.
- 3 L'animateur propose une consigne du style : « Choisissez la photo qui vous plaît le plus ou la photo qui vous déplaît le plus », ou « Dites à l'aide d'une photo ce que vous souhaiteriez faire plus tard », ou « Choisissez la photo, qui évoque le mieux un bon souvenir pour vous ».

4 Le cas de cette patiente est présenté par Monique MOLHO dans le collectif intitulé : *Photolangage. Une méthode pour communiquer en groupe par la photo*, dans le chapitre V, sous la direction de C. VACHERET, Éd. Organisation, 1991.

AUTEUR

Claudine Vacheret

Maître de conférences à l'Université Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/058460888>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000001062917>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13612232>

Un atelier d'arts plastiques dans un service psychiatrique

Nathalie Méchin

DOI : 10.35562/canalpsy.1231

PLAN

Exemples de cas clinique

TEXTE

- 1 Un atelier « **Arts plastiques et communication** » fonctionne depuis trois ans dans un service de l'hôpital psychiatrique de Saint-Égrève. L'objectif fixé par le chef de service était de proposer aux patients hospitalisés un espace de parole en utilisant un support d'expression créative.
- 2 La mise en place a été difficile car elle a suscité des réactions institutionnelles diverses. L'équipe infirmière a d'abord hésité à s'associer évoquant un projet semblable qui n'avait pu se mettre en place. Les premières animations avec des infirmières ont confronté deux conceptions divergentes d'un atelier d'arts plastiques, une représentation spontanée étant que ce devait être un lieu de plaisir pour les patients, et que les soignants pourraient dessiner en même temps que les patients. Au fil du temps après discussions et explications, l'atelier est compris dans sa définition et son projet thérapeutique. Il reste que régulièrement des freins voient le jour : la salle utilisée est occupée par une réunion, les patients inscrits sont parallèlement inscrits à une autre activité à la même heure, ou ont une permission de sortie cette après-midi-là. Si l'équipe infirmière dans son ensemble et son responsable sont devenus partie prenante de l'importance de l'atelier, certains médecins restent ambivalents comme s'il était difficile d'admettre que même si les neuroleptiques sont utiles et efficaces, un patient malade a en lui un potentiel de créativité qui est sa richesse.

- 3 Le titre de l'**atelier** indique les deux activités demandées aux patients : expression individuelle par le dessin et la peinture, et parole partagée avec les participants. Le patient dessine un cercle et à l'intérieur de ce cercle dessine et peint ce qui lui vient le plus spontanément possible. Le cercle, reprend un des principes du mandala, est une contrainte imposée et expliquée aux patients. Il fait fonction de contenant symbolique aux projections de la vie psychique du patient, souvent désorganisée et angoissante. Il fonctionne aussi comme cadre-loi, et si le patient transgresse ce cadre il s'en explique.
- 4 Puis le patient montre sa production, et en parle, aidé par les autres qui posent des questions sur les formes, les couleurs et expriment ce qu'ils ressentent en regardant le dessin. Les supports proposés sont suivant les séances du papier blanc ou couleur, des pastels, de la peinture au doigt, de l'acrylique, et des collages. Les règles de fonctionnement posées sont : respecter les consignes, ne pas gêner les autres quand ils dessinent, les écouter quand ils parlent, ne porter de jugement ni sur soi, ni sur les autres.
- 5 Les **patients** sont hospitalisés, donc dans une période de crise où vivre seuls, ou avec leurs proches est devenu impossible, soit pour la première fois, soit suite à d'autres hospitalisations. La durée de l'hospitalisation est variable, de deux semaines à deux mois ou plus.
- 6 Les patients sont inscrits dans l'atelier soit sur proposition d'un médecin, ou d'une infirmière, soit sur leur demande. Seuls les patients trop agités pour rester assis, ou respecter le matériel, ou trop délirants pour communiquer avec d'autres et les écouter ne sont pas admis à l'atelier.
- 7 Le nombre de patients est limité à 5, 6, car le temps de communication et d'écoute des autres est une difficulté pour les patients tournés vers leur douleur, déconcentrés et parfois fatigués. Un nombre plus important ne permettrait pas une qualité d'écoute.
- 8 Les **intervenants** sont une psychologue et une infirmière. Ils ont pour tâches de faire fonctionner l'atelier, faire respecter les règles, aider chacun à la production et à l'expression. Ils sont les garants de la confidentialité du travail effectué et des paroles partagées : aucune information précise n'est transmise à l'équipe, seules des informations générales sur le comportement des patients sont

transmises. Exceptionnellement l'intervenant aide à la production quand un patient n'arrive pas à commencer soit qu'il soit freiné par une raideur liée aux médicaments, soit qu'il ait peur de mal faire. Il s'agit de s'approcher avec un mot d'encouragement, ou de guider la main pour initier un trait sur le papier, accompagnement qui suffit à débloquer la situation.

- 9 La question se pose de la **dimension thérapeutique** et du sens de cette expérience pour les patients ?
- 10 Le cadre et le contrat avec le patient sont qu'il est là pour se soigner lui-même en exprimant son ressenti, en communiquant, et en écoutant l'autre dans sa différence. Le vécu des patients à l'hôpital est la plupart de temps : une rupture dans la communication, une dévalorisation de leur image, et un état de désinvestissement affectif renforcé par les neuroleptiques. Cette douloureuse période de crise implique une déstabilisation ou une perte des étayages de base de la vie psychique, corps, mère, groupe, soi. Le groupe, d'une part, le cadre garanti par les intervenants, d'autre part, et le cadre symbolique imposé pour le dessin, vont proposer des étayages de substitution pendant la durée de l'atelier, permettant ainsi à la personne de se sentir suffisamment en sécurité pour se laisser aller à un travail sur soi.
- 11 La phase de production permet à la main d'être utilisée comme outil de **création**, de représentation symbolique de soi, mise à distance de soi à soi pour des patients réduits à une expression somatique ou des passages à l'acte (violence, tentative de suicide, production délirante, alcoolisation, etc.). Ce temps de création est l'occasion de se sentir exister par sa production. Il est donné le choix aux patients à la fin de la séance, soit de laisser le dessin dans le placard, où seuls les intervenants ont accès, ce qu'ils choisissent la plupart du temps, soit de l'emmener dans sa chambre s'il le souhaite. Certains patients demandent à reprendre leurs dessins quand ils quittent l'hôpital. Souvent les patients sont surpris de ce qu'ils ont fait, tant le manque d'estime de soi fait qu'ils se pensent incapables de faire quoi que ce soit. Il s'agit d'une projection de soi, disjointe du corps, d'une création d'images, qui se travaillent dans le champ de l'espace vécu. Le choix des couleurs est proposé comme choix d'une expression individuelle de ce que le patient aime ou n'aime pas. Le

sens de la couleur utilisée est analysé par chacun dans son registre de symbolisation, qu'il découvre en l'exprimant aux autres. Le patient s'exprime à propos de lui, car, comme l'écrit C. DUPLOT in. J.-P. KLEIN, 1993, p. 237) : « La création est toujours – tout au moins dans les premières phases du processus – œuvre privée, et il importe de se pencher sur la place et la fonction que ce morceau, bien réel, d'espace, chargé de sens, occupe et remplit dans le monde personnel du sujet. »

- 12 Chacun se pose comme Sujet, énonciateur de son discours sur sa production, assumant la responsabilité de ce qu'il a fait, il doit « répondre de ». La **communication** à l'Autre est centrale car elle renvoie le patient à son existence dans son unicité, et dans la réalité « ici et maintenant » de ce qu'il dit dans l'atelier. L'hospitalisation accentue un repli sur soi, une rupture dans la communication avec les proches, et un abandon de soi comme objet à soigner. Le discours du psychotique est souvent le discours des autres, où les mots sont des choses, sans intention de signification. La parole reprend sa place signifiante dans une communication avec l'autre, car comme l'écrit J. LACAN (1966, p. 181) : « Ce que je cherche dans la parole c'est la réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet c'est ma question. Pour me faire reconnaître de l'autre, je ne profère ce qui fut qu'en vue de ce qui sera. »
- 13 Le patient se pose des questions sur son travail créateur accompagné par les intervenants et les autres patients. Les intervenants guident l'expression sur deux axes : où le patient se situe dans le dessin, et en quoi le dessin représente en partie l'expérience vécue dans le présent à l'hôpital. Les soignants dans ce contexte créent une configuration thérapeutique et offrent leur présence à l'Autre. Le rappel des consignes est une adresse au « Je » créateur du patient. Il y a un plaisir de la découverte au moment de l'expression, car le patient découvre des significations inédites, des représentations inconnues jusque-là. Comme l'a montré D. W. WINNICOTT (1975, p. 90), « le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » et « il faut donner la chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatrices, motrices et sensorielles de se manifester ; elles sont la trame du jeu ».

- 14 Ces différents effets de l'atelier, création, communication à l'autre, jeu, permettent de considérer que le travail effectué a une dimension thérapeutique même si l'atelier ne porte pas ce qualificatif. On ne peut pas parler de thérapie car il y a peu de durée pour certains patients, et il ne s'agit pas d'un engagement dans une thérapie au sens strict. Cependant la démarche est un des éléments de soins dans un processus thérapeutique.
- 15 La production plastique dans ce cadre est, au-delà d'un ressourcement narcissique, un « médiateur » entre le vécu psychique et émotionnel, Soi et les autres, un espace de transition entre soi et soi. Il y a ressourcement narcissique pour le patient, car le dessin produit renvoie au patient une image créative de lui-même. Le dessin sert de médiateur car il permet un détour par la matière, et la matière offre un objet pour parler de soi. La représentation symbolique permet une mise en scène d'éléments d'un mythe individuel à découvrir, à dire, à peindre.

Exemples de cas clinique

1. Aïcha est une femme de 44 ans, qui a toujours vécu avec sa mère, elle est hospitalisée par sa famille dans un moment de délire. À l'hôpital, elle mange souvent deux repas, un repas kasher, et le repas de l'hôpital, et elle dort. Elle cherche à plaire au personnel. À l'atelier, c'est une « artiste », elle se révèle d'emblée très à l'aise avec la peinture et les pinceaux, et très concentrée sur son travail. Sa difficulté est de communiquer avec les autres, sauf dans la séduction. Un premier effort pour elle sera de s'adresser aux autres patients. Ses paroles sur sa production sont en référence à la religion et à la nature, elle est de religion juive intégriste. Ensuite, elle commencera à évoquer des associations avec son expérience personnelle : des fleurs jaunes lui font penser aux œufs-mimosa que fait sa mère. Elle refusera longtemps de résonner aux expériences émotionnelles des autres. Elle commence à boudier, lorsqu'elle est sollicitée. Puis un jour elle se met en colère après les intervenants...
2. Gabriel est un patient psychotique de 27 ans, qui suit l'atelier de façon épisodique car il est soumis périodiquement à des délires puissants et violents. Il fait un jour un dessin très abstrait et construit en motifs géométriques symétriques. Il décrit son travail et cherche en vain du sens pour lui. Quelqu'un lui dit « on dirait un masque comme dans les

rituels ». Il sourit et reprend à son compte cette parole de l'Autre et dit « c'est peut-être un masque de transformation ». Nous parlons alors de ce qu'il est en train de vivre et de son espoir qu'un changement s'opère pour lui.

3. Chantal, ancienne infirmière, est une patiente de 55 ans en grande dépression, elle a suivi longtemps l'atelier. Dans un premier temps ses dessins évoquaient des paysages ruraux et le moment de parole était objet de larmes et de nostalgie sur son enfance et sa mère décédée. Puis il y a eu des points rouges comme des détails sur des feuilles, qui de son point de vue exprimaient de la vitalité. Un jour un animal rouge a littéralement surgi dans ses dessins, qui exprimait pour elle de la colère. Cette expression de la colère et la prise de conscience qu'il y avait de la colère en elle a contribué à sa sortie de la dépression.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., 1981, *Le corps de l'œuvre. Essais psychanalytiques sur le travail créateur*, Paris, Gallimard.

KLEIN J.-P., 1997, *L'arthérapie*, Que sais-je 3137, Paris, Gallimard.

KLEIN J.-P., 1993, *L'art en thérapie*, Paris, Éd. Hommes et perspectives.

LACAN J., 1966, *Écrits I*, Paris, Seuil.

WINNICOTT D. W., 1975, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

AUTEUR

Nathalie Méchin

Psychologue, psychothérapeute en hôpital psychiatrique, chargée d'enseignement à l'Université Grenoble 1 et Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/052485536>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000001864266>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13557516>

Expérience clinique autour d'une médiation : le dessin d'enfant et d'adolescent

Martine Drevon

DOI : 10.35562/canalpsy.1232

TEXTE

- 1 Il n'est rien de plus banal que la pratique du dessin d'enfant et son interprétation. Dans les nombreux ouvrages traitant de ce sujet, il y a divergence de sens selon que la méthode employée relève de la psychologie projective ou de la thérapie.
- 2 Malgré sa grande utilisation le dessin apparaît encore « tabou » en dehors de son utilisation dans le cadre analytique. Pourtant il est produit, le plus souvent, à la première rencontre avec un enfant et sa famille, il peut être aussi présenté, avec des adolescents, comme médiation, instance de communication, de relation permettant un travail psychique sur le mode de la création.
- 3 Ce sera l'objet de notre présentation : **le dessin utilisé comme médiation : est-ce un endroit pour une rencontre ?**
- 4 Depuis de nombreuses années l'utilisation des médiateurs est au cœur d'un certain nombre de pratiques thérapeutiques individuelles et groupales mais ce n'est que récemment que ce terme est mis à l'ordre du jour, est-ce un effet de la mode, d'avancées théoriques concernant la symbolisation ou est-ce l'effet de la précarité actuelle des espaces de rencontre humaine dans notre société ?
- 5 Que ce médiateur soit un objet concret (eau, terre, pâte à modeler, peinture, dessin) ou concerne une technique particulière (contes, musique, projectifs), la nécessité d'introduire dans la relation un tiers médiateur nous a conduit à nous interroger sur une technique de dessin utilisée comme médiation en tant que lieu favorisant le déploiement de l'activité représentative.
- 6 Généralement on définit la médiation, souvent en référence au médiateur utilisé, comme ce qui réunit et articule. Si nous nous référons au dictionnaire, en ancien français, le mot prend le sens de

« division » au ^{xiii}^e siècle. Plus tard au ^{xvi}^e siècle il devient, prenant sa valeur moderne, « entremise destinée à concilier des personnes, des partis », d'abord en religion dans une relation entre l'homme et Dieu, puis surtout en droit et en diplomatie. Par extension, il s'applique au fait de servir d'intermédiaire, dans des emplois didactiques et particulièrement en philosophie.

- 7 « S'interposer entre » est donc bien la définition étymologique du mot médiation. Dans médiation, il y a l'idée d'un « objet médium » qui s'interpose entre le psychologue et l'enfant, l'adolescent, et qui a pour fonction première de déplacer les effets d'attraction réciproque en direction d'un élément de cadre. Dans ce cas, il vise à instaurer une triangulation psychologue-patient-dehors.
- 8 Depuis de nombreuses années, j'utilise le dessin comme méthode projective (AT9) et médiateur de relation avec des adolescents. Il offre de nombreux avantages, il n'est jamais refusé, sa passation est simple et rapide. Je peux émettre des hypothèses, il me sert comme instrument diagnostic et thérapeutique.
- 9 Dans toute pratique clinique nous ne pouvons dissocier la démarche d'investigation psychologique de la démarche thérapeutique : il est important d'évaluer les différentes modalités du fonctionnement psychique d'un adolescent pour répondre à sa souffrance. Surtout lorsque nous travaillons dans des secteurs où les familles n'ont pas de demande concernant leur adolescent, ce dernier n'ayant pas grand-chose à dire non plus.
- 10 Je vais présenter cette médiation mise en place pour simuler une théorie de l'imaginaire.
- 11 Avant d'aborder la théorie, il n'est pas inutile de vous présenter l'épreuve en question. Habituellement avec les groupes en formation, j'implique directement mon auditoire en donnant aux participants les consignes de cette épreuve et en les invitant à effectuer une ébauche d'exécution. Ainsi par la suite, chacun peut situer sa production dans l'ensemble des catégories de réponses présentées.
- 12 L'AT9 a été mis au point par Yves DURAND sur la base des travaux de Gilbert DURAND son homonyme – et non parent ! – dans une perspective d'exploration de l'imaginaire par le dessin avec l'anthropologique-test est à 9 éléments, d'où sa dénomination.

L'épreuve se présente de la façon suivante : on remet au sujet une feuille à dessin de format 21x27 cm. En haut de la page 1 et horizontalement est indiqué le texte suivant : « Composez un dessin avec : une chute, une épée, un refuge, un monstre dévorant, quelque chose de cyclique (qui tourne, qui se reproduit ou qui progresse), un personnage, de l'eau, un animal (oiseau, poisson, reptile ou mammifère), du feu ». Sur la page 2 est mentionné : « Expliquez votre dessin sous forme d'une histoire ». Lorsque le dessin et le récit sont terminés on remet un questionnaire permettant d'obtenir des données complémentaires sur les processus, de symbolisation et d'implication du sujet dans la réalisation de son œuvre.



- 13 Si nous situons rapidement la théorie d'où est partie Y. DURAND, il s'est basé sur celle que développe G. DURAND dans un ouvrage intitulé *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. Pour cet auteur, c'est le

temps mortel, la mort, qui constitue le processus originel de l'imaginaire.

- 14 Il définit l'imaginaire comme un champ de réponses différenciées face à la mort – identifiée au Temps mortel. L'imaginaire est conçu comme le lieu où se développent des processus d'anti-destin et où s'élaborent des moyens – représentatifs, symboliques, rhétoriques, rationnels – ayant pour but d'échapper à la fatalité de la mort.
- 15 Au départ de cette argumentation il y a une sorte de reconnaissance de la temporalité mortelle comme processus originel de l'imaginaire.
- 16 C'est pourquoi, si le travail de G. DURAND vise à démontrer comment « fonctionne » l'imaginaire – en faisant l'inventaire des groupements d'images (qu'il ordonne en « structures ») aptes à résoudre le problème de la mort – il consiste préalablement à analyser le registre des images représentatives de la mort.
- 17 Ces images se répartissent, selon lui, en trois grandes catégories : thériomorphes (images se rapportant à l'animalité inquiétante et angoissante), nyctomorphes (images qui renvoient au noir et à la nuit) catamorphes, (images qui concernent la chute).
- 18 Les grandes catégories structurales décrites par la théorie se retrouvent dans l'inventaire fait par Y. DURAND à savoir les thèmes héroïques, mystiques et synthétiques : suggérées par des mots symboliques, ces catégories émergent selon des micro univers mythiques, parfois complexes, mais sémantiquement non-arbitraires et localisés dans un champ imaginaire conforme aux données théoriques.
- 19 L'AT9 en passant d'un modèle de mise à l'épreuve d'une théorie est devenu un test psychologique apte à permettre le repérage des particularités de la représentation imaginaire, chez des sujets pour lesquels les processus mortifères sont devenus envahissants.
- 20 C'est en tant qu'espace « d'un ailleurs », espace du lieu de la réunification du symbolon que l'AT9 rappelle d'un point de vue topique, le rôle joué par le préconscient qui, comme l'explique R. KAËS (1984) « introjecte ce qui vient de l'inconscient pulsionnel et ce qui vient de l'extérieur : les perceptions transformant ceci de manière à

ce qu'il soit présenté comme "qualités psychiques" à la conscience, qui réagira par le plaisir ou le déplaisir ».

- 21 C'est par la rencontre d'une réalisation avec une pré-organisation psychique que le sujet peut subjectiver ce qui était en souffrance d'élaboration.
- 22 Cette épreuve en tant qu'espace transitionnel permet à l'adolescent de réaliser une expérience transitionnelle où se déploie la créativité du jeu, de la fantaisie et par là même le je.
- 23 Expérience de continuité par le jeu qui consiste à mettre en rapport la réalité du dedans, c'est-à-dire, les affects, les pulsions, les conflits objectaux, avec la réalité du dehors : ses plaisirs et ses catastrophes. Il se crée un aller-retour de l'objet qui devient alors représentable.
- 24 Cette expérience permet à l'adolescent de trouver un support, un écran à la projection répétitive des lacunes de son moi.
- 25 L'AT9 réalise là véritablement un pont entre les deux parties symboliques complémentaires. C'est par le mouvement de « va » et « vient » précédemment évoqué, rendu possible par la distance qui sépare le dedans du dehors, que pourra s'établir la représentation. Le travail de la représentation s'apparente plus généralement au travail de la mentalisation, et vient établir un lien « entre une présence qui s'est absentée et une absence représentée » (R. KAËS, 1984).
- 26 L'AT9 en tant que médiation permettant l'activité représentative, apparaît bien comme un objet transitionnel, objet qui fait lien entre le sujet et l'autre ; objet à la fois interne et externe qui s'apparente à l'idée du double ; en tant que double il permettrait au sujet de se reconnaître et en même temps de se séparer.
- 27 Avec les adolescents nous sommes condamnés à l'inconfort, voire à l'invention, lorsqu'ils nous sollicitent, pour entendre un discours sans paroles et contribuer à la remise en « je » que constitue, comme certains ont pu le dire, l'accès à la vie adulte. C'est en cela que l'AT9 nous sert de passage pour penser la crise et articuler une rupture, n'est-ce pas le but de l'utilisation de toute médiation ?

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU A. et coll., *Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*, Paris, Dunod 1996.

DECOBERT S. et SACCO F., *Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1995.

KAËS R., *Contes et divan*, Paris, Dunod, 1984.

AUTEUR

Martine Drevon

Psychologue clinicienne, chargée de cours à l'Université Lyon 2

IDREF : <https://www.idref.fr/083015299>

Aperçu

La transmission psychique inconsciente

Albert Ciccone et Monique Charles

NOTES DE LA RÉDACTION

Propos recueillis par Monique CHARLES.

NOTES DE L'AUTEUR

Comprendre comment les héritages traumatiques peuvent se travailler implique de reprendre la question de la transmission. Nous avons demandé à Albert CICCONE, maître de conférences à l'Université Lumière Lyon 2, de nous présenter les lignes de force organisant son dernier ouvrage, *La transmission psychique inconsciente* (Paris, Dunod, 1999, 208 p.).

TEXTE

Canal psy : À partir de quels terrains avez-vous élaboré votre réflexion sur la transmission ?

A. CICCONE : Trois types de clinique ont soutenu mes réflexions sur la transmission. Le premier concerne le champ de la psychopathologie précoce. Depuis plusieurs années je m'intéresse au dépistage des troubles psychiques précoces. J'observe, comme d'autres, la manière dont l'environnement transmet, à travers les interactions précoces – comportementales, affectives –, des contenus, des fantasmes dont le bébé va progressivement se saisir et qui vont organiser, ou désorganiser, sa subjectivité ou ses processus de subjectivation. Mais j'observe aussi la manière dont l'enfant lui-même stimule, ou pas, les potentialités parentales, la manière dont le bébé participe à organiser ou désorganiser la parentalité. Car la parentalité, en effet, n'est pas donnée en soi ; elle se construit dans la rencontre avec le bébé. Et la parentalité est particulièrement désorganisée lorsque, par exemple, le bébé est porteur d'une anomalie. Ainsi, le deuxième type de clinique à partir de laquelle j'ai modélisé les processus de transmission psychique est représenté par la clinique du handicap. Les effets traumatiques de la rencontre avec le handicap touchent

particulièrement la transmission car le handicap désorganise la filiation, la généalogie. Enfin, le troisième type de clinique concerne les situations de répétition, et notamment de répétition d'échecs de la parentalité. Mon expérience concerne en particulier des patients qui font une demande de psychothérapie ou de psychanalyse parce qu'ils souffrent d'avoir été insuffisamment investis, reconnus, aimés par leurs parents, dont ils dénoncent et condamnent les conduites éducatives, tout en s'apercevant avec douleur qu'ils les répètent.

Canal Psy : Comment situez-vous votre approche relativement aux conceptions actuelles de la transmission psychique inconsciente ?

A. CICCONE : Il y a quelques années, Jean GUYOTAT, dont vous connaissez l'intérêt pour la question de la transmission, disait que je décrivais du dedans les processus qu'il avait essayé de décrire du dehors. Outre qu'elle m'honore sans doute trop, je trouve cette réflexion toujours pertinente. Mes travaux complètent les travaux actuels, ou les conceptions actuellement disponibles et utilisées par les cliniciens et les chercheurs qui travaillent la question de la transmission. J'ai essayé d'éclairer certains points laissés en suspens, ou omis. Les principales avancées que je propose concernent d'une part les modalités de transmission inconsciente que je modélise à partir des processus d'identification projective, et d'autre part les modalités d'intériorisation de la transmission, c'est-à-dire les manières dont le sujet se représente les transmissions qu'il a subies, autrement dit les manières dont il construit des fantasmes de transmission.

Canal Psy : Quelle modélisation proposez-vous de l'identification projective que vous considérez comme la voie royale de la transmission ?

A. CICCONE : L'identification projective est une notion complexe. Il faut en fait la considérer comme une notion plurielle et parler non pas de l'identification projective mais des identifications projectives. Cette notion regroupe un ensemble de processus qui articulent, par définition, un pôle projectif et un pôle identificatoire. Mélanie KLEIN, qui a décrit ce processus, mais qui n'en a pas exploré toute la richesse et toutes les conséquences, avait une conception profondément intersubjective du développement et du fonctionnement psychiques. Les différentes versions ou les différentes déclinaisons de l'identification projective représentent les processus qui permettent

au sujet d'explorer l'espace mental de l'autre, d'y déposer des contenus pour s'en débarrasser ou pour les lui faire prendre en charge dans une relation de maîtrise, ou bien de s'approprier certains contenus, certains objets psychiques de l'autre, ou bien encore d'exercer une action sur l'autre, une influence engageant et transformant la subjectivité de l'autre. L'identification projective est ainsi le moyen par lequel se réalisent toute une série de transactions inter- ou transsubjectives. Ce processus est le principal vecteur des transmissions psychiques. C'est en tout cas ce que je propose, et j'ai développé l'idée selon laquelle toutes les modalités identificatoires contiennent, dans leur montage même, des éléments projectifs identificatoires par lesquels se réalisent les transmissions.

Canal Psy : En quoi consistent les fantasmes de transmission et quelles sont leurs fonctions ?

A. CICCONE : L'étude des fantasmes de transmission est tout à fait nécessaire, parallèlement à l'étude des modalités de transmission intersubjective ou transsubjective. Les fantasmes de transmissions sont des scénarios qui mettent en scène, qui dramatisent la manière dont le sujet se représente les transmissions qu'il subit ou dont il est victime. Ces fantasmes regroupent également les reconstructions dans lesquelles le sujet fait appel à la transmission pour rendre intelligible ou représentable une réalité énigmatique, traumatique. J'ai, en effet, décrit les fantasmes de transmission dans les contextes de transmission traumatique. De tels fantasmes ont essentiellement trois fonctions : la première est une fonction d'innocentation (« je n'y suis pour rien, tout vient d'un ancêtre ») ; la seconde est une fonction d'inscription dans la généalogie, notamment lorsque celle-ci est mise à l'épreuve, menacée, fracturée (si tout vient d'un ancêtre, le sujet porteur d'une altérité traumatique est donc bien inscrit dans une lignée généalogique, générationnelle) ; la troisième fonction, enfin, est une fonction d'appropriation, de subjectivation, le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère qui s'impose à lui, dans le même mouvement qui le conduit à s'en dessaisir, ou à s'y soustraire. Les fantasmes de transmission réorganisent les transmissions traumatiques.



Canal Psy : Si on ne projette jamais rien en l'air, si on ne transfère jamais au hasard, qu'est-ce que cela implique quant à la compréhension et à l'utilisation du contre-transfert ?

A. CICCONE : Vous savez qu'il existe grossièrement deux conceptions du contre-transfert : l'une qui considère le contre-transfert comme un obstacle à l'analyse, et qui énonce que le contre-transfert doit être analysé pour être neutralisé ; l'autre qui considère le contre-transfert comme un outil d'analyse, et qui justifie l'analyse du contre-transfert par le fait que celui-ci renseigne sur les éléments non symbolisés de la situation clinique. Il est probable que les tenants de l'une ou de l'autre conception ne s'adressent pas aux mêmes patients, les premiers travaillant essentiellement dans le champ de la névrose, les seconds dans le champ de la psychose. Mais si l'on considère que le transfert, comme toute projection, n'a jamais lieu au hasard, qu'il nécessite un certain nombre de conditions dont la présence, chez le destinataire du transfert, d'éléments ou de processus suffisamment semblables à ceux transférés, ou de processus dont le travail dans

l'espace psychique du destinataire a aménagé une zone susceptible d'accueillir, voire d'attirer, les contenus transférés, on peut alors voir se rejoindre ces deux conceptions apparemment antagonistes. Il me semblerait par ailleurs intéressant de développer une proposition de Salomon RESNIK selon laquelle plutôt que de parler de transfert et contre-transfert, il vaudrait mieux parler de double transfert, car l'analyste transfère et projette tout autant que le patient.

Canal Psy : Votre étude donne-t-elle des pistes pour penser les blessures affectant la mémoire collective et la façon dont elles sont transmises et peuvent être réorganisées ?

A. CICCONE : Je crois que la notion de fantasme de transmission, dont la version consciente est représentée par les mythes, les romans, les histoires que l'on construit autour des transmissions traumatiques, ou autour des traumatismes transmis, peut tout à fait être utile pour penser les traumatismes collectifs et leur transmission, et pour penser la manière dont, par de tels fantasmes, la transmission est réorganisée.

Canal Psy : Pourrait-on dire que, tant sur le plan du sujet que sur celui de l'histoire collective, l'enjeu du travail psychique est de pouvoir transformer l'origine en devenir ?

A. CICCONE : Tout à fait. L'origine est toujours en devenir. La question de l'origine n'est pas une question archéologique. Elle est avant tout et essentiellement une question téléologique. La transformation de l'origine, qui est en effet l'un des enjeux essentiels du travail psychique, suppose un travail d'intégration, de subjectivation. Mais elle suppose aussi un travail de réparation, réparation des blessures, des fractures, des effets de la destructivité que contient l'origine. On peut d'ailleurs dire que la réparation est la principale modalité d'intégration. On peut bien sûr l'observer à l'échelle du développement psychique d'un sujet, mais aussi à l'échelle de l'histoire d'un groupe, d'un groupe social, d'une nation. Les exemples ne manquent pas. Mais les exemples ne manquent pas non plus pour illustrer combien le travail de réparation est fragile et doit être protégé. Avant de clore cette interview, j'aimerais profiter de cette occasion pour signaler que *La transmission psychique inconsciente* est le dernier livre que Didier ANZIEU a vu publié dans sa collection, « Psychismes », dont il était toujours le directeur, et pour lui rendre

hommage en soulignant la richesse de ce qu'il a transmis, du fait de sa créativité, de sa générosité, de son intelligence, et de sa conception très humaine de la psychanalyse.

AUTEURS

Albert Ciccone

IDREF : <https://www.idref.fr/03054811X>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000116003212>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12194130>

Monique Charles