

# **THÈSE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE**

## **LIAISONS THÉRAPEUTIQUES CHEZ DES PATIENTS PSYCHOSOMATIQUES ET DES PATIENTS ATTEINTS DE CRISES DE PANIQUE EN GROUPES DE PHOTOLANGAGE®**

**Docteure Claudia Nora Finkelstein**

### **Jury**

Professeure émérite Claudine Vacheret, Université Louis Lumière –CRPPC -  
Institut de Psychologie - Lyon II, Directrice de thèse.

Professeur Patrice Cuynet, Université de Besançon.

Christiane Joubert, Université Lyon2, HDR.

Philippe Robert, Université Paris 5, HDR.

2013

Le Chemin Intérieur

Le corps est mut par des énergies qui proviennent du champ biologique.  
La conscience de l'esprit possède plusieurs modes de connaissances qui ne proviennent pas du corps.  
La sagesse du rêve, c'est la sagesse de la philosophie, de la philosophie personnelle.

**Joseph Campbell (1949 Le Héro aux mille visages).**

Traduction française: Anne Saint-Genis.

## REMERCIEMENTS

Ce travail souhaite avant tout rendre hommage à deux grands Maîtres qui ne sont plus parmi nous : Le Docteur Alfredo Lanari et le Professeur Marcos Bernard. Ainsi qu'aux professeurs qui ont influencé mon travail par leurs connaissances et que j'ai choisi comme modèles professionnels : Ana Aberastury-psychologue, Liliana Bracchi-Docteure en Psychologie, Marina Selvatici-psychologue, Janine Puget-Docteure en Psychologie et principalement Claudine Vacheret- psychologue et Professeure HDR, à eux tous ma plus profonde gratitude pour leur confiance, leur savoir, leur encouragement et la constance dans leur rôle de guide.

[Claudiafinkel@gmail.com](mailto:Claudiafinkel@gmail.com)

# Table des matières

<b>Partie I : Présentation</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Champ de la recherche : Patients qui expriment leur souffrance au travers du corps et groupes à médiation par le Photolangage®.</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Généralités : équipe et hôpitaux. Rôle médicale. Définitions opératives.</b> .....	<b>11</b>
1.2.1 Patients psychosomatiques en groupe de contrôle et en groupe de parole à l'Hôpital de Cliniques « José de San Martín ». Phase IA y IB. ....	11
1.2.2 Patients psychosomatiques asthmatiques en groupe à médiation à l'Institut de Recherches Médicales Dr. Alfredo Lanari (IDIM). Phase II. ....	16
1.2.3 Groupes à médiation par le Photolangage® avec des patients souffrants de crises de panique. Phase III. ....	19
<b>1.3 Dispositifs groupaux : Généralités du groupe</b> .....	<b>20</b>
1.3.1 Historique de ma décision de proposer un groupe à médiation.....	38
1.3.2 Auteurs qui travaillent avec des groupes à médiation dans l'actualité.....	38
<b>1.4 Dispositifs utilisés dans la recherche</b> .....	<b>42</b>
1.4.1 Phase IA. Groupe-contrôle .....	42
1.4.2 Phase 1B. Groupes de parole avec des patients asmathiques à l'Hôpital des Cliniques « José de San Martín ». ....	42
1.4.3 Phase II. Groupe à médiation par le Photolangage® avec des patients asthmatiques à l'Institut de Recherche et d'Études Médicales Dr. Alfredo Lanari. ....	45
1.4.4 Phase III. Groupe de Photolangage® avec des patients atteints de crises de panique. ....	50
<b>1.5 Photolangage®</b> .....	<b>50</b>
<b>1.6 Le patient psychosomatique</b> .....	<b>60</b>
<b>1.7 Le patient atteint de crises de panique.</b> .....	<b>93</b>
<b>Partie II : Méthodologie</b> .....	<b>107</b>
<b>2.1 Problématique</b> .....	<b>108</b>
<b>2.2 Méthodologie du traitement des données.</b> .....	<b>113</b>
<b>2.3 Hypothèses</b> .....	<b>114</b>
2.3.1 Principale .....	114



2.3.2	Secondaires.....	114
<b>2.4</b>	<b>Clinique et commentaires.....</b>	<b>115</b>
2.4.1	Technique de collecte des données .....	115
2.4.2	Méthode clinique analytique du contre-transfert verbal et para-verbal.....	115
<b>2.5</b>	<b>Clinique : séances de groupes de parole avec des patients asthmatiques.....</b>	<b>119</b>
<b>2.6</b>	<b>Clinique : séances de groupes à médiation par le Photolangage® de patients asthmatiques et psychosomatiques.....</b>	<b>148</b>
<b>2.7</b>	<b>Clinique du Photolangage®: séances individuelles et ou en groupes utilisant le Photolangage® pour des patients psychosomatiques ou atteints de crises de panique.</b>	<b>230</b>
2.7.1	Le cas de Viviana. Patiente fumeuse compulsive et atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (Epop).....	230
2.7.2	Le Cas d'Emma. Patiente qui souffre d'hypertension, d'un syndrome du côlon irritable et d'un cancer du sein. ....	238
2.7.3	Le cas de Ricardo : Patient asthmatique et atteint de crises de panique.....	247
2.7.4	Le cas de Sol. Patiente souffrant de crises de panique. ....	258
2.7.5	Le cas d'Edgardo. Un patient psychosomatique. ....	263
2.7.6	Le cas de Fernando. Un patient souffrant de crises de panique.....	265
<b>2.8</b>	<b>Clinique : séances en groupes de médiation avec de jeunes patients atteints de crises de panique .....</b>	<b>267</b>
<b>2.9</b>	<b>Clinique : séances en groupes de médiation par le Photolangage® avec des patients adultes souffrants de crises de panique.....</b>	<b>273</b>
<b>2.10</b>	<b>Groupe de Photolangage® de patients adultes en traitement individuel souffrants de crises de panique.....</b>	<b>278</b>
<b>Partie III.</b>	<b>Théorisation .....</b>	<b>318</b>
<b>3.1</b>	<b>Potentiel de la méthode sur la pathologie traitée. Indications.....</b>	<b>319</b>
<b>3.2</b>	<b>Analyse des résultats.....</b>	<b>328</b>
3.2.1	Analyse descriptive du groupe de contrôle : Phase 1A étape rétrospective. Patients au diagnostic d'asthme et sans traitement psychologique auparavant. ....	328

3.2.2 Analyse descriptive du groupe de patients asthmatiques suivis en groupe de parole : Phase 1 B prospective. Patients asthmatiques traités simultanément médicalement et en groupe de parole.....	331
3.2.3 Analyse de l'association statistique entre diagnostique d'asthme et participation en groupes de parole. Perspective organique.....	338
<b>3.3 Perspective psychologique.....</b>	<b>341</b>
3.3.1 Phase 1B Prospective. Analyse des résultats des patients asmathiques en groupe de parole selon la perspective psychologique.....	342
3.3.2 Résultats de la Phase II prospective. Perspective psychologique pour des patients psychosomatiques asthmatiques en groupes de Photolangage®.....	358
3.3.3 Résultats de la Phase III prospective avec des patients atteints de crise de panique en groupes de Photolangage® selon une perspective psychologique.....	364
3.3.4 Similitudes et différences entre les deux populations de patients considérées	369
<b>3.4 Validation ou non des hypothèses.....</b>	<b>371</b>
<b>Partie IV : Conclusions générales .....</b>	<b>376</b>
<b>Partie V. Résumé .....</b>	<b>382</b>
5.1 Phase 1A rétrospective .....	383
5.2 Phase 1B Prospective. Patients asthmatiques en groupe de parole.....	383
5.3 Phase II prospective. Patients asthmatiques en groupe de Photolangage®...	384
5.4 Phase III prospective. Patients atteints de crise de panique en groupe de Photolangage® .....	385
<b>Partie VI. Bibliographie.....</b>	<b>387</b>
<b>Annexe I. Index de concepts .....</b>	<b>398</b>
<b>Annexe II. Index des auteurs.....</b>	<b>413</b>
<b>Annexe III. Le début de l' enquête.....</b>	<b>418</b>

## **Partie I : Présentation**

## 1.1 Champ de la recherche : Patients qui expriment leur souffrance au travers du corps et groupes à médiation par le Photolangage®.

C'est l'intérêt pour la souffrance humaine psychique et physique qui a orienté ma vocation professionnelle. En revenant sur mes pas, je retrouve cette attirance depuis le début de mon parcours. Inscrite à l'Université de médecine, je réussis à entrer à l'Institut de Recherches Médicales Dr. Alfredo Lanari, à l'époque appelé « la petite école », qui recevait alors un nombre réduit d'étudiants. Je me suis spécialisée ensuite en Pneumologie, me formant simultanément à la thérapie en groupes **M. Ballint**<sup>1</sup> dirigés en Argentine par le docteur **I. Lucchina**.<sup>2</sup>

Ma thèse en doctorat de médecine (au sein de l'Université de Buenos Aires-UBA avec pour directeur de thèse le **Professeur R. Gené**) cherchait à intégrer et comprendre avec les connaissances dont je disposais les facteurs d'influence sur des patients aux maladies chroniques dans la réalisation du suivi de leurs traitements.

Au même moment on commençait à entendre parler de patients ayant des crises de panique et je me suis demandé comment discriminer les patients psychosomatiques de ceux atteints de crises de panique puisque les deux situations dans leur complexité clinique pouvaient coïncider.

Dans mon travail en tant que pneumologue, j'eus la l'occasion d'indiquer un traitement psychanalytique classique aux patients « difficiles », comme on avait pour habitudes d'appeler les asthmatiques sévères, ceux-ci y accédaient pour un temps trop bref ou encore n'y avaient pas recours.

Cependant lorsque je leur ai proposé un groupe de parole ils acceptèrent rapidement.

Au cours de l'année suivante, je compris que quelque chose ne fonctionnait pas, nous tournions en rond avec pour préoccupation que ce qui ne s'améliore pas pour les

---

<sup>1</sup> M. Ballint était un médecin anglais qui, après la deuxième guerre mondiale, organisa des groupes de médecins à la clinique Tavistock de Londres, Angleterre et mena une recherche en leur sein.

<sup>2</sup> I. Lucchina, médecin cardiologue et psychanalyste argentin qui dirigea le Gepem organisation qui promut les groupes Ballint de thérapie de la tâche professionnelle en Argentine.

patients est perçu par eux comme une dégradation alors même qu'ils en sont au même point qu'avant.

Ce fut alors que j'introduisis la technique du Photolangage® après avoir lu les travaux de **C. Vacheret**, encouragée par **M. Bernard** et recevant à l'époque une stagiaire ayant réalisé récemment une expérience de formation à telle méthode en DESS de psychologie à l'université de Paris V-René Descartes de la main même de **C. Vacheret**<sup>3</sup>.

Le traitement dès lors s'assouplit et mobilisa les patients. Le travail psychique qui tend à complexifier la subjectivité demande qu'un espace se forme pour symboliser les doutes, l'ambivalence, le différent, les vides et les absences, ainsi que pour progresser dans la discrimination de soi et trouver de nouvelles formes pour se lier à/aux l'autre(s). C'est un tel espace que j'ai cherché à instaurer en ayant recours à cette nouvelle méthode.

Depuis des années je centre mon intérêt sur la compréhension et l'attention portée au corps et à l'esprit en une conception intégrée de l'être humain. J'exerce actuellement en tant que pneumologue et psychothérapeute. Cette double formation me fut un avantage pour mener ma recherche sans dichotomiser les connaissances. Ma formation à l'Association Argentine de Psychologie et Psychothérapie de Groupes (AAPPG) auprès du **Docteur Marcos Bernard**<sup>4</sup> m'exposa moi aussi sur la scène du suivi du traitement.

J'ai incluse et limité mon champ de recherche aux patients dont la souffrance s'exprime avec et dans le corps : patients psychosomatiques et/ou atteints de crises de panique.

---

<sup>3</sup> C. Vacheret, Professeure HDR à l'Université Louis Lumière Lyon II, Centre de recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC), France. Elle développe et fait connaître les méthodes de médiations, spécialement le Photolangage® dans de nombreux pays. Elle a présidé le premier Congrès International de Psychanalyse de Groupe en novembre 2010 à Athènes, Grèce.

<sup>4</sup> M. Bernard, psychiatre argentin, responsable de la coordination du département des groupes à la AAPPG (Association Argentine de Psychologie et Psychothérapie de Groupe) Bs. As. Jusqu'en 2002. Tuteur de ma thèse de master en configuration des liens.

Un des axes de cette étude fut de prendre en compte la force de la médiation dans un contexte groupale due particulièrement à la diffraction du transfert et à la chaîne associative groupale selon les théories de groupe de **R. Kaës**<sup>5</sup> et de **C. Vacheret**<sup>6</sup>.

**C. Vacheret** fait valoir qu'il y a une spécificité à la technique de médiation par le visuel, puisque c'est la vue principalement qui établit cette première relation de la mère avec le bébé : le voir et être vu, mutuellement. **P. C. Racamier**<sup>7</sup> affirme que le double regard, séduction narcissique, « joue le rôle de la mise en jeu des fondements narcissiques du sujet, la vue est une fenêtre sur la vie intérieure et les sentiments de l'autre, reflet de son état intérieur ».

Le philosophe **K. Popper**<sup>8</sup> au XXème siècle considérait que la science avançait sur un mode négatif ou par erreurs, j'ai pensé que si mes hypothèses étaient fausses il valait mieux le savoir et les corriger. Si elles s'avéraient justes elles serviraient pour trouver un autre chemin possible et écarter une part de la douleur. Ce ne fut pas facile de se trouver au milieu du fleuve. En regardant une de ses berges, la clinique organique, j'ai cherché des réponses et j'en ai reçu certaines, partielles. Puis j'ai regardé vers l'autre berge : le point de vue psychologique où il me manquait aussi une perspective... C'est alors que j'ai concentré mon attention sur le patient à nouveau. Il m'a lui-même formulé la question et m'a donné l'ébauche d'une réponse : « mon problème est psychologique ou organique ? Je suis un être humain ».

C'est ainsi que j'ai commencé à chercher la clarté d'une réponse sachant que je pouvais réfuter ou valider celles que je trouverais en chemin. Aujourd'hui je peux dire que cela valait la peine, c'est un grain de sable qui je l'espère servira à comprendre et aider les patients présentant de telles caractéristiques.

---

<sup>5</sup> R. Kaës, 1993, *L'invention psychanalytique du groupe*, AAPPG, Argentine, 1994. Appartenant à l'Ecole Française, se distingue comme chercheur des phénomènes de groupes.

<sup>6</sup> C. Vacheret, Professeure en psychologie HDR, spécialiste des techniques de médiations, en particulier du Photolangage®.

<sup>7</sup> Le fantasme d'auto-engendrement propre au postulat de l'originaire.

<sup>8</sup> K. Popper décrit la méthode hypothético-déductive pour la recherche ainsi que les théories de la réfutation.

## 1.2 Généralités : équipe et hôpitaux. Rôle médical. Définitions opératives.

### 1.2.1 Patients psychosomatiques en groupe de contrôle et en groupe de parole à l'Hôpital de Cliniques « José de San Martín ». Phase IA y IB.

L'inclusion d'un médecin et d'un psychothérapeute dans un groupe thérapeutique comporte des avantages : cela évite la dissociation entre l'organique et le psychique et empêche que le somatique ne se convertisse en résistance pathologique.

Pendant des années, la médecine a travaillé selon un schéma et une philosophie de l'acte médical considéré comme une action portée sur un organe malade. La discipline s'est fragmentée en différentes aires corporelles, le médecin se trouvant impuissant à prendre en compte tout le flux des nouvelles connaissances scientifiques produites en permanence. De plus, les patients présentaient des problèmes chaque fois plus complexes et se ressentait le besoin de partager la responsabilité de sa prise en charge.

Il existe au moins deux points de vue différents en médecine : l'un considère l'histoire naturelle de la maladie tandis que l'autre s'intéresse à l'histoire de ce mal chez la personne qui le présente.

Une personne ne peut être réduite à une maladie ou à un acte médical, non plus à une action technique. L'inclusion simultanée dans le champ du médical, du psychologique réduit la distance de la dissociation corps-esprit et permet de situer dans une plus ample perspective la douleur et l'angoisse.

Au cours du travail de recherche que j'ai commencé en 2000 sous la *co-vision* du **Dr. M. Bernard**<sup>9</sup> ont surgi de nombreuses questions menant à d'autres puis à d'autres encore dans un large éventail d'enthousiasme renouvelé. Comme toute question induit la recherche d'une réponse, je dois dire ma satisfaction à en avoir trouvé quelqu'une et que je continue à en approfondir d'autres ; enfin pour certaines elles sont encore une énigme, à court ou moyen terme, je l'espère.

---

<sup>9</sup> M. Bernard, psychiatre psychanalyste argentin spécialisé dans la clinique des liens et des groupes, impliqué dans l'œuvre de René Kaës et promoteur de ses théories en Argentine.

J'introduirai ici brièvement quelques éléments permettant de situer mon investigation :

#### Coordonnées spatiales :

Ont été réalisées des réunions groupales à l'Hôpital des Cliniques « José de San Martín » dans le Service de Pneumologie que dirige le **Dr. Pr. R. Gené**, dans la première étape phase IA du groupe-contrôle et la phase IB d'un groupe de parole.

#### Coordonnées temporelles :

-Groupe-contrôle : j'ai passé en revue les histoires cliniques des consultations ambulatoires (ou consultations externes) du service de pneumologie pendant 4 mois de l'année 2000.

16 entrevues d'admission ont eu lieu cette même année ; les patients ont été évalué selon des critères d'agroupement possible et en ont été sélectionnés les 12 membres du groupe.

-La fréquence : initialement il fut décidé d'un agenda de 4 séances (une par semaine) puis de 12 séances bimensuelles jusqu'à la finalisation du groupe. (Je remarquerai plus avant comment cette programmation sera favorable pour travailler l'attachement et le détachement).

-La durée des séances en groupe était d'une heure et demie et elles se sont déroulées du mois de mai au mois de novembre 2000 (pour ce premier groupe de parole).

#### La stratégie :

Elle tendait à rendre possible la création d'un pont à double sens avec les autres du groupe à partir de la compréhension des aspects émotionnels et des défenses en jeu chez chacun des patients. Elle s'appuie sur l'idée de créer au départ, la peau du groupe pour ensuite travailler le détachement par un mouvement d'aller-retour répété (espace intermédiaire **D.W. Winnicott**)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> D.W. Winnicott, il réalisa des recherches sur la problématique du transitionnel ou de l'intermédiaire, aire de transformation, chez les enfants.



### Critères d'inclusions :

-Concernaient des patients psychosomatiques ayant un diagnostic médical et fonctionnel avéré. Des adultes de plus de vingt ans et moins de quatre-vingts, des deux sexes, de degrés de sévérité d'asthme différents (léger, modéré, sévère et presque fatal), d'évolution chronique (plus d'un an), reçus en cabinets extérieurs des services de pneumologie de l'Hôpital des Cliniques « José de San Martín », suivis par les médecins spécialistes du service y compris la médecin pneumologue de l'équipe psychothérapeutique (ma personne).

-J'ai choisi d'inclure des patients névrotiques qui pouvaient fonctionner en groupe. Ces patients présentaient par ailleurs d'autres manifestations psychosomatiques concomitantes ou en alternance : psoriasis, ulcères, hypertension, rhinites.

### Critères d'exclusion :

-J'ai écarté le choix des patients non asthmatiques ainsi que des patients aux tendances psychopathiques et psychotiques marquées. J'ai aussi exclu des patients absents plus de trois fois sans justification médicale en lien avec leur maladie de base.

### Registre de la séance :

Des notes ont été prises durant la séance.

### Cadre :

-Il s'agit d'un groupe homogène, c'est-à-dire de patients aux troubles organiques communs (asthme) quoi que de structure psychique différente. Leurs échanges ont concerné leurs expériences en matière d'interactions psycho-sociales et médicale ; incluant : les croyances, les craintes, la réalisation du traitement, les conséquences des troubles, les limitations et les espoirs de guérison.

-Il n'a été réalisé aucune indication ou consultation médicales dans le groupe. Elles ont été dérivées vers le médecin traitant de chaque patient.

-Le facteur organique a été contrôlé par des tests fonctionnels ventilatoires et des examens cliniques et il a été pris en compte le nombre de visites d'urgences et/ou d'hospitalisations ainsi que la présence d'asthme nocturne.

#### Définitions opératoires :

-*Patients asthmatiques* : Patients qui présentent une obstruction de la voie aérienne qui se résorbe de façon complète ou partielle avec le traitement ou spontanément, chez qui la réponse des voies aériennes augmente face à diverses stimulations (par exemple rire, poussière, froid...). Dans cette recherche les dits-patients présentant des sifflements depuis au moins 12 mois.

-*Asthme* : D'un point de vue organique, l'asthme est une des maladies inflammatoires chroniques. Il peut-être déclenché par les facteurs suivants : exercice, rire ou pleures intenses, vent, climat humide ou air froid, odeurs pénétrantes-peintures et surfaces plastifiées, aérosols ; facteurs infectieux : viraux- acariens dermatophages de la poussière ambiante, cafards ou parasitoses ; pollen de certains arbres (alternera) et plantes ; facteurs émotionnels par exemple les changements de contexte ; facteurs hormonaux ; drogues, pesticides, conservateurs d'aliments et fumée de cigarette. Les symptômes de l'inflammation se présentent lorsque se forme un œdème de la muqueuse bronchiale dans les bronches et les bronchioles ce qui entraîne la contraction des muscles péri-bronchiaux donnant lieu à des sifflements parfois audibles, une sensation d'oppression de la poitrine et de manque d'air. Dans les mécanismes inflammatoires sont impliqués de nombreux processus d'activation par libération (décharge) de médiateurs et d'inhibition- désactivation des mêmes médiateurs (retour à l'équilibre). Certains de ces médiateurs sont l'histamine, les prostaglandines, les leucotriènes, les bradiquinines, les endotelines, les oxydes nitriques, les adénosines, le Facteur d'Activation des Plaquettes (PAF)...

Des recherches coûteuses ont été menées sur des drogues antagoniques à certains de ces médiateurs en particulier ayant un résultat partiellement effectif, les médiateurs en jeu étant multiples.

Lorsqu'intervient une stimulation inflammatoire les kinases sont activées. Ce sont des enzymes qui agissent sur les facteurs de transcription qui régulent l'expression des gènes de l'inflammation que produisent les protéines.

Lors de la crise d'asthme il existe une augmentation dans l'expression-activation des gènes inflammatoires. Le silence du refoulement transcriptionnel (état de repos) dans le chromosome s'atteint par la balance ou l'équilibre entre les co-répresseurs et les co-activateurs.

Je suis personnellement intriguée par ces deux logiques organique et psychologique où l'une se fait la métaphore de l'autre. En effet, lorsque se présente une stimulation déclenchant organique ou psychique se produit un équilibre instable ou déséquilibre, le corps et l'esprit depuis leurs logiques différentes tentent de revenir à l'état d'équilibre par l'activation-désactivation come les feedbacks pour revenir à une stabilité.

*-Groupe homogène* : il se caractérise par la réunion de sujets ayant un trait commun, dans ce cas précis les membres du groupe souffrent d'une maladie organique, l'asthme. Le groupe offrirait un lieu d'appartenance sous forme d'un réseau de soutien qui permet aussi de résinifier certaines pensées (**N.Inda-M.Selvatici**)<sup>11</sup>.

*-Patient névrotique* : personne chez qui l'affectation psychique se caractérise par des symptômes - expressions d'un conflit entre le désir et la défense.

*-Patient psychotique* : personne chez qui les perturbations primaires de la relation libidinale avec la réalité se caractérisent par des symptômes de constructions de pensées délirantes. Schizophrénies, manies et mélancolie.

*-Observance du traitement* : (type). Deux valeurs sont à considérer comme représentatives d'un mauvais suivi du traitement : la suspension du médicament indiqué trois jours durant ou plus ainsi que la diminution de la dose du médicament indiqué (**Finkelstein, C.**)<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Inda N et collaborateurs, 1993, *Les groupes homogènes et leurs destins*. Le groupe par la situation de face-à-face rend possible un étayage dans un regard qui investit ce qui permet des ré-identifications. Journées de l'AAPPG, présentation du département de Groupe, sept. 1993, Buenos Aires, Argentine.

<sup>12</sup> Finkelstein, C.N. « La compliance clinique : sa prévalence chez les patients asthmatiques et score de mesure ». Revue Argentinne de Médecine Respiratoire 2004-n1 :30-37.

Un bon respect du traitement est associé aux facteurs de pronostic d'amélioration de la fonction ventilatoire et l'absence d'asthme nocturne.

### **1.2.2 Patients psychosomatiques asthmatiques en groupe à médiation à l'Institut de Recherches Médicales Dr. Alfredo Lanari (IDIM). Phase II.**

Des réunions groupales se sont déroulées de 2002 à 2005 à l'Institut de Recherches Médicales Dr. A. Lanari dans le service de Pneumologie en charge du Professeur Docteur G. Semeniuk, ayant été moi-même transférée par l'université (Université de Buenos Aires) dans le dit service ; les patients ont donc poursuivi leur traitement d'un hôpital à l'autre.

Le protocole de recherche fut présenté et approuvé par le comité d'éthique.

Initialement j'avais prévu la même organisation utilisée à l'Hôpital des Cliniques « Jose de San Martín » d'une séance par semaine pendant un mois ; puis les réunions sont devenues bimensuelles jusqu'à la fin du groupe afin de favoriser dans cette alternance un travail sur l'attachement/ l'union/ la non-différenciation (fantasmes de fusion) en balance avec le détachement ou la séparation.

Il s'agissait de patients asthmatiques et psychosomatiques au diagnostic médical et fonctionnel confirmés. Sept des dix membres de ce groupe ont participé à un groupe de parole en 2000-2001. Patients adultes de plus de 20 ans, des deux sexes, dont la sévérité de l'asthme variait (léger, modéré, sévère et presque fatal) dont l'évolution chronique remontait à plus d'un an. Les patients ont été soumis au traitement pharmacologique habituel, suivis par les spécialistes du service ce qui incluait ma personne (médecin pneumologue de l'équipe psychothérapeutique). Les patients ont été choisis ayant évalué qu'ils pouvaient fonctionner en groupe. La méthode utilisée fut celle du Photolangage®<sup>13</sup>, outil thérapeutique provenant de France (Lyon), promue par **C. Vacheret** (1991-2000) et son équipe afin de stimuler à travers l'usage des photographies les associations et la capacité de travail psychologique des membres du groupe.

#### Cadre :

---

<sup>13</sup> Photolangage® Nom en majuscule dont la propriété intellectuelle appartient à deux de ses créateurs, droits d'auteurs A. Baptiste et C. Belisle en 1965.

Aucunes indications ou consultations médicales n'ont été réalisées dans le groupe. Elles ont été déléguées aux médecins traitants respectifs. Les réunions du groupe de Photolangage® ont eu lieu du mois d'avril au mois de novembre de l'année 2002 à l'année 2006.

En dehors de cette étude, j'ai continué à travailler dans d'autres contextes institutionnels avec d'autres groupes de Photolangage® jusqu'à aujourd'hui.

Un consentement écrit a été demandé aux patients.

Le travail était axé sur le sens, les possibles sens fondateurs, à la recherche de contenants pour les angoisses et les peurs surgies spontanément. D'un point de vue psychologique, il a été pris en compte la présence de crises d'angoisses ou non. Un des objectifs du travail fut d'essayer de créer de nouvelles ressources psychiques pour l'adaptation et la croissance évolutive.

#### Caractéristiques de la constitution du groupe :

Dans la constitution de certains des groupes les patients inclus se trouvaient à différentes étapes vitales (le plus jeune ayant 22 ans, la plus âgée 83). Diversité avantageuse puisqu'elle peut permettre aux patients de visualiser le pôle opposé des places occupées par eux dans le lien, par exemple, la perspective d'une mère, d'un père ou d'un frère vécu depuis celle de fils et filles et vice versa, donnant l'occasion au groupe de faire place à une possible confrontation des rôles et à de nouvelles identifications.

Du point de vue organique les examens fonctionnels ventilatoires et cliniques ont été contrôlés, le nombre de visites d'urgences, d'hospitalisations et la présence d'asthme nocturne ont été pris en compte et dans un second temps j'ai ajouté le questionnaire de qualité de vie de St Georges et le respect du traitement médical (prise des médicaments discontinuée de plus de trois jours et modification de la dose pharmacologique prescrite (C. Finkelstein<sup>14</sup>). Les réunions des différents groupes ont été menées dans le service de Pneumologie de l'Institut de Recherches Médicales Dr. A. Lanari de 2002 à 2006 et en institution privée de 2007 à 2010 (fondation « Santiago Salud »).

---

<sup>14</sup> Finkelstein, C.N. op. Cit.

En terme de conception théorique je considère que ces patients souffrants d'asthme et/ou d'autres manifestations organiques (ulcères, hypertension artérielle, eczéma, migraines...) présentent un trouble narcissique par déficit du narcissisme trophique (**H. Bleichmar, L. Horstein**<sup>15</sup>). Les personnes dont l'altération narcissique se mesure par l'excès sont par ailleurs fréquemment leurs partenaires. J'inclus les maladies psychosomatiques dans ce que **J. Bergeret**<sup>16</sup> distingue comme des troubles ou des failles du narcissisme dans les organisations dites borderlines ou états limites (vraies maladies du narcissisme secondaire et état intermédiaire entre la psychose et la névrose). Il est fréquent dans la clinique que nous rencontrons des patients borderlines souffrants de troubles psychosomatiques (l'équation inverse n'étant pas applicable : troubles somatiques équivaut à troubles borderlines).

Au sujet des photos j'ajouterai qu'à certaines occasions j'ai pu disposer sur la table de travail une trentaine de photos toutes en noir et blanc des fichiers du Photolangage®, à d'autres des photos de ma sélection personnelle en couleur seulement et enfin d'autres fois encore j'ai réalisé un mélange des deux où interviennent le blanc, le noir et la couleur. Il y a un effet chromatique direct à avoir à l'esprit pour les patients, beaucoup d'entre eux associent le noir et blanc à l'ancien et à la tristesse tandis que la couleur est rapporté le plus souvent à la vitalité et la gaieté.

Pour finir je préciserai que j'ai utilisé à certaines occasions la même consigne dans différents groupes pour en étudier les effets et discerner s'il se produisait des réponses régulières.

Il y a eu beaucoup de séances au cours desquelles les patients du groupe ont choisi la même photo et j'ai pu observer qu'il y a certaines photos qui ont plus de chances d'être

---

<sup>15</sup> Bleichmar, H., 1997, *Progrès en psychothérapie psychanalytique*. Il réalisa de nombreuses recherches sur le narcissisme.

Horstein, L. Psychanalyste qui a étudié la dépression et les troubles narcissiques, membre de la Société Psychanalytique du Sud (SPS). Argentine.

<sup>16</sup> Bergeret, J. Borderline : « patient chez qui on observe un énorme besoin d'affection, de disponibilité inconditionnelle, une lutte incessante contre la dépression, qui peuvent présenter des maladies psychosomatiques, et des comportements phobiques, soumis à des exigences, faire les choses bien pour conserver l'amour et la présence de l'objet. Son surmoi est archaïque, ambivalent et sa relation d'objet anaclitique.»

sélectionnées par rapport à d'autres puisqu'au long de cette expérience elles furent choisies à répétition.

Enfin j'ajouterais que le choix des photos pour le travail en séances est intervenu et intervient à son tour sans aucun doute par et dans la subjectivité du thérapeute et son intuition inconsciente.

### **1.2.3 Groupes à médiation par le Photolangage® avec des patients souffrants de crises de panique. Phase III.**

Dans la Fondation privée où je travaillais en parallèle de l'hôpital, des patients arrivaient à la consultation clinique alors qu'ils manquaient d'air mais d'après les analyses fonctionnelles respiratoires et les examens médicaux ceux-ci n'étaient pas asthmatiques mais présentaient un niveau d'angoisse considérable. C'est ainsi que j'ai pris contact avec les patients souffrants de crises de panique comme on les appelle depuis quelques années.

J'ai décidé d'étudier ce qu'ils avaient en commun et leurs différences d'avec les patients asthmatiques qui présentent eux un véritable compromis organique et je les ai inclus dans des groupes à médiation par le Photolangage® après une ou deux entrevues individuelles.

Le groupe-contrôle pour ces patients a consisté en un contrôle intra sujet au début de la consultation étant donné que l'éthique médicale indique pour leur traitement des médicaments dans certains cas mais toujours le traitement psychologique. Groupe-contrôle intra sujet, c'est-à-dire l'évaluation du patient avant et après le traitement en groupe à médiation.

Les médicaments reçus étaient des antidépresseurs (sertraline 50mg ou paroxetine 20 mg) parfois combinés d'anxiolytiques (comme l'alprazolam 0.5-1mg ou le clonazepan 1-2 mg) distribués pendant la journée.

Les conditions de cadre et de temps furent similaires aux autres groupes.

### 1.3 Dispositifs groupaux : Généralités du groupe

#### Les moments fondateurs :

La pratique groupale naît d'un besoin social. Ce sont dans des services débordés par les demandes de traitements et disposants de rares ressources thérapeutiques pour y faire face que débutent les premières expériences groupales.

Le long de ces pages je souhaite parcourir brièvement et rétrospectivement les chercheurs s'étant consacrés aux groupes thérapeutiques. Nous commencerons par l'Angleterre, Londres, dans les années quarante alors que **W. Bion et S. H. Foulkes**<sup>17</sup> mettent sur pied un dispositif de groupe sur le modèle de la cure psychanalytique. **S. H. Foulkes** conserva les principales idées de la Gestalt pour les appliquer au groupe en s'appuyant sur une attitude d'écoute, de compréhension et d'interprétation au groupe pris comme un tout dans l'ici et maintenant.

Je mentionnerai aussi la contribution particulière de **M. Ballint** à la théorie des groupes pour le monde médical : sa pratique et sa recherche furent utiles comme méthode d'apprentissage de nouvelles conduites professionnelles dans le champ de la médecine.

En Italie, à Milan **Napolitani** en 1960 (référence bionienne), **Ancona** en 1965 et **Galli** ont organisé des communautés thérapeutiques et des groupes.

En France **R. Kaës** dans les années soixante publie « *L'invention psychanalytique des groupes* » et ses travaux sur la diffraction et les groupes internes.

---

<sup>17</sup> Bion, W. R., 1961, *Recherches sur les petits groupes*. Il aborde sur la base des conceptions de M. Klein la coexistence de deux modalités de fonctionnement du groupe en tension : le groupe de travail et le groupe des présumés de base (émotions intenses). Il s'occupait de la réadaptation des vétérans de guerre dans les années 40 et cela par l'intermédiaire de rencontres en groupe.

Foulkes, S.H., Psychanalyste anglais qui mena sa recherche sur le groupe pris comme une totalité dans l'ici et maintenant, lui donnant le nom de groupe-analyse (1964). Il considérait le groupe comme une matrice psychique (1957) aux propriétés thérapeutiques puisque selon lui toute maladie se reproduit dans un réseau complexe de relations interpersonnelles.



**J.B. Pontalis**<sup>18</sup> à Paris en 1963 rend au groupe sa valeur psychique d'objet pour les sujets du groupe. Le groupe est considéré avant tout comme objet des investissements pulsionnels et des représentations inconscientes. **D. Anzieu**<sup>19</sup> en 1966 propose le groupe comme le lieu de réalisation des désirs inconscients. Le groupe tout comme le rêve est une voie d'accès à l'inconscient.

A Buenos Aires dans les années soixante-dix **E. Pichon Rivière**<sup>20</sup> travaille sur le groupe familial inséré dans le champ social et **J. Bleger**<sup>21</sup> fait sa description du cadre, il contribua spécifiquement à la collaboration pour l'articulation entre le groupe et les institutions. En 1961 il propose deux modes de sociabilité : la sociabilité syncrétique (ou indiscrimination) et la sociabilité par interaction entre les espaces intra et intersubjectifs. Il met aussi l'accent sur le clivage de l'appareil psychique et le maintien d'une strate séparée du reste fonctionnant selon ses propres lois. Cette strate se dépose dans le lien et constitue la sociabilité syncrétique cohabitant avec la sociabilité de rôle. L'inconscient clivé existe chez tous les sujets, lorsque quelque chose passe du clivé au non clivé la possibilité de présenter des troubles dépend du quantum d'affect mis en circulation. Ce mouvement n'est pas nécessairement pathologique, sa principale caractéristique est le déni de ses limites. L'idéal narcissique d'une personne n'accepte rien chez l'autre qui rende compte de son altérité et si elle a besoin désespérément du lien elle abandonne ses propres traits subjectifs pour ne pas glisser vers l'angoisse de non assignation dans le désir de l'autre.

Le processus d'analyse dans un groupe se réalise toujours au sein d'une situation interpersonnelle, multiple ; un groupe ce sont plusieurs patients qui influencent l'association libre de chacun. **R. Kaës** décrira ensuite la chaîne associative groupale et la

---

<sup>18</sup> Pontalis, J.B., 1963, *le petit groupe comme objet*. Membre du CEFFRAP (Centre d'Etudes Françaises pour la Formation et la Recherche Approche Psychanalytique du groupe, du psychodrame, de l'institution) à l'époque de sa fondation par D. Anzieu. Le groupe est considéré comme un objet d'investissements pulsionnels et de représentations inconscientes.

<sup>19</sup> Anzieu, D. développe la théorie imaginaire dans la compréhension de la dynamique groupale. Il fonda le CEFFRAP en 1962. Le groupe comme le rêve serait le moyen et le lieu de réalisation imaginaire des désirs inconscients infantiles (*Le Moi-peau* 1985).

<sup>20</sup> Rivière, E. 1971. Il décrit sa théorie des groupes opératifs de malades dans les hôpitaux psychiatriques Argentins. Ses idées s'inspirent de Mead G. Il pensait le psychisme comme une représentation théâtrale où chaque acteur recrée son personnage et l'œuvre à sa façon particulière. Le sujet est inclus dans le groupe dont la base est la famille et intégré à un champ social.

<sup>21</sup> Bleger, J. Il travailla avec Pichon Rivière à décrire les phénomènes de discrimination (sociabilité par interaction) et de fusion (sociabilité syncrétique) dans « *Symbiose et Ambiguïté* » (1962).

diffraction du transfert. Dans le petit groupe, le face-à-face en cercle équivaldrait à la situation d'association libre d'une situation bi-personnelle classique. Pour l'auteur le groupe se constitue comme un des principaux éléments thérapeutiques au point de ne pas alterner les séances groupales avec des séances individuelles.

J'approfondirai un peu plus les théories psychanalytiques de groupe que **R. Kaës** publia en 1999 :

Toutes les cultures ont reconnu les vertus civilisatrices du groupe et les fonctions importantes que celui-ci garanti dans le développement de la vie psychique. Le groupe contre la solitude, la détresse, la peur, contre les dangers et les attaques du monde extérieur et intérieur ; le groupe propose un système de protection et de défense en échange du contrat de perdurer toujours en son sein. Le groupe réunit ses membres, délimite les contours du dehors et du dedans, de l'étrange et du familier, de l'ami et de l'ennemi.

**R. Kaës**<sup>22</sup> nous dit que l'intérêt porté au groupe par les sciences humaines est étroitement associé aux diverses composantes des crises du monde moderne. Les périodes de désorganisation sociale et culturelle sont caractérisées par l'affaiblissement des garants méta-sociaux et métapsychiques subissant l'altération de leurs fonctions d'encadrement des croyances partagées et des représentations communes.

L'affaiblissement des représentants dans tels bouleversements sociaux produit des effets psychiques qui furent objet d'analyse pour **S. Freud**<sup>23</sup> dans « *Malaise dans la culture* » (1929). Soixante-dix ans plus tard le malaise pourrait être caractérisé par trois types de troubles selon **R. Kaës** :

---

<sup>22</sup> Kaës, R. membre du CEFFRAP, il détermina les fantasmes inconscients comme des organisateurs dans les groupes et dans le psychisme. Les groupes internes sont des formations intrapsychiques qui possèdent une structure groupale réalisant la fonction de liaison entre les pulsions, les objets, les représentations et les instances de l'appareil psychique, ils constituent un réseau d'identification.

<sup>23</sup> Freud, S. 1921. Il propose trois modèle d'agroupement : 1, dans « *Totem et tabou* » (1912) le passage de la horde (père haït et assassiné) au groupe institué (prohibition du meurtre et exogamie surgissent comme modes d'échanges symboliques). 2, dans « *Psychologie des foules et analyse du moi* » (1921) il propose l'identification (versant de la structure libidinale des liens intersubjectifs) dans les phénomènes de masses : « dans la vie animique de l'*individu*, l'autre compte comme modèle, comme objet, comme auxiliaire et comme ennemi ». 3, Dans « *Malaise dans la civilisation* » (1929) le troisième modèle proposé est celui du renoncement mutuel à la réalisation directe des buts pulsionnels (spécialement les désirs incestueux) en échange d'une Loi du groupe qui garantit la protection et le développement des œuvres de la culture.

*Les déséquilibres dans les étayages* de la pulsion et du pacte des renoncements pulsionnels partiels nécessaires à la vie en commun.

*Les troubles dans les identifications* et dans les systèmes de liens qui se manifestent par la désorganisation des référents identificatoires et des frontières du moi ; ce dysfonctionnement intervient dans les pathologies de la personnalité (en « faux self » ou borderline) et dans les insuffisances et hypertrophies de l'idéal. Il s'exprime par l'affaiblissement des contrats intersubjectifs (contrat narcissique, communauté de renoncement, pactes de dénis) sur lesquels reposent les garanties de l'espace où le moi peut advenir et se situer historiquement dans la présence d'un nous.

*Les défaillances des certitudes* dans les systèmes de représentations partagées est un des symptômes les plus intenses du malaise dans le travail du sens et de l'interprétation.

Face à ces tensions le groupe invente ou réinvente l'efficacité des interdits structurants, les références identificatoires, les croyances et les représentations partagées afin de restaurer les fonctions métapsychiques sur lesquelles reposent les étayages et pactes de renoncement.

« *L'invention de la psychanalyse de groupe* » témoigne de ces grandes ruptures de la modernité. L'intérêt qui en ressort c'est l'attention portée aux effets inconscients sur les processus de groupe comme sur les processus psychiques.

L'idée que le groupe soit une conquête de la civilisation précède l'œuvre de **S. Freud** et ses développements.

Le groupe accomplit une fonction thérapeutique parce qu'il est le lieu de réunification interne, le lieu du sens et du lien, l'accord retrouvé entre le rêve et le mythe.

Il assure la continuité et le passage entre le groupe primaire (familial), les groupes secondaires (de pairs, d'apprentissage) et le corps social.

Les dispositifs de groupe sont indiqués chaque fois qu'aborder la souffrance des patients exige dans un premier temps que s'établissent ou se rétablissent les conditions d'un contenant psychique plurisubjectif de façon telle que le groupe puisse-t-être

progressivement internalisé dans une enveloppe psychique ; celle-ci pourra alors recevoir les fantasmes et les objets d'identification nécessaires à l'émergence d'un sujet, à la fois singulier et solidaire de la communauté à laquelle il participe et de laquelle il provient.

Le groupe montre l'efficacité de la fonction pensante de l'autre, de plus d'un autre, dans la restauration de la mémoire, du langage et de l'interprétation. D'une façon ou d'une autre tout cela intervient dans la structuration du psychisme et dans l'activité préconsciente. L'indication thérapeutique si délicate étudie la façon dont les processus psychiques qui se développent dans une situation psychanalytique de groupe renforce ou non le travail thérapeutique pour un sujet déterminé, elle explore les voies à travers lesquelles s'effectuent les transformations et les résistances.

Les recherches contemporaines s'occupent des différents modes d'articulation de l'espace psychique du groupe avec celui de l'espace psychique des sujets qui le constituent ainsi que les relations que ces espaces entretiennent dans leurs fondations réciproques. Les théories du lien se situent à la confluence des théories du groupe et des théories du sujet.

Le dispositif de groupe doit répondre à trois exigences : rendre manifestes les effets de l'inconscient dans les processus associatifs et dans le champ transféro contre-transférentiel ; assurer les relations de combinaison entre les espaces qui se croisent dans le groupe et interpréter les transformations de ces espaces (la différenciation et la fusion) par effet du travail psychique qui se produit en son sein.

**S. Freud** dans son *Projet pour les neurologues* (écrit en 1895 mais trouvé en 1950) nomme « groupe psychique » un ensemble d'éléments neuronaux, de représentations d'affects, de pulsions liées entre-elles par investissements mutuels, qui forment une sorte de masse et fonctionnent comme attracteurs de liaison, de même qu'en physique les protons, électrons et neutrons. Le groupe psychique est doté de forces et d'organisations particulières, la première ébauche dans l'œuvre de **S. Freud** en est la définition du Moi comme groupe psychique (précipité des anciennes relations d'objet).

Pour **R. Kaës**<sup>24</sup> le psychisme a une structure groupale, il développe dans ce sens « Les fonctions des groupes » et « L'illusion groupale et les croyances » que je reprendrai ici :

Parmi les formations auxquelles on attribue la fonction de soutenir la cohésion et l'identité du groupe, les plus efficaces sont celles de la croyance. Il s'agit de s'accorder sur la bonté primaire de l'objet : il ne décevra pas, on peut espérer de lui la providence, la protection et la régénération du monde ; les présupposés de base de **W. Bion**<sup>25</sup> de dépendance, attaque-fuite, et couplage en sont l'expression.

La croyance se constitue comme effet de la négation des différences entre les sexes, les générations et les groupes. Les Idéaux, croyances, narcissisme des petites différences sont convoqués pour remplir l'aire dépressive qui s'ouvre en chacun. Ce que **D. Anzieu**<sup>26</sup> décrit comme l'illusion groupale doit être considérée du point de vue de la croyance : l'illusion est la croyance dans la coïncidence entre les attentes individuelles et leur accomplissement par le groupe. Cette expérience d'illusion correspond à ce que **D. W. Winnicott**<sup>27</sup> théorisa comme zone transitionnelle (la croyance première-primaire dans le bon objet), il permet d'expérimenter l'illusion fondatrice d'une continuité entre la réalité psychique et la réalité extérieure. L'avènement de l'espace transitionnel permet d'explorer à travers le jeu l'intervalle puis les limites entre le dehors et le dedans, le moi et le non-moi, le mien et le non-mien.

La croyance et l'illusion groupale sont des fonctions que le groupe soutient et contre lesquelles lutte le travail de l'épreuve de la réalité.

---

<sup>24</sup> R. Kaës, dans « *L'Appareil psychique groupal* » (1976) décrit les groupes internes : ceux-ci ont la structure des fantasmes originaires aux qualités distributives, permutatives et dramatiques ; ils fonctionnent comme des organisateurs du processus de formation de l'appareil psychique groupal.

<sup>25</sup> W.R. Bion, 1961, *Recherches sur les petits groupes*. Il développa un modèle théorique pour expliquer les formations et les processus psychiques de groupes. Il s'agit de réactions groupales intenses et défensives contre les angoisses psychotiques réactivées par la régression imposée au sujet dans une situation de groupe.

<sup>26</sup> D. Anzieu, 1984, *Le groupe et l'inconscient*. Le groupe comme le rêve, qu'il accomplisse efficacement ou non la tâche proposée, est en tension avec un fantasme sous-jacent (le désir inconscient et sa réalisation imaginaire et la défense contre les angoisses que cet accomplissement susciterait pour le Moi).

<sup>27</sup> D.W. Winnicott, 1971, *Jeu et réalité*. La capacité de s'illusionner dans une aire de jeu comme peut l'être le groupe, intermédiaire d'un processus de transformation et de changement. Le jeu métaphorise le lien avec l'objet du transfert.

Fonctions méta-défensives du groupe déjà décrites par **E. Jaques**<sup>28</sup> qui peuvent s'adosser aux mécanismes individuels pour se protéger de la régression vers les angoisses psychotiques ou archaïques.

#### Fonction de l'enveloppe groupale :

Déjà **K. Lewin**<sup>29</sup> avait proposé l'idée que le groupe puisse produire une barrière et une frontière qui garantissent l'équilibre de ses échanges avec l'extérieur et la cohésion interne de l'espace. Les concepts psychanalytiques proposés par **E. Bick**<sup>30</sup>(enveloppe psychique) et **D. Anzieu**<sup>31</sup>(Moi-peau) remplissent les fonctions suivantes : la préservation de l'identité par des limites représentables et des passages sélectifs entre l'intérieur et l'extérieur.

La notion de « Moi-peau » permet de décrire avec la précision suffisante l'expérience de l'objet groupe représentée comme un corps. Selon cette perspective organiciste, le corps groupal et la peau du groupe sont une construction de la croyance, une illusion, une représentation, une formation défensive. Le concept d'enveloppe groupale désigne la fonction de contention, de filtre et de pare-excitations des dispositifs de groupe.

Les fonctions de représentation sont étroitement associées aux processus de symbolisation et de pensée. Une des fonctions étant de produire des autoreprésentations de groupe.

Les modèles structuralistes conçoivent le groupe comme un ensemble d'individus le constituant et réunis par une loi de composition : cette loi définit et régit la structure du groupe ; par-delà les changements des éléments, la structure du groupe persiste.

---

<sup>28</sup> E. Jaques, psychanalyste formé auprès de M. Klein qui étudia la dynamique des groupes et des organisations, il établit le concept de crise du milieu de vie. Pour lui le groupe doit offrir à ses membres des organisations défensives communes sur lesquelles s'appuient les défenses individuelles contre les angoisses psychotiques et archaïques réactivées par la situation de groupe.

<sup>29</sup> K. Lewin, psychologue berlinois, il contribue à la psychologie sociale avec « *La dynamique des groupes* » (1944). Il émigra aux Etats-Unis.

<sup>30</sup> E. Bick décrit les fantasmes d'adhérences ou fusionnels dans les processus d'incorporation-introjection où la fonction contenante de la mère est insuffisante, le bébé cherche sans relâche un objet (voix, odeur, chaleur) afin de maintenir ensemble les parties de son corps et de s'unir au corps et à la psyché de sa mère.

<sup>31</sup> D. Anzieu, 1986, *Le Moi-peau*. Le groupe comme le rêve accomplirait la fonction de réalisation imaginaire des désirs interdits mais, à la différence du rêve, le groupe peut œuvrer dans la réalité. D. Anzieu décrit les débuts des groupes comme un état d'illusion semblable à celui où l'on tombe amoureux.

**S.H. Foulkes**<sup>32</sup> qui fut l'inventeur du Groupe-Analyse affirmait que l'analyste placé en situation groupale se retrouve face à des résistances et tente d'adapter la situation groupale aux techniques de thérapie bi-personnelle dont il est familier. Il put voir que la psychanalyse en tant qu'institution se montrait elle-même résistante à cette nouvelle forme de thérapies analytiques (1975). Pour l'auteur la défiance à l'égard de la psychanalyse groupale est d'ordre idéologique selon le système auquel on appartient. C'est pourquoi d'après lui on rencontre sur ce chemin des obstacles non seulement d'ordre théoriques et techniques sinon surtout d'ordre personnels. De plus chaque professionnel appartient à un groupe professionnel qui s'oriente selon un paradigme scientifique ou un autre.

Dans le cas de **S. Foulkes** son intérêt porté au groupe et le fait d'avoir osé avancer dans la théorie lui coûta de se voir relégué et isolé au sein de la société à laquelle il appartenait. Il fut clair et courageux dans la formulation théorique de ce qu'il observait dans la clinique. La peur du schisme, le danger de créer de nouvelles écoles de pensée néo-analytiques expliquent en partie la méfiance envers le groupal.

**S.H. Foulkes** s'accorde sur l'idée que le groupe possède des qualités thérapeutiques : toute maladie se produit dans un réseau complexe de relations interpersonnelles. La psychothérapie de groupe est une tentative pour traiter la trame des troubles dans son ensemble. **E. Pichon Rivière**<sup>33</sup> partage ces points communs avec lui.

**C. Néri**<sup>34</sup> propose la notion de champ multi-personnel, il le décrit comme la façon dont les membres d'un groupe et l'analyste contribuent à alimenter le champ du groupe et sont en même temps influencés par lui. Le *commuting* traite du changement de sens qui s'effectue avec d'autres. L'appareil psychique groupal est un *appareil* (fiction efficace) irréductible à l'appareil psychique individuel : il n'en est pas l'extrapolation. Il accomplit un travail psychique : produire et traiter la réalité du et dans le groupe.

---

<sup>32</sup> Foulkes, S.H. psychanalyste anglais, il travailla au Maudsley Hospital. Il a écrit « *Psychothérapie analytique de groupe* » parut en 1964. Il décrit la résonance inconsciente ou fantasmatique (de Ezriel) dans les groupes et la matrice groupale (1957).

<sup>33</sup>E. Pichon Rivière utilise le concept psychosocial de G. Mead et réussit la synthèse entre le concept de tâche et la représentation interne mutuelle dans un contexte de groupe.

<sup>34</sup> C. Néri, 1995, *Le groupe. Manuel de psychanalyse de groupe*. Neuropsychiatre et psychanalyste italien.

Pour **R. Kaës**<sup>35</sup> le protogroupe et l'archigroupe (il s'agit de la représentation d'une pleine réalisation du désir de toute puissance et d'immortalité de tous et chacun à travers le corps groupal constitué par la puissance de la mère prégénitale) sont la représentation la plus archaïque de groupe interne constituée par la conjonction du fantasme intra-utérin et de la scène des parents combinés ou scène primitive. Ils servent pour créer l'illusion nécessaire de la présence de l'Autre et de *l'Autre de l'autre*. La diffraction est au service de la censure pour masquer le désir inconscient du rêveur.

**R. Kaës** a décrit des formations intrapsychiques comme les groupes internes qui constituent les organisateurs inconscients des accouplements des psychés, en eux prédominent le processus primaire qui règne par déplacement, condensation et diffraction, par les mécanismes de projection et d'identification projective ou d'introjection ainsi que par les identifications d'adhérences et d'incorporations. **M. Bernard**<sup>36</sup> soutient que la représentation du sujet en relation aux autres est aussi un groupe interne, c'est une scène du sujet dans laquelle en ce qui manque à son désir. C'est une formation psychique de structure groupale et un processus de liaisons qui accomplit de cette réalité (de la groupalité). Les groupes internes sont l'appareil de transformation et de transmission psychique. Tout changement psychique est un réaménagement des groupes internes.

L'appareil psychique se développe dans une tension dialectique entre deux pôles. D'un côté, celui que **S. Freud**<sup>37</sup> a décrit comme masse (organisée autour d'un objet commun avec perte des limites individuelles où prédominent les réactions automatiques, l'émotivité et les sentiments exacerbés, en une sorte d'homogénéité mentale), ce que **J. Bleger**<sup>38</sup> appelait la sociabilité syncrétique. C'est le pôle isomorphique (**R. Kaës**<sup>39</sup>) effet de

---

<sup>35</sup> R. Kaës, pour lui les groupes internes (organiseurs privilégiés) sont les fantasmes originaires, les réseaux identificatoires et les systèmes de relation d'objet, l'image du corps, l'image du psychisme, les complexes, les imagos.

<sup>36</sup> M. Bernard, « Séminaires sur la psychanalyse française » (2001-2002). Association Argentinne de Psychologie et Psychothérapie de Groupe (AAPPG).

<sup>37</sup> S. Freud, 1921, *Psychologie des masses et analyse du moi*. Il y fait une description à propos de l'identification. L'intégration de l'autre dans le psychisme individuel est un phénomène dont une caractéristique essentielle est « la pluralité de personnes psychiques ».

<sup>38</sup> J. Bleger, 1967, *Symbiose et ambigüité*. Au sein de l'unité duelle, dans ce lien particulier que l'on nomme symbiose, la mère a un préconscient formé, le bébé pas encore. La mère communique avec le bébé en termes de processus secondaires, l'enfant les décode avec ce qu'il peut (postula de l'originaire et du stade primaire).

<sup>39</sup> R. Kaës, propose deux modalités de relation entre deux pôles : le pôle isomorphique ou indiscriminé où les relations sont symbiotiques, d'endogamie et par pulsion d'agroupement (superposition et assimilation entre le fonctionnement groupal et l'appareil psychique individuel) et le pôle homomorphique du psychisme ou



la non différenciation : tout ce qui se produit à l'extérieur se produit aussi à l'intérieur et réciproquement. Si un élément du groupe change cela menace le sujet de l'intérieur, il n'y a pas d'espace intermédiaire et de distance tolérable, la représentation de la différenciation en est à ses débuts.

Le pôle isomorphique fondement psychotique de la groupalité, corps indivisible, immortel et tout puissant est celui qui calme les angoisses archaïques comme celle de non assignation mais rend aussi présente la peur de perdre les propres limites. Le facteur de survie est la dépendance groupale, il n'y a pas d'espace intermédiaire. La différence est une catastrophe, la distance de la différenciation n'est pas tolérée. La diffraction et le déplacement sont au service de la réalisation du désir inconscient par la répartition des charges pulsionnelles sur d'autres objets comme une technique de camouflage qui par agroupement et encastrés mutuels permet de recomposer la figure de l'objet censuré, phénomène différent de la fragmentation.

Construire un groupe c'est se donner mutuellement l'illusion de la masse, d'un corps indivisible, immortel et tout puissant comme celui formé avec la mère (narcissisme primaire).

D'un autre côté, le second pôle est homomorphique où s'opère une différenciation entre l'espace de l'appareil psychique groupal et celui de l'individu.

Le groupe est comme le rêve l'instrument -le siège- de la réalisation des désirs inconscients infantiles. Comme le rêve, comme le symptôme, le groupe est l'association d'un désir inconscient et de ses défenses.

**R. Kaës**<sup>40</sup> mit en évidence deux mécanismes similaires à ceux considérés par **S. Freud**<sup>41</sup> dans la formation du rêve, au travers du modèle de l'appareil psychique groupal : La diffraction et la multiplication du même.

---

discriminé où les échanges intersubjectifs sont possibles et permettent l'exogamie, l'individuation et le détachement.

<sup>40</sup> R. Kaës, 1987, *La diffraction des groupes internes*. Elle est au service de la censure et de la réalisation du désir inconscient, elle fait partie des processus primaires, serait une décondensation, un déplacement et une multiplication du même, une seule idée latente représentée par de nombreux éléments.

**R. Kaës**<sup>42</sup> en 1985 affirme que le rêve réalise le désir du rêveur de se regrouper avec ses objets internes. Cela est rendue possible par l'intermédiaire de la censure : par des mécanismes du processus primaire comme la condensation (une figure sur une autre renforce les traits communs et dilue les différences), le déplacement, la multiplication du même (elle représente la relation en fonction de la fréquence des relations temporelles et spatiales qui s'expriment où le nombre est important pour ce groupe interne). Le rêve et le groupe sont des voies analogues royales pour arriver à l'analyse de l'inconscient. Dans le groupe à travers la chaîne signifiante groupale qui se construit dans la pluralité des voix-des discours, la polyphonie et la diffraction du transfert devient possible l'accouplement groupal des psychés.

Qu'est-ce qu'un groupe interne ? Pluralité d'éléments différents, système de liaison et appui entre les composants et les polarités du désir inconscient. Les groupes internes sont les scénarios de l'échange et du changement. Le désir, la haine, la peur et la jouissance sont présents. Le sujet se cache et se manifeste à lui-même à travers des personnages des groupes internes dont il fait partie. La diffraction externalise les relations entre les éléments du groupe interne.

Les groupes internes sont une formation de la réalité psychique et un processus de liaisons pour l'accomplissement de cette réalité, c'est une association de désir de mise en scène du sujet. Ils sont un appareil de transmission et de transformation intrapsychique.

Le groupe interne est la représentation du sujet en relation aux autres dans ce qu'il manque à son désir. Sa fonction est de préserver l'intégrité contre le manque, l'absence et la perte (angoisse de castration).

Les groupes internes sont des modèles internes qui orientent l'action vers d'autres dans les relations intersubjectives, ils sont le résultat des internalisations des processus identificatoires de l'ensemble des relations de l'individu depuis la naissance.

---

<sup>41</sup> S. Freud, 1901, *l'interprétation des rêves*. Le rêve est régi par les processus primaires où il est recherché le maintien simultanément de la réalisation du désir et de sa dissimulation.

<sup>42</sup> R. Kaës. Le psychisme a une structure groupale calquée sur les fantasmes originaires de l'espèce et les offres de chaque culture. L'organisation groupale du psychisme est corrélative à celle des groupes où le sujet s'insère à partir de ses structures psychiques groupales (groupes internes comme organisateurs inconscients).

Le processus secondaire précise le système préconscient-conscient, ses formations permettent l'accès à la pensée symbolique. Le travail psychique en groupe permet l'accès au symbolique.

Depuis la perspective de **P. Aulagnier**<sup>43</sup>, le processus secondaire est le lieu de la mise en sens. Il implique le principe de réalité et la participation du sujet dans les symboles culturels.

Les processus tertiaires ont été décrits par **A. Green**<sup>44</sup> qui postula des processus de relation entre le primaire et le secondaire.

Les psychanalystes se sont intéressés aux liens intersubjectifs à partir du moment où ils les ont considérés nécessaires dans la construction de la subjectivité. : chacun est précédé par la place qui lui est assignée dans un ensemble intersubjectif dont il devient sujet (contrat narcissique de **P. Aulagnier**<sup>45</sup>) c'est dans cette perspective que le sujet de l'inconscient est sujet du groupe ou du lien (**M. Bernard, J. Puget, I. Berenstein**<sup>46</sup>).

Comme je l'ai déjà mentionné, **J. Bleger**<sup>47</sup> introduit dans la théorie du lien une opposition féconde entre deux modes de sociabilité : syncrétique et par interaction.

La représentation d'un lien est le résultat d'un lien intersubjectif, elle s'installe grâce aux processus primaires, secondaires, tertiaires. La représentation est effet de la transformation d'expériences chargées d'anxiété que les sujets ne sont pas en condition d'élaborer en situation isolée tandis qu'ils le peuvent en situation groupale.

---

<sup>43</sup> P. Aulagnier, 1975, *La violence de l'interprétation-du pictogramme à l'énoncé*. Elle parle du travail de représentation comme équivalent psychique du travail de métabolisation de quelque chose d'hétérogène pour le convertir en quelque chose d'homogène. La scène primitive est à la limite entre le pictogramme et le fantasme.

<sup>44</sup> A. Green, 1982, *La double limite*. Il propose un modèle de liaisons tertiaires entre le primaire et le secondaire, entre le conscient et l'inconscient qui pourrait correspondre au préconscient.

<sup>45</sup> P. Aulagnier, op.cit. Note 43. La mère est porteuse des identifications aux membres de son groupe, de sa chaîne générationnelle ; il est assuré au nouveau-né une place par anticipation en échange de la transmission des énoncés fondamentaux de sa culture.

<sup>46</sup> I. Berenstein, M. Bernard, J. Puget, 1982, *Le groupe et ses configurations*.

<sup>47</sup> J. Bleger. Op.Cit. Note 38. La sociabilité syncrétique est un phénomène de transitivisme qui opère entre les membres d'un groupe, c'est un niveau de fonctionnement indifférencié. Ce niveau de sociabilité syncrétique se maintient toute la vie. Dans les groupes, le sujet se discrimine à partir d'elle mais il subsiste un reste, un niveau Moi-non Moi.

La pensée de groupe correspond à des formes et des contenus de pensée produits par le groupe et est déterminée par : les modalités des identifications avec les objets communs ; les mécanismes de défense et les alliances inconscientes ; les signifiants communs que les intégrants du groupe ont établis pour qu'elle puisse se constituer et se maintenir.

La pensée en groupe est l'émergence et le développement de la pensée de chaque sujet du groupe. Dans le groupe nous travaillons en permanence avec le processus psychique de l'autre pour pouvoir découvrir ce qui est ou non en nous et ce qui est disponible pour une activité de représentation ou pour une action.

**W.R. Bion** a affirmé que les adultes en lutte avec la complexité de la vie en groupe ont recours (par le biais d'une régression parfois massive) aux mécanismes décrits par **M. Klein** comme caractéristiques des premières phases de la vie mentale, aucun résultat thérapeutique ne peut être obtenu si les composants psychotiques ne sont pas dénudés et contenus dans quelque groupe qu'il soit.

Les recherches de **W.R. Bion**<sup>48</sup> sur les présupposés de base les décrivent comme des schémas sous-jacents qui organisent le comportement du groupe et orientent le choix de tel ou tel type de leader :

La dépendance à un leader divinisé qui alimente et protège le groupe, source de valeurs, culte qui induit les sentiments de dépression et de culpabilité.

Le couplage remplit le groupe d'espoir et de sympathie vis-à-vis de deux de ses membres, promesse jamais démentie qui se rapproche du messianisme et alterne avec l'attaque-fuite où le groupe agit comme s'il fuyait quelque chose ou quelqu'un qui de son côté l'attaque.

La situation en groupe pose des problèmes impossibles à résoudre seul pour chacun des individus qui y participent.

---

<sup>48</sup> W.R. Bion. Op. Cit. Note 25. Les présupposés de base : de dépendance (fantasme de fusion), d'attaque-fuite (fantasme de castration) et de couplage ou messianique (fantasme de séduction).

De façon alternative, le groupe et le leader qui l'incarne seraient le bon objet à soigner et préserver ou le mauvais objet persécuteur qui détruit l'individu, précipite sa solitude et suscite des angoisses mortelles.

Le groupe est porteur d'effets imaginaires : ceux d'une psyché comme totalité, d'un corps comme enveloppe, pure limite entre ce qui est dedans et ce qui est dehors. C'est pour cela, comme le signale **W.R. Bion** qu'il réactive des angoisses très primitives, il induit des sentiments de persécution, d'intrusion et de fragmentation.

**D. Anzieu**<sup>49</sup> dans « *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal* » (1981) définit le groupe comme « une enveloppe grâce à laquelle les individus s'assemblent ». Les groupes sont liés par le partage d'une série de règles, rôles, normes, mythes et de deux espaces : celui habité par les membres du groupe et celui habité par ceux qui ne lui appartiennent pas. Ces deux espaces délimitent une enveloppe à deux faces selon que l'on regarde la réalité extérieure sociale fonctionnant comme barrière protectrice de l'extérieur ou que l'on regarde vers la réalité interne de ceux qui composent le groupe.

Par ailleurs **D. Anzieu**<sup>50</sup> décrit cinq organisateurs du groupe :

La résonance fantasmatique (chaque individu du groupe occupe une place dans l'argument fantasmatique du porteur d'un fantasme). Un fantasme individuel inconscient (qui surgit lors du développement psychique de l'individu) organise le fonctionnement groupal c'est la résonance fantasmatique qui rend cela possible en précisant que le fantasme est individuel et que l'effet de résonance porte sur le contenu des fantasmes.

Autre organisateur, les imagos qui surgissent comme sédiment des expériences de l'humanité dans l'histoire et sont présents depuis la naissance de l'enfant. Du fait de ces

---

<sup>49</sup> D. Anzieu. Circulation des fantasmes individuels et du groupe dans une vibration commune. Le groupe est une enveloppe grâce à laquelle les individus se maintiennent ensemble, comme une membrane filtrante entre un dedans et un dehors.

L'illusion groupale est un moment qui donne lieu à ce qu'il y aurait en commun entre les membres d'un groupe, à un Moi idéal commun avec un vécu de réciprocité et de protection que le groupe apporte à ses membres. C'est en général un phénomène transitoire excepté dans les groupes bureaucratisés.

<sup>50</sup> D. Anzieu, « les sujets humains vont au groupe de la même façon que lorsqu'ils vont dormir ils entrent dans le rêve », en terme de dynamique psychique le groupe est un rêve. Le rêve est une formation intermédiaire entre la veille et le sommeil.

imagos il est plus facile que les groupes survivent même s'ils se produisent des changements de leaders.

Les fantasmes originaires sont le troisième organisateur, semblables entre les êtres humains, ils sont les questions posent les enfants à leurs parents sur leur origine, ils constituent un patrimoine commun.

Le complexe d'Œdipe serait le quatrième organisateur qui installe les différences, **R. Kaës**<sup>51</sup> le considère plus comme un méta-organisateur qui marque des tendances selon le contexte social et culturel où il est pris.

Le cinquième organisateur serait la différence entre l'extérieur et l'intérieur du groupe qui trouve son origine entre le corps propre et l'enveloppe psychique groupale.

**M. Selvatici** dans « *spécificité du dispositif groupal psychanalytique* » remarque que le groupe constitue un espace paradoxal d'union et de séparation, de recréation de l'illusion originarie et de rupture. Il se caractérise par la pluralité de ses membres, le face-à-face et l'inter-discursivité. Caractéristiques qui mettent en premier plan la vue : voir et être vu. Image de soi unifiée ou désagrégée par les multiples diffractions des autres. Le besoin de se positionner rapidement face à la groupalité et la recherche des indices identificatoires et d'assignation, conditions d'existence, d'approbation ou de rejet.

La présence des autres en situation groupale permet le déploiement de la fantasmagie inconsciente et sa dramatisation.

Au moment d'ambiguïté majeure se met éventuellement en place un encastrement, réseau fusionnel de tous les membres dans une structure fantasmagie. Dans les moments de plus grande discrimination la brèche entre le monde fantasmagie et la réalité extérieure se laisse apercevoir.

---

<sup>51</sup> L'Œdipe comme différence des sexes et des générations pour S. Freud est un des prototypes phylogénétiques, précipités de l'histoire de la civilisation humaine. Le garçon amoureux de sa mère veut éloigner son père et la fille amoureuse de son père veut mettre de côté sa mère. Pour J.D.Nasio c'est l'épreuve qu'expérimente l'enfant d'à peu près 4 ans alors qu'il est dépassé par un désir sexuel incontrôlable et qu'il doit apprendre à l'ajuster à son corps immature, aux limites de sa conscience, de ses peurs, d'une Loi qui lui ordonne de cesser de prendre ses parents pour objets sexuels, de canaliser ses désirs qui le déborde.

La situation groupale réédite au niveau inconscient la fusion des origines (illusion groupale). S'ensuit une urgence identificatoire à entrer dans le groupe (**M. Segoviano**<sup>52</sup>).

La récupération des signifiés refoulés par un sujet, alors qu'elle est reprise par d'autres membres dans l'inter-jeu transférentiel offre des possibilités de compréhension et de retranscription de situations inconscientes.

Le dispositif groupal se constitue ainsi en opérateur privilégié pour le travail analytique.

**N. Inda**<sup>53</sup> dans « *Le travail d'interprétation en groupes* » décrit deux caractéristiques qui différencient le cadre de l'analyse groupale du setting individuel : l'une est la spatialité, l'autre la présence réelle des autres où leur regard a son importance ainsi que leur présence corporelle.

Le dispositif de groupe s'organise spatialement : un groupe de personnes assises en cercle, face-à-face, des regards, des gestes, le ou les coordinateurs inclus dans la ronde qui échangent des mots et des mouvements. Des codes différents apparaissent en correspondance ou en dissonance. C'est une mise en scène.

Le but final est de mettre en mots le conflit entre les désirs et les défenses. Ces contenus manifestes montreront et dissimuleront le fantasme latent, les groupes internes en jeu.

Pour résumer, je soulignerais la grande influence de **D. Anzieu** lorsqu'il formula en 1966 l'énoncé princeps pour la recherche groupale : le groupe est un rêve.

En 1985 **R. Kaës**<sup>54</sup> dans son travail sur « *La différenciation des groupes internes* » a formulé que le rêve réalise le désir du rêveur de s'agrouper et se dégroupier (de ses objets

---

<sup>52</sup> M. Segoviano, 2001, *Le premier narcissisme et le groupe*. Certains auteurs nomment cette urgence identificatoire, angoisse de non-assignation comme la peur de n'avoir point de place assignée dans le désir de l'autre.

<sup>53</sup> N. Inda, le groupe active un "effet" groupe par la présence simultanée de plusieurs personnes unies, face-à-face ce qui mobilise des formations et processus psychiques.

<sup>54</sup> R. Kaës nomme groupes internes les formations intrapsychiques dotées d'une structure groupale qui accomplissent les fonctions de liaison dans l'appareil psychique entre éléments distincts et pluriels, formant un système de liaison qui uni ses éléments constituants les uns aux autres. Ils conforment ainsi une trame des identifications.

internes). Ce phénomène s'obtient par l'effet de la censure et des mécanismes du processus primaire : condensation, déplacement, multiplication du même et diffraction. Chez les patients psychosomatiques il pourrait y avoir des failles dans la constitution du cinquième organisateur groupal, la différence entre le corps propre et l'enveloppe groupale qui marquent la différence entre le dedans et le dehors, entre l'intérieur et l'extérieur.

Le rêve réalise le désir d'un sujet d'être un groupe. La psyché elle-même est un groupe. C'est en cela que groupe et rêve sont des voies analogues et royales pour arriver à l'analyse de l'inconscient.

Rêve et groupe appartiennent à deux champs différents de la réalité psychique.

**J. Campos Avillar** interne aux côtés de **S.H. Foulkes** au Maudsley Hospital en psychologie dynamique groupale se fait la réflexion que les psychothérapies en groupe pourraient bien constituer une réponse valide au besoin croissant de traitement psychologique qui se manifeste aujourd'hui dans notre société.

Tout n'est pas rose sur le chemin du groupe et ils sont peu nombreux les analystes qui jusqu'à maintenant se sont intéressés aux psychothérapies de groupes. Déjà en 1918 **S. Freud** se posait la question de la pertinence sociale de la psychanalyse. La plupart des analystes s'inclinent à contraster et comparer d'autres pratiques comme celle des groupes en fonction des opinions suivantes :

Que l'analyse individuelle est suffisamment intéressante et complexe pour se distraire dans l'effort des groupes pour utiles qu'ils puissent paraître ; que l'analyse est impossible en groupe et est donc laissée à ceux qui ne sont pas analystes ; que l'analyse groupale est d'une qualité inférieure à l'analyse individuelle et reste reléguée aux analystes pour qui l'analyse individuelle n'est pas abordable pour des raisons cliniques ou financières.

**Levy Strauss** décrit le passage de la nature à la culture avec la naissance de la communauté des frères : « Tu ne tueras point le père » et le tournant vers l'exogamie qui marquent le passage de la horde à la culture.



Le groupe travaille le processus psychique de l'autre pour décrire ce qui est et ce qui n'est pas disponible pour l'activité de représentation.

L'appareil psychique reconnaît les images, les sons, les odeurs, ses souvenirs se gardent en images. Un préconscient affecté ne peut produire une chaîne associative individuelle et chez les patients affectés de la sorte c'est la chaîne associative groupale qui prend le relais.

**R. Kaës** propose l'équation groupe-mère-cadre où le groupe comme la mère contient les projections, tolère les mouvements pulsionnels et pense pour l'autre. Il transforme les signaux sensoriels en pensée, les éléments beta et alfa comme les nommerait **W. R. Bion**.

**L. Kancyper**<sup>55</sup> soutient que la désidérialisation nécessaire chez ce type de patients où l'idéalisation est un obstacle, se produit après que ce soient livrées de nombreuses batailles ambivalentes.

**M. Bernard**<sup>56</sup> en 1988 affirme que le groupe primaire forme l'identité de ses membres. Sachant que le transfert se produit à partir d'une certaine régression formulée depuis le cadre et qu'un sujet malade est un sujet de peu d'autonomie dont la capacité à discriminer est réduite et se mouvant donc plutôt dans le pôle isomorphique.

Ces sujets aux brèches dans leur identité voient incomplète la différenciation Moi- non Moi, ils essaient de maintenir leur identité qui échappe *de leurs pores*. Ils ont besoin du groupe pour soutenir leur identité personnelle, par appartenance.

Quant à l'usage d'une médiation en groupe, **C. Vacheret** précise que le Photolangage® n'influence pas vers le pôle isomorphique car il y a un espace entre les images externes et internes ; au contraire il favorise la relation homomorphique, c'est-à-dire de différenciation entre les membres du groupe. Quand un patient ne peut associer librement, quand son mode de transfert se fait par dépôt (des parties intolérables et violentes), quand il lui manque les souvenirs et qu'il ne peut tolérer les interprétations, la synergie du groupe autour d'un objet médiateur lui offre une possibilité de transformation par l'intermédiaire de la chaîne

---

<sup>55</sup> L. Kancyper, psychanalyste argentin qui étudia l'ambivalence, les ressentiments et les remords dans le lien fraternel et la confrontation entre les générations.

<sup>56</sup> M. Bernard définit comme groupe interne la structure triangulaire qui rend compte de l'identité personnelle d'un sujet, le squelette du fantasme sur lequel il s'appuie.

associative groupale ; il permet le passage de la pulsion de mort à la pulsion de vie et à la symbolisation à posteriori.

La logique du préconscient favorise le passage de la photo à l'idée puisque la pensée en image est contigüe à l'inconscient. L'image et l'affect sont inséparables. L'image permet à l'affect de ressurgir intact et si l'affect peut devenir sentiment il peut alors se terminer, se reformuler ou diminuer en intensité douloureuse par une perlaboration successive.

### **1.3.1 Historique de ma décision de proposer un groupe à médiation**

J'ai commencé à travailler avec des groupes de parole pendant presque un an et si bien les patients participaient avec enthousiasme, il ne me semblait pas se produire de transformation ou un quelconque indice de changement psychique. Le hasard voulu que je lise plusieurs travaux de **C. Vacheret** sur les effets de la médiation en groupes de formation et de patients psychotiques. Je me suis demandée si cette technique pourrait m'aider avec des patients asthmatiques. Je fis donc un essai et cela plut aux patients pour commencer. Plusieurs mois plus tard **M. Bernard** me fit la remarque suivante : « Vous allez directement au problème, les patients ne perdent pas des années d'analyse pour y arriver et cependant le temps à travers les photos est suffisant pour permettre le travail psychique sans tout ravager ».

Les patients, mon professeur et les résultats cliniques m'ont guidée et me poussèrent à décider de continuer sur le chemin de cet abord thérapeutique, comptant aussi sur la force de l'argumentation clinique.

### **1.3.2 Auteurs qui travaillent avec des groupes à médiation dans l'actualité.**

Le groupe est un lien, main tendue qui apaise l'angoisse de non assignation (à comprendre comme : ne pas se trouver à la place qui nous définit le mieux, ne pas avoir de place dans le désir de l'autre) bien qu'il la mobilise aussi. Si le sujet est le groupe : une structure complète, omnipotente, un moi idéal narcissique, le groupe est alors le recours qui protège de la détresse. L'identité personnelle (subjectivation) se construit à partir du groupe et paradoxalement « le groupe est ce que le moi doit perdre pour être ». **R. Romero** (1997).

A l'origine et donc avant d'être un individu on est un groupe **J. Bleger** (1967).

Dans l'ici et maintenant le groupe peut être une illusion (le groupe et moi) et l'indiscrimination une menace, une angoisse, un vécu de dilution, de fusion (**M. Segoviano**, 2001) de crainte de faire partie d'une masse où il est impossible de se reconnaître soi-même.

Les groupes peuvent servir pour associer, lier, diffracter et transformer les groupes internes dans un refuge de l'esprit.

Dans son livre «*Photo, Groupe et Soins Psychiques*», **C. Vacheret** mentionne plusieurs auteurs qui ont travaillé avec des groupes à médiation. Parmi eux je citerai :

**M. Molho** dans les services de psychiatrie du centre hospitalier Saint-Cyr au Mont d'Or, **C. André et B. Taillandier** qui travaillaient auprès d'adolescent très durs, **O. Andronidou** auprès de patients psychotiques, **M. Ravit** dans le contexte institutionnel de toxicomanes en prison, **M. Donaz et N. Schmidt** dans des groupes de personnes du troisième âge.

**E. Lecourt** travaille avec pour médiation le son comme les bruits et la musique pour y sauvegarder la dimension sensorielle du fonctionnement psychique en groupes. Elle parle d'un bain sonore, mode de communication préverbal. L'interprétation des états du groupe à travers les productions groupales qu'elle propose est très intéressante. L'objet musique médiateur implique aussi la culture, c'est un dispositif dépouillé de la parole pour récupérer les sensations.

**M. Zurlo** utilise la technique du Photolangage® pour produire l'émergence de contenus inconscients, le développement de processus représentatifs et de pensée. Elle travaille avec les similitudes et différences trouvées dans les photos et favorise la construction de la métaphore.

La métaphore des relations aux autres, celle de l'autre, et celle de la relation à la vie, dont l'auteur soutient qu'elle s'exprime dans le corps et qu'elle est objet de transformation culturelle et affective par l'élaboration des contenus.

La métaphore s'articule et se désarticule, dit **M. Zurlo**, à travers la chaîne associative groupale et se transforme par le lien avec les autres du groupe. La photo en tant qu'intermédiaire maternel promeut la création de métaphores.

**K. Navridis** travaille en groupes avec la médiation de génogrammes qui concernent l'origine généalogique et les liens familiaux. Selon les couleurs, les papiers, les figures et les lignes que les patients utilisent dans le dessin de leur génogramme il est possible de découvrir la transmission des relations transgénérationnelles avec ses blancs, ses discontinuités...un présent s'établit progressivement, verbalisant l'inconscient et il se produit une communication groupale inconsciente dont la finalité pour l'auteur est de restaurer les ruptures. L'objet médiateur triangule et permet de soutenir la communication par la parole.

Le groupe prend une dimension d'inter-génogrammes à partir des histoires familiales remémorées de façon sélective avec des signes qui permettent la symbolisation dans l'ici et maintenant. L'auteur travaille avec l'intersubjectivité et l'intemporalité qui habilite une meilleure compréhension des autres et de soi-même.

**P. Cuynet** travaille avec le dessin libre de l'arbre généalogique familial qui "précipite" les lieux des liens conscients et inconscients précédents et actuelles. "Ainsi l'arbre devienne propice à la fomentation de signes, non vécus, passage obligé avant ce qui s'exprimait dans le registre corporel et la création picturale émerge comme un autoportrait familial", nous dit l'auteur.

**M. Petrous** travaille sur les pathologies précoces des enfants autistes ou psychotiques à travers la médiation de la danse et du dessin, elle utilise des formes simples de reproduction de mouvements et de dessins.

**J. Méry** organise des groupes de lecture avec des poèmes et des textes littéraires comme mode de médiation.

**D. Tsepelis** travaille avec des groupes d'écriture auprès de patients au diagnostic de dépendance avec des troubles psychiatriques. Chez les toxicomanes comme chez les alcooliques l'auteur affirme que l'écriture possède une fonction protectrice du sujet par

l'identification au symptôme du trouble psychiatrique et ils en « oublieraient » leur addiction.

**G.L. Piccolo** utilise le Photolangage® en groupes d'adolescents inhibés ; à travers cette médiation ils parviennent à sortir de leur enfermement ou de leur résistance forcenée.

**D. Stavrou** a recours aux techniques de médiation psychodramatiques et artistique.

**O. Carré** réussit à établir un lien dans des groupes de femmes immigrées à travers l'échange d'un conte de l'enfance de chacune d'entre elles (groupes opératoires dans la lignée d'**E. Pichon Rivière**) puis elles purent construire un conte interculturel. Celui-ci annonçait le deuil à venir. Les contes sont eux aussi supports d'identifications (contes européens, asiatiques, arabes, américains), il peut avoir la fonction d'un objet transitionnel.

**C. Guérin** utilisa aussi le conte comme médiation dans des groupes d'enfants (niveau 1) ainsi que dans le groupe des coordinateurs (niveau 2) de ces derniers afin d'évaluer l'impact de cette activité chez les professionnels.

**A. Mitsopoulou-Sonta** emploie le Photolangage® pour des pathologies sévères où les patients réalisent un travail de lien entre l'affect et la pensée, la photo renforce le travail d'appropriation de soi-même.

**D. Musetti, C. Guerrero et S. Araujo** en Uruguay utilisent le Photolangage® dans des groupes de patients souffrant de fibromyalgie, avec des professionnels de services d'urgences pédiatriques victimes du syndrome de *burn-out* ainsi qu'auprès d'adolescents en prison.

**M. Ravit** passe par le Photolangage® dans la clinique des patients prisonniers, impulsifs, avec passage à l'acte (où la rupture de la scène intérieure serait évacuée sous cette forme).

Cette liste est probablement incomplète aujourd'hui où de nombreux professionnels ont commencé à utiliser des techniques de médiations dans leurs pratiques auprès de leurs patients comme un outil clinique de plus.

## **1.4 Dispositifs utilisés dans la recherche**

### **1.4.1 Phase IA. Groupe-contrôle**

A. Pour pouvoir sélectionner le groupe-contrôle rétrospectif de patients asthmatiques j'ai passé en revue 2657 histoires cliniques du service de Pneumologie des consultations externes de l'Hôpital des Cliniques « José de San Martín » (1999). J'en ai extrait 417 patients dont on pouvait déduire de leurs histoires cliniques un suivi par un même professionnel pour au moins trois consultations de suite. Ce groupe de contrôle était composé de patients des deux sexes, d'âges différents (depuis l'adolescence jusqu'au troisième âge), dont le diagnostic clinique et par spirométrie d'asthme bronchiale était avéré sur une durée d'au moins un an.

### **1.4.2 Phase 1B. Groupes de parole avec des patients asthmatiques à l'Hôpital des Cliniques « José de San Martín ».**

Ce chapitre montrera l'évolution de ma recherche auprès de patients psychosomatiques :

Patients asthmatiques graves et presque fatals traités du point de vue organique par un médecin pneumologue et simultanément dans un groupe thérapeutique classique, par la parole. J'ai réalisé cette partie de ma recherche prospective **B** auprès de 33 patients en étudiant différentes variables.

J'ai formé ce groupe de patients asthmatiques en prenant en compte que ces personnes ne concourraient à aucun type de traitement ou d'assistance d'ordre psychologique individuellement mais qui observaient, effectivement un traitement médical adapté.

Je présente le parcours de la thérapie sous forme de séances et de vignettes, de discussions bibliographiques, de réflexions sur les effets rencontrés pendant ces traitements. Le partage différent de 1:1 (thérapie bi-personnelle ou consultation médicale) et son passage à 1:12 (thérapie de groupe) a permis de développer un autre type de lien dans le transfert avec la coordinatrice. La relation personnelle avec le médecin pneumologue, relation médecin-patient(1 :1) se modifia en une relation fraternelle dans le groupe (1 :12) ce qui signifie un

changement dans l'apprentissage du partage des idées, des sensations y compris un temps et un espace d'échanges différents.

Pour ce type de patients il est important de travailler avec les deux niveaux manifeste et latent et de les séparer pour chacun d'entre eux.

Niveau manifeste : implique le corps pour lequel j'ai besoin de médicaments, traiter le bronchospasme selon les normes du Gina qui définit ce qu'est un patient asthmatique, le traitement pharmacologique adapté et ce qui représente une amélioration dans sa maladie.

Niveau latent : implique le psychisme selon ses normes de fonctionnement et ses critères d'amélioration. Ce qui est recherché c'est de construire et stabiliser une complexification psychique. De quelle façon peut-on fortifier le Moi pour qu'il devienne cohésif ? Par le travail de l'intersubjectif<sup>57</sup> (**R. Kaës, M. Bernard, L. Edelman**), des limites de l'axe central<sup>58</sup> (**P. Marty**), du commuting<sup>59</sup> (**C. Neri**) il est possible de construire un idéal du Moi perméable et solide, utile et protecteur, en utilisant le recours de l'enveloppe sonore aussi (**D. Anzieu**)<sup>60</sup>.

N'oublions pas que sans base biologique il n'y a pas de maladie physique et non plus de contenus psychologiques enfermés dans le corps.

#### Études préliminaires et antécédents :

La dichotomie dans l'abord des maladies chroniques est fréquente tant d'un point de vue médico-organique comme depuis la perspective psychologique. Cela provoque que les patients se regardent les uns les autres au milieu d'une certaine confusion et réalisent une autogestion de leurs traitements en fonction de critères en plus ou en moins selon qu'ils

---

<sup>57</sup> Intersubjectif, le lien reconnaît l'échange, l'altérité entre deux ou plusieurs sujets. S. Freud mentionne l'œuvre de Goethe « ce que tu as hérité de ton père, si tu veux le posséder, fais le tien ». Ce que le sujet a reçu sous forme transsubjective il peut se l'approprier par transcription transformatrice.

<sup>58</sup> P. Marty différencie les patients névrotiques en fonction d'une mentalisation meilleure ou pire (mentalisation incertaine, variable dans le temps) souffrants de désorganisations psychosomatiques. J. Bergeret parle du tronc commun des états-limites et des patients à structure névrotique ou psychotique. Chacun de ces trois axes peut être compensé ou décompensé.

<sup>59</sup> Commuting: concept de C. Neri qui désigne le cours oscillatoire de la dimension individuelle à celle de groupe et vis-et-versa, sa modalité consciente et créative en est le récit efficace et celle inconsciente en est la propagation transpersonnelle.

<sup>60</sup> Op. Cit. Note 49.

sont habilités par l'une ou l'autre de ces conceptions. D'autres fois ils négligent l'un des aspects de leur personne justement du fait de la dissociation établie.

Les groupes intégrés par des individus aux problèmes analogues (homogènes) acquiert une certaine physionomie ou conformation particulière : ce sont des groupes thérapeutiques spéciaux.

Le précurseur de ce type de groupes fut le **Dr. J. Pratt**<sup>61</sup> (en 1905 il réalisa des thérapies de groupes, il est cité dans « *Développement sur la groupalité* » (M. Bernard et al., 1995) qui réunissait dans des classes collectives des patients tuberculeux dans le but de fomenter des émotions à des fins thérapeutiques. Dans ce cas précis l'accent est porté sur la suggestion de la part d'un leader médical.

Pour le médecin clinique ou spécialiste il est habituel que d'avoir à s'occuper des aspects émotionnels du malade dont il a la charge. Il est fréquent que se conçoive une médecine de la maladie et non du malade. De même le patient peut vivre sa maladie comme quelque chose d'hétérogène qu'il faut extraire, comme un corps étranger.

Il est de plus en plus fréquemment admis que le groupe puisse être un instrument pour l'assimilation de situations traumatiques personnelles.

Le groupe offre un lieu d'appartenance, il est instituant dans le cadre social, il revêt une fonction de ré-étayage et de reconstruction de la subjectivité (L. Edelman- D. Kordon<sup>62</sup>, 2001).

Les situations vécues comme traumatiques- la maladie de l'asthme qui les a convoquées dans ce cas précis (ici la règle et non l'exception)- ont pu être ressenties en tant qu'attaque à l'intégrité du corps dont la conséquence se traduit par une perte ou une construction partielle de la subjectivité.

Je considère que l'acceptation de l'altérité de l'autre est propice à la subjectivation et moteur du développement de l'appareil psychique. C'est la raison pour laquelle le groupe

---

<sup>61</sup> J. Pratt réunissait des patients tuberculeux dans un amphithéâtre et selon leur mérite dans le traitement les plaçait plus ou moins près de lui. Attitude propice au transfert idéalisé sur un leader, une figure paternelle.

<sup>62</sup> Le groupe travaille aussi dans le pôle discriminé où les différences entre les sujets sont reconnues et où prédomine une relation intersubjective où l'espace intermédiaire permet la transcription des échanges.



fonctionne comme un chœur polyphonique<sup>63</sup> (**R. Kaës**) qui apporte des représentations, transforme et produit de nouvelles marques dans la subjectivité.

### **1.4.3 Phase II. Groupe à médiation par le Photolangage® avec des patients asthmatiques à l'Institut de Recherche et d'Études Médicales Dr. Alfredo Lanari.**

Dans ma pratique clinique, alors que je me confrontais à l'absence de mouvement psychique adéquats dans les groupes de parole, je décidais de recourir aux techniques de médiation par le biais de récits, de chansons et par la méthode du Photolangage®.

Pour deux de ces groupes, je comptais (en plus de mon rôle de coordinatrice) sur la présence d'un observateur médical (Dr. G. Semeniuk) durant 15 séances de réunions réalisées dans un contexte hospitalier. En plus de l'utilisation du Photolangage®, parfois nous utilisons les dix premières minutes pour la lecture d'un conte ou d'une fable comme déclencheurs des associations ceci cherchant à inclure un bain sonore<sup>64</sup> (**D. Anzieu**) facilitateur.

Plusieurs questions se sont posées à moi :

-Comment se fabrique un patient psychosomatique ?

-Dans quelles mesures un groupe peut fabriquer du préconscient ?

-Qu'est-ce que le préconscient ? C'est un système liant et je l'associe à une métaphore organique : il serait l'équivalent réticulaire du système nerveux qui relie et connecte différentes régions. Le préconscient est ce qui produit du sens, il symbolise et complexifie les signes, les traduit les explique les transforme. Il est source d'un vrai travail psychique. Le lien entre le conscient et l'inconscient.

J'ai pensé qu'une intervention conjointe médicale-psychothérapeutique en groupes à médiation par le Photolangage® influencerait favorablement l'évolution clinique des patients psychosomatiques auxquels j'étais confrontée (baisse de la morbidité).

---

<sup>63</sup> Multiplicité des voix, des discours, des modèles.

<sup>64</sup> Bain sonore construit par la voix qui racontait les contes. Chez le nouveau-né les phonèmes de la voix maternelle fonctionnent comme bain sonore.

Le changement psychique s'obtient auprès et avec les autres, c'est un processus de liens. Le groupe est une enveloppe intermédiaire et protectrice qui aidera à cicatriser *ces blessures* en reconstituant le Moi peau<sup>65</sup> que **D. Anzieu** décrit comme abimé par le manque d'investissement primordial et actuel. Ce sont plusieurs groupes thérapeutiques de huit à dix patients qui se sont réunis entre les années 2002 et 2009. Dans un premier temps, après plusieurs mois d'un premier groupe de parole (2001-2002), groupe homogène de patients asthmatiques mené en milieu hospitalier, je vis comme nécessaire d'introduire un recours additionnel car il ne se produisait aucun signe de changement ou bien ils étaient minimes. La médiation par la méthode du Photolangage® s'avéra un outil précieux que j'ai utilisé dans d'autres groupes thérapeutiques à partir de 2002.

Les patients étaient tous adultes majeurs de 20 ans, des deux sexes, au diagnostic médical et fonctionnel d'asthme bronchiale de sévérité variable (de léger à quasi fatal) et/ou souffrants d'hypertension, de diabète, d'allergies cutanées, de rhinites...d'évolution chronique de plus d'un an, traités selon les critères pharmacologiques internationaux. Les échanges intersubjectifs ont tourné autour d'aspects psychosociaux (comme les croyances), de l'observance du traitement pharmacologique, des conséquences et des limites de leurs troubles et des espoirs de guérison ainsi que de leurs deuils, séparations et angoisses. L'opération thérapeutique portait sur deux niveaux : le psychique et l'organique (avec pour chacun leur médecin respectif). La relation entre les facteurs émotionnels déclenchant et les crises somatiques ont été pris en compte. Il a pu être établi que les hospitalisations en services d'urgences et de gardes au début du traitement s'élevaient à 60% et qu'aux termes des séances elles diminuèrent jusqu'à 10%.

L'objectif de cette seconde étape de recherche était de créer ou de retrouver le sens fondateur du symptôme, non pour en trouver la cause sinon pour complexifier l'appareil psychique de chaque patient à travers les liens sensoriels facilités par les techniques de médiations. Un tel processus permettrait au patient un niveau d'organisation efficace qui influencerait la « stimulation inflammatoire déclenchante » ou la maintiendrait à certains niveaux d'équilibre évitant que ne se produisent les décompensations organiques et les dévastations psychiques de récupérations si délicates.

---

<sup>65</sup> La peau du groupe ou enveloppe agit comme une membrane filtrante disposant d'une face intérieure et d'une autre face dirigée vers l'extérieur.

Mon étude est orienté vers la recherche de nouveaux signifiants et/ou différents de ceux que possèdent déjà le symptôme et la maladie puisqu'à vivre avec la chronicité de leur affectation les patients entraînent en syntonie avec eux.

Chaque patient s'essaya à reconnaître ses situations déclenchantes individuelles.

J'ai cherché le sens de l'angoisse et comment la contenir, j'ai pu déterminer l'utilité de partager les expériences vécues entre patients différents dont les troubles organiques étaient similaires.

S'agit-il de troubles narcissiques par déficit d'estime de soi où l'étayage de l'identité se fait sur la maladie ?

D'un point de vue psychologique, les patients psychosomatiques établissent dans le groupe une identité par appartenance et ont besoin de lui pour avoir l'illusion du tout ou de complétude (l'unité duelle d'**I. Hermann**, le narcissisme primaire de **S. Freud**)<sup>66</sup>. Chez eux, l'illusion dans le regard mutuel fonctionne comme celle de la mère qui renvoie à son bébé un regard où il est compétent et vis-et-versa. C'est le voir et être vu qui signifie : j'existe. Mais parfois quand ce n'est pas réciproque ou mutuel, l'identité émerge avec des failles, dans une logique de tout ou rien puisqu'il lui manque les nuances. Le mélange se défait et s'opère une excision. Les pulsions de vie et de mort ne sont pas réparties en quantités équilibrées (**R. Averbuj**, communication personnelle). Pour cela l'humain a besoin d'un objet intermédiaire afin de lier et délier et établir des degrés entre les extrêmes d'un pont coupé ou non construit.

Si je veux obtenir la couleur verte et que je dispose de jaune et de bleu séparément, j'ai besoin de les mélanger à l'aide d'un instrument adapté, un pinceau. Le choix d'un travail avec l'intermédiaire (dans notre cas un objet médiateur, notre pinceau, qui furent les photos) permet d'aborder le processus de liaison et donc le préconscient. Rappelons que selon **S. Freud**, le processus primaire se caractérise par son ignorance du temps, il fonctionne par représentations de choses et d'affects, les *pensées* y sont en images-figuratives incluant là des *photos*, arômes, sensations tactiles, tons de la voix ou musicaux

---

<sup>66</sup> Unité duelle. Moment de fusion-indiscrimination du bébé qui considère son corps propre uni à celui de sa mère. Le corps de la mère est créé par lui. Les restes de cette non-discrimination peuvent subsister comme noyau psychotique dans l'inconscient.

et parfois des sensations gustatives ; tandis que le processus secondaire se caractérise par la représentation de mots et de sentiments, il inclut la temporalité et les *pensées* y sont idéiques et discursives. Le processus tertiaire (A. Green, 1993) est celui qui relie les deux, il établit la correspondance<sup>67</sup>. Ces patients ont un préconscient semblable à un « airbag » dégonflé (C. Vacheret, 1999), sans épaisseur, qui aura besoin de lier par une médiation ou un instrument médiateur pour que son volume augmente<sup>68</sup>. Les liaisons permettent de mieux organiser les choses à un niveau supérieur, c'est-à-dire plus complexe. Lier produit des sentiments, calme, soulage les tensions de l'énergie libre en circulation, établit un ordre dans le chaos pulsionnel. Nouer, signifier, dominer, joindre...Le Photolangage®<sup>69</sup> s'annoncerait un instrument pertinent à de tels visées.

Si l'on considère un souvenir qui se matérialise parfois en une image, d'autres fois en un arôme ou une sensation tactile, par exemple dans le cas d'une image, l'impression-la perception visuelle d'une photo peut déclencher et relier une émotion (pictogramme de P. Aulagnier). Il est fort possible qu'un élément de cette image (une route, une bicyclette, un arbre, un cheval blanc) soit le fil conducteur à suivre pour arriver au souvenir, un guide dans le labyrinthe de l'appareil psychique (comme les miettes de pain d'Hansel et Gretel ou le fil d'Ariadne que Thésée utilisa à Minos.

L'image sert de médiation dans le rêve et dans le groupe. Une photo déterminée peut condenser la pulsion de vie et/ou de mort en de saines proportions. Les *pensées en images* les plus proches de l'association libre des phénomènes inconscients mobilisent des représentations intermédiaires qui conduisent à la représentation de chose, à l'affect (angoisse et désirs dans l'inconscient). Elles permettent de mettre des mots « à cette chose » par la médiation d'une photo, d'un arôme, d'une mélodie, d'une saveur, d'une caresse, du ton d'une voix racontant un conte puisqu'elles peuvent évoquer une scène par métonymie

---

<sup>67</sup> S. Freud, Narcissisme primaire : quand le bébé doit développer des instruments efficaces pour se connecter avec sa mère dont dépend sa subsistance physique et psychique. Ceci se produit normalement, hormis dans certaines pathologies, après la symbiose biologique, celle psychologique (unité duelle) met en œuvre le fantasme pour combler la brèche d'une présence aléatoire lorsque se développent les récepteurs visuels et ceux de la distance.

<sup>68</sup> Airbag dégonflé, image qui renvoie au concept d'un préconscient non développé qui a besoin de s'étendre à travers des liaisons tertiaires que décrit A. Green.

<sup>69</sup> Photolangage® : méthode qui consiste dans le choix d'une ou plusieurs photos, provenant de fichiers regroupés par thèmes et qui répondent à une consigne donnée par la coordination. Le choix se fait en silence en fonction de la/les photo(s) qui *attrape(nt)* en premier l'observateur. Quand tous les membres d'un groupe ont pu choisir ils peuvent recueillir la/les photo(s) choisie(s) et en expliquer la raison.

dans une chaîne d'images associées à une trace sensorielle d'affect. Le travail de liaison s'en voit renforcé, les images sont l'intermédiation vers les paroles et vis-et-versa.

Certaines fois, la figuration se produit et s'impose chez l'analyste<sup>70</sup> (**S. et C. Botella**, 1997). Voyons cette figuration à l'œuvre :

**Moira** : « Je ne peux pas penser, je suis perdue, l'esprit vide, je suis là mais je ne vois pas, je ne me rends compte de rien. Cela m'arrive depuis que j'ai 13 ans, j'ai peur de la mort depuis que j'ai vu ce film de vampires, je me suis endormie et j'ai senti que je mourais à me réveiller. Je n'ai jamais pu me défaire de cette sensation, je ne me connecte pas avec mes enfants, je ne les touche pas, ne les embrasse pas ». **Thérapeute** : « Il me vient une image d'une autre patiente couchée, endormie et qui en se réveillant découvrit son oncle allongé sur elle ». **Moira** (les yeux pleins de larmes) : « Ah ! Je ne vous ai pas raconté, mon frère m'obligeait à le sucer et j'ai commencé à avoir mes règles, pendant plusieurs années il m'a poursuivie ». **Thérapeute** : « Le vampire ce n'est pas vous c'est lui »...

Pour finir n'oublions pas que le groupe a aussi une fonction régulatrice et d'articulation entre les pulsions de vie et de mort puisqu'il nuance, oppose l'une à l'autre et permet l'échange intersubjectif.

Nous vivons entourés d'images (**R. Barthes**) Comment agissent-elles ? Que communiquent-elles ? Quels sont leurs effets possibles ? L'image transmet « autre chose » à part soi et cette autre chose a à voir avec la personne qui la regarde. L'image comme signe, comme élément d'un système de communication a une valeur considérable, l'image irradie des sens différents.

---

<sup>70</sup> Figuration : image que le récit du patient induit chez l'analyste, dans un groupe les conditions de figurabilité sont les possibilités d'accéder à une pensée métaphorique propre du névrotique.  
Figurabilité : produit d'un travail psychique diurne comparable au rêve qui débouche sur une perception interne, une « endo-perception » capable de « présenter » à la conscience sous forme de figurabilité ce qui ne peut l'être par l'intermédiaire de représentations verbales.

#### **1.4.4 Phase III. Groupe de Photolangage® avec des patients atteints de crises de panique.**

Pour le groupe-contrôle des patients atteints de crises de panique il a été pris en compte la première entrevue au cours de laquelle furent relevés l'ensemble de leurs symptômes (qui seront décrits en 1.7).

Ces groupes ont été menés dans un contexte institutionnel privé (Fondation « Santiago Salud ») de 2007 à 2010.

### **1.5 Photolangage®**

J'ai choisi le Photolangage® comme outil de médiation dans le traitement psychothérapeutique des patients aux maladies psychosomatiques, l'incorporant dans les dernières années aux patients victimes de crises de panique. C'est une méthode qui consiste dans le choix d'une ou plusieurs photos, provenant de fichiers regroupés par thèmes et qui répondent à une consigne donnée par le coordinateur.

En 1965 un groupe de psychologues lyonnais utilisèrent les photos comme support à la parole. Ils les employèrent de façon tout à fait intuitive auprès d'adolescents difficiles auxquels il coûtait de s'exprimer en groupes par la parole du fait d'expériences douloureuses sur le plan personnel. Les premières photos furent prises en noir et blanc par des photographes professionnels. Les coordinateurs furent surpris de constater qu'elles réveillaient un intérêt considérable à s'écouter entre eux chez ces jeunes. Peu après vint l'idée d'utiliser les photos dans des groupes de formation tant pour commencer que pour terminer un groupe. Comme nous l'avons déjà mentionné cette technique s'est ensuite répandue dans tous les domaines de la santé : troisième âge, patients psychotiques, dans les prisons, auprès de toxicomanes...

Le Photolangage® est constitué d'une part de ce qui a trait aux éléments du dispositif et d'une autre aux processus psychiques.

En ce qui concerne la spécificité du dispositif, il a la particularité de voir le coordinateur proposer une question-consigne au groupe qui doit répondre par l'utilisation de photos.

C'est une composante essentielle parce qu'elle mobilise la pensée en idées afin de répondre à la question et parce qu'elle mobilise des pensées en images pour sélectionner les photos. Elle est aussi fondamentale en ce qu'elle définit un espace de jeu où la stimulation de la pensée en idées, logiques et organisées secondairement afin de répondre à la question, mobilise la pensée en images qui fait réagir de façon associative le sujet depuis ses images intériorisées et les affects qui les accompagnent selon l'analogie du processus primaire. C'est en cela que l'espace de jeu ainsi défini se structure entre le processus primaire (pensée en images) et le processus secondaires (pensée en idées). C'est dans cette aire de jeu que les patients peuvent s'exprimer sur la photo de leur choix et sur celle des autres. Cette aire de jeu intermédiaire entre processus primaire et secondaire favorise l'intervention des processus de liaison entre eux (**A. Green**, processus tertiaires) assurant l'articulation intrapsychique et intersubjective nécessaire à la symbolisation.

Sans aucun doute, c'est ce que **S. Freud** conceptualisa en 1900 comme représentation de chose, la chose dont il s'agit étant l'image et l'affect aux confins du corps et de la pulsion<sup>71</sup>. C'est la raison pour laquelle **C. Vacheret** préfère parler de l'image, non seulement parce que la médiation dont nous parlons s'appuie sur les photos sinon parce qu'il s'agit d'images sensorielles qui remontent jusqu'au pictogramme de **P. Aulagnier** (1975)<sup>72</sup>. Comme **S. Freud** lui-même le dit, c'est le mode de pensée le plus proche des processus inconscients. De plus, « la pensée en images » comme il la désigne dans « *Le Moi et le Ça* » (1923) est une pensée dont les modalités de figuration sont inscrites dans l'expérience corporelle. Nous pourrions les considérer comme des enclaves perceptives et sensorielles inscrites dans la mémoire du corps. Avec les techniques médiatrices telles que le Photolangage® nous constatons que l'imaginaire se révèle en terme de contenus et qu'il est aussi une fonction psychique dans la mesure où il se transforme, évolue et change parce qu'il s'échange. Tout groupe à médiation offre au sujet la possibilité de retrouver de nouveaux modèles identificatoires à travers les différents éléments dont les autres sont

---

<sup>71</sup> S. Freud. A propos des limites du soma avec l'appareil psychique : le *drang* de la pulsion n'y est plus une force biologique sinon sa représentation pulsionnelle. Une fois qu'un précepte (stimulation perceptive) entre dans l'appareil psychique il se retrouve face aux pulsions avec des contenus antérieurs qui l'interprètent et le nuancent.

<sup>72</sup> P. Aulagnier, le pictogramme en relation au postula de l'auto-engendrement. L'originaire qui précède le développement du fantasme, le pictogramme sein-bouche et la croyance pour le bébé que le corps de la mère est créé par lui.

porteurs par diffraction<sup>73</sup>. Entre les personnages mis en scène, figurés ou dramatisés, le sujet prend la partie qui lui revient et se réapproprie un peu de son histoire et de sa groupalité interne psychique après avoir transité par l'intermédiaire des autres ; certaines facettes, ou images de soi, lui reviennent désintoxiquées et transformées par lui et par le groupe.

Le choix se réalise en silence en fonction de la ou des photos qui «les attrape» mais leur parle en premier dans l'écho que les mots de la consigne ont provoqué en eux. Le coordinateur demande aux patients qu'ils se laissent interpellés par les photos, qu'ils ne changent pas leur choix premier et *instinctif*. Quand tous ont pu choisir, ils peuvent prendre leur photo à la main et expliquer les raisons de leur choix dans le groupe. Il arrive que plusieurs patients aient opté pour la même photo, écoute des points communs et des différences à propos d'un même support. Quand l'animateur le juge pertinent ou nécessaire, le coordinateur choisit lui aussi une photo pour diminuer les craintes face à une situation nouvelle et pour introduire l'aire de jeu dans le groupe.

Pourquoi employer cette technique de médiation avec ces patients ?

Selon **R. Kaës** dans le prologue du livre « *Groupe, Photo et guérison psychique* » de **C. Vacheret**, « la méthode du Photolangage® : facilite la communication en groupe et réduit la peur de se « diluer », de perdre son identité en situation groupale, cette angoisse s'atténue au travers d'un objet médiateur, comme le sont dans ce cas les photos ». **R. Kaës** affirme que l'on peut qualifier de travail psychique celui qui s'effectue à partir des processus mobilisés par cette image de la photo, puisqu'elle appelle et induit une parole. Le travail du préconscient rétablit les formes imaginaires de la vie psychique en souffrance, avec les représentations de mots il prépare un dire, participe au processus de symbolisation et le relie à ses sources pulsionnelles signifiantes et intersubjectives. Le Photolangage® est une méthode de travail psychique avec les processus de groupe. C'est un travail avec l'intersubjectivité des sujets en groupe et avec les activités du préconscient. La méthode articule les processus intrapsychiques de figuration et la parole avec des processus

---

<sup>73</sup> Concept élaboré par R. Kaës, 1985, *la diffraction des groupes internes*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 11, 1988, p.159-174. Op.Cit.



intersubjectifs où se réactualise par le travail psychique de l'autre et de plus d'un autre, la représentation et l'invention des mots manquants.

Deux conditions sont nécessaires pour le transitionnel :

1. L'installation de l'autoconservation, le lien groupal pourvoyeur du narcissisme trophique.
2. Que l'objet survive à la disparition et aux attaques destructives dirigées sur lui et les autres.

**C. Vacheret** dans son travail « *Comment penser la synergie entre le groupe et l'objet médiateur ?* », présenté à Rio en 2006, analyse les différences entre l'objet transitionnel et le médiateur.

L'objet médiateur se différencie de l'objet transitionnel de **D.W. Winnicott**<sup>74</sup> en ce que ce dernier exprime une relation duelle entre la mère et l'enfant tandis que le premier est un objet d'une relation plurielle, entre plusieurs autres et un dispositif groupal.

Il existe une synergie entre le groupe et l'objet médiateur. Grâce à la chaîne associative groupale et à la diffraction du transfert est récupérée la part de groupalité psychique des groupes internes diffractés et déposés dans le groupe.

Les groupes de parole offre certaines difficultés dans le traitement de patients psychotiques, chez les adolescents violents, les patients du troisième âge, oncologiques, anorexiques...et j'ajoute aussi chez les patients psychosomatiques et ceux souffrants de crises de panique.

Ces patients ont des empêchements certains dans l'association libre car leurs vécus traumatiques ont détérioré leur capacité à associer, leur préconscient est affecté.

Une autre difficulté se présente parce qu'ils ne peuvent réaliser un transfert métaphorique, « le comme si c'était ma mère ou mon père », d'après **R. Roussillon**<sup>75</sup> ils opèrent un

---

<sup>74</sup> D.W. Winnicott, 1971, *Jeu et Réalité*. Editorial Gedisa. Avec une mère « suffisamment bonne » (qui ne déçoit pas trop rapidement dans le trouvé-créé) l'enfant peut traverser une transition entre la dépendance et l'autonomie et s'accompagner pour cela d'un objet intermédiaire.

transfert par retournement, c'est-à-dire que leur revient la pulsion vécue passivement et ils l'activent sur le thérapeute. Par exemple s'ils ont été abandonnés ils feront sentir au thérapeute ce qu'ils ont ressenti à être abandonnés. **B. Duez**<sup>76</sup> parle de transfert topique par exportation dans l'esprit de l'analyste. **C. Vacheret** parle de transfert par dépôt de la violence intolérable du patient, ce qui rend la situation difficilement supportable pour le thérapeute.

Un autre écueil est la délicatesse des interprétations car ces patients fragiles se désorganisent rapidement. Autant dire que nous nous trouvons alors sans les outils de l'association libre et de l'interprétation plus classiques et caractéristiques des groupes de paroles.

La photo est une image, ce n'est pas le monde intérieur ni la réalité. Elle constitue un limite dedans-dehors, une néo-réalité (ni...ni.../et...et...) qui offre la possibilité de jouer.

Cette méthode sert au travail de lien psychique puisqu'elle offre une médiation et une aire de jeu. Elle facilite les échanges relationnels, rend tolérable l'altérité de l'autre et enrichit les capacités associatives. L'objet médiateur a une valeur qui est celle que lui donne le patient puisque c'est le patient qui a trouvé la photo. La photo fait signe, appelle les affects et les émotions, trace un chemin qui va de l'image au mot.

Cette méthode dépend aussi de la fonction alpha du thérapeute de groupe, c'est-à-dire de sa capacité à créer et à donner du sens au patient.

C'est en jouant qu'une personne existe de manière autonome. Ainsi en nous différenciant d'un autre, nous retrouvons le chemin de la fusion à la différenciation, de la continuité à la rupture. Le Photolangage® permet aussi de construire un temps différé, la pause, le passage de l'immédiateté à la possibilité d'attente.

Dans un groupe on accède à des identifications multiples, à des ré-identifications par les échanges intersubjectifs. Ses membres peuvent trouver ce qu'ils ont de semblable et de

---

<sup>75</sup> Citation et référence du travail présenté par C. Vacheret au II Congrès des Configurations de Liens en Mai 2008 à Bs As, Argentine. « *Pathologies contemporaines, dispositifs contemporains* ».

<sup>76</sup> Idem note précédente.

différent d'avec les autres dans ce qu'ils voient dans les photos, celles qu'ils choisissent et celles des autres.

Les photos à l'extérieur reflètent les images internes qui peuvent être ainsi supportées et donner lieu à la pensée.

J'illustrerai ici mes propos par un fragment de séance :

**Consigne :** « *rappelez-vous une phrase, des mots dits ou écrits qui ont eu un impact particulier en vous, racontez-le avec une photo* ».

**Celia :** « Moi j'ai choisi ce mur (photo8), je me suis souvenue d'une phrase que mon père a dit à ma mère : que si elle n'acceptait pas sa nouvelle femme il y aurait un mur entre lui et nous. Des années plus tard, il m'a dit qu'il ressentait du rejet pour moi ».

**Analía :** « pour moi la photo du rideau à plume est un papyrus ».

**Celia :** « moi je l'ai vu comme un mur ».

**Marcela :** « Ça me surprend de voir des choses si différentes sur une même photo, pour moi c'est une couette bien chaude. Qu'elle est la vérité ? »

**Teresa :** « Dans une photo on voit des choses différentes selon qui la regarde, c'est sûr Analía toi tu es bibliothécaire, tu as vu un papyrus ».

**Susana :** « C'est comme les acteurs sur scène qui peuvent transmettre différents sens d'une même œuvre ...J'ai choisi la photo d'un monsieur avec la petite fille appuyée sur ses jambes (photo 9). Elle me rappelle quand je faisais la vaisselle dans la cuisine et que mon oncle maternel venait par derrière et me touchait les seins adolescente. Et aussi la colère de ma mère qui n'y a pas attaché d'importance et ne croyait pas ce que je lui disais. ».

**Astrid,** a choisi une photo « d'une petite fille avec sa maman » (photo 10) et elle associe sa colère contre sa mère qu'elle ne peut jamais conformer et à la dépression de celle-ci durant son enfance. Elle ajoute qu'elle a été anorexique et que sa mère la rejetait.

Après un an, **Astrid** choisira la photo du lion (photo11). Elle dit que c'est la première fois qu'elle choisit la photo d'un animal en séance : « Ça m'a rappelé un livre d'images

d'animaux que je peignais avec ma mère ». (Elle reconstitue un possible rapprochement et le plaisir partagé entre elle et sa mère).

Dans le groupe se produit *le plaisir partagé de penser*.



Photo 8 L. Kim (2002). Le fil de la trême



Photo 9 Photolangage®



Photo 10 Photolangage®



Photo 11 Photolangage®

Le Photolangage® est donc une méthode qui consiste à travailler avec une collection de photos et à communiquer en groupe sur la base de ces mêmes photos.

Il faut différencier deux moments principaux. Celui du choix et celui du travail en groupe.

#### PREMIER TEMPS : Présentation du travail aux participants du groupe.

Le coordinateur explique pour la première fois et de séance en séance s'il le faut ensuite en quoi va consister le travail. Un exemple :

« Nous allons travailler avec une série de 30 photos (en précisant si elles sont en noir et blanc et/ou en couleur) choisies en fonction de notre thème d'aujourd'hui ; à partir d'une question que je vais vous préciser, autorisez-vous à prendre conscience de ce que vous pourriez dire à propos de cette question et essayez de le communiquer aux autres et d'écouter ce qu'ils pourront dire à partir d'une ou plus d'une photo. Il ne s'agit pas de chercher une meilleure réponse sinon de partager l'écho que la consigne aura produit en vous».

Le travail se ponctue ensuite de la façon suivante : un premier temps de présentation des photos (elles seront installées sur une surface plane, en général leur nombre s'élève à 25 ou 30) ; un second temps durant lequel s'effectuera le choix personnel en fonction de la question posée, il faut compter 5 à 10 minutes.

« Dans un premier temps nous regarderons attentivement les photos et nous choisirons mentalement 1, 2, 3 photos pour répondre à la question proposée. C'est un moment individuel, de réflexion et de choix. Il est important de ne pas changer de choix, de vous laisser attraper par les photos qui s'imposent à vous en premier. Ne parlez pas entre vous pendant ce moment. Une fois votre choix réalisé mentalement, ne prenez pas la ou les photos choisies en main car il faut que toutes les photos soient disponibles à chacun pour effectuer son choix. Quand tous auront terminé alors je vous inviterai à prendre en mains vos photos.

Nous partagerons ensuite un temps de travail et d'analyse en groupe.

À partir de votre choix, chacun présentera sa ou ses photos en essayant d'expliquer le plus précisément possible le pourquoi de ce choix et ce que vous aurez envie de communiquer aux autres personnes présentes ici-même et sur le moment. Il peut survenir des commentaires ou des questions de la part des autres participants. Chacun peut répondre ou non. Il est possible, voir fréquent, qu'à partir d'une même photo deux personnes expriment un point de vue très différent. Nous en explorerons le pourquoi ».

DEUXIÈME TEMPS : Temps de la décision et travail en groupe après le choix personnelle.

« Nous commencerons donc par le choix des photos. A présent celles-ci sont à votre disposition. Ecoutez la consigne ou la question que j'ai à vous formuler... »

« Nous écouterons attentivement celui ou celle qui présente sa photo puis nous sommes invités à dire ce que nous voyons de semblable ou de différent sur cette photo ».

Après que tous les participants aient choisi je les invite à prendre les photos.

« L'écoute est très importante pour pouvoir parler. Nous parlerons tous ensemble une fois que chacun aura présenté sa ou ses photo(s) qui pourront être mises en circulation pour que les autres puissent les voir de près. Ce sera notre temps d'analyse ».

Ensuite viendra le moment de prendre conscience et de formuler comment ce travail aura été vécu et d'essayer de comprendre ce qui est venu de chacun dans le groupe.

CONSIGNE :

Étant donné le rôle inducteur de la consigne, il faut prendre en compte la forme d'énonciation à lui donner. Par exemple : « Choisissez une photo qui évoque le mieux selon vous ce qu'est une famille », se différencie de « ...ce qu'est la famille ».

Les consignes peuvent être choisies par le coordinateur en fonction ou non de la chaîne associative groupale de la séance antérieure.

Exemples de consignes :

Pour une première fois :

« choisissez la photo qui vous plaît le plus et/ou celle qui vous plaît le moins et dites pourquoi ». Ou encore « Choisissez une ou plusieurs photos pour exprimer *être ensembles* et une ou des autre(s) pour *être séparés* ».

Puis selon le parcours de chaque groupe et de ses membres :

Passivité-activité. Dépendance-indépendance. Agréable-désagréable. Être faible-être fort. Profondeur-surface. Partir en voyage, qu'est-ce que cela vous évoque ? Donner un coup de main : à quoi pense-t-on ? Un souvenir de joie intense et un autre de profonde tristesse. Ensembles-séparés. La colère. Le changement. Ce que je hais. L'oubli. Graduellement. Début. Continuer. Conforme-déplacé. Le semblable-le différent. Besoin. Fabriquer-déconstruire. Ce qui est possible aujourd'hui. Contrôle-démence. Allant à... Connu-inconnu. Dedans-dehors. Arracher-combler. Déraciner-planter. Entravé-libre. Faiblesses-forces. Une porte s'ouvre... Présence-absence. Entrer, rester et sortir. Superficiel-profond. Responsabilité. Direction. Dérouler-enrouler. Amplitude-étroitesse. Penser. Confiance. Ouvrir une fenêtre...L'intermédiaire. Comment vous voyez-vous vous-même et comment vous imaginez-vous que les autres vous voient ? Récupérer. Se concentrer-se déconcentrer. S'avancer. Se tromper. Protection-soumission. Confiance. Insécurité...

## **1.6 Le patient psychosomatique.**

La psychosomatique est un terme créé en 1946 par l'école vitaliste de **Heinroth** ; en 1850 **C. Bernard** se référait en la matière à l'homéostasie du milieu interne, **Pavlov** -en 1876- aux réflexes conditionnés et ses disciples à la relation entre émotions et leurs conditionnements. **Cannon** en 1911 étudia les émotions et leurs répercussions à tous les niveaux de l'organisme par le biais des connexions cortico-thalamiques et du système nerveux autonome. **Selye** décrivit le syndrome général d'adaptation et de stress.

Ces auteurs ont tous conclu que la maladie est le produit de nombreux facteurs- comme par exemple la tension chronique qui peut être pathogène par excès d'excitation viscérale- et ceux-ci peuvent générer un circuit psychosomatique pathologique.

Le patient psychosomatique, dans sa préhistoire, maintient spécialement ses liens avec ses groupes internes ; cette prévalence pourrait expliquer pourquoi l'autre actuel et



extérieur « ne laisse pas sa photo », comme disait **M. Bernard**, pas de visage, de trace ou d'empreinte, peut-être aussi parce qu'il n'y a pas de place disponible pour de nouveaux liens (qui compliquent plutôt que de complexifier). Ces patients sont pleins des trous du nouveau, d'espaces sans contenu, de vides. Une des patientes d'un groupe parlait des « trous de l'âme ». Ils se mettent en relation avec l'autre réel et extérieur seulement au travers du déguisement de leur imaginaire. Le chant des patients psychosomatiques se compose de phrases et de mots mais il n'a pas de refrain, dit **J. Mac Dougall**.

Par ailleurs dans mon expérience, j'ai constaté qu'ils se maintiennent étroitement liés aux faits de la réalité. Le Moi est appauvri mais il n'y a pas de distorsion du réel.

Je reviendrai ici sur les débuts et le développement de l'Appareil psychique en lien avec la question somatique.

Formation de l'appareil psychique. Symbiose biologique et psychologique. Catégories fondatrices et ouverture d'entre deux. Processus primaire, secondaire, tertiaire et accès à la complexité :

Il existe une hypothèse affirmant que le niveau psychosomatique se développe lors d'une phase précoce du fonctionnement psychique. Première phase où fonctionnerait une configuration connue sous le nom d'unité duelle (**I. Hermann**) qui correspondrait à l'image de soi unifiée ou fusionnée à l'autre primordial. Dans ce sens on pourrait dire que dans cette étape précoce psyché et soma coïncident.

La grossesse est une symbiose biologique entre la mère et le bébé, ce lien formé depuis le début de la vie est par ailleurs condition *sine qua non* pour que celui qui vient de naître se transforme en sujet humain. C'est alors que s'établit une symbiose psychologique décrite dans sa normalité par **M. Malher** et sa pathologie par **J. Bleger**. Ce lien est le successeur de la symbiose biologique.

D'un point de vue biologique encore, le sujet humain naît au moment de l'accouchement tandis que sur le plan psychologique il continue cette naissance durant un certain temps par la suite. La naissance psychologique se produit tout au long d'une période prolongée pour l'enfant ainsi que pour la mère. **M. Bernard** était d'avis que certaines

problématiques puerpérales trouvaient souvent origine : « quand le bébé ne coïncide pas avec le projet d'enfant que cette mère avait pour lui : dans des cas extrêmes ce projet pouvait être qu'il ne naisse pas ou qu'il reste pour toujours dans son corps. Il peut se produire alors des combinaisons complexes pour ce premier lien : un enfant qui naît, un enfant en naissance, un enfant qui naît pour la biologie mais pas pour sa mère »<sup>77</sup>. Ce qui veut dire que lorsque le sujet naît, il existe déjà dans les attentes de ses parents (l'ombre parlée de **P. Aulagnier**). Si l'on prend en compte que face à ce sujet qui vient de naître il y a un groupe familial et spécialement une mère traversée par la problématique œdipienne, alors nous pouvons affirmer que c'est un groupe qui reçoit le sujet humain et le détermine. S'il n'y a pas de mère pour le recevoir et le *psychiser* il ne peut survivre<sup>78</sup>.

Advenue la naissance biologique, apparaît cette formation si particulière qu'**I. Hermann** décrira comme l'unité-duelle<sup>79</sup>. Cette union de l'enfant avec la mère instaure un premier lien, un proto-lien. Nous faisons l'hypothèse que la première représentation de l'appareil psychique est celle d'un lien. Déjà dans le « *Le projet de Psychologie pour neurologues* » (1898) **S. Freud** parlait de l'hallucination négative du sein comme un des premiers actes psychiques du nouveau-né ; elle est de fait l'union d'un objet partiel : la bouche de l'enfant avec le mamelon de la mère. Là se constitue l'ébauche d'un lien. L'hallucination négative du sein, cette première tétée fantasmée est donc l'image d'un lien, pour **P. Aulagnier** c'est le pictogramme<sup>80</sup>.

Quand l'unité-duelle commence à se résoudre, l'enfant se retrouve face à un dilemme. Il a déjà une certaine connaissance du fait que l'autre (mère) a acquis une autonomie par rapport à lui et que lui-même dépend toujours de l'autre pour sa subsistance. Le problème qu'il a à résoudre est alors de déterminer en quoi consiste cette distance, quelles catégories doivent s'installer dans l'appareil psychique en formation pour pouvoir la manier ? Dans le

---

<sup>77</sup> P.C. Racamier dans son étude de la problématique de l'antœdipe, le fait dériver d'une mère qui n'accepte pas complètement la naissance psychologique de son enfant ce qui peut impliquer pour lui les formes de psychoses les plus profondes.

<sup>78</sup> R. Spitz démontra ce phénomène par ses observations sur des cas d'hospitalismes chez de enfants internés : des bébés parfaitement sains d'un point de vue biologique mais dont les types de soins reçus ne favorisaient pas le développement de l'appareil psychique, sombraient dans le marasme au risque de mort.

<sup>79</sup> La symbiose psychologique est l'héritière de la symbiose biologique, la séparation de cette unité duelle laisse un reste par ailleurs circonscrit au plus profond du Ça dans le développement normal du narcissisme primaire.

<sup>80</sup> L'absence du sein fait que le bébé cherche une image chargée du sensoriel pour colmater la brèche, c'est le pictogramme bouche-sein.

système des catégories qui fondent la base de l'appareil psychique, celles de *ce qui est ensemble – ce qui est séparé* permettraient de marquer cette distance ainsi que la relation entre le sujet et l'autre. Selon **M. Bernard** pour que cela se transforme en un problème de sentiment d'exclusion (étape génitale de **S. Freud**)<sup>81</sup> face à la scène primitive des parents il faudra encore un long chemin d'expériences et d'élaborations, de moments d'après-coup<sup>82</sup>.

**Viviana** dans un groupe de Photolangage® face à la consigne : « *ensembles* », choisie une photo de pingouins (photo 15) et dit : « J'ai envie de dire : voyons s'ils s'en vont en courant » qui montre la peur du fusionnel d'emblée. Par ailleurs c'était la sensation qu'elle expérimentait quand elle se retrouvait avec un groupe d'amies ou de professionnels ainsi qu'avec son mari. Le motif de sa consultation était son isolement.

L'avènement d'une plus grande maturité des mécanismes de perception du bébé et l'alternance de présences et absences de la mère, produisent une fissure dans la peau (**D. Anzieu**) qui recouvre le lien mère-bébé<sup>83</sup>. Cela au moment de l'apparition des premiers fantasmes (l'hallucination optative du sein, déjà nommée, en est le prototype) ; une ébauche de la distance entre l'enfant et sa mère commence à s'établir pour celui-ci<sup>84</sup>. De plus, il s'instaure à ce moment un espace transitionnel (**D. Winnicott**)<sup>85</sup> qui sera l'aire où se jouera la croissance de l'appareil psychique de l'enfant selon son jeu où il est



Photo 15 National Geographic. Frans Lanting. (1996)

trouvé-crée dans le cadre de cet espace. Si cette aire (ouverture d'entre-deux) se ferme, elle peut mettre en danger la survie du Moi. Une mère suffisamment bonne (**P. Aulagnier**) qui ne frustrera pas trop vite son enfant vis-à-vis de cette *croissance* que lui et elle sont une unité, les séquences d'alternance de présence-absence de la mère ainsi que la maturation de

---

<sup>81</sup> Sentiment d'exclusion par l'apparition d'un tiers (l'Autre de l'autre), triangulation du lien après l'étape pré-génitale.

<sup>82</sup> De la première organisation sexuelle pré-génitale-orale jusqu'à la génitale c'est un long chemin de régressions, d'identifications et de complexifications de l'appareil psychique. S Freud, 1905.

<sup>83</sup> Op. Cit. Note 64.

<sup>84</sup> La forme de perception de la fissure dans le Moi-peau produit la représentation.

<sup>85</sup> Op. Cit. Note 10 y 74.

l'enfant par la mise en fonctionnement des récepteurs distants (comme la vue et l'ouïe) vont rendre possible une certaine capacité de différenciation pour le bébé.

D'après **J. Mac Dougall**<sup>86</sup>, une pathologie psychosomatique implique le retour au fonctionnement de cette phase précoce (celui de l'unité-duelle) qui se caractérise par une sensorialité amplifiée captant tant les sensations externes : stimulations tactiles, olfactives, gustatives, proprioceptives, auditives et visuelles que les sensations internes. C'est ce niveau psychosomatique primitif que **K.G Jung** décrit comme « la conscience originelle » (niveau des mythes universaux que porte tout être humain et que **K.G. Jung** étudia dans les dessins des rêves, les mandalas et la Bible).

Je considère moi-même que ce niveau sensoriel continue à fonctionner tout au long de la vie même après l'apparition de niveaux plus complexes. Naturellement, face à la perte du sein maternel magique, le bébé produit des créations psychiques qui tendent à compenser la dite perte. Dans le même temps il renonce à l'identité fusionnelle d'avec la mère et surgissent en lui simultanément des angoisses de destruction et/ou de désintégration.

Le langage spatialise, il délimite dans la psyché le monde interne d'avec le monde extérieur. Le bébé habite son soma, se corporalise (c'est le moi). Il commence alors à se profiler un sentiment d'identité qui s'installe jusqu'à atteindre l'étape où il se discrimine du milieu ambiant qui ne fait pas partie de lui (le soi). L'école française distingue le moi du soi : habiter le corps c'est le moi, le corps et le soi-même composent le soi.

La créativité psychique de l'être humain aurait pour fonction de protéger le corps de la destruction biologique. Cependant, il peut apparaître d'autres créations endommagées productrices de maladies psychosomatiques, étant donc les moins appropriées pour offrir une protection. Elles sont par ailleurs un mystère et un paradoxe car elles essaient bien de protéger le corps mais comme elles ne créent pas de trame cicatrisante elles agissent

---

<sup>86</sup> Cette étape sensorielle, représentation de chose pour S. Freud (le regard et ce qui est écouté principalement) est un guide corporel que l'on conserve toute la vie.

comme des fétiches qui recouvrent et accompagnent le sujet perturbé, comme un double (**J. Mac Dougall**) (voir le cas clinique de **Viviana**)<sup>87</sup>.

**P. Marty**<sup>88</sup> a mis en évidence comment face à toute décompensation psychique le sujet retourne à un état précédent de stabilité qui dans le meilleur des cas agit comme un frein, mais qui peut aussi mener aux niveaux les plus précoces.

Je citerai à nouveau **M. Bernard** : « l'appareil psychique est un appareil d'adaptation », sa structure n'est pas comme la structure du langage qui s'épuise dans sa signification. En tant qu'appareil adaptatif il sera indéfectiblement un système non systématique : sa structure recevra la stimulation et se modifiera relativement à partir de cette stimulation, ceci étant condition de survie de tout le système. Une structure de ce type, en lent processus de changement, peut souffrir des moments de crises (adolescence, puberté, mariage, déménagements, deuil...) de restructuration profonde tout en ayant aussi une tendance à l'autorégulation, de façon telle qu'elle porte en elle sa propre transformation.

Il n'y a pas de contradiction entre les deux affirmations : étant donné qu'au moment fondateur du lien prédominant des mécanismes en relation avec le narcissisme primaire, le corps propre ne peut être distingué du corps maternel dans les fantasmes correspondants. C'est la raison pour laquelle il est possible d'utiliser l'un, l'autre ou les deux modèles pour figurer la fusion de chacun des membres d'un groupe avec le groupe comme totalité, ce sont les moments d'isomorphie (indiscrimination, fusion pour **R. Kaës**) de l'appareil psychique groupal<sup>89</sup>.

Je remarquerai l'importance de distinguer ce qui est d'après moi un appareil à moitié formé, comme c'est le cas dans une pathologie des limites, d'un appareil qui est brisé<sup>90</sup>.

D'après ces considérations on peut penser qu'un lien symbiotique pathologique entre une mère et son bébé aura tendance à produire un appareil psychique chez l'enfant en déficit

---

<sup>87</sup> La maladie s'offre comme compagnon de remplacement d'un aspect affectif du sujet.

<sup>88</sup> P. Marty coïncide avec J. Mac Dougall en ce que les déséquilibres retournent pour se compenser à des niveaux antérieurs stables.

<sup>89</sup> Isomorphie : non-discrimination, pôle fusionnel où les différences entre les membres du groupe n'apparaissent pas.

<sup>90</sup> Je suis là les idées de J. Bergeret.

dans sa capacité à se complexifier<sup>91</sup>. Origine par la suite de problèmes dans l'établissement des frontières dans le lien avec les autres ; ce qui nous mène à une pathologie des limites. En dehors d'une telle configuration le sujet peut atteindre une structure de ses liens qui contemple l'altérité de l'autre, sa différence.

L'existence du fantasme<sup>92</sup> -plus tard capacité à penser- reconnaît, quoi que *sous la contrainte*, l'altérité de l'autre qui implique la possibilité de la présence de l'idée de castration dans l'inconscient. C'est précisément pour cela que, lorsque la notion d'altérité de l'autre se trouve trop attaquée, l'activité fantasmatique- puis celle de la pensée- se voient compromises (**W. Bion**<sup>93</sup>) ou bien se réfugie dans la pensée concrète des sujets psychosomatiques (**P. Marty**)<sup>94</sup>.

Le fantasme de fusion est possible seulement lorsque dans l'après-coup a pu se constituer un avant, dont l'idée ne peut exister qu'après que celui-ci ai été perdu. Se constitue alors un autre duo des catégories de l'appareil psychique celui de l'avant et de l'après.

C'est là un rôle double et contradictoire du fantasme : une tentative pour réduire la brèche entre l'enfant et sa mère à l'aide d'autre chose comme la métaphore ou le travail du négatif et en même temps la reconnaissance de cette brèche puisqu'apparaît la différence entre ses éléments dans le scénario lui-même.

Une violence secondaire et donc excessive de la part de la mère peut conduire à un effacement ou à interdire la constitution des espaces transitionnels. Dans ce cas, la mère ne permettra pas à l'enfant de jouer selon l'élan créatif qui permet la constitution de l'espace transitionnel et ce qui sera trouvé prédominera sur ce qui pourrait être créé puisque le monde des représentations ne sera pas constitué « à l'occasion de » (**R. Kaës**) sinon qu'il se fera copie textuelle de son modèle (maternel). A ce stade, dans la lignée de **A. Green**, le travail du négatif(où quelque chose doit cesser d'être pour devenir autre chose) ne se produit pas et les contenus du monde extérieur à l'appareil y entre bruts.

---

<sup>91</sup> Le maintien à l'excès du noyau agglutiné dirait J. Bleger.

<sup>92</sup> C'est-à-dire que l'on puisse sortir du postulat de l'originnaire.

<sup>93</sup> Attaque de la capacité de penser par dépôt des contenus violents dans l'esprit de l'autre.

<sup>94</sup> Pensée sans métaphores bien que la pensée opératoire se soit développée sans problème.

On peut penser que lorsque le monde extérieur est imposé sans concessions à l'appareil psychique le résultat inéluctable serait un sujet dont la personnalité se développe en faux-self (terme proposé par **D.W. Winnicott**<sup>95</sup> et travaillé par **A. Miller** dans *L'enfant doté*<sup>96</sup>). Si la mère n'a pu de son côté établir un processus de refoulement efficace, elle prendra inévitablement son enfants pour une extension de son propre corps et agira en conséquence : confondra ses pensées avec celles de son petit. C'est « le trouvé » qui prédominera sur « le créé » dans l'appareil psychique qui se forme, comme mentionné auparavant.

**R. Kaës**<sup>97</sup> nous redonne espoir quand il affirme « pas l'un sans l'autre », il rend compte de « comment l'appareil psychique se transforme, se crée, s'organise dans un contexte groupal et que c'est cela, à son tour, qui va organiser les liens ». Il aborde l'articulation entre le groupe et le sujet singulier qui s'organise en son sein et qui contribue à l'organiser (le groupe) dans le même temps. **R. Kaës** parle ici d'un appareil psychique singulier ouvert.

Par ailleurs **P. Aulagnier** décrit le contrat narcissique que je résumerai comme suit : l'enfant aura une place dans la culture dont la mère est le porte-voix. Le nouveau-né est investi narcissiquement avant même sa naissance à travers les attentes du groupe canalisées par la mère.

Nous prendrons en compte deux narcissismes : le narcissisme primaire, celui de la dyade ou unité-duelle et le narcissisme secondaire qui culmine au moment de la résolution du complexe d'Œdipe<sup>98</sup> (**S. Freud**) qui établit alors la différence homme-femme, la différence entre les générations et l'internalisation du Surmoi prototype de la présence des interdits et des limites dans le psychisme (**J.D. Nasio**)<sup>99</sup>. L'hallucination négative du sein en tant que représentation d'un sein qui n'est pas là, qui ne fait plus partie du sujet en

---

<sup>95</sup> Identité constitué au travers de mandats et de modèles inappropriés pour le sujet.

<sup>96</sup> Faux self, dont la représentation graphique de l'auteur en est un cube, le vrai self ne peut s'exprimer du fait de la menace de perte d'amour et de protection de l'autre.

<sup>97</sup> L'influence est mutuelle.

<sup>98</sup> Bien qu'il ne se détienne pas là puisque la chaîne des identifications continue tout au long de la vie du sujet.

<sup>99</sup> J.D. Nasio. Le complexe d'Œdipe « ce n'est pas une réalité observable sinon un fantasme sexuel forgé par l'enfant sous la pression de son désir incestueux. Le Surmoi (héritier du complexe d'Œdipe) est une figure de la Loi introjectée dans l'inconscient de l'enfant. Ce dernier peut être plus sévère ou plus tolérant selon la rapidité et la violence par lesquelles se produit la répression de ce complexe ».

prolongement de son corps, se transforme peu à peu en quelque chose d'extérieur à lui qu'il va falloir manipuler d'une façon ou d'une autre. Cela est implicite chez **P. Aulagnier** : à partir du moment où l'enfant « se rend compte » qu'il y a quelque chose qui est dehors et qui lui reste indispensable il lui faut inventer des tactiques, des techniques, des outils pour le manœuvrer : C'est ce mouvement qui développe l'appareil psychique.

L'appareil psychique est donc un appareil de liens, un groupe, représenté pour le nouveau-né par celui de son porte-voix, la mère ; Les vicissitudes de ce lien sont celles qui donneront lieu à la formation d'un appareil psychique singulier, celui qui se formera pour l'enfant à l'occasion de la rencontre<sup>100</sup> avec ce groupe, par l'intermédiaire de la mère au départ. Cette situation de rencontre implique que les exigences du soma et du monde extérieur<sup>101</sup> puissent trouver une série de sens fournis par la mère.

Rien ne se perd dans l'appareil psychique ; l'unité duelle ne disparaît pas, elle vient s'ajouter pour une part à l'ensemble des fantasmes propres à la situation œdipienne et pour une autre part reste enfouie au plus profond de l'appareil psychique dans le Ça (postulat d'**I. Hermann**)<sup>102</sup> produisant des clivages dont celui du refoulement originare. Les fantasmes correspondants pour l'enfant au stade œdipien (**S. Freud**) sont par exemple celui de l'inceste génital avec la mère mais pris sous l'angle de la survie de l'unité-duelle le sens de cet inceste est celui de la fusion avec la mère<sup>103</sup>. Au sein du fantasme on trouve toujours l'ambivalence<sup>104</sup>. La fusion d'avec sa mère impliquerait la fin de l'enfant comme subjectivité autonome et d'une certaine façon celui-ci en a l'intuition. Une forme dérivée de ces situations se rencontre fréquemment dans les groupes quand on constate de la part d'un de leurs membres un mécanisme actif d'hyper discrimination, défense face à la tentation de réaliser une union mortifère avec l'autre.

Parfois c'est la mère qui ne peut supporter l'absence de son enfant de son schéma corporel et psychique : elle ne peut tolérer la perte de la symbiose corporelle concrète de

---

<sup>100</sup> P. Aulagnier (1975)

<sup>101</sup> Le soma à ce moment de la vie est lui aussi *monde extérieur* pour l'enfant.

<sup>102</sup> Op. Cit. Note 66.

<sup>103</sup> Ceci impliquerait que derrière tout fantasme génital existe l'idée de la fusion d'avec la mère ou de la disparition de celle-ci en tant qu'objet autonome.

<sup>104</sup> J. Laplanche et J.B. Pontalis l'affirmaient déjà quand ils précisent que dans le fantasme le désir et la défense correspondante sont toujours présents.



son enfant reproduisant alors une symbiose psychologique qui n'a pas dans ce cas un caractère transitionnel sinon fétichiste puisqu'elle est destinée à démentir le manque. C'est que la mère aussi doit affronter un renoncement.

Le renoncement serait donc l'acceptation qu'il y a hors de soi quelque chose (quelqu'un) qui ne nous appartient pas et qu'il faut pouvoir s'en dessaisir. C'est à ce sujet que la problématique des limites passe au premier plan et qu'elle atteint son intensité majeure lors du déclin du complexe d'Œdipe par les limites qu'impose le Surmoi : il s'agit d'interdits qui marquent un « non » face à la tendance à la fusion (ou à la refusion) du nouveau-né d'avec sa mère à l'origine<sup>105</sup>.

La façon dont l'enfant résoudra cette question où il lui faut composer avec un objet déjà reconnu relativement dans son altérité (**P. Aulagnier**) passe par le registre primaire ; dans *sa prise de conscience* qu'il lui faut élaborer des instruments efficaces pour se connecter à ce sujet-mère dont il dépend pour sa survie physique et psychique et qui fait montre d'une présence relativement aléatoire.

**D. Winnicott** lorsqu'il définit la fonction des espaces transitionnels précise que l'enfant crée ce qu'il vient de trouver mais que le créé ne peut être strictement identique à ce qu'il a trouvé. L'espace transitionnel a une fonction, une qualité créatrice (résultant de ce que **R. Kaës** nomme entrouverture, le maintien d'un espace de transcription de l'étayage) qui produit des contenus originaux de la part de l'*infants* à l'occasion de sa rencontre avec sa mère.

Ce processus de transcription intervient aussi à la limite de l'appareil psychique d'avec le soma : une fois que le « drang », la force de la pulsion, entre dans l'appareil psychique, elle cesse d'être une force biologique et se transforme en une représentation pulsionnelle. Tout processus d'entrée dans l'appareil psychique est intervenu par ces mécanismes de transcription.

Depuis ces considérations sur la formation de l'appareil psychique, je reprendrai à présent la question des patients psychosomatiques.

---

<sup>105</sup>Le fantasme d'inceste génital a pour antécédent la fusion du bébé avec le sein de la mère.

**Afin de faire face à la douleur psychique conséquence d'une entrouverture excessive ou moindre pour la transcription, il est nécessaire au sujet d'inventer une forme de fonctionnement mental ; notre hypothèse est que c'est là que s'installent les processus psychosomatiques.**

Dans les affections organiques comme la tuberculose, les ulcères, les eczémas, la rhinite, les coliques néphrétiques, les migraines, l'asthme, l'hypertension... **J. Mac Dougall** distingue deux types de somatisations :

- 1- Celle du saut de l'esprit vers le corps : l'hystérie de conversion.
- 2- Celle du saut du corps vers l'esprit : névrose d'angoisse, stress, tension quotidienne réelle dans le corps et j'ajoute crises de panique.

Ce saut s'effectue par-dessus une barrière invisible. L'auteur affirme que dans ces cas-là interviennent une tension et une pression environnante ainsi que le blocage des impulsions agressives et la frustration qui en découle.

Chez un patient névrotique les symptômes sont des symboles qui suivent les lois du psychisme, ils racontent l'histoire d'une personne aux prises avec la culpabilité de ses désirs interdits.

Les symptômes organiques que nous rencontrons habituellement chez ces patients sont des symptômes classiques (constipation, insomnie, frigidité, impuissance et hyporexie ou manque d'appétit).

Dans le cas de la maladie psychosomatique le corps exprime des signes, non pas des symboles. Le drame est plus archaïque et suit les lois somatiques.

Dans la névrose le corps exprime les symptômes de la psyché (complexe de castration œdipien). Le malade psychosomatique très peu souvent lui, perçoit un état de tension particulier, il n'est pas conscient d'être soumis à un stress (niveau de la castration pré génitale chez **S. Freud**)<sup>106</sup> ; Leurs problématiques sont rattachées à la question de la fusion et la séparation. Il n'est pas du tout étonnant lorsqu'on leur demande simplement

---

<sup>106</sup> La castration est une idée, le garçon renonce à sa mère car il a peur de son rival, son père du fait de la menace de castration, la fille se sépare de la mère parce qu'elle la déçoit et revient vers le père.

comment vont-ils, que leur réponse soit « tout va bien ». Ils ne font pas de corrélations entre l'affectif et les manifestations de leurs corps. Comme nous l'avons vu, il existe plusieurs perspectives pour aborder la question de ce qui arrive à ces patients selon les auteurs.

Je poursuivrai avec celle de **Sami Ali**<sup>107</sup> qui le décrit ainsi : le corps prend le « relais », la suite de l'objet absent, lui restitue une existence temporelle et spatiale. L'auteur reconnaît là un pouvoir de médiation du corps entre le dedans et le dehors.

**M. Selvatici** parle d'un degré d'angoisse difficile de mettre en mots pour ces patients. Ce sont des sensations primaires qui persistent, des images, des mélodies, des bruits....

**J. Mac Dougall** précise que cette difficulté se manifeste surtout pour la mise en mots des sentiments ambivalents. Ce sont des vécus d'ordres traumatiques qui ne peuvent être mentalisés et sont expulsés de la psyché.

Il est courant dans les traitements avec ces patients que l'analyste ait à affronter un défi narcissique à ses capacités dans la difficulté à trouver une explication de ce symptôme somatique qu'exhibe son patient.

**Une patiente** : « le sexe n'a pas d'intérêt pour moi, peu m'importe d'être frigide » puis elle raconte une explosion somatique de symptômes (bronchospasmes, cystites...). Cette décharge élude l'élaboration psychique et affecte directement le soma.

Je pense que chez le patient psychosomatique existe un court-circuit ou une fausse liaison dans sa pensée qui est ce qu'il faut étudier, *les bruits (la friture de la radio)* dans l'écoute de l'analyste.

Dans d'autres occasions c'est quelque chose du dehors qui entre brutalement, sans transcription possible de l'appareil psychique et qui produit un symptôme corporel. Le

---

<sup>107</sup> Sami Ali, Thérapeute, directeur du centre International de Psychosomatique, professeur à Paris VII.

patient se retrouve dévasté, le transsubjectif traverse son appareil psychique en utilisant les termes de **R. Kaës** et **M. Bernard**<sup>108</sup>.

Il est fréquent d'observer chez ces personnes des relations dont le lien manque d'expression affective, tels des robots ils agissent sans manifester d'émotions comme le personnage de Mr Spok dans la série « Star trek ». Leur langage est appauvri, leur pensée opératoire. Ils sont pragmatiques, décrivent une situation ou un vécu sans sentiments : « comment avez-vous réagi à la mort de votre fils ? », « J'ai pensé qu'il fallait me résigner ».

Ce manque d'expression affective et ce détachement inhabituel attirent l'attention. Ils racontent des faits douloureux sans émotions, comme des abstractions intellectuelles. **Ricardo** un patient souffrant de bronchospasmes sévères, fait la description de ce phénomène : « Je pense que les circonstances qu'il m'a été donné de vivre, les moments limites, ont activé un froid dans mes sentiments. Je n'ai pas beaucoup de souvenirs de mon beau-père qui est décédé il y a 3 mois bien que je l'aimais comme un père mais ma vie continue. J'espère que ma femme ne va pas s'effondrer, la mort fait partie de la vie ; ça me trouble d'être si froid dans certaines circonstances quoique d'en oublier certaines m'aide à vivre ».

**J. Mac Dougall** mentionne un autre symptôme chez ces patients adultes, ils ont souvent des périodes d'insomnies qui résistent à toutes formes de traitements. Une explication à cela remonterait à la petite enfance : à des parents qui n'auraient pu désinvestir en partie leur bébé afin de se tourner vers leurs autres activités ; présents en permanence, produisant une excitation, induisant que le bébé ne puisse dormir paisiblement par cette dépendance presque permanente et forcée. C'est en cela que le rôle protecteur d'un autre est lié pour ce type de sujets à la présence corporelle réelle et immédiate. Pas l'un sans l'autre, dans la sphère psychologique, c'est un ensemble de relations de l'organisme et de son environnement (**D. Lagache**).

---

<sup>108</sup> Transsubjectif: Pour R. Kaës ce serait ce qui se transmet entre les individus à travers les générations, pour M. Bernard le transsubjectif est une stimulation aux capacités traumatiques qui entre dans l'appareil psychique sans pouvoir être contenue par la membrane de par-excitation.

Nous savons que la mère est habituellement le gardien permanent du sommeil et des rêves du bébé. Dans l'exagération de cette attention, une mère passe d'être une mère suffisamment bonne à être une mère calmante dont la présence réelle devient indispensable (plus tard dans la vie de ces patients cette situation sera supplantée par un fétiche tranquilisant comme l'aérosol, les drogues, la nourriture, le sexe, l'exercice physique ...). Certaines mères désirent pathologiquement le retour de leur bébé dans l'utérus (réintrojection de leur production) au lieu d'élever un enfant capable de s'assumer seul, un tel fantasme bloque la possibilité pour l'appareil psychique de se complexifier. Quand le bébé se voit interdit la création de succédanés auto-érotiques de sa relation maternelle ou bien lorsque la mère s'offre comme unique objet de satisfaction et de vitalité psychique (**E. Fain**), la route du fantasme s'en voit barrée.

Il arrive aussi que certaines mères ne permettent pas à l'enfant de s'approcher des autres. Adultes ils manifestent des sentiments très forts de besoin de contrôle, de colère, de tristesse et d'abandon simultanément. Par exemple **Marta** qui selon les conseils de sa mère ne peut avoir d'amies puisqu'elle seule (sa mère) est digne de confiance. Face à son attitude critique et méfiante, ses pairs s'éloignent d'elle. Son motif de consultation : le fait que son seul objectif pour vivre est celui d'avoir un enfant (elle a 27 ans, en couple avec un jeune homme qu'elle pense abandonner une fois enceinte). *Les mères calmantes*, addictives pour leurs enfants, dépendent elles aussi d'eux pour *être*. Circonstances où le bébé est bien plus un besoin qu'un désir.

Il s'agit de mères qui sont trop près ou trop loin (aux extrêmes de l'affectif), elles ne peuvent accomplir de façon satisfaisante la fonction de protection pour leur enfant. Quand la distance suffisante à l'autre se perd, il est impossible de penser. Ces patients considèrent que l'autre est celui qui manie les distances. Ils montrent aussi une faible capacité à anticiper des faits. Ils s'imprègnent de tout et semblent soumis à la puissance de l'autre. Se séparer leur est difficile : quand la distance est trop courte, l'autre est trop près d'eux ou même *sur eux* et ils expérimentent leurs sentiments et sensations d'asphyxie et d'étouffement, cependant si l'autre n'est pas là il leur semble trop loin et le vivent comme un abandon et non comme un espace d'autonomie.

La question de la distance mentale vis-à-vis des mandats paternels-maternels se complique aussi, il leur coûte énormément de dévier des rôles assignés « pour que le Moi puisse advenir » (**S. Freud**).

La gestion de l'agression est douteuse chez eux, pour certains il est impossible de se permettre la plus petite agression à l'autre. Ils répètent leur impuissance, adoptant la place de la victime souffrante ou de l'escroqué pour confirmer la prophétie : « C'est toujours pareil, rien ne change et eux doivent trop en tolérer et en supporter ».

Ils sont souvent exposés à un autre idéalisé. Leur intériorité est trop ouverte ou transparente à l'autre croyant que ce dernier les pénètre et les connaît.

D'autres fois c'est l'inverse, ils dénigrent et disqualifient l'autre qui devient persécuteur ensuite.

Parmi les caractéristiques fréquentes des patients psychosomatiques on trouve la négation ou le fait de se considérer incapables d'exercer leur capacité de prise de décisions ; ils adoptent le plus souvent un rôle passif plutôt que celui de sujets actifs.

Ils s'exhibent floués mais n'y aurait-il pas une part mensongère d'eux vis-à-vis des autres ? Un bénéfice secondaire inconscient tirant profit de leur place de victimes ? Je pense que c'est probablement le piège qui les pousse à insister dans l'impuissance.

Voici l'exemple d'**Eda** : Elle raconte dans un groupe que la maison où elle vit avec ses huit enfants va être vendue et que le contrat de location qu'elle a signé s'avère frauduleux, escroquée, elle se montre dans l'impossibilité de trouver une autre habitation accessible. Tous veulent l'aider, préoccupés et peïnés par sa situation. Puis apparaît un élément omis par elle « depuis deux ans, elle était propriétaire d'un appartement » ; les autres du groupe se sentent moralement floués à leur tour. Cette situation jouée dans le groupe s'était aussi produite avec ses frères laissant **Eda** très isolée.

L'identité se construit par l'absence suffisante de l'autre, sans qu'elle soit un abandon et dans la différence d'avec lui.

Ces patients vivent d'attachements interminables et de répétitions addictives avec certains objets ou personnes du monde extérieur. Pour lutter contre la dépression et l'angoisse ils font montre souvent d'une certaine hyperactivité, travaillent jusqu'à l'épuisement. Ils dépendent à l'excès de l'opinion, la permission, l'approbation de l'autre pour soutenir leur estime de soi. Se sentir vivant est une lutte. Ils accèdent à la consultation en général par désespoir et pour dépression. Lorsqu'ils sont en couple, l'autre est une mère nourricière dont ils dépendent désespérément. Face à la menace d'abandon de leur compagnon ou compagne ils tombent malades ou bien le remplace rapidement par quelqu'un qui soit présent. Nous sommes souvent surpris par la vitesse de remplacement des conjoints « le roi est mort vive le roi », répétitions multiples d'un modèle de lien unique sans intervalles pour la réflexion. Signalons que l'agrippement désespéré à l'autre n'est pas une dépendance sexuelle génitale. Il est le fait du besoin de protection face à la perte d'identité et la menace de destruction ; c'est une dépendance à l'autre comme unique soutien de l'identité (niveau de fonctionnement du narcissisme primaire). **Lucas**, en couple depuis quatre ans pensait se marier avec **María**. Ils n'avaient pas de rapports sexuels parce qu'elle s'y niait. Lui s'en plaignait mais soutenait le lien jusqu'à ce que ce soit elle qui rompe. Il commence par dire que ça n'importe pas, qu'il va en trouver une autre puis après deux semaines il pleure inconsolable. Il dit ne plus savoir qui il est, son estime pour lui-même s'est écroulée, avant il était *celui qui allait se marier avec María* bien qu'ils ne se voyaient qu'une à deux fois par mois. L'exemple marque ici clairement qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une dépendance sexuelle sinon à la personne comme soutien de l'identité.

La santé psychique pourrait se qualifier par la possibilité de dépendre de l'autre sans craintes, sans qu'une interruption soit un abandon et sans que le rapprochement soit adhérence. Il s'agit de trouver la distance optimum.

Dans l'addiction le patient tente de faire en sorte que le sujet extérieur remplisse la fonction que la dimension symbolique n'a pas construite et fonctionne par fétiche qui le calme pour diminuer l'angoisse primitive de la castration primaire de la séparation.

Certains patients réussissent une séparation géographique d'avec l'autre dont ils dépendent mais ne peuvent obtenir une identification avec une mère tendre. Ils désirent recevoir de la reconnaissance en échange de leur amour mais le moindre élément discordant intervenant

dans le dialogue est pour eux une menace de rupture. C'est pour cela qu'ils préfèrent se soumettre ou adhérer au désir de l'autre. Si A dit « j'ai froid » et B dit « j'ai chaud », alors A dira « je n'ai pas froid ». Ils ne se posent pas la question de « qu'est-ce que je veux ? », ils disent « je ne sais ni quoi ni comment désirer ».

Chez eux la régression tend vers la relation uni-corporelle (deux esprits pour un seul corps ?). L'illusion groupale avec les autres (au commencement d'un groupe et de l'élan amoureux) représente le corps du bébé non séparé du corps de la mère ainsi que le corps de la mère non séparé de celui du bébé ; ce sont deux corps qui en sont un seul, une formation syncrétique, indiscriminée ou agglutinée dirait **J. Bleger**.

Ces patients ne « voient » leur corps que lorsqu'il exprime de la douleur. Ils font souvent preuve de négligence vis-à-vis de ce corps traité comme un objet désinvesti. A certaines occasions c'est la négation qui prédomine. Ils instaurent des liens de dépendants mais ont pour habitude de nier tout besoin et toute dépendance : « je me suis toujours débrouillé seul » ou bien « il ne faut pas regarder en arrière ». Ils peuvent donner cette impression d'être intouchables par la certitude et la sécurité avec lesquelles ils énoncent ce type de phrases. Leur pensée est opératoire. Ainsi, convertis en rocs, sans manifester leurs sentiments, ils avancent dans la vie déguisés en durs et en forts. C'est pour cela que la réussite ou l'échec de la thérapie dépend beaucoup de la tolérance de l'analyste dans la relation transférentielle et du fait que « le thérapeute puisse survivre comme objet interne de son patient » précise **J. Mc Dougall**<sup>109</sup>.

Le corps est doté d'une mémoire tenace et offre la possibilité d'exprimer des conflits affectifs inaccessibles au langage. Nous avons pu mettre en évidence que lorsque le vide est mis à jour on bute sur un dysfonctionnement affectif.

La privation affective a été camouflée à la manière d'un caméléon. Ces patients racontent que leur vie est ennuyeuse, vide et poussive. Une insatisfaction profonde les envahit de même qu'une angoisse innommable. Intolérants, ils déchargent vers l'extérieur leurs émotions désagréables dans le langage de l'action comme un déchet à expulser à la fin de la séance. Les interventions de l'analyste sont en général frappées d'amnésie. Ils ne manquent

---

<sup>109</sup> J. Mc Dougall, 1989 *Théâtres du corps*.



pas souvent les séances et cherchent à convaincre l'analyste que tout le mal qui leurs arrive est de sa faute. Enfants désemparés et incompris ils pensent que la communication est inutile et n'ont pas d'espoir d'une relation affective. Leur problématique fondamentale est pré-névrotique, soumis à une loi maternelle qui mettrait en doute leur droit à l'autonomie et à l'existence. Je décrirai bientôt dans ce sens le cas de **Susana**.

Si dans la douleur ils demandent de l'aide, c'est un défi qui se constitue pour l'analyste. Il y a douleur physique et douleur morale puisque les processus psychiques évoluent à partir du corps. L'espoir point puisque le *roc* se fissure, commence à sentir la douleur et qu'il pleure comme il ne l'a pu durant des années.

« Mon vrai symptôme c'est que je ne sais pas vivre » dit un autre patient. Son moi intérieur a le sentiment d'être mort ou mort-vivant, c'est une vie à moitié, ils ne peuvent profiter de la vie et accepter qu'il y a aussi des moments de déception, de colère et de douleur. Pour eux tout est noir ou blanc, ils ne possèdent pas les nuances.

Ils ont peur de la soumission et d'implorer ou d'exploser dans le lien aux autres.

Selon **J Mac Dougall**<sup>110</sup> il est habituel que dans le transfert l'analyste doive supporter la projection d'un lien maternel inadapté et d'être vécu en même temps comme un père qui a échoué dans sa tâche de protéger l'enfant de cette mère implorative. C'est dans ce sens que je dirais que Narcisse plus qu'Edipe lutte contre la rage et demande de l'aide depuis l'intérieur du patient. L'enfant dépossédé qui reproche et exige met à l'épreuve la résistance contre-transférentielle. La mort intérieure du patient menace la vitalité de l'analyste.

La demande paradoxale du patient est la suivante « aide moi mais je suis plus fort que toi et tu n'obtiendras rien de plus ». L'analyste ressent au cours de la séance dans le contre-transfert l'impasse et/ou l'impuissance dont ces personnes ont souffert.

Voici le rêve d'une patiente : « j'étais face à un bébé qui était moi-même et je me disais qu'il n'y avait rien à faire, je voulais revenir dans le ventre et naître à nouveau pour être bien reçue, comme je ne l'ai pas été, bien sûr, il n'y a rien à faire ».

---

<sup>110</sup> Etape prégénitale du narcissisme primaire avec prédominance du Moi idéal.

J'exposerai à présent certaines réflexions de **P. Marty**<sup>111</sup>. Le fil conducteur de ses hypothèses commence avec **S. Freud** exposant dans « *Malaise dans la culture* » (1930) la difficile satisfaction des instincts et l'évitement de la souffrance contigu par des sédatifs auxquels les personnes peuvent recourir : la distraction dans le travail, l'art, la religion et l'amour. D'autres recours sont la fuite dans la maladie nerveuse, l'usage de drogues, la névrose et la psychose ; c'est là que **P. Marty** trouvent une porte ouverte laissée par **S. Freud** vers l'étude des maladies psychosomatiques.

Il fait valoir le bénéfice du face-à-face pour la relation transférentielle avec un patient somatique, une base. La psychothérapeutique psychosomatique est un appui fondamental pour le médecin car il permet au patient d'atteindre un équilibre psychoaffectif dont les répercussions sont favorables à son équilibre biologique.

Par exemple l'étude de patients tuberculeux démontra qu'il existait fréquemment une distance géographique et affective effective vis-à-vis d'une relation conflictuelle réelle (la mère dans la plupart du temps).

Les céphalgies et migraines empêchent de penser, elles disent le blocage de la conscience et la peur de la réalisation de la pensée.

L'hypertonie musculaire, les complications des muscles articulaires, les névralgies et la douleur (actuels fibromes) ont aussi été considérés dans les recherches de **P. Marty**.

Pour l'auteur les rhinites, eczémas, asthme et allergies sont la manifestation d'une fusion avec l'objet, une indistinction d'avec la mère.

Les principaux concepts de **P. Marty** sont: la pensée opératoire (1962), la dépression essentielle (1966) et la désorganisation progressive (1967).

-La pensée opératoire est une pensée consciente sans lien, dépourvue de valeur libidinale et qui ne permet (presque absolument) pas d'exprimer l'agressivité. La vie opératoire se réfère à des comportements routiniers et automatiques. Les rêves et les représentations sont pauvres et répétitifs. Dans ces fonctionnements on écoute souvent : « je suis fatigué, épuisé, je m'ennuie ».

---

<sup>111</sup> Dans « *L'ordre psychosomatique* ». 1980.

-La vie opératoire conduit à la dépression essentielle, chronique et fragile. Un état instable qui s'installe au cours d'une désorganisation progressive et lente. Les désirs ont disparus et le comportement est automatique. Les patients psychosomatiques peuvent être inclus dans les pathologies narcissiques de bordure ou de vide. Ce sont des pathologies du déficit ou comme je les ai appelés reprenant les termes d'une patiente : *des trous de l'âme*.

Il est fréquent que le patient déborde sur le thérapeute de façon telle que **J. Bleger** recommande à l'analyste de ce centrer sur le contre-transfert plus que sur le transfert ; c'est une des fonctions du thérapeute que de veiller en permanence à sa place de soutien du cadre symbolique dans les séances.

Ceci nous mène à une autre considération importante : Le névrosé lui, souffre du conflit intrapsychique de la lutte entre le Moi, le Surmoi et le Ça (en référence à la seconde topique de **S. Freud**<sup>112</sup>), ce conflit est internalisé et se déroule entre les instances psychiques.

Dans les pathologies des limites, le conflit n'est pas exactement intrapsychique sinon qu'il s'y chevauche une part qui est intrapsychique et une part qui se joue dans le dehors. **M. Bernard** affirmait que si le névrotique peut bien souffrir de pathologies de relations, pour qui souffre de troubles limites il aurait nécessairement des problèmes dans ses liens. La problématique d'une personnalité borderline se joue spécifiquement dans la situation du lien. A nous pencher sur les problématiques limites nous rencontrerons inévitablement la pathologie des liens et nécessairement cela nous conduira à quelques révisions ou reconsidérations de la métapsychologie freudienne classique.

Les organisations limites selon **J. Bergeret** sont caractérisées par leur manque d'organisation et par une dépendance affective dans le lien.

Dans le traitement des pathologies limites nous rencontrerons la problématique du désétayage comme une des plus spécifiques de ces troubles. Au jour d'aujourd'hui et à la suite de **P. Aulagnier**, de certains textes de **S. Freud** et de **R. Kaës** il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas d'identité personnelle qui ne survient d'un contexte de lien.

---

<sup>112</sup> Première topique : l'Inconscient, le Préconscient- le Conscient-avec les groupes internes ; Seconde topique : le Moi, le Ça et le Surmoi où s'articulent les instances intérieures avec les instances extérieures et l'intermédiaire est en général identifié par le Moi.

Ces personnes dans leur dépendance au lien comme soutien de leur identité, à l'autre comme élément d'étayage verrons dans toute vicissitude des liens se produire un désétayage critique, facteur déclenchant d'une dépression plus ou moins grave. Le face-à-face dans ces cas-là peut favoriser un réétayage provisoire sur l'analyste ; il ne s'agit pas seulement de compter sur le regard de l'autre sinon de s'assurer que le sujet puisse disposer de toutes les stimulations possibles de l'autre. Le regard, lui, renvoie à cette stimulation primaire de l'époque où le nourrisson était suspendu au sein de sa mère.

En coïncidence avec le point de vue de **M. Bernard**<sup>113</sup>, pour de nombreux cas de pathologies limites il ne s'agit pas tant de permettre une croissance de l'appareil psychique sinon de retourner au moment initial des choses. En contraste avec les névrotiques avec qui le thérapeute parcourt un long chemin pour produire l'insight, la sortie de la névrose et la rémission des conflits, dans les pathologies des limites l'urgence est très souvent de ramener le patient au point où il en était avant le déséquilibre narcissique.

Ces patients peuvent se reconstruire parce qu'ils ont une sensibilité spéciale aux vicissitudes de leur contexte. Avec les pathologies psychosomatiques le point n'est pas vraiment de modifier les conditions de l'appareil psychique sinon de les stabiliser. Dans tous les cas, il est impossible de travailler si la personne ne présente pas un degré d'équilibre raisonnable car il y a deux choses ici à prendre en compte : d'une part le cadre dépressif et d'autre part l'angoisse intense qui se déclenche à ce moment. Ce n'est pas une angoisse qui provient seulement du Surmoi (seconde topique de **S. Freud**)<sup>114</sup> sinon une menace d'effondrement qui bien qu'elle n'atteigne pas le niveau de la psychose est cependant insupportable. C'est l'angoisse d'anéantissement.

Les pathologies du Surmoi sont le propre de la névrose tandis que celles de l'Idéal du moi sont le propre du narcissisme.

Les dépressions sont sans objet, sans auto-accusation, sans culpabilité consciente et présentent une dévalorisation personnelle et des blessures narcissiques qui s'orientent vers

---

<sup>113</sup> Il avait pour habitude de dire que face à un patient border l'analyste « ressentira » bientôt ce qui arrive au patient ; il lui faudra travailler avec le contre-transfert car c'est un problème du lien à cheval entre le dedans et le dehors du patient qui est en jeu.

<sup>114</sup>Op. Cit. Note 112.

la sphère somatique. L'instinct de mort est maître et seigneur des angoisses. Celles-ci précèdent en général le tourment du moi surchargé dont la désorganisation est mise en évidence. Ces patients manifestent une perte d'intérêt pour le passé et le futur (voir vignettes de **Ricardo** et de **Viviana**) et la désorganisation culmine dans un processus de somatisation. Les manifestations cliniques dérivent clairement de l'instinct de mort, du moi idéal archaïque clef du deuil non élaboré. La perte objectale s'accompagne d'un pur principe d'automatisation et d'un principe de répétition qui poussent le sujet dans une impasse. On ne perçoit pas chez eux les principes de programmation ni de voix évolutives de liens ou de développement régies par l'instinct de vie tels que les décrits **P. Marty**<sup>115</sup>.

Nous savons qu'une personne psychiquement compensée possède des rythmes individuels alternant automatisation et programmation. Chez les patients psychosomatiques ces rythmes cycliques ne sont pas présents et ce sont ceux de l'automatisation qui prédominent durant de longues périodes.

Le préconscient est en relation avec l'inconscient mais se distingue de lui parce que ses contenus arrivent à la conscience. Dans le préconscient s'établit un réservoir de représentations de différentes époques de la vie. L'évocation des perceptions sensorielles qui est généralement accompagnée d'affects plus ou moins précis, agréables ou désagréables correspond au préconscient.

Parfois chez les patients psychosomatiques il semble que les représentations soient absentes ou bien non accompagnées d'un affect et leurs récits sont de simples registres d'évènements. En général les représentations de choses lorsqu'elles évoquent des situations vécues donnent lieu à des associations sensorielles et perceptives. Les représentations de mots naissent de la communication intersubjective, des valeurs symboliques et des associations d'idées. **P. Marty** considère que les névroses de comportement ou mal mentalisées ont des représentations pauvres en affects. Le processus secondaire implique un saut qualitatif : le contenu psychique, plus la structure du fantasme est élaboré et en fonction de son organisation selon les lois du langage permet un droit de passage à la conscience. Le processus de mentalisation peut se définir comme celui qui d'une

---

<sup>115</sup> Le patient agit en automatique comme un robot, il ne peut penser en termes de projets, rien de nouveau n'entre, il ne peut avoir de nouvelles pensées.

stimulation dans l'appareil psychique la transforme en partie de lui ; les possibilités de transformation en une représentation, sa complexification, sa relation avec d'autres contenus se fait au travers du travail du préconscient. Il y a parfois des lacunes dans l'organisation préconsciente où selon la description de **C. Vacheret**<sup>116</sup> le préconscient est comme un airbag dégonflé ou aplati et moins riche il est, plus présent le risque de somatisation est plus présent. Les maladies somatiques sont souvent la résultante d'une inadéquation entre l'individu et les conditions de vie qu'il traverse. Le débordement de ses capacités d'adaptation correspond à des traumatismes psychologiques. La désorganisation tend à se diffuser et ne trouve le frein d'aucun système.

Les facteurs extérieurs infectieux ou toxiques qui rendent vulnérable peuvent déborder chez un individu les positions régressives de régulation de l'homéostasie et le conduire à une désorganisation mentale qui est souvent accompagnée d'une dépression. Le maintien des somatisations dépend en général de la dépression et de la persistance du facteur traumatisant.

Il y a des somatisations qui peuvent être irréversibles comme le diabète ou un cancer dont l'évolution devient autonome. D'autres manifestations comme céphalées, migraines, gastrites et ulcères, asthme, eczéma, urticaires, œdèmes, rhinites spasmodiques, épilepsies, coliques et hypertension peuvent être de caractéristiques aiguës réversibles ou se chroniciser dans le temps.

En relation au traitement des patients psychosomatiques **M. Bernard**<sup>117</sup> en 2001 proposait une autre perspective au problème ; il proposait l'image d'une sorte de kyste en lien avec le traumatique infantile et séparé du reste de l'appareil psychique.

Si pour une raison ou une autre on observe que le kyste s'ouvre, si l'on parvient à une signification graduelle de son contenu alors l'appareil psychique va se complexifier, il se construit du préconscient, d'une autre manière le contenu du kyste contamine tout et le patient décompense. L'indication d'un groupe peut se révéler pertinente pour ces patients

---

<sup>116</sup> La capacité à réaliser des liens ou à associer dans la chaîne des pensées est bloquée ou non développée, dans ce cas un dispositif groupal avec la chaîne associative groupale qui s'y forme peut entrer en synergie avec le processus de guérison.

<sup>117</sup> Il utilise probablement le concept de "reste" dans l'inconscient de J. Bleger.

en ce qu'ils pourraient y associer, lier, diffracter et transformer leurs groupes internes. L'interaction par les échanges des patients entre eux implique l'interdépendance entre la subjectivité et la réalité externe.

Nous intéressent aussi les réflexions suivantes de **J. E Tesone**<sup>118</sup> (2002) : « la façon de se souvenir est différente selon la structure du sujet ». Il pense que la manière dont se souviennent les malades des limites est spécifique, elle se construirait depuis *les trous de l'âme* (que j'ai déjà mentionnés), depuis la peau-passoire décrite par **D. Anzieu**<sup>119</sup> (1985) depuis la mémoire du corps. Ce n'est pas une mémoire narrative car elle n'atteint pas le niveau symbolique et reste inconnaissable pour le sujet puisqu'il s'agit de quelque chose de vécu puis de scindé. Parfois quand les vents sont favorables, on arrive à déduire un souvenir par constructions de l'analyste, faisant appel à la mémoire sensorielle de ce corps, de ce patient et que lui seul peut examiner, confirmer, rejeter.

Voyons un exemple de mémoire sensorielle : une patiente avait pour habitude de parler à la troisième personne, donnant recettes automatiques et opératoires sur ce que le reste du groupe devait faire, elle pleure lors d'une séance pour la première fois, associant la consigne et la photo avec le sensoriel.

Cet exemple illustre le lien entre la représentation et l'affect.

**Consigne:** « *vous allez faire un voyage vers une île où vous trouverez un trésor...* »

**Fanny :** « je choisis celle-là : une station un peu sombre (photo 1) ça me rappelle qu'à la campagne le train passait à cinq heures, il faisait presque nuit alors, on nous habillait pour aller voir passer le train. Une fois ce fut une vraie fête quand mon père nous envoya à ma sœur et à moi de nouvelles chaussures »

**Thérapeute :** « votre père ? »

**Fanny :** « oui parce que maman est morte quand j'avais 8 ans, de tristesse. Sa famille est restée en Europe à cause de la guerre et elle n'a jamais revu les siens, ils sont morts en camp de concentration. En été nous allions avec ma sœur chez une tante à la

---

<sup>118</sup> Travail présenté à la célébration de l'anniversaire de l'Association Psychanalytique Argentinienne (APA) Bs As. 2002.

<sup>119</sup> Dans "*Le Moi-peau*" (1995), la peau du moi perd ses contenus.

campagne. Ma mère était très déprimée et tombait malade elle a eu une infection très grave».

**Thérapeute** : « le trésor que vous avez trouvé dans l'île... »

**Fanny** : « oui c'est ma maman ».

Je développerai à présent les manières possibles d'aborder le traitement des patients psychosomatiques.



Photo 1. Source: Personnelle

**R. Kaës**<sup>120</sup> propose le groupe comme outil thérapeutique (1993-1999) car il peut être un espace transitionnel de jeu jusqu'à ce que s'établissent les limites entre le dedans - dehors, le moi - non moi, le mien - non mien. Ce modèle multi-personnel de thérapie, c'est-à-dire – avec plus d'un moi – avec le travail du préconscient de l'autre du groupe en un processus associatif permet un processus de transformation et de changement du sens en utilisant le *conmuting* (cours oscillatoire entre l'intra et l'intersubjectif, **C. Neri**<sup>121</sup> 1997).

C'est l'effet d'étayage du contenant groupe comme corps sans fissures que je remarquerai ici. Dans le groupe ses membres ont la possibilité de s'illusionner à la récupération de l'unité perdue ou jamais vraiment atteinte. Nous avons vu que les symptômes organiques apparaissent parce que le sujet ne dispose pas d'une intermédiation entre le dedans et le dehors. La transcription manque parce que l'entrouverture a failli.

Le groupe va se constituer en une espèce de corps intermédiaire (entre un seul corps et deux corps) permet de graduer l'impact émotionnel des situations et le passage à la différence. Ceci en relation avec le travail psychique qui complexifie la subjectivité où le doute, l'ambivalence et le différent trouvent leur place. **C. Vacheret** parle de la fonction régulatrice et articulatoire du groupe entre les pulsions de vie et de mort car il y apporte la nuance, oppose l'une à l'autre et permet l'échange intersubjectif.

Un exemple de cette fonction du groupe.

---

<sup>120</sup> Quand la groupalité psychique du sujet se trouve en souffrance, le groupe fonctionne à travers la diffraction du transfert sur tous ses membres et avec la chaîne associative groupale comme restaurateur des groupes internes du sujet.

<sup>121</sup> Op. Cit.



*Consigne « derrière la porte blanche (Photo 2) je me trouve avec...*

**Moira** : « Moi j'imagine que derrière la porte il y a une fontaine, une cascade. »

**Jazmín** : « Moi j'imagine qu'il peut y avoir une station balnéaire ».

**Cristina** : « Moi, l'incertitude me fait peur. Il peut y avoir quelque chose de désagréable qui tue ».

**Francisco** : « comme une maison abandonnée ».

**Laura** : « J'ai pensé à une maison joyeuse ».

**Jazmín** : « Voilà. Il y a une station balnéaire, on va mettre nos maillots et on oublie le reste du monde ».

L'insertion dans un groupe thérapeutique peut donner lieu à associer, lier, diffracter et transformer les groupes internes (**R. Kaës, M. Bernard**). L'interaction par les échanges des patients entre eux marque l'interdépendance entre la subjectivité et la réalité extérieure.

L'identité personnelle (subjectivation) se construit à partir du groupe et paradoxalement « le groupe est celui que le moi doit perdre pour être » (**J. Bleger, 1967**) et tout à la fois « depuis toujours une personne avant d'être un individu est un groupe ». Dans un premier temps, dans l'ici et maintenant, le groupe peut donner l'illusion de ce corps tout puissant indiscriminé, ce qui implique simultanément



Photo 2 Personnelle

l'angoisse de la menace de se diluer en lui (**M. Segoviano**<sup>122</sup>, 2001). La peur serait celle de perdre son être subjectif (ce qui distingue et permet de reconnaître un individu) et de passer à faire partie d'une masse où l'on ne se reconnaît pas soi-même.

On observe souvent que de faire connaissance avec ce qui est commun à tous les membres d'un groupe les soulage et que la différence d'avec les autres les inquiète car elle peut causer une blessure narcissique à avoir à supporter l'altérité et l'autonomie de l'autre sujet ou, comme nous l'avons déjà vu, à signifier quelque chose de mauvais comme la trahison.

---

<sup>122</sup> L'entrée dans un groupe passe par une étape d'angoisse celle de la non assignation d'une place dans le désir de l'autre et de crainte de la dissolution par effet de masse dans le pôle isomorphe au début de l'illusion groupale.

La rencontre groupale permet un vrai apprentissage de la construction de l'autonomie par un intense travail psychique.

**M. Segoviano** dans « *Le premier narcissisme et le groupe* » (2001) insiste sur le besoin d'établir un espace intermédiaire, une distance tolérable qui sert à accéder au symbolique à travers l'intégration des différences dans le pôle homomorphique de la discrimination (**R. Kaës**)<sup>123</sup>.

### Comment se fabrique un patient psychosomatique ?

Je reviendrai sur les moments initiaux problématiques pour ces patients.

Écoutons le récit d'une patiente, mère d'un premier enfant. Nous y verrons le rôle que joue l'excès dans le regard et l'intrusion dans le corps chez un tout petit.

« Pendant ma grossesse j'ai été pessimiste, j'ai pensé que ma fille avait quelque chose de grave, lors d'une échographie ils ont trouvé des kystes dans son cerveau. L'examen génétique était normal alors nous sommes partis en lune de miel avec mon mari et j'ai eu une infection urinaire. J'ai été hospitalisée 4 jours.

Quand elle est née, je ne me suis pas connectée avec mon bébé, elle a pris le sein mais ne faisait pas caca. Je la surveillais nuit et jour. J'ai consulté deux pédiatres qui me disaient qu'elle allait bien. Un autre m'a dit de lui appliquer un suppositoire. A présent j'ai engagé quel qu'un qui la veille la nuit ainsi je peux dormir. ».

On peut penser que ce bébé souffre probablement de surprotection ou d'intrusion dans son corps (regard et suppositoire) et de détresse affective (la maman ne se connecte pas).

Les patients psychosomatiques sont des personnes chez qui la question de la distance est un conflit, bien qu'adultes c'est souvent un effort énorme pour eux d'abandonner le foyer paternel car « si tu t'en vas il peut t'arriver des choses terribles ». Ils présentent souvent des agoraphobies connectées à l'angoisse sexuelle ainsi que d'autres phobies comme la nourriture ou la saleté connectées à un niveau plus archaïque que celui œdipien.

Un autre exemple, celui de **Julia** : « J'ai choisi cette gloriette (photo 3). Je vois un homme et son fils comme moi et mon père quand on allait avec mon vieux se promener.

---

<sup>123</sup> Pôle plus complexe où prédominent la discrimination et la reconnaissance de l'altérité.

C'est un cycle de la vie, les enfants dépendent de nous mais moi je veux mettre de la distance. A présent mon père est collé à moi, il ne veut que personne d'autre que moi s'occupe de lui et il m'étouffe, je me suis souvenue de la photo avec les manifestants et cette sensation de « je ne te veux pas près de moi ».



Photo 3 . Personnelle

Cette vignette montre la peur du fusionnel d'entrée jusqu'à la perte de distance. Chez ces patients le corps parle de déliaisons. Le corps garde la mémoire des émotions. Les patients réalisent un contrôle surhumain de leurs émotions car ils nient l'accès à la douleur psychique de l'angoisse et de la dépression ; c'est le corps qui exprime alors la douleur.

Comme nous l'avons vu précédemment, les mères et les pères de ces patients qui présentent des manifestations somatiques ont besoin de leur enfant trop près d'un point de vue corporel et le maintiennent trop loin affectivement (**J. Mac Dougall**)<sup>124</sup>. Leurs messages pour leurs enfants sont brusquement changeants et antagoniques : je t'aime, je te rejette.

**Ema**, une patiente que je présenterai plus avant, souffrait du syndrome du côlon irritable, elle présentait ces symptômes habituellement face à un ton de voix de « froide hostilité » de sa mère, de sa belle-mère ou de sa fille, à un excès de rapprochement (intrusion) ou l'inverse d'éloignement ou encore à un geste désagréable (« il m'a mal regardé »). Ceci déclenchant une réaction d'irritation incontrôlable manifestée dans l'organique. Sa mère, trop éloignée affectivement : vis-à-vis du cancer d'**Ema**, elle dressait une muraille impénétrable de silence distant (elle ne lui posait pas de questions ni rendait visite à sa fille après ses interventions chirurgicales) ou encore trop près corporellement : « tu as pris un bain ? », « A quelle heure es-tu sortie ? », « Où es-tu allée ? ».

**Nadia**, une autre patiente, suite à une forte douleur dans la poitrine, est hospitalisée d'urgence par crainte d'un infarctus. Episode qui intervient suite à des paroles

---

<sup>124</sup> Observation de l'auteur à laquelle j'adhère pleinement car il s'agit de parents dont l'ambivalence n'a pu être intégrée et chez qui le changement dans la façon de traiter leurs enfants ainsi que de les aimer est brusque et contraire.

inconvenantes de sa mère : « si ton père meurt, ça m'est égal ». Sa mère ne l'accompagna pas à l'hôpital ne semblant pas se soucier de ce qui arrivait à sa fille non plus.

A travers l'expérience clinique réalisée je m'emploierai à montrer que la distance qui se travaille dans un groupe de Photolangage® est utile pour le traitement des patients avec ce type de caractéristiques. La photo permet de médiatiser une distance de même que la parole.

A la suite de **R. Kaës**<sup>125</sup>(1993) j'ai pensé pouvoir obtenir la mise en sens propre des processus secondaires (représentation de mots et pensée) en réalisant des ponts-liens du niveau tertiaire<sup>126</sup> (**A. Green**, 1993) entre le primaire (représentations de choses, sensorielles) et le secondaire (pensée). **J. Puget**<sup>127</sup> affirme que l'effet de présence impose un travail à la psyché rencontrant la subjectivité de l'autre, sa présence effective corporellement et/ou mentalement. Dans un groupe le travail avec le processus psychique de l'autre est permanent, tant avec celui de ses compagnons comme avec celui du thérapeute qui travaille de pair avec eux, la présence factuelle fait partie du travail comme si nous nous trouvions dans une sorte d'atelier de réparation et de création.

J'illustrerai mes propos en association avec quelques extraits, la vignette qui suit directement est celle d'une séance que je présenterai dans son intégralité ensuite et qui illustre le travail en série avec le préconscient de l'autre.

**Consigne : « Dites avec une photo ce qu'est pour vous la dépendance »**

**Mercedes** : « J'ai choisi cette balançoire avec des piquants (photo 4). Elle représente pour moi la dépendance affective de l'intérieure. En ce moment je travaille en moi avec ça, en dehors les clous sont ceux qui ont marqué mon enfance. Petite fille j'étais dépendante, nécessiteuse, je vivais dans l'attente qu'on m'aime moi, je m'asseyais sur la balançoire et on me laissait là. J'ai aussi choisi celle-ci avec les lilas (photo 5) et une

---

<sup>125</sup> Travail psychique de transcription, transformation favorisée par la synergie d'un groupe autour d'un objet médiateur.

<sup>126</sup> Modèle de la double limite : le primaire- le secondaire et les ponts tertiaires.

<sup>127</sup> Psychanalyste française, innovatrice dans les théories des liens tant au sujet des groupes que du couple.

promenade dans un bel endroit. A présent je ne dépends plus autant de la balançoire, j'essaie de me sentir mieux et de me promener même si l'autre ne m'aime pas ».

**Beto** : «Moi je vois beaucoup de souffrance dans cette balançoire et cette photo de la glycine est belle mais la femme y est seule ».

**Valeria** : « J'y vois moi que ce qui devrait être un plaisir est une torture, une balançoire c'est fait pour jouer. La glycine c'est comme un rêve au bord de la rivière. Il y en avait une semblable dans la maison de

mes grands-parents, je me souviens de son parfum. Les vieux souvenirs affectifs sont une bonne dépendance pour moi ».

Chez ces patients j'ai pu observer aussi l'absence de modèles extra-familiaux. Une patiente dit à une autre :

**María** : « Si on pense que ce que pense ta famille est l'unique vérité, ça doit être comme ça, tout bon ou tout mauvais, il n'existe pas de gris sur ta photo (les robes, photo 6). Cela m'arrive aussi à moi ».

Des rôles familiaux fixes apparaissent, inversés, pris dans des contrats pervers. On y retrouve l'indiscrimination corporelle et générationnelle, des pseudo-autonomies, des agoraphobies et leurs contreparties, les claustrophobies. Ces patients sont pleins des justifications de la maladie de même qu'ils sont vides de doutes et de nuances. Dans leur enfance et leur jeunesse leurs perceptions n'ont pas été validées et eux n'ont pu manifester leur colère.

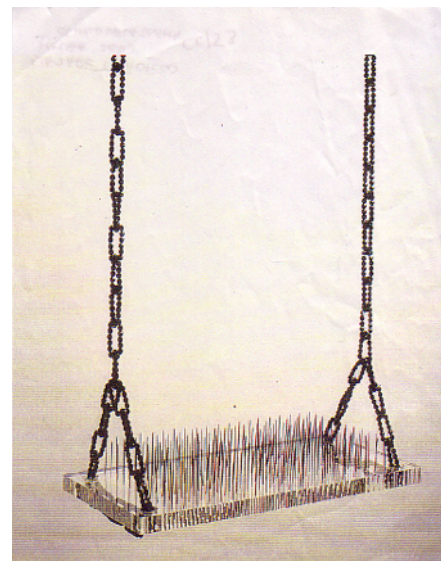


Photo 4 Musée Malba. Nazaret Pacheco. 2002



Photo 6 Arte BA 2004



Photo 5 Personnelle



Une patiente choisit de parler de ce qui lui est inconnu d'elle-même et des autres :

**Consigne :** « avec l'aide d'une ou plusieurs photos dites ce qui est inconnu »

**Perla :** « J'ai choisi une dualité : le blanc et le noir. Ces deux robes (photo 6), le même modèle en blanc et en noir ; pour moi ils sont l'énergie et le fait de ne pas en avoir dans deux pôles différents. Je suis un peu réservée sur mes affaires c'est ce qui est inconnu de moi. J'ai aussi choisi cette tour circulaire (photo 7) pour montrer l'inconnu des gens, c'est ce qui m'arrive à moi, je ne vois pas ce qu'il y a de l'autre côté du mur. Une facette que je ne reconnaisse pas de l'autre et tout s'écroule. J'idéalise mes amies et j'en sors blessée ».

Ils ont parfois été éprouvés par des situations de vie et de mort simultanées qui les paralysent et qui congèlent ce qu'ils ressentent.

**Bernardo :** « Je ne savais que ressentir quand ma première fille est née et que mon père est mort ».

Par un traitement dans le lien, j'ai essayé de permettre un espace d'étayage de chaque membre du groupe sur l'ensemble (qui peut coïncider avec un travail en équipe pour ce même regroupement) en prenant soin de veiller au timing de la tâche (qui est pour le groupe le dénominateur commun à



Photo 7 Personnelle

tous) et en favorisant la possibilité que ce lien se transforme en appareil à penser pour tous.

Il ne s'agit pas ici de désarmer les défenses comme dans le cas des névroses sinon de donner des éléments pour que cette structure de liens face à nous puisse se transformer en instrument de pensée. Ceci toujours avec dans l'idée que ces personnes peuvent guérir seules si nous permettons qu'un certain effet fonctionnel du préconscient se rétablisse (ou s'établisse)<sup>128</sup>. Le but proposé est bien donc de produire un environnement de pensée (au sens large du terme) là où était installé un champ de répétition et de souffrance. C'est une tactique différente de celle du traitement individuel classique de patients névrotiques qui tend à mobiliser les défenses. Chez ces patients psychosomatiques qui fonctionnent parfois à des niveaux tellement régressifs, la thérapie individuelle peut donner un résultat

---

<sup>128</sup> Comme le dit l'aphorisme médical: "je les soigne, ils guérissent ».

paradoxal : plus on tente de mobiliser les défenses névrotiques ou caractérielles plus le champ se durcit ; ou encore court-on le risque de faire s'effondrer le patient.

Je cherche à atteindre des buts dans un traitement. Ceux-ci dépendent de chaque patient individuellement selon ses capacités et ses temps de transformation. En voici quelques-uns :

- Pouvoir différer la satisfaction (lier l'énergie libre et celle de contrôle des pulsions).
- Accepter *l'altérité sous contrainte* par la séparation graduelle (d'un autre sujet). Accéder à plusieurs niveaux d'empathie avec les autres.
- Mettre en mouvement la zone qui va de l'attachement (agrippement de **Bowley**) à l'autonomie efficace.
- Passer d'une logique de disjonction (ou) à celle de conjonction (et).
- Trouver un équilibre entre l'illusion et la réalité et entre la fusion mortifère et la séparation dévastatrice.
- Construire une distance adéquate par essai-erreur, une distance qui puisse s'établir sans être ni intrusion, ni abandon.
- Réduire leur *vacillement* en les aidant à s'ancrer dans un édifice identificatoire qui ait un minimum de points de références, points de certitudes pour établir la capacité à s'affirmer.
- Auxquels ils puissent participer d'échanges symétriques et mutuels.
- Ne pas substituer un objet pour un autre sinon les rendre capable de transformation par des changements de sens.
- Favoriser la représentation d'un autre « suffisamment bon » (**P. Aulagnier**).
- Pouvoir visualiser des rôles mobiles et multiples dans lesquelles ils puissent participer.
- Etablir une barrière de contact qui freine l'excès de l'autre pour ne pas en être traversé (transpercé).

Plus particulièrement en ce qui a trait à la médiation du Photolangage®, penser en images permet un premier pas vers la symbolisation. Cela peut être la première partie d'une pensée verbale qui se suffit à soi-même. Les photos remplissent un vide de représentation mentale quand un autre ou un objet sont absents dans la réalité concrète. Lors d'une séance où nous avons travaillé sans photos par manque d'espace les membres du groupe ont pu conserver la photo mentale de la photo médiatrice choisie par eux à d'autres moments.

L'objectif est aussi de se décentrer de la problématique personnelle étant témoin de celle du compagnon de groupe. Cela permet une distance optimum pour réaliser une figuration de la pensée verbale bénéfique pour la compréhension de soi-même dans une ronde ultérieure.

Ces patients manifestent un excès de rapprochement de la part de ceux dont ils ont besoin qui de leur côté sont problématiques et ne leur dispensent pas leur aide. On constate l'excès de présences d'amis ou de membres de la famille de façon telle que le patient occupe la place d'une grande oreille qui supporte de tout écouter passivement (cas d'**Analia**). Il s'agit pour eux de trouver une position intermédiaire et de se constituer eux aussi en sujet actifs capables de demander.

C'est ce type d'observation qui m'a poussée à me demander si la maladie psychosomatique ou les symptômes de la crise de panique ne pourrait être un fétiche-tampon qu'utilisent ces personnes pour que n'entre pas en eux l'excès de l'autre ou pour ne pas se diluer eux-mêmes.

Ils manifestent des troubles de la temporalité et en conséquence sont dépourvus d'espoirs, ce qui n'existe pas maintenant n'arrivera jamais. C'est dans ce sens que j'ai *fabriqué* un temps discontinu, réintroduisant le présent et le futur en fonction du passé. La situation groupale étant une expérience limitée, elle est une mise en transfert pour obtenir les buts proposés. Par ailleurs pour ne pas négliger le corps il a fallu être attentif à graduer l'impact émotionnel dans celui-ci, construire les nuances qui leur permettaient la bonne observance de leur traitement médical afin de réduire leur comorbidité.

Les patients psychosomatiques présentent selon mes observations :

Une dépendance affective à l'autre vécu comme nécessaire en des liens fusionnels.

L'excès des autres mais aussi la peur de dissolution à ne pas être avec l'autre celui qui leur donne de la force. Les situations sont vécues comme des intrusions et des abandons pour toujours sans stades intermédiaires.

L'absence de modèles extra-familiaux.

Des rôles familiaux invertis. Des agoraphobies et des claustrophobies.

L'idéalisation de l'autre et la propre dévalorisation. La superposition de situations de vie et de mort. L'absence d'une distance adéquate avec les autres.



## 1.7 Le patient atteint de crises de panique.

D'après **R. Kaës**<sup>129</sup>, nous nous trouvons à une époque de crise de la subjectivation. Certaines pathologies sociales prédominent comme les maladies du narcissisme ; il y a des individus et non des sujets et d'une manière générale il existe un chaos identitaire.

Les situations que nous vivons tous les jours peuvent être interprétées par chacun comme habituelles ou quotidiennes et comme difficiles et stressantes.

Face à elles nous pouvons adopter une attitude de défi : « je vais pouvoir *manager* ou dépasser la situation » ou une attitude de paralysie ou d'immobilisme : « je la vis comme une menace qui va me blesser ou m'occasionnera une perte ».

**H. Chappa** affirme que l'estimation d'une perte ou d'un dommage nous affecte en différentes réactions d'anxiété qui sont proportionnelles à l'incertitude qu'elle provoque en nous. A moindre possibilité de prédiction, majeure anxiété.

C'est au cours du traitement que j'ai commencé à comprendre comment se percevaient eux-mêmes ces patients et comment ils croyaient être vus par les autres à constater une grande appréhension de l'anticipation, la peur de la peur, une angoisse de séparation intense se traduisant par la difficulté à s'éloigner et s'approcher de...

Notre psychisme se construit dans l'intersubjectivité et dans le corps à corps. La crise de panique est un processus neurobiologique qui s'exprime dans le corps et qui par ailleurs possède signifiés et signifiants, signaux et indices qui réveillent l'angoisse dans l'appareil psychique.

**H. Bleichmar**<sup>130</sup> établit que ce fut **S. Freud** (1885) le premier à avoir décrit sémiologiquement les crises de panique et ses peurs associées, de mort imminente ou de devenir fou. La cure analytique s'édifie sur l'influence de l'inconscient depuis la conscience. L'inconscient influence par contiguïté le préconscient et à son tour est soumis à ses influences. **H. Bleichmar** précise aussi que **S. Freud** voyait dans ces crises une cause biologique, celle de la tension déchargée dans le corps due au blocage de la libido par insatisfaction sexuelle.

---

<sup>129</sup> Conférence à la AAPPG, 2002.

<sup>130</sup> H. Bleichmar propose un point de vue "modulaire-transformationnel" pour aborder les troubles de la crise de panique entre le représentationnel et la neurobiologie. Il se différencie de S. Freud (excitation-décharge dans le corps du fait de l'impasse de la libido par insatisfaction de la pulsion sexuelle) quant à l'étiologie puisqu'il pense à une particularité biologique et des composants neurophysiologiques chez ces patients.

Chez ces patients il existe des composants neurophysiologiques et les manifestations corporelles passent au premier plan. D'autres personnes réagissent face à des conflits ou des situations de stress par une tension purement mentale et d'autres encore le font à travers des crises d'asthme, de somatisations digestives ou d'arthrites par exemple.

Face aux manifestations corporelles d'angoisse certains patients les ressentent comme le danger maximum. D'où travaille-t-on en psychanalyse pour aborder le traitement des crises de panique ? D'après **H. Bleichmar**, en essayant de diminuer les conflits intra et intersubjectifs qui les ont provoquées, en élaborant : l'angoisse de séparation, l'agressivité, la sexualité, la culpabilité et la persécution, l'oppression qu'impose un autre significatif et l'impossibilité d'être acteur de ses propres actions.

Les réactions corporelles les plus fréquentes sont : tachycardie, sudation, vertiges, suffocation et manque d'air. Celles de la conduite sont habituellement la fuite, la paralysie, l'évitement.

Face à une situation déterminée nous comptons sur nos propres ressources pour empêcher ou atténuer une perte ou un dommage. Si nous croyons que nous allons pouvoir faire le nécessaire pour cela nos attentes sont positives. Par contre si dans le conflit entre deux forces de « je peux-je ne peux pas » triomphe « je ne suis pas capable » par effet d'anticipations négatives peuvent apparaître divers symptômes.

Au lieu d'avoir une stimulation pour croître et se complexifier, c'est l'impuissance et l'affaiblissement de l'estime de soi qui agissent et induisent des conduites d'évitement. L'image de soi en ressortant alors plus dévalorisée encore (faisant ressortir tout défaut) et vulnérable.

A force de souligner les aspects négatifs et d'ignorer les ressources et valeurs personnelles, la personne devient peu sûre d'elle et perd confiance.

J'ai découvert qu'il était fréquent que ces patients aient peur de parler en public car ils anticipent dire des inepties et craignent la honte. Un exemple : **Leticia** est ingénieure et lors d'une fête animée par un magicien, elle se réfugie dans une chambre pour ne pas être sélectionnée par lui au moment de répondre à des questions. Elle dit n'avoir pas de culture générale suffisante et craint l'embarras. Cette anticipation déclenche une série de symptômes physiques (tachycardie, sudation, vertige, manque d'air). Plus tard, cette patiente pu l'associer avec le souvenir de son père qui dans son enfance (à elle) réalisait de

longs questionnaires à l'oral sur des sujets culturels et si elle ne répondait pas ou se trompait était durement réprimandée : « tu es bête, mongolienne ».

D'autres patients ont peur d'approcher ou de s'éloigner d'un endroit ou d'une personne dont ils pensent qu'il en résulterait des commentaires disqualifiants. En considérant qu'ils ne disposent pas des ressources pour affronter certaines situations, face à la possibilité de collapser, ils cherchent l'échappatoire ou pratiquent l'évitement.

**Mario** ne tolère pas de rester plus de quelques minutes dans une queue pour payer quelque achats qu'il vient de faire, il les laisse là et fuit plein d'angoisse avec toute la symptomatologie physique fleurie qui l'assaille. Après cinq mois de travail analytique il associe ces épisodes à l'humilité de sa situation dans son enfance où il passait de longs moments dans des queues interminables avec sa mère pour accéder à des habits de seconde main. Il ressentait de forts sentiments d'envie vis-à-vis de ses camarades d'école plus riches que lui et pour qui « tout était facile ». Aujourd'hui étant lui-même un homme d'affaire accomplis il a peur de tels sentiments de la part de ses employés envers lui. C'est pourquoi il lui est difficile de montrer qu'il a les moyens d'acheter des produits de première qualité et qu'en revanche il peut recevoir des cadeaux.

D'autres pensées répétitives surgissent chez ces patients : « qui m'aidera ? », « je vais être seul et je vais mourir ». C'est ce que se disait **Raquel** lors d'une tempête enfermée dans une chambre de sa maison ou **Nora** dans un embouteillage. Ces patientes depuis leur enfance ont vu leurs rôles inversés d'avec leurs parents.

Ces sujets essaient de ne jamais perdre de vue aucun détail de ce qui les entoure afin de tout contrôler et de maintenir les choses constantes. Le mouvement ou le changement sont associés pour eux au passage du temps et à un rapprochement de la mort. Il leur est de ce fait difficile d'affronter des situations nouvelles ou différentes.

Ils ont peur de l'évaluation négative des autres, du ridicule en public et du rejet dont ils souffrent par anticipation. En conséquence ils sont en général exigeants à l'excès vis-à-vis d'eux-mêmes et s'ils ne font pas les choses parfaitement se considèrent de véritables « désastres ».

Tout ce qu'ils ressentent a tendance à produire des pensées négatives ou catastrophiques, une douleur devient rapidement infarctus, un vertige une rupture d'anévrisme sur le point de se déclencher. Ils ne disposent que de peu ou pas de mots pour

expliquer ce qu'ils ressentent (« je ne sais pas », « je me sens bizarre », « je sens des choses »...).

Beaucoup pensent que leur psyché est divisée en deux comme deux Moi, comme si coexistaient deux personnes opposées en eux, l'une forte, courageuse qui comprend et affronte les situations et l'autre faible et apeurée. Ces ressentis peuvent être de telle magnitude qu'ils interfèrent dans leur vie de tous les jours.

Il est fréquent qu'ils ne supportent pas les lieux d'agglomérations de gens, par exemple les supermarchés, les cinémas, les transports en commun, les banques sauf s'ils ont pu repérer les sorties d'urgence ou s'ils sont accompagnés par quelqu'un qui leur sert d'appui (contrôle des personnes et des situations).

**Raúl** jette toujours un regard rapide lorsqu'il entre dans un endroit, cinéma ou salle des fêtes car il lui faut en trouver les sorties de secours en cas de besoin de fuir.

A partir de la première crise, ils ont peur qu'elle ne se produise à nouveau, peur de leur honte en publique si les gens se rendaient compte.

Les peurs les plus fréquentes sont : celle de mourir, de devenir fou, de la sanction négative des autres par leur comportement social et leurs phobies, de perdre le contrôle d'eux-mêmes, de s'évanouir, de devenir aveugle, de s'étouffer, de crier, de se blesser...

La thérapie chercherait à *échanger* le contrôle vécu comme une obligation (je ne peux sortir de cette situation, de ce lieu...) pour la liberté personnelle de décider que faire : rester ou partir. Certaines techniques utilisent une exposition progressive au facteur phobogène comme par exemple sortir à une certaine distance et l'augmenter progressivement habilitant la construction d'une identification différente.

Il a été démontré que les symptômes d'anxiété sont précédés d'images négatives automatiques. Nous savons que la pensée en images est la plus proche de l'inconscient et des affects. C'est une des raisons qui a incliné mon choix pour l'utilisation d'un traitement groupal (avec les autres) et celle de la médiation des photos (Photolangage®).

Pour ces patients il convient d'aborder ce syndrome en combinant une thérapie individuelle (conflits intrapsychiques) et une thérapie de groupe (conflits interpersonnels).

Lors du traitement il est nécessaire de reconnaître le type d'angoisse que présente le patient : de séparation, de culpabilité, de soumission à l'autre et de perte de soi.

Il y a souvent des signaux sensoriels qui précèdent les crises : un ton de la voix, un certain niveau de clarté ou d'obscurité, des maux de tête, une oppression dans la poitrine... Les conséquences des crises les mènent à l'agoraphobie, aux conduites hyper contrôlées, à l'évitement, l'exigence de perfection, la peur de la récurrence, la perception des situations comme insurmontables et catastrophiques.

Ils sont aussi habités par cette idée de ne pas être à leur place, de ne pas être eux-mêmes, de dépareiller d'avec les autres. Ils sont dépendants à l'excès de liens fusionnels car pour eux l'autonomie c'est la solitude et le vide. Ils s'emmêlent dans des pensées automatiques et négatives. L'agressivité, en particulier l'expression de la rage, leur est d'une gestion compliquée et lorsqu'ils ne l'expriment pas elle revient contre eux-mêmes : « quel abruti, quel lâche »...

Un autre recours important durant le traitement est l'exercice physique car il augmente la confiance dans les ressources personnelles.

Il faut enfin pouvoir considérer un diagnostic différentiel de ce trouble. Parmi les situations ou substances qui peuvent déclencher des crises de panique on trouve : L'hyperthyroïdie, l'hypoglycémie, l'hyperventilation, la caféine, les affectations vestibulaires commissurales, le phéochromocytome, les drogues telles que l'héroïne, la benzodiazépine, l'alcool et les amphétamines.

Voyons quelques fragments de séances que je présenterai de façon complète plus tard pour donner un exemple de ce que vivent ces patients.

**Consigne :** « *dites avec des photos ce qui est pour vous clarté-obscurité* »

**Clarisa :** « J'ai choisi ce monsieur (photo 127) qui cache son visage, clair et obscur de ses pensées, enfermé dans ses problèmes, son stress, il ne peut les résoudre, il a mal à la tête, son travail le préoccupe (elle parle d'elle, inhibée en groupe, elle craint que son problème ne l'empêche de travailler). Je sens que je devrais être comme l'autre le souhaite et je ne m'adapte pas. Au travail tous fument et font des blagues et moi je suis plus introvertie. Je n'ose pas leur demander d'ouvrir la fenêtre. Je veux plaire aux autres et il me coûte de me montrer comme je suis. J'ai peur que l'autre ne m'accepte pas et je fais des efforts mais le

prix est de m'en perdre moi-même. Quand je rentre dans un groupe je cherche quelqu'un qui me ressemble un peu et si je trouve je pense alors que je ne vais pas si mal ».

Cette obligation d'être comme l'autre le voudrait et qu'ils ont le devoir de lui plaire (faux-self de **D. W. Winnicott**) est courante chez eux et la colère qui l'accompagne aussi, elle est parfois dirigée vers les autres mais dans l'impossibilité de l'exprimer revient vers eux. Comment se montrer eux-mêmes (vrai self) et être acceptés ? Ils ont besoin de confiance dans ce qu'ils font sans chercher la clarté absolue (acceptation totale) ni l'obscurité (rejet total), (mimétisme et adhésion totale au désir de l'autre ou masque). L'objectif serait de chercher une situation de passage en transition vers la création personnelle où « prédomine le créé sur le trouvé » comme dirait **D. Winnicott**<sup>131</sup>.

***Consigne : choisissez une photo pour dire ce qu'est pour vous : contrôle/perte de contrôle »***

**Celia** choisi la photo des mains d'un vieil homme et d'une petite fille (photo 128)

« Elle a attiré mon attention, je ne sais si c'est une forme de contrôle ou de perte de contrôle. L'adulte qui prend la main de l'enfant et il lui échappe ou une main qui dit : viens par ici. La situation est paradoxale : il soutient et contrôle ou il néglige ; d'un autre côté c'est un autre celui qui protège à l'excès et ne permet pas l'autonomie ou qui ne sait pas s'occuper de ».

Le contrôle est perçu comme un idéal d'une exigence excessive et de recherche de la perfection. Parfois ils ont l'impression de vivre une explosion (choix de la photo d'une femme qui cuisine dans une cocotte-minute).

La perte de contrôle ils la manifestent par la décharge ou le rejet vers l'extérieur de la colère, de l'agressivité et des exigences envers eux tels des enfants.

Dans un groupe de jeunes **María** choisit la photo des marionnettes (photo 88).

« L'autre contrôle les marionnettes, plus de contrôle que cela ça n'existe pas, il contrôle tous leurs mouvements, la marionnette doit faire tout ce qu'on lui fait faire et si on coupe

---

<sup>131</sup> Illusion du bébé de s'être créé lui-même. Ce qu'il a trouvé : sa situation avec le sein qui plus tard souffrira la désillusion progressive de la discrimination.

les fils, c'est la mort. La coupure d'avec la famille me coûte je n'ai jamais pu me comparer avec d'autres du dehors, moi je me descends tout seul».

Deux autres compagnons choisissent les cerfs-volants (photo 129).

**Carmen** : c'est la perte de contrôle il va où le vent le porte et l'autre le soutient, lui ne peut se contrôler, il peut monter ou non ».

**Carlos** : « je me sens comme le cerf-volant en relation à mon ex, elle me convainc de revenir vers elle, même si je ne le veux pas ».

Ils ont souvent ces sensations de se vivre comme des marionnettes ou des cerfs-volants manipulés par l'autre à volonté, attachés à lui sans pouvoir bouger librement de façon autonome comme le font les adultes.

Ils se maintiennent dans des liens asymétriques comme s'il n'y avait aucune possibilité de se positionner et de se lier à leurs pairs différemment.



photo 127 Photolangage®



photo 128 Photolangage®



Photo 88 Photolangage®



Photo 129 Personnelle



**Consigne : “dites avec des photos ce qu’est pour vous enfermement”**

**Alicia** choisi la chambre (photo 121). Elle associe avec son enfance à l’époque où ses frères aînés écoutant les sirènes de l’ambulance lui disaient qu’elle venait la chercher elle pour l’emmener à l’asile de fous alors « elle s’enfermait dans la chambre de sa mère en mettant le verrou, terrifiée ...Ce fut très traumatisant. Aujourd’hui encore quand sonnent les sirènes, ça me fait quelque chose, ça ne me plaît pas ».

Depuis toute petite Alicia a construit sa peur de la folie et de l’enfermement.

**Julio** choisi après 4 mois de participation au groupe de Photolangage® des logements (photo 122). Il dit qu’il se sent attrapé, enfermé sans sortie possible « des jours et des jours dans ma maison à me sentir mal, je perds le contrôle de ma santé, mon cœur s’accélère, mes bras deviennent rigides, j’ai des attaques d’anxiété, je me sentais enfermé ». Il raconte une anecdote de Chascomus, village des alentours de Buenos Aires « Au moment du conflit avec les agriculteurs <sup>132</sup> j’étais à la campagne où j’ai commencé à planter des arbres fruitiers et à construire une petite maison. Ma femme me disait qu’on ferait mieux d’y aller mais moi je voulais tout laisser bien fait et quand nous sommes rentrés j’ai vu de la fumée parce que dans un *piquete* <sup>133</sup> des manifestants brulaient des roues et avaient coupé les routes principales et latérales. J’ai commencé à accélérer et j’ai traversé au milieu d’un champ pour sortir. J’étais en colère contre le manque de liberté et de prévision. J’aime pouvoir tout contrôler ».

A cette occasion il ressentit la peur d’avoir pu sortir d’une situation d’enfermement. C’est pourtant une petite victoire face à un imprévu d’avoir pu changer ses plans, d’avoir interrompu le faux lien entre changement et mort dans un processus d’amélioration.

**Jimena** : « enfermement c’est cette photo de paysans (photo 123) travaillant à l’air libre pour le propriétaire du champ. C’est comme ce que me racontaient mes parents de l’Italie.

Elle fait référence à l’endogamie dans sa famille d’origine comme forme d’enfermement. Elle parle aussi du « maître » qui décide pour eux que penser et que faire.

---

<sup>132</sup> Argentine 2012. Conflit de 100 jours entre le monde rural et le gouvernement.

<sup>133</sup> « Piquete » : piquet de grève, terme devenu une appellation en soi, elle se réfère à des groupes de personnes qui de façon pacifique ou violente tente d’imposer ou de maintenir une consigne de grève en barrant les routes ou les rues et par extension désigne toute protestation qui utilise de tels moyens.

Pour la consigne « *clarté-obscurité* » elle avait choisi la photo d'un lit où est assis un homme (photo 124) et commentait : « le lit me renvoi mes parents dans leurs derniers moments. J'étais retourné vivre avec eux. Je n'ai pu tomber enceinte jusqu'à ce que ma mère meurt quand j'avais 39 ans. C'est une douleur si grande de laisser le foyer des parents. J'étais très collée à ma mère toujours en embrassades avec elle. J'étais fille unique ».

Le faux lien qui s'est constitué pour elle était de penser la séparation possible seulement par la mort d'un de ceux qui composent une relation.

**Ana** : « l'enfermement c'est confus, le regard de l'autre et comment je crois qu'on me voit » (photo 125).

**Celia** : « Moi j'ai vu celle-là pour la liberté (photo 126) tous pareils, baissés, mimétisés et celle-là qui ressort et qui dit : je suis là je veux être différente, elle est libre, comme elle veut être, le reste semble uniforme. Moi j'ai beaucoup tardé à me couper la frange, mon papa porte la barbe depuis 30 ans et il n'ose pas se la raser parce qu'il a peur que les autres se moquent de lui. Moi j'ai eu besoin que m'accompagne une amie. Mon père est pacifique, il ne se fâche jamais et ma maman si quelqu'un la pousse dans la rue ne dit rien ».

On devine dans cette association un mandat familial, celui de ne rien dire qui puisse contredire et de tout accepter sans poser de questions. **Celia** dans le groupe se tait, tolère à l'excès et rougi. Les autres la voient comme une personne tranquille mais en elle-même, elle, se demande « pourquoi je ne m'en vais pas ? ».

Apparaît par ailleurs son désir d'être et de se montrer différente, de se détacher des autres.



Photo 121 Personnelle



Photo 122 Personnelle



Photo 123 Photolangage®



photo 124Photolangage®



photo 125 Photolangage®

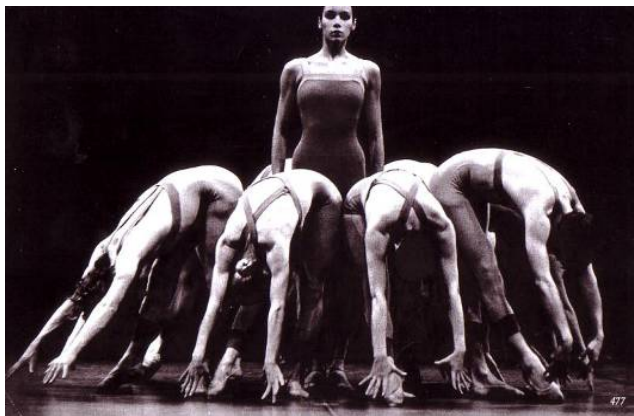


Photo 126Photolangage®

**Consigne : «Dites avec les photos ce qu'est pour vous adapté/déplacé »**

**Julio** choisi la photo de l'orchestre (photo 12) et des filles avec la guitare (photo 13). « Je m'adapte tard avant d'entrer dans ce qui est habituel dans la vie. J'ai terminé le secondaire et j'ai mis du temps à choisir une carrière, j'ai eu beaucoup de petites amies avant de me décider à me marier. Dans ma famille j'étais déplacé, je n'ai pas eu l'appui de mon père ni celui de ma mère. Mon frère jumeau était celui qui s'adaptait et ouvrait le chemin ensuite je m'adaptais moi ».

Ces patients se sentent souvent déplacés, ils ne trouvent pas leur espace ou encore la place qu'ils occupent est rare et étroite. Je me souviens d'une patiente qui gesticulait, ses bras presque collés au corps comme si elle n'avait pas plus d'espace que celui de la largeur de son corps. S'ajoute à cela une vision d'eux-mêmes souvent distordue et laide.

**Consigne : « comment vous percevez-vous vous-même et comment imaginez-vous que vous voient les autres ? Dites-le avec des photos ».**

**Analia** choisi la photo d'un miroir (photo 14) « C'est comme ça que je me vois, distordue et irréaliste, laide, je me rabaisse. La photo du pingouin (photo 15) parce qu'il est différent, il ressort par sa couleur, il n'est pas normal. C'est comme ça qu'on me voit ».

**Melisa** : « J'ai choisi la fleur du cactus (photo 16), c'est comme je me vois, sauvage, les fleurs à épines. Quand les gens s'approchent trop de moi, c'est ma façon de me défendre avec la distance ».

Les patients aux crises de panique ont peur de parler en public et peur d'être considéré comme idiots. Dans l'enfance ils ont souffert des humiliations, la honte, la dévalorisation par des commentaires disqualifiants. Ils maintiennent des liens asymétriques.

Leurs peurs : d'être seuls pour toujours, de mourir, de la folie, de la perte de contrôle.

Leurs pensées sont négatives catastrophiques avec des symptômes d'anxiété les précédant.

On constate chez eux : une psyché divisée en deux Moi : un fort, un faible. L'exagération dans le contrôle des situations et des personnes pour se maintenir « saufs » et des conduites d'évitement. Ce sont des signaux sensoriels qui réveillent des signaux corporels par exemple un certain ton de la voix ou une sensation lumineuse précise qui sont liés à un souvenir et déclenche la tachycardie...



Photo 12 Personnelle



Photo 13 Photolangage®



Photo 16 Personnelle



Photo 14 M. Malba J.Le Parc



Photo 15 National Geographic

## **Partie II : Méthodologie**

## **2.1 Panorama du problème.**

### Problématique des patients psychosomatiques

Au départ des premiers groupes avec les patients asthmatiques nous avons formulé quelques hypothèses sur ce qui avait pu se passer pour ces personnes. Peut-être une sensation de détresse équivalente à la mort ? Le bronchospasme n'est pas la représentation de ce ressenti mais une forme d'expression de celui-ci, facilitée biologiquement par le moléculaire et le génétique. Suivons le fil de quelques hypothèses possibles :

A) Le bébé aura ressenti du désarroi face à une situation traumatique du dehors comme peut le provoquer une mère qui ne le protège pas suffisamment ou qui manque d'empathie pour lui (pictogrammes initiaux) et il répondra avec son corps par un bronchospasme, décharge pulsionnelle insupportable depuis l'intérieur. Si lorsque la crise se produit, la mère réagit différemment et le contient on pourrait se poser la question si cela ne peut conduire alors à deux inscriptions non intégrées d'un même objet scindé (dans ce cas une mère protectrice et une mère sans contenance).

B) Une situation chaotique interne n'a pu se lier avec l'extérieur ou par le biais du psychisme maternel (capacité de rêverie de Bion, fonction alpha) et la détresse surgit alors.

C) Le bébé a été l'objet d'une « surprotection » (intrusion) qui a eu l'effet d'un manque de contenance appropriée : « tu ne me laisses pas respirer ».

D) Les deux pôles du manque d'ajustement ont existé « l'infra et la surprotection » en alternances brusques et agencées paradoxalement. Une inscription qui contienne ressentie à trop de distance ou trop tard et une inscription en déficit de contenance ressentie trop près et déjà là.

**Ces premières interrogations et les inquiétudes nées du groupe de parole et exposées ci-dessous furent le point départ de cette recherche :**

**Déterminer l'utilité d'un abord médico-psychologique chez des patients psychosomatiques pour éviter l'excision corps-esprit.**

**Une intervention médico-psychothérapeutique en groupes homogènes (spécifiques) de patients asthmatiques influe-t-elle favorablement dans l'évolution clinique vers une moindre co-morbidité ?**



## **Comment le groupe intervient-il dans l'évolution clinique du patient ?**

Mes objectifs dans cette première étape de la recherche embrassaient un large spectre probablement ambitieux :

- Trouver les sens du symptôme et de la maladie avec laquelle ces patients vivent de façon chronique (adaptation et altération de la dimension temporelle).
- Examiner et contenir leurs angoisses et soutenir un lien réflexif en situation groupale.
- Chercher à reconnaître les situations déclenchantes individuelles et déterminer l'utilité de partager expériences et vécus semblables entre des patients différents aux troubles organiques sensiblement égaux.
- Enfin je visais par la mise en mouvement de représentations préconscientes à promouvoir un appareil psychique complexifié et la modification de la subjectivité.

### Problématique des patients atteints de crises de panique :

Ces patients manifestent en plus de l'angoisse les symptômes du corps.

**Qu'auront en commun et de différent ces patients avec la problématique psychosomatique ? Ils ne sont pas atteints de troubles organiques selon l'examen clinique et celui de laboratoire et pourtant leurs symptômes peuvent être identiques à ceux des autres.**

Au fur et à mesure de mon travail avec les groupes j'ai rencontré divers aspects du problème. Dans ce qu'expriment les patients nous avons détecté des modèles familiaux simplifiés et le manque de modèles complémentaires complexes et enrichissants ; ceux qu'ils possèdent sont rudimentaires.

On observe parfois chez les membres du groupe la rigidité ou impossibilité de tolérer les changements surtout ceux qui pourraient occasionner un meilleur confort. Dans le groupe peuvent apparaître des fantasmes terrifiants comme la peur de la mort subite. Les absences de l'un ou l'autre suscitent les fantasmes d'aggravation ou de mort et en conséquence le sentiment de culpabilité pour y avoir pensé.

Celui qui « meurt » permet aux autres de survivre. Ce sont ces idées qui entraînent les fantasmes de perte de contrôle, de folie et de destruction. Il est fréquent que les acting-out psychosomatiques (décharges motrices) interrompent les traitements. Dans ces cas il est important d'évaluer aussi l'angoisse du médecin et ne pas l'ignorer face à ce type de patients graves, angoisse qui peut conduire au débordement, surcharge, perte de distance selon une implication affective majeure ou moindre et/ou l'urgence dans sa tâche professionnelle.

**Depuis la coordination c'est un aspect du travail qui a été très mesuré, passant par des signalements visant à différencier les membres du groupe entre eux encore et toujours dans mes interventions. Le groupe pourra-t-il soutenir la réflexion nécessaire pour donner lieu à l'avènement d'un processus de subjectivation ? Voici les quelques questions principales auxquels je me suis confrontée :**

- 1. Y a-t-il des risques pour certains patients en situation groupale du fait de la régression vers la fusion qu'implique tout début d'un groupe ?**
- 2. Quel est le poids respectif du somatique et du psychique dans la production du symptôme ?**
- 3. J'ai souvent observé l'usage de deux modes antagoniques et contradictoires dans la façon de traiter les autres, les situations, les objets ; des formes séparées, doubles et clivées présentes dans l'appareil psychique de ces patients. Le dehors, paradis et enfer ; le dedans danger, chaos et protection. Sortes de noyaux non intégrés et scindés du moi. Ces personnes disent tout-à-tour deux énoncés opposés. Le groupe pourra-t-il créer quelque chose de nouveau : un moi plus complexe et intégré ?**
- 4. D'y parvenir, l'agent en sera-t-il l'étayage ? la diminution progressive de la fusion et la symbiose dans le cas où les identifications mortifères aux mères et pères aliénants y deviendraient caduques ?**
- 5. Très vite j'ai perçu la problématique du rythme. Il fut nécessaire de créer des mécanismes d'attente pour la décharge pulsionnelle parce que les stimulations de charge (singulières pour chacun) occasionnaient une surcharge si intense, en cascade, qu'elles débordaient la capacité de réponse de l'appareil psychique. Pour cela il faudrait construire un temps qui**

**apprend à rester, temps qui permet à l'attente et à la trame qui se tisse de complexité de ne point provoquer de la détresse à nouveau, ni le retour à une angoisse archaïque vers une masse informe, diluée et sans limites propres.**

- 6. Apprendre et supporter de se séparer de telle manière que cela ne soit vécu comme un abandon sinon comme une interruption. Le groupe pourra-t-il se constituer en objet intermédiaire à cette fin ?**
- 7. Quelles garanties avons-nous que le changement ou ce qu'ils viennent changer soient adaptés à eux ? Quel est le projet de changement de chacun d'eux ? Comment pourront-ils l'élaborer ? Comment l'évaluer chez un patient ? Comment saurai-je que des liaisons ce sont établies, représentations préconscientes qui témoignent du changement ? Comment dois-je changer de position ?**

A travailler avec les patients atteints de crises de panique, la psychanalyse traditionnelle qui soulève les répressions ou rend conscient l'inconscient ne suffit pas.

Une partie de leur appareil psychique est clivée, ils sont très défendus et si nous retirons brusquement leurs défenses c'est la réaction somatique qui apparaît.

Depuis le corps, en une sorte de métaphore, cela se manifeste par l'inondation de mucosités, la dispersion des médiateurs chimiques, l'infiltration de tissus collagène fibreux, l'augmentation de la pression, l'irruption de croutes sur la peau... pour certains apparaît aussi une réaction qui pourrait-être une crise hypocondriaque entre la crise somatique et la crise d'angoisse jusqu'à atteindre le symptôme organique ou mental.

Nombreux sont les aspects à prendre en compte.

Nous sommes enclins à penser que les patients psychosomatiques ont eu une expérience de confiance dans le bon objet, ils ont eu l'illusion de la construction du pictogramme d'union, une expérience de plaisir qui ensuite par mécanisme de défense a été rejetée - effacée, clivage du moi primitif ayant pour conséquence la perturbation dans la capacité de représentation et de symbolisation. Ils ont des difficultés dans l'association libre car leur expériences traumatiques ont détérioré leurs capacités à associer, le préconscient étant affecté. La thérapie individuelle pour eux peut avoir des résultats paradoxaux du fait

des niveaux de régressions qu'ils atteignent : plus on tente de mobiliser les défenses névrotiques, plus le champ se durcit voir menace de s'effondrer. La situation à deux du dispositif individuel reproduit le champ où leurs failles sont advenues.

Quand je parle de santé psychique, je l'ai déjà mentionné, je considère qu'il s'agit de pouvoir dépendre de l'autre sans peur, sans que l'interruption, la séparation soient un abandon et sans que le rapprochement soit un « collage ». C'est trouver la distance optimum.

Les maladies psychosomatiques sont une lutte pour la survie psychique qui exige parfois l'éloignement de toute pensée hostile vis-à-vis des premiers objets d'amour ; ces sujets sont habituellement adaptatifs, soumis, disponibles.

Ce qui les rend malade serait-ce : Cet esprit (celui de la mère) qui contrôle deux corps (le sien et celui de son enfant) comme un prolongement l'un de l'autre, un pseudopode ? **Silvia** appartient à une famille où l'unique pensée valable est celle de la mère, avoir des idées différentes d'elle n'est pas toléré et **Silvia** elle-même le ressent comme une trahison.

Les lacunes du préconscient, cet airbag dégonflé, image déjà reprise à **C. Vacheret**, par l'appauvrissement qui en résulte fait courir un risque majeur de somatisations. Elles sont pathologies de déficit, trous de l'âme, apnées psychiques.

J'ai déjà évoqué les limites des groupes de paroles pour le traitement de patients psychotiques, adolescents violents, patients du troisième âge, oncologiques, anorexiques...et j'ai ajouté à cette liste les patients psychosomatiques.

J'ai avancé l'hypothèse de la maladie psychosomatique et des crises de panique comme fétiche-tampon qui empêche que ne pénètre en eux l'excès de l'autre ou qu'ils ne se dissolvent par leurs propres failles.

Je me propose dans ce travail de démontrer l'utilité du dispositif groupe à médiation par le Photolangage® pour le traitement de patients qui souffrent dans leur corps. La photo médiatise la distance à un niveau plus primaire que la parole. Et c'est ce niveau que nous cherchons à atteindre, celui où se sont formées les altérations et les faux-liens.

Mon plan d'action fut donc d'étudier la *Phase I A rétrospective : descriptive d'un groupe de contrôle de patients asthmatiques qui n'ont pas réalisé un traitement*

*psychologique (échantillon de 417 patients pour cerner le problème). La **Phase I B** prospective avec des groupes de parole de patients asthmatiques sévères et autres psychosomatoses qui n'ont bénéficié d'aucun traitement psychologique auparavant, si d'un traitement médical adéquat. Puis la **Phase II** prospective avec des patients de caractéristiques similaires aux précédents d'un point de vue organique ayant participé aux groupes de paroles et inclus ensuite dans des groupes à médiation par le Photolangage®, dans les deux cas, en environnement hospitalier de l'Université de Buenos Aires (UBA, Argentine). J'ai ensuite incorporé dans ma recherche la **Phase III** prospective des groupes de Photolangage® auprès de patients souffrants de crises de panique avec ou sans asthme.*

Les traitements précédents n'avaient pu conduire à la complexification psychique d'une part et le traitement médical isolé résultait insuffisant d'autre part pour aborder les problématiques de ces patients exprimant leur souffrance dans le corps ; j'ai cherché à approfondir la connaissance à leur sujet au moyen de techniques thérapeutiques médiatrices, dans ce cas précis essentiellement le Photolangage®.

#### En résumé :

**Phase I** : rétrospective ; **I A** groupe-contrôle – 2000-2002 (asthmatiques sans aucun traitement en groupe thérapeutique) ; **Phase I B** : prospective, groupes de parole - 2003-2004 (patients asthmatiques sévères) ; **Phase II** : prospective, groupes de Photolangage® - 2005-2006 (patients asthmatiques sévères) et **Phase III** : prospective groupes de Photolangage®- 2007-2010 (patients atteints de crises de panique).

## **2.2 Méthodologie du traitement des données.**

J'ai procédé par l'observation et la description des variables diagnostiques pour l'étape rétrospective et prospective du groupe de contrôle. Par l'évaluation statistique de l'association entre diagnostics et prises en charge simultanées médico-psychologique. J'ai utilisé la méthode du Modèle Linéal Généralisé (MLG) développé par **Koch** en 1977 pour des variables dichotomiques : amélioration/ non amélioration.

Dans le cas des crises de panique ces variables dichotomiques (amélioration/pas d'amélioration) ont été prises en compte selon les variables considérées comme pronostique de changement psychique évaluées au début et à la fin d'une année de suivi.

## **2.3 Hypothèses**

### **2.3.1 Principale**

**Chez des patients qui présentent une souffrance psychique et des manifestations dans le corps : un groupe à médiation par le Photolangage® serait-il à même de permettre à l'appareil psychique de se complexifier (au travers des liaisons préconscientes) profitant d'une distance adéquate avec l'autre pour qu'advienne sa subjectivité ?**

### **2.3.2 Secondaires**

-Le groupe et l'objet médiateur chez ce type de patients agissent-ils par production d'étayage ?

-Ces patients ont-ils un nombre moindre de représentations préconscientes ?

-Le traitement par le groupe et l'objet médiateur est-il formateur de préconscient ?

-Ce type d'abordage thérapeutique permet-il une fréquence moindre d'hospitalisations et de visites d'urgence ? Favorise-t-il le respect des traitements médicaux ?

-Le groupe sert-il à la complexification psychique, à la mentalisation ?

-Peut-on dire de ces patients que leur affectivité se trouve comme congelée ?

-Ont-ils peur de perdre leur identité, de la dissolution dans la situation groupale ?

-Qu'ont en commun d'un point de vue psychologique les patients atteints de crises de panique et les patients psychosomatiques ?

-Qu'est-ce qui détermine qu'un patient développe une pathologie ou une autre ? Est-ce seulement une détermination génétique ? Le facteur ou les facteurs déterminants se produisent-ils à une période déterminée de la formation de l'appareil psychique ?

-Le groupe peut-il se défaire des identifications mortifères et disqualifiantes que l'on retrouve en général chez ces patients pour adopter des identifications vitales et valoratives ?

-Dans la situation groupale est-il possible d'atteindre la distance optimum avec les autres, à y construire une meilleure autonomie ainsi que le concept d'altérité ?

## **2.4 Clinique et commentaires**

### **2.4.1 Technique de collecte des données**

Dans chaque séance de groupe Photolangage® ou de groupe de parole j'ai pris des notes manuelles que je reprenais en les passant au propre. J'ai aussi travaillé en *co-vision* à plusieurs occasions avec M. Selvatici (psychologue-psychanalyste).

Avec le groupe de contrôle j'ai pris notes d'éléments des histoires cliniques pneumologiques, des résultats de spirométries et du suivi selon le PEF (appareil de mesure du pic du flux d'expiration), de la clinique simple.

### **2.4.2 Méthode clinique analytique du contre-transfert verbal et para-verbal**

Le contre-transfert est l'effet de ce qui s'est déchargé dans le dépositaire du transfert.

Le transfert est transferts de fantasmes inconscients, déplacement de l'objet original antérieur sur la personne du médecin en un faux lien de l'expérience d'origine vers une autre qui la représente au présent.

Pour qu'il y ait communication il est nécessaire la reconnaissance de l'autre dans son autonomie et son altérité.

Tout être humain pour manœuvrer avec la réalité utilise ses expériences antérieures et doit être capable de reconnaître dans la nouvelle expérience ce qu'elle a de particulier et ce qu'elle a de similaire à la situation précédente.

### Contre-transfert

Les thérapeutes, depuis le contre-transfert, faisons partie du groupe ainsi que de l'illusion groupale...Le groupe est un bon groupe ? N'est-ce pas la preuve que les analystes sommes de bons analystes ? (C. Néri).

En ce qui me concerne je cherche à réparer ce qui est abimé chez l'autre, à l'améliorer, à ce que le patient puisse se valoriser pour ses réussites et sa trajectoire vitale.

Le paradoxe dans des groupes homogènes est celui d'appartenir à un groupe par ce qui est commun, la maladie dans ce cas ; l'objectif cependant étant de mettre en relief les identités différentes. J'aspirais à ce que chacun s'accepte soi-même et que ces patients puissent déployer leurs propres : critères de vérité, limites envers les autres (et vice versa), créativité.

Pendant les séances les contradictions et les sauts dans le discours des patients étaient détectées parfois comme des bruits dans mon esprit (l'analyste) et je les ai pris en compte pour interroger et m'interroger.

Nous savons que les soins excessifs génèrent des phobies. Une mère excessivement bonne, comme celle insuffisante ne peut être le moteur d'une croissance harmonieuse de l'appareil psychique. Lors de la thérapie prendre trop soin du patient se rapproche de ce type de relation et lui donne une place figée, celle du faible et du dépendant.

Si pour sa tranquillité le thérapeute donne le plus d'un meilleur soin, l'effet sur le patient peut-être d'être plus angoissé encore : « si on me donne tant c'est que je vais plus mal que je ne pensais ». Il faut l'évaluer dans chaque cas et chaque situation.

Ces patients ont besoin d'apprendre à rester seuls à périodes régulières et prévisibles. Pour cette raison j'ai réalisé le changement temporel déjà mentionné dans mon dispositif thérapeutique. Après un mois de séances hebdomadaires, nous sommes passés à des séances tous les quinze jours. Cet apprentissage a demandé un timing précis pour ne pas transformer l'attente en détresse.



Circulaient fortement la peur de la fusion, de la perte d'identité. Mes interventions visaient à de nombreuses occasions à les apaiser à les discriminer par des signalements répétés et souvent assez directs : « vous avez des identités différentes avec des formes distinctes de vous confronter aux situations et aux personnes ».

Ces patients cherchent *une* vérité, une certitude qui les rassure, lorsqu'ils pensent différemment ils s'angoissent parce qu'ils valorisent le fait de penser pareil comme ce qui est bon et juste. Ils n'ont pas appris à discerner et soutenir leur forme de pensée car ils n'ont pas été interrogés ou respectés dans leur singularité.

Comme je viens d'y faire référence, j'ai pour habitude de différencier chaque patient à qui je parle en soutenant le maintien du respect et le fait de prendre mutuellement soin de leurs paroles en solidarité les uns des autres.

Je signale aussi les asymétries avec l'autre du lien et énonce la chaîne associative groupale à la fin des séances.

Je tente, à partir de mon contre-transfert de donner une synthèse dont ils puissent se souvenir pour soutenir le travail psychique entre les séances.

Je terminerai ici sur un bref exemple de ce qui peut se jouer dans le travail du contre-transfert :

Un jeune patient sujet à des crises de panique souffrait des symptômes suivants : chaque fois qu'il devait exposer quelque chose devant les autres, trente seconde avant se déclenchaient des symptômes corporels comme la tachycardie et la sudation.

Lors d'une séance en groupe surgit en moi à son sujet, par figuration (**Cesar y Sara Botella**) et dans le contre-transfert *la vision* de ce jeune homme qui court au ralenti dans ce laps de temps des trente secondes comme s'il s'avavançait, retournait en arrière et...apparaissaient ces symptômes.

Vers l'âge de 15 ans, sa grande sœur est morte dans un accident de voiture et ces « trente secondes » sont venues figurer ce temps qu'il a mis à arriver sur les lieux de l'accident et à découvrir sa sœur morte (l'ayant alors prise dans ses bras puis dans son désespoir ayant donné des coups de pieds tout autour de lui).

### 2.4.3 Méthodologie-cohérence

En tant que médecin-pneumologue je suis partie de ma clinique de docteur et bien que les patients fassent l'objet des meilleurs traitements pharmacologiques selon les normes internationales du moment cela semblait insuffisant. J'ai donc ajouté au traitement médical, le dispositif de groupe de parole en premier puis les techniques de médiations par le bain sonore incluant contes et fables et enfin par le Photolangage®.

Encore aujourd'hui, à chaque séance groupale, je suis surprise par l'impact de cet outil et chaque fois plus convaincue que l'abord de cette méthode permet d'enlacer l'inconscient par le travail du préconscient avec la précision d'une flèche cherchant sa cible.

A certaines occasions j'ai intercalé des séances individuelles entre les séances groupales.

Pour certains patients qui n'ont pas voulu accéder au traitement groupal ou encore qui n'entraient pas dans les critères d'agroupabilité, j'ai aussi utilisé la méthode du Photolangage® quand je le considérais pertinent avec des bénéfices dans les résultats.

J'insiste cependant en ce que la force de la méthode se déploie dans le groupe parce qu'il ajoute l'altérité des pairs nécessaire à complexifier l'appareil psychique au travers de nouvelles formes de création des liens.

Le travail interprétatif dans les groupes inclue le travail théorique sur le matériel, la lecture de la gestuelle, la place de l'analyste, la pratique inter-transférentielle et la visualisation des structures de rôles.

Le dispositif groupal convoque les mots et les corps qui manifestent gestes et expressions : un froncement de sourcil, un corps qui s'avance, une main crispée, des larmes, des rires, la place où chacun s'installe...

En situation de groupe les imaginaires produiront des scènes qui dramatisent la dialectique aliénation-individuation, discrimination- indiscrimination. La scène configurée devient l'unité d'analyse privilégiée pour l'interprétation.

Dans le groupe nous étudions la chaîne signifiante groupale dans la pluri-vocalisation du discours et à la découverte de la diffraction.

La diffraction extériorisée dans les relations intersubjectives montre la base fondamentale du fonctionnement psychique inconscient.

Dans le groupe j'ai aussi travaillé sur la base des transferts simultanés sur plusieurs personnes et les formes de liaisons-relations transférées.

C'est un discours à plusieurs voix qu'on y écoute, une polyphonie vocale (**R. Kaës**) et musicale qui parfois est discordante, c'est un discours de voix successives et/ou simultanées.

L'analyse du discours rend compte des positions subjectives dans le groupe, des places assignées aux uns et aux autres.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit, tout être humain pour manœuvrer dans la réalité utilise ses expériences passées et doit être capable de reconnaître dans la nouveauté ce qu'elle a de particulier et ce qu'elle a de commun avec les situations précédentes. C'est un aspect auquel j'ai été attentive aussi dans le dispositif proposé.

## **2.5 Clinique : séances de groupes de parole avec des patients asthmatiques**

Ce sont seize séances de groupe de parole qui ont eu lieu à l'Hôpital des Cliniques, dans le service de pneumologie auprès de patients asthmatiques durant l'année 2001-2002.

Ce que je cherchais au départ dans le traitement groupale était qu'ils puissent passer *d'être asthmatiques à avoir de l'asthme*. Il est probable que tout type de traitement ait ses effets thérapeutiques et ses effets toxiques. C'est un point critique de la délicatesse de l'équilibre en charge du professionnel.

Je partirai d'une vignette clinique du groupe de parole thérapeutique que j'ai intitulée : « Trous pleins de détresse » car elle illustre une grande part des problématiques de ces patients. Dans ces extraits les patients sont toutes des femmes.

Elles parlent de parents qui ne les investissent pas : ils disent qu'ils ont « des trous dans l'âme ».

**Gabriela** se compare à sa sœur jumelle puis à sa sœur aînée morte suite à la complication d'une césarienne. Elle entend la voix paternelle lui dire « que je suis moche, que je ne suis pas intelligente, je suis une femme, une noiraude, un vilain petit canard, mal faite, petite grosse, petite chose. Je ne me suis jamais sentie belle. Je ne suis dotée de rien ».

**Mara** a une infirmité du bras droit, victime d'une hémiplégie pendant l'accouchement, en regardant une photo de cyclistes sur une route elle associe avoir toujours eu peur « que mes parents m'abandonne sur la route ».

**Zulema** a eu la tuberculose et fut chassée de chez elle pour cela.

A **Sol** son père disait « qu'elle n'était pas une professionnelle qui a réussi ».

Elles parlent du regard de l'autre qui dérange, qui moque, qui blesse, qui regarde avec dégoût, avec peine, qui regarde critique. C'est le regard de l'autre qui n'investit pas son enfant. Les patients assument que « l'autre souffre de leur laideur, leur obésité, leur handicap ». Leur miroir est défectueux, en eux ils ont ce regard désinvesti de leurs parents : c'est un appareil qui ne s'est pas formé, ce sont des vides, des trous de l'âme, des gouffres provoqués par les parents, des fissures, des cicatrices, des brûlures qui se réalisent sur la peau du fait des « regards qui brûlent ». Fonctionnent pour eux les paires soumis-dominateur/ soumettre-discriminer qui fonctionnent.

Elles décrivent des situations confuses et piégeantes par exemple la relation de Zulema avec sa fille « qui est partie vivre seule et m'appelle cinq fois par jours» (pseudo autonomie), la distance réelle pouvant être plus grande et aider en partie mais la question étant malgré tout de maintenir l'autre toujours présent. Sinon ce serait trahison, oubli, indifférence ? S'éloigner, c'est aller vivre seule ?

Ne plus être la petite fille...cela n'apparaît pas dans leurs horizons, le sacrifice de l'enfant est de rester avec ses parents « pour calmer les dieux ».

Elles montrent des signes de maltraitance. **Silvina** dit « ma sœur m'appelle asthmatique de merde » et elle dit d'elle-même « je suis un rebut ambulante ». **Sol** raconte « la femme qui m'a fait passer les entretiens pour le travail est une *salope*, elle m'a fait revenir trois fois pour rien » et elle-même se dit : « je suis idiote ». Ce qui a pu être vécu comme un mauvais traitement de l'extérieur s'est transféré en une maltraitance de l'intérieure en alliance avec l'agresseur et dans la répétition des énoncés parentaux qui écrasent et rabaissent. Des parents qui ne permettent à leur enfant de se sentir bon. S'ils s'en vont (les enfants) ils resteront seuls à l'intérieur d'eux-mêmes, sans cet objet qui malgré tout est quelque chose, face à un vide plus vaste encore et *rempli* de détresse. Dans le contexte que vivent ces patients c'est tant la présence que l'absence qui les désespère. La différence réside en ce que dans la présence, persiste le fantasme de pouvoir modifier l'autre. La maltraitance est

déniée et l'autre en est sauvé, conservé tandis que le sujet prend sur lui le mauvais : « je suis stupide, laide .... ».

Nous suivrons à présent pas à pas les séances d'un groupe de parole :

### Première séance

Les patients se présentent : « je suis asthmatique ». Il est frappant d'écouter cette présentation par la maladie, signe précurseur du déficit dans le travail du préconscient où « l'être asthmatique » réduit presque toute autre forme de description de la personne.

**Nora** : « je suis asthmatique depuis que j'ai cinq ans ».

**Margarita** « j'ai de l'asthme, des bronchostases et du diabète ».

**Lorena** : « j'ai été affectée par l'asthme à partir de mes trente ans ».

**Sofia** : « J'ai de l'asthme depuis petite fille, à l'adolescence ça s'est aggravé ».

**Tamara** : « je ne suis pas asthmatique depuis si longtemps, ça fait 6 ans, je suis mariée, j'ai deux filles et je suis grand-mère ».

**Estela** : « J'ai deux garçons qui travaillent, une petite fille et de l'asthme depuis ma première année de vie ».

**Celia** : « Je suis asthmatique depuis petite fille, ils m'ont donné des corticoïdes injectables à hautes doses j'ai beaucoup grossi ».

**Flor** : « J'ai de l'asthme depuis vingt-cinq ans, je n'ai pas eu beaucoup de crises ».

**Estrella** : « J'ai fait une thérapie individuelle qui m'a beaucoup aidé avec la maladie ».

**Bernardo** : « je suis asthmatique et je fais du sport à présent, ce qui me fait du mal c'est la question climatique ».

**José** : « mon problème c'est seulement la cigarette et l'hypertension ».

### Commentaires

En postulant un déficit de représentations préconscientes, quelles possibilités ont-ils en groupe de devenir *fabricants* de préconscient ? Il faut pour cela réaliser le travail psychique de trouver, inventer le transitionnel.

Nous avons décrit auparavant la situation traumatique que peut configurer un groupe pour certains de ses membres par la régression qu'il implique vers la fusion, le pôle isomorphique.

Ces patients pourront tolérer ou non l'actualisation de la groupalité primaire en fonction des ressources psychiques dont dispose chaque sujet.

L'appareil psychique est un système d'excitations et pare-excitations. Chez ces patients la charge d'excitation est déviée vers la vie organique. Je commence par leur donner une explication plus personnelle : L'asthme se produit parce que l'air entre et voit sa sortie rendue difficile par l'inflammation de la muqueuse bronchiale face à un facteur qui la déclenche ; j'insiste sur le fait qu'ils font une démarche pour trouver ce qui leur fait du bien et les soulage et ce qui provoque leur mal. Je tâche de prendre en compte les différences entre eux et certaines ressemblances.

Nous avons déjà qualifiée la pensée opératoire chez les patients psychosomatiques : ce qu'il y a à faire - l'action immédiate - fonctionne bien mais leurs fantasmes sont pauvres. Ils se demandent si le groupe peut leur faire du mal à les confronter à un submergement de problèmes à partager avec les autres. **Lorena** précise : « je suis très sensible ».

La plupart d'entre eux mènent une vie normale en dehors de chez eux mais leur déficits de représentations se manifestent à l'intérieur, ils ont peur de rester seuls à la maison et s'ils le font c'est avec angoisse.

**Sofia** : « La famille, ce n'est pas un paradis, on se réfugie et ce n'est pas bien mais je ne peux pas modifier ça. Je n'ai pas trouvé de personnes plus fortes que la famille. C'est comme si la vie était divisée en deux : une vie privée qui est la famille et la vie publique en société si on travaille, ensuite c'est comme un pendule on revient chercher le bonheur qu'on n'a pas trouvé dehors dans la famille mais c'est quelque chose d'illusoire et ce n'est pas bon ».

**José** : il commente que la cigarette est sa compagne.

**Margarita** en association directe sous forme d'une interprétation, lui répond que pour elle aussi la cigarette est une compagnie lorsqu'elle est seule.

**Estela** : « je ne veux pas me préoccuper pour les autres », elle parle en réalité de ses propres angoisses, on lui a découvert une hépatite C. Elle dit se calmer seule de ses propres angoisses tandis qu'à la maison son époux et son fils sont des préoccupations permanentes. Ses peurs surgissent quand elle est dans la maison et que les autres ne le savent pas.

**José** : « La solitude est impossible à partager ».

La dépendance du lien dans la relation à l'autre s'entend dans cette chosification, « la solitude », plutôt que de dire « je suis seul(e) ».

**Tita** parle d'une tante veuve et de comment « la solitude » l'a isolée et l'a rendue totalement dépendante, « elle mange seulement si on lui porte la nourriture à la bouche ».

**Julio** raconte que sa fiancée attend un bébé et que lui-même s'entend très mal avec son père. Il ne porte son attention ni sur le bébé, ni sur lui-même en tant que père.

### Deuxième séance

**Sofía** ne peut se centrer sur ce qui lui arrive et le masque, elle parle des Beatles...qu'elle rêve de voyager à Londres et qu'elle n'a pas de quoi payer ses frais, elle est sans travail. Elle émeut beaucoup les autres, tous la conseillent, reprenant ses mots (croisement de C. Néri).

**Estela** montre son incapacité à écouter car elle dit « il m'arrive la même chose » et raconte quelque chose de différent. Rappelons que chez les patients psychosomatiques le déni est très actif.

**Lorena** dit « Sofía fait cela... » En identification aux coordinatrices – elle prend le rôle de professeur (un désir frustré chez elle car elle a dû s'occuper de ses sœurs à la mort de leur mère alors qu'elle avait 10 ans). « J'étais le petit mouton noir », elle portait un tablier noir de deuil pour aller à l'école. Une image forte qu'une enfant vêtue de deuil.

**Bernardo** raconte « depuis la mort de mon père qui était asthmatique et ma sœur aussi, je me donne des objectifs à court terme ». Il ne sait pas « si dans l'heure qui suit je serai vivant ou non ».

Le discours manifeste se résumerait ainsi: sortons rapidement d'ici avec des solutions rapides pour éviter l'incertitude de l'attente. Le discours latent est qu'ils se sentent opprésés et étourdis.

**Tita** raconte qu'elle est venue d'Espagne à 7 ans et que c'est alors seulement qu'elle a connu son père, un étranger pour elle.

Ils parlent de la contention, des parents qu'ils n'ont pas eus.

**Julio** lui-même ne réalise pas qu'il va être père ; son modèle de père est celui de l'homme incapable de soutenir un foyer et alcoolique, il n'a aucun autre modèle.

### Troisième séance

Ils nomment à l'ensemble du groupe comme une famille (état groupal naissant de **C. Néri**).

**Margarita** a la phobie de sortir de sa maison car elle dit que dehors se trouvent les tentations, elle le dissimule avec l'excuse d'accompagner sa fille chez elle.

Le bénéfice primaire de la maladie organique (tuberculose) dont elle a souffert jeune était qu'il lui permettait de masquer sa phobie. Sa mère morte, sa famille n'a plus voulu qu'elle vive à la maison par peur de la contagion, elle partit vivre seule, travaillant comme coiffeuse.

Le bénéfice secondaire actuel de ses maladies (asthme, diabète) c'est de pouvoir dire à son mari « le docteur a dit trois jours au lit sans rien faire ».

### Commentaires

Je cherche la discrimination par les traits qui me semblent pertinents « vous pouvez sortir de la situation parce que vous êtes des personnes différentes, uniques dans vos manières de penser et d'agir ; chacun a ses portes de sorties en fonction de son histoire personnelle, de son contexte actuel ». Ce type d'intervention je l'ai répété dans plusieurs séances.

Si j'interprète que leurs bronches sont affectées par l'inondation des muqueuses (ce qui à ce moment du traitement ne veut rien dire pour eux) il n'y a pas de représentation du sens de ce qui a dû se passer pour eux, la sensation de détresse fut équivalente à une sensation de mourir. La représentation de ce désarroi sensoriel n'est pas le bronchospasme qui survient cependant simultanément au niveau organique.

Nous supposons que la séquence de ressenti du bébé ou de l'enfant fut la suivante : sensation de désolation et décharge pulsionnelle consécutive qu'une mère insuffisamment protectrice ne peut supporter, apparition du bronchospasme et a posteriori la contenance maternelle, la préoccupation, le soin.

Le bénéfice primaire : après le bronchospasme vient la contenance mais pas avant d'où l'hypothèse d'une double inscription scindée du même sujet mère dans l'enfant.

Il est impossible tant pour nous comme pour les patients de retrouver le pictogramme originel d'un tel moment où s'est noué le lien psychophysique, nous pouvons seulement



supposer que la situation traumatique surgie du dehors est en lien avec ce cas de figure d'une mère qui n'a pu contenir dès le début de la vie de l'enfant.

Une autre possibilité est celle du pulsionnel chaotique comme traumatisme de l'intérieur quand le psychisme déborde et ne peut se lier avec l'extérieur et le passage en conséquence par le somatique, la réponse du bronchospasme.

Nous pensons qu'il n'y a pas d'attente possible pour la décharge pulsionnelle du fait de l'absence de représentation. Il manque « une pièce » à ces sujets ou bien si elle existe elle est défectueuse, ne s'est pas développée ou est restée en puissance.

Avec ces patients il est très important que les processus de transcription si complexes soient respectés au même titre que leur rythme et leur timing. S'ils souffrent d'un déficit de structure et que d'autres impose la leur (par exemple le thérapeute ou la famille) leur réalité psychique est envahie.

Le problème dedans-dehors : peut consister en ces deux inscriptions séparées pour un même sujet (clivées ou déniées ?). La recherche à travers le groupe d'une relation qui redit celle que le sujet avait avec la mère est un vrai travail de métissage. Le sujet réel, présent n'est pas celui pensé et imaginé du monde interne et impose un travail psychique.

En s'appuyant sur l'exemple clinique, le dehors danger-enfer-chaos pourrait être l'absence de soins de cette mère aux origines puis le dehors protecteur-paradis serait le deuxième temps où la mère peut contenir en réponse au symptôme présenté.

La limite entre soma et psyché est mise à bas, confondue et les décharges passent par l'appareil somatique dans son cortège de symptômes et de maladies : asthme, rougeur, grippe, tuberculose, ulcère...

Chez les patients asthmatiques la thérapeutique adaptée aux symptômes est efficace (médicaments anti-inflammatoires et bronchodilatateur) mais elle ne suffit pas à mettre fin à la maladie, il s'agit de cerner le problème et non de le l'obturer. Le problème persisterait parce que l'appareil psychique serait incapable de procéder d'une telle décharge pulsionnelle.

**José** dit que ça dépend «de sa volonté» comme si ces patients pouvaient agir en toute puissance sur la vie et la mort selon les circonstances (fumer) mais par ailleurs la question de vivre et mourir les accable « Je ne sais si je vais vivre vingt ans ou deux mois, je n'y

donne pas d'importance et je ne trouve pas le chemin, je crois que c'est une question de volonté ».

Certains sortent compulsivement de chez eux d'autres s'y enferme.

Ils sont partiellement subjectivés quoi qu'ils disent « s'aimer c'est se respecter soi-même. L'individu est comme il est ». Captifs, certains parle d'eux à la troisième personne, impersonnelle « la solitude c'est s'enfermer ».

**Margarita** : « J'ai emporté toutes mes affaires dans ma chambre pour ne pas sortir. A présent je me lève, je me change et je fais mon lit ».

**Sofia** : « c'est pareil pour moi mais au lieu de me réfugier dans ma chambre, je me réfugie dans les livres, seule ».

Comme nous l'avons déjà relevé, les contradictions du discours surgissent dans l'esprit du thérapeute comme bruits-dissonances. J'entends un déphasage du temps et le paradoxal dans leurs paroles « J'appelle mes fils tous les jours à Cordoba » et tout de suite après « il ne faut pas se coller à ses enfants ».

**Bernardo** : « il faut utiliser un masque pour se dissimuler au dehors » puis successivement « il faut être le moins hypocrite possible, être franc ».

C'est dans ces récits qu'on perçoit des noyaux du moi scindés, non-intégrés dans leur appareil psychique.

**Bernardo** resignifi « parfois inconsciemment on ne veut pas changer de place ».

Pour ces patients psychosomatiques la prise de distance d'une personne peut être signifiée comme mourir parce que l'autre pourvoit à tout et ils n'en sont pas autonomes, réduits à des pseudopodes, les coupures leurs sont donc très difficiles.

La pulsion de mort peut être au service de la vie (Eros), lorsque par exemple ils tentent de se séparer ou de couper d'avec une mère qui fut mortifère pour eux, cette séparation est mise au service d'un projet vital.

La maladie aigüe pourrait se voir comme un kyste chez un névrotique normal, un fusible thermique qui saute et se remet en place par des éclosions organiques. Quand la maladie est permanente et chronique, elle fait partie de l'appareil, mise au service de l'identité psychique du patient.

### Quatrième séance

La structure du groupe configure une forme de famille, ils travaillent bien malgré certains moments impersonnels.

Font leur apparition de faux insights, ils s'approprient les mots de l'autre, rationalisent. On écoute des choses conventionnelles, la faute est jetée sur l'autre (les pourquoi et non les comment).

Du point de vue du thérapeute le groupe se pense comme un espace d'échanges de modèles et de fantasmes, l'objectif étant d'en sortir changé à la fin du traitement.

Il n'existe pas de relation point-à-point dans ce qu'ils apportent : il est arrivé ceci et il m'arrive cela. Certains patients s'en est une forme de conviction, **Celia** : « A moi ce qu'il m'est arrivé c'est que ma mère est morte de diabète en trois jours mais je n'ai jamais pu comprendre ce qui est réellement arrivé à mon fiancé, pourquoi il ne prenait pas ses pilules pour la pression et qu'il est mort. Je me suis toujours demandé pourquoi ça lui est arrivé. Après chaque décès je suis allée à l'hôpital pour une crise d'asthme ».

Durant cette séance ils parlent des espaces, de protéger, d'étouffer.

**Flor** : « Ton père a des problèmes avec ta mère et après il se dispute avec toi (à **Sofia**).

Ils prennent l'exemple d'une plante qui pour grandir a besoin d'espace et parlent du père de **Sofia**, « sortir ou non, se coller ou se détacher ».

**Sofia** : « je me rends compte que vous avez été éduqué selon un projet de pouvoir se détacher qui rend tout plus facile, ce n'est pas mon cas surtout avec mon père ». Cette phrase nous fait entrevoir la création du préconscient à partir d'autres modèles.

**Flor** : « ton père est comme quelqu'un qui te plante là, qui t'embrouille, qui te rend coupable de vouloir sortir ».

### Commentaires

Dans ce fragment clinique, il faut rappeler la différence de consigne d'avec la méthode classique du Photolangage® (référez-vous à la photo) quand les patients parlent d'eux. Je trouve très utile chez ce type de patients qu'il puisse se produire des échanges subjectifs spontanés malgré certaines limites associatives.

Si on considère un patient psychosomatique fragile par son passé précaire et qu'on cherche à lui implanter des connaissances, c'est inutile. Tandis que l'objectif de la thérapie en

groupe est justement que ces nouvelles relations si permettent des connaissances différentes. L'enfermement protège ou est illusoire ?

Les soins excessifs produisent des phobies. Une mère trop ou trop peu protectrice ne peut être un moteur pour la croissance harmonieuse de l'appareil psychique.

Trop prendre soin enserre la relation, le patient est figé dans son rôle de faible et parfois dans la relation analytique donner un plus (plus d'attention) est plutôt voué à la tranquillité du thérapeute et le patient y voit augmenter son angoisse (nous en avons déjà fait mention), il faudra donc évaluer chaque cas et chaque situation pour mesurer ce qu'il leur est donné en séances.

### **Cinquième séance**

Nous en sommes à nous demander s'il peut se produire une modification.

L'étayage du groupe n'est pas permanent mais fonctionne quand les sujets se retrouvent dans l'illusion groupale.

S'ils se sentent seuls, le groupe est une aide et les patients considèrent que de parler les soulage.

Y aurait-il une accumulation de décharge et charges pulsionnelles ? Ce qui pourrait être à leur bénéfice serait le mouvement de retour, la charge avec un sens donné par son passage par le groupe.

Se répète : charge-décharge. Qu'est-ce qui fait que le retour soit chargé sans sens ? Quel est le facteur déclenchant, la stimulation de charge ?

Ils parlent de la thérapie individuelle, certains l'idéalisent, d'autres pensent que cela en termine avec la subjectivité singulière et n'osent la démarche ; ils se demandent : parmi le nombre (un groupe) sont-ils mieux protégés ?

L'idée de deux en thérapie individuelle les attire mais aussi les « brûle » (peur de la fusion). Dans le groupe existe la garantie de l'effet recherché (protection) mais aussi de celui qui est craint (dissolution).

Se soumettre au groupe ne peut être une obligation. Il faudra trouver des éléments pour le supporter, un objet intermédiaire par exemple qui permette la construction du temps, comme une mère qui donne à son enfant un paquet de bonbons, un pour chaque jour de son absence pour que l'enfant puisse mesurer le temps qui le sépare de son retour. Le groupe

pourra-t-il se constituer en objet intermédiaire ? Sachant que la séparation est implicite à toute expérience et que bien peu de relations sont pour la vie.

### Sixième séance

**Nora** raconte que sa mère la dénigre et elle se dit en elle-même « je suis une idiote de me soumettre ». Le problème n'est pas la mère réelle sinon la mère intérieure. Cependant pour certains il est préférable d'avoir une mère monstre à ne rien avoir, le père dans ces cas de figure (fonction absente) ne sépare pas l'enfant de la mère.

C'est le thème de « la colère » qui circule, encore une fois l'émotion est chosifiée ; envers qui est-elle ressentie ?

Ils font références à des figures de mères mortifères exigeant d'eux l'inversion de la chaîne des générations où l'enfant doit s'occuper de ses parents plutôt que de ses propres enfants (loi normal de la transmission).

**Nora** : « je parle de l'injustice, je ne fais rien pour mériter la façon dont ma mère me traite, son mépris, je lui ai proposé ma carte bancaire pour qu'elle s'achète un radiateur et elle n'a pas voulu, elle faisait la même chose avec mon père. Ensuite elle a accepté la carte et je me suis dit que j'étais trop bête. Elle me dit « c'est comme ça que tu me traites ! Pourquoi tu me fais ça ? »

**Bernardo** : « je me sens mal quand je me dispute avec ma mère parce qu'elle est seule et elle n'a que moi. Nous avons tous deux été frappés par la mort de ma sœur, j'ai toujours senti que j'avais une dette envers elle, je ne fais jamais assez pour elle ».

Apprendre à penser c'est se rendre compte ce qui circule à un niveau latent : la détresse. Comment pouvoir prendre des distances ? Cela produira-t-il plus de désarroi ? Les deux faces de la même monnaie l'adhésion excessive et l'indifférence.

**Petra** : « laisser ma fille me fait peur, ça me fait quelque chose ».

**Doris** : « J'ai peur de l'extérieur, j'ai du mal à être seule, ma mère me manque, mon fiancé me manque ».

J'interviens pour les apaiser, les discriminer, ils sont différents, ils ont des façons différentes de faire face aux situations et aux personnes.

Dans leur peur de la fusion, de la perte de l'identité, dans leur recherche d' « une » vérité, de la certitude qui leur donnerait sécurité, l'angoisse de penser différemment (puisqu'ils

valorisent le fait de penser pareil), le non apprentissage d'une autonomie face à l'absence d'interrogations de l'autre et son manque de respect à leur singularité, parmi tout cela, ils se demandent si l'asthme est la cause de leur lien avec leurs parents ou s'il en ait la conséquence.

**Estela** associe en premier une infection urinaire à son abattement. Elle pose la question si ce qui lui arrive est organique ou non ? La réalité étant qu'elle souffre et si cela n'est pas confirmé sur un plan organique, on l'accuse de menteuse « mon mari dit que je suis hypocondriaque ». Se laisse-t-elle soigner ? Est-ce une question de narcissisme ? « Les femmes se débrouillent seules, elles sont endurentes, résignées ».

### Commentaires

Ils cherchent une explication rationnelle. Le manque d'attention de son mari envers **Estela** dans cet exemple. Ce qui circule en fait c'est son monde secret de *ruminations*. Apparaît l'idée de la maladie comme une victimisation ainsi que l'idée d'injustice « qu'ai-je fait pour mériter ça ? »

L'asthme est totalement imprévisible, s'en est frappant et sans pour autant rechercher une relation de cause à effet leurs amours primordiaux semblent avoir été totalement imprévisibles.

Survient aussi la difficulté, la confusion dans la différence des sexes (**S. Freud**) décrite dans l'étape œdipienne. Ces patients opèrent cette différenciation en fonction des caractéristiques secondaires des genres « les femmes cuisinent et sont à la maison, les hommes pourvoient aux biens matériels ». Cette différenciation n'est pas commandée par le désir vers l'autre sexe (dans les deux sens).

La définition des hommes et des femmes suit les caractéristiques de ce qu'ils font dans la culture et non la question organique. Les besoins dont ils parlent sont d'un niveau prégénital. J'interviens en sauvegardant à nouveau les différences en m'adressant à chacun, je marque le respect, l'attention mutuelle (ou solidarité) les asymétries d'avec l'autre. De même que l'absence de la différence des sexes anatomique est absente celle des générations parents-enfants. Le manque de cette différence surgit en même temps que la violence dans la famille, **Sofia** : « je sépare mes parents qui se battent et l'asthme me vient », récit d'une

sorte de scène primitive sadique. L'idée du sexe est terrifiante : disputes, revendications et violences.

L'échange de fantasmes dans le groupe, la pensée idéique (processus secondaire) peut les guérir. Il arrive que les enfants en tombant malade séparent et réconcilient leurs parents. Pourquoi cet enfant et pas un autre remplit-il ce rôle ?

Cette problématique ils la résolvent par l'organique qui leur sert à dévier l'attention des disputes des parents vers le symptôme de l'asthme de l'enfant. C'est une tentative désespérée. Comment l'enfant pourrait-il se détacher de cette scène des parents ?

### **Séances neuf, dix et onze**

Si certaine limite d'excitation est dépassée (les colères d'un enfant à une moindre échelle) il peut se produire une amplification en cascade et à ne pouvoir freiner telle magnitude de décharge pulsionnelle, l'appareil psychique en reste débordée, envahi.

**Lorena** raconte son retour en train et comment elle ne pouvait respirer, expirer, elle avait quelque chose dans la gorge...Je pense : une boule hystérique ? Tousser et tousser...

**Flor** : « il faut faire quelque chose : des exercices respiratoires, des soupes d'ail et de miel » (elle propose l'aspect pratique, les rudiments de la pensée opératoire).

**Lorena** : « ne pas sentir la solitude »...en réalité elle s'est sentie seule avec ses dangers pulsionnels intérieurs, elle sent qu'elle s'étouffe et une fille dans le train la console. Ils parlent de la perte de contrôle à l'extérieur : vols, balles qui fusent, insécurité, images qu'ils se font du dehors et métaphore du non-contrôlable interne.

### **Commentaires**

Ils explorent le thème de l'émigration (Brésil, Espagne, c'est l'époque de la dernière grande crise économique et sociale Argentine), **Sofia** : « dehors dans les autres pays ils vont bien ou pas si bien ? ». En abordant l'utopie d'un lieu où tout serait parfait (**R. Kaës**), à choisir un monde meilleur pour échapper aux crises, ils configurent le spatial idéal dehors.

Mon intervention : « on pourrait évoquer le fantasme que là-bas, il pourrait se produire quelque changement en vous, spécialement au sujet de votre autonomie (travailler, vivre dignement), ici vous vous trouvez dépendants et ne savez pas qui vous êtes ».

Ils viennent changer quelque chose dans le groupe, comment en ressortiront-ils ? Eux affirment : mieux vaut un mal connu qu'un bien à connaître (« ce que j'ai, je sais que c'est mauvais mais c'est mieux que de ne rien avoir »). Ils parlent de leur détresse, de la peur de leur propre mort, du saut dans le vide s'il n'y a pas de soutien. **E. Pichon Rivière** décrit la peur du changement, de l'inconnu. Le passage pour le bébé à se séparer de sa mère : où ira-t-il si le père n'est pas là pour le soutenir ?

D'opter pour autre chose, quelles garanties avons-nous que cela résulte bon pour eux ?

Chez **Sofia** les résistances se montrent : elle délaisse son propre désir de voyager et le projette dans sa voisine et elle ne l'accompagnera pas... Mais le désir a surgit et il ne peut être rentré, il pousse pour sortir, pour se réaliser.

La séance change de cours par l'introduction d'un nouveau message (changement de médium **C. Neri**) lorsque **Sofia** annonce : « je pense à aller dans une agence pour chercher du travail » et Lorena lui répond : « tu as grandi et tu veux sortir » en faisant allusion à une naissance.

Si elle ne naît pas à elle et reste « à l'intérieur » elle s'asphyxie et meurt, si elle naît : quelles garanties a-t-elle que cela résulte ? C'est la question qu'elle se répète.

C'est comme si la balance penchant vers Eros - voyager dans d'autres pays, trouver du travail – oscillait vers la fidélité à Thanatos face aux inconvénients de sortir et finalement **Sofia** reste.

Insiste-la peur du changement et la question de ses bénéfices garantissables ou non ? Le péril de l'inconnu. « To be or not to be? That is the question » (*"Hamlet"*, **W. Shakespeare**). Naissances psychologiques empêchées, incomplètes des investissements parentaux si pauvres ou des difficultés du bébé.

Sortir signifie traverser la menace de désolation et l'angoisse de mort. Ils peuvent « naître » et vivre bien ou encore « naître » dans un temps des catastrophes antérieures (guerre, famine, sécheresse, psychose maternelle) ; il n'y a pas de garanties, pas de certitudes.

Quel est l'échappatoire du pulsionnel ? Désirer ne pas désirer (**P. Aulagnier**), s'isoler, s'enfermer dans la maison, dans la chambre (comme **Margarita** qui a emporté jusqu'au sèche cheveu et fer à repasser dans sa chambre pour ne pas en ressortir).



Dehors sont les tentations et les « basses passions » (**I. Lucchina**). Ils manquent cruellement d'autres modèles.

### Séances douze et treize

Les thérapeutes de groupe forment partie de sa constitution, dans le contre-transfert et l'illusion groupale (rappelons à nouveau la référence de **C. Néri** : Le groupe est un bon groupe, n'est-ce pas la preuve que les analystes sont de bons analystes).

Les patients amènent le sujet de la dépression pour la situation du pays (les sénateurs touchent des pots de vin pour approuver une loi...), ils parlent de ceux qui ont voyagé à l'extérieur et ne peuvent rentrer à cause des barrages migratoires et des compagnies aériennes.

Ils dépendent économiquement des autres.

Faire son devoir, assister au groupe, est-ce une garantie d'amélioration ? Si on fait ceci, le résultat sera cela ? C'est une condition nécessaire mais pas suffisante.

Que font-ils mal ? se demandent-ils. Tout en pensant que la disgrâce donne des droits : « je suis déjà passé par là, j'ai payé mon cota de souffrance, ça devrait s'arranger maintenant ». Lors d'une de ces séances au climat mélancolique je leur pose la question : « qu'aurais-je moi que vous désirez et que je ne vous donne pas ? » « Qu'iraient bien nous donner les thérapeutes s'ils en profitent et mangent de bonnes choses » (allusion à un médecin qui mangeait du chocolat devant sa patiente). Et après cette remarque ils répondent : « travail et santé », idéalisation déposée dans l'analyste « approvisionneuse de tout » l'autre visage de l'imperfection et la maigre estime de soi de ces patients qui déclenche envie, agression et rage.

### Commentaires

Je me sens appelée à réparer ce qui est endommagé chez l'autre.

Nous tenons pour un fait que de suivre le traitement devrait les aider à s'améliorer. Et si non, que s'est-il passé ? L'amélioration est individuelle, dépend de plusieurs facteurs. Qui en a la responsabilité ?

S'ils ne suivent pas de traitement, ils ne s'améliorent pas, mais s'ils le font et que l'amélioration n'est pas sensible ou bien est décevante ? « Pourquoi ça m'arrive à moi si je ne suis pas mauvaise ? ».

Déploiement des fantasmes qui traitent de la maladie et de la guérison.

J'observe un premier temps d'idéalisation majeure déposée aussi sur la coordinatrice puis un deuxième temps de *désidéalisation* et d'attaque à tout ce qui a été parcouru.

Penser selon des critères statistiques ne sert à rien, pour qu'une amélioration soit effectivement une réussite il faudra construire et permettre l'insight sur la participation de chacun dans la maladie. Ils se plaignent habituellement « j'ai fait tout comme il faut et je suis cependant malade ».

La santé est celle de chacun séparément et non en groupe comme un ensemble. Le groupe lui devra soutenir une réflexion qui permette l'avènement de la subjectivation.

Par ailleurs, la démodélisation, la désidentification entraînent un changement psychique mais « le sol bouge » et il faut pouvoir le supporter.

### Séance quatorze

Ils commencent par parler autour d'une bonne naissance, d'un bon médecin.

Puis **Estela** parle des problèmes de son mari : « il est agressif dans ses paroles » ; elle, en fait trop : travaille, veille sur les autres, cuisine et menace de la possibilité de sa mort. Elle sort juste d'une opération et son asthme est de type sévère. **Estela** doit se défendre de sa situation, en réalité d'elle-même, de tout ce qu'elle fait sans prendre soin d'elle.

Y a-t-il un filet pour d'autres alternatives ? Il leur faut les chercher (les options différentes), leur faire une place sinon l'exigence qui s'ajoute à tout ce qu'ils ont déjà en eux est démesurée.

Au lieu de penser : avec qui suis-je ? Ils reprochent au monde la méchanceté des autres.

**Margarita** parle de l'absence de sexualité dans son couple, qu'elle n'a existé que pour procréer sa fille. Elle s'enferme chez elle et ne sort pas, seulement vient-elle au groupe.

Je repense au dehors comme tentation, danger du génital.

Leurs croyances sont inamovibles au sujet de ce qu'il leur a été donné de vivre et il est impossible d'accéder à autre chose des autres ; leurs modèles de famille et de couple ne leurs servent pas.

## Commentaires

La relation des femmes à leurs maris est fraternelle (comme des sœurs), soumise aux apparences face aux autres ou encore ont-elles des couples en parallèle. Elles pensent que cela leur arrive pour être des femmes.

Ces maris ou conjoint fonctionnent comme des semblables, se rapprochant de la mère des premiers stades de la vie : ils alimentent en nourriture, argent, vacances... Ces couples n'ont pas une sexualité génitale et la communication entre eux est mauvaise, « nous dormons dans des lits séparés depuis 14 ans, si j'ouvre la bouche, mon mari ouvre son porte-monnaie ».

L'idée d' « une normalité ou naturalisation statistique » à propos des relations insiste : « Comme c'est terrible quand ces choses-là commencent à ne pas paraître normales » dit **Sofia**.

Ces femmes devraient se demander « avec qui suis-je ? Pourquoi ? Qui est mon mari ? Pourquoi suis-je avec lui ? »

Au lieu de cela on constate des alliances pathologiques avec leurs enfants, des formes de « folie à deux ».

A certains moments elles parlent du physique : être jeune, être jolie, une sortie avec un homme... mais apparaît la maladie.

Je repense alors au paradoxe d'appartenir au groupe par la maladie, l'objectif du groupe étant d'atteindre une identité différente.

Si ces patients réussissaient à répondre avec leurs émotions et affects de manière différente, ils pourraient quitter le groupe. Ce dernier permet des échanges différents et réciproques pour supporter les castrations du vide et de l'angoisse. **S. Freud** écrit « on aime et on souffre avec les marques que l'on a ». Les nouvelles marques, où s'inscrivent-elles ? Selon quelle hiérarchie ? A quel endroit ? Comment savons-nous qu'elles sont nouvelles ?

Parmi les espaces intrapsychiques certains sont fermés et d'autres ouverts, ceux-là où se trame l'intersubjectivité, l'inclusion de l'autre. Le travail est bidirectionnel, vers la pulsion et vers le lien, travail de l'étrangeté de l'autre. Oscillation entre les états fusionnels et le niveau des liens intersubjectifs.

Les premières marques dans le psychisme « d'alors » sont l'organisation narcissique, la tendance à la soudure, l'être en structure dyadique. **J. Puget** propose chez le sujet un

besoin, une recherche de complexification : pouvoir resignifier dans l'intersubjectivité, ouvrir la tendance à l'ouverture, au changement, au lien réciproque, au travail de l'étrangeté.

L'évolution d'un individu serait alors due à la possibilité d'ajouter la nouveauté d'une situation, de la modifier par transformation-liaison de la différence.

### **Quinzième séance**

La position d'**Estela** est celle d'une exploitée « je travaille à forfait dans l'agence immobilière ». Elle cherche à être reconnue par sa famille, elle dépend de l'autre pour alimenter son estime de soi et ne peut le faire elle-même.

**Lorena** lui répond « fait quelque chose de concret pour couper avec cette situation, vend ton négoce si ça ne marche pas ». **Estela** reconnaît alors que sa famille maternelle lui conseille la même chose et se lasse de son indécision et de sa paralysie.

**Estela** oscille entre la pitié et la culpabilité (le châtiment). Elle ne pourra retrouver une mère qui lui dit qu'elle l'aime, ce à quoi elle s'obstine bien que cela fasse partie de son passé. Elle dit d'elle qu'elle est une éponge...d'acier inoxydable. Quand le groupe l'appui et critique son mari, elle le défend. Le groupe insiste : « vends ton fond de commerce », « change de mari ». Lorena tente d'apaiser les esprits : « ce qu'il lui arrive (à **Estela**) c'est qu'elle est subjuguée par lui... » (Association en étoile, **C. Neri**, où les membres du groupe s'intéressent à un objet commun et émettent différents points de vue).

Je lui demande : « quelles est la fonction d'une épouse ? Et quel est son désir ? »

Position paradoxale : ou bien elle se soumet (geisha-servante) ou elle est demande pure (qu'il m'achète..., qu'il me dise..., qu'il me reconnaisse...) Y a-t-il une demi-mesure ?

**Tita** écoute plus qu'elle ne parle et cela semble lui servir. Les autres sont intrigués par la position de **Tita**. J'interviens en marquant qu'il ne convient pas non plus de faire l'apologie de la parole, qu'il est bon aussi de savoir écouter.

Lorena se présente comme l'envers d'**Estela**, attentive à ce qui arrive à son mari, aux autres, elle précise « c'est réciproque ».

A l'attitude paradoxale d'**Estela**, **Lorena** associe le suicide de sa sœur suite à une mauvaise relation avec son époux et **Tita** évoque alors ses sœurs, elle parle de la force du

nom, toutes ayant reçu le nom de la première femme de son père décédée (Chaîne associative groupale et récit efficace de **C. Neri**).

Le groupe est comme un rêve (**D. Anzieu**) où certains désirs sont réalisés, d'autres frustrés.

Les attentes sont-elles satisfaites ? A la fin de la séance ils parlent tous ensemble de leurs symptômes, médicaments : régression à l'état de fusion initiale, d'indiscrimination ; ils me demandent que je leur donne à tous le même et le meilleur traitement médicamenteux qui soit.

### Séance dix septembre

C'est un moment d'attention majeure aux demandes des patients et je prends sur moi de les écouter et les soutenir dans leurs angoisses en perspective de la finalisation du groupe.

Dans cette séance la scène se joue au féminin (pas d'hommes).

Les commentaires d'**Estela** me semblent de l'ordre d'un faux insight : « le groupe m'a servi pour me rendre compte que je suis égoïste... » « Je dois rapporter plus d'argent à la maison », ce à quoi **Sofía** répond « L'asthme n'était pas la seule chose qui nous unissait... »

Le problème actuel est le timing qui permettra une élaboration, ils ont acquis des connaissances à présent (*K*, le sensoriel de **W. Bion**) mais on ne note pas encore de changement (appropriation du sens – *O*, pensée du processus secondaire de **W. Bion**).

**Lorena** prend sur elle l'effet de groupe « tous nous vivons des situations difficiles... nous ne sommes pas si désemparés ».

Elle raconte une anecdote qu'elle dénonce paradoxale, le petit fils de sa cousine va être circoncis (le père est de religion juive) et au-dessus de son lit sont accrochés des crucifix (la mère elle est catholique). Le blanc et noir est toujours prégnant, sans nuances. Ce récit est repris par les autres la contradiction y étant qualifiée d'exhibition, « il faut être plus discret » dit **Flor**.

Dire les choses devant témoins, devant les compagnons du groupe, implique un compromis : je m'écoute-ils m'écoutent.

Ils cherchent une sortie derrière la pierre qui défend l'entrée, derrière la rigidité il y a quelque chose encore sans contours, une masse confuse et informe, il faut la nommer,

pouvoir décrire le dénuement. Ce n'est pas souvent clair. Il faut d'abord construire à partir de ce qui est resté en arrière sinon l'irruption brutale de la détresse empêche de penser.

De nouveaux sentiments s'introduisent dans la séance.

Celle-ci commence par une mise à jour des symptômes et de l'utilisation des médicaments broncho-dilatants, mesure qui sert aux patients pour connaître ses limites selon la quantité de symptômes présentés.

**Sofia** raconte qu'après plusieurs entretiens pour un travail, elle a été convoquée pour s'entendre dire qu'on ne l'embauchait pas du fait de sa surqualification (cycle secondaire complet), elle répondit à demi-mots à la personne à charge de l'entrevue « que pour lui dire cela, ils n'auraient pas dû la faire venir à nouveau ». De retour chez elle fut prise « d'une attaque de folie, d'une crise de nerf », jetant ses habits du placard, défaisant son lit, criant et tapant contre les murs, « je n'avais jamais été si démesurée ». Moment de confusion, de perte de sens où elle n'a de place nulle part.

**Celia** lui renvoi « au moins tu n'as pas eu une crise d'asthme et tu as tout fait sortir, ça t'a sûrement allégée ».

Cette logique, la recherche de décharge comme une sorte de catharsis ne prend pas sens pour **Sofia** : « Cette réaction de ma part m'a surprise, je suis normalement sereine ».

**Fanny** : « c'est l'aspect de toi que tu ne vois pas, ton autre visage que tu ne domines pas ».

Les autres insistent sur le fait que sa réaction était normale qu'elle avait « jeté dehors la colère ».

Ce à quoi je soumetts la question : « pourquoi au dehors est-ce mieux qu'au-dedans ? ».

Quelque chose à l'intérieur se transforme en poison, en asthme ...

Et pourtant cela peut aussi se transformer en phobie de sortir ou phobie de contact.

La tendance du groupe est à l'évacuation de ce qui les dérange en parlant et à la recherche d'un sens.

Dans cette décharge motrice pour se dégager d'une tension excessive ou trouver un sens à soi-même, « j'avais la rage », être perdue dans le temps et l'espace au milieu de la situation sociale argentine sans avoir une place ni affectivement ni dans le monde du travail était une cause suffisante. Mais ensuite, **Sofia** en a-t-elle été apaisée ? Non elle s'est senti devenir folle et être encore plus mal en point qu'avant.

**Lila** raconte deux anecdotes. D'une part qu'elle s'était rendue à l'hôpital et a pu dire à son médecin traitant qu'elle allait changer de professionnel car elle n'aimait pas ses manières froides et indifférentes vis-à-vis d'elle. D'autre part, qu'à la messe, alors que c'était son tour de communier, le prêtre a tourné le dos sans se rendre compte des personnes qui attendaient encore leur tour dont elle, n'avait-il plus d'hosties ? , était-elle transparente pour l'autre ? Elle put exprimer sa colère à sa façon (et aussi parce qu'elle n'était pas la seule) et dire au prêtre que ses homélies étaient longues et ennuyeuses, en réponse **Sofia** lui dit « Toi tu as osé parler ainsi à un prêtre ! ».

**Tamara** raconte que sa grand-mère italienne – qui n'était pas folle précise-t-elle – jetait les chaises par-dessus le balcon lorsqu'elle était en colère.

**Petra** associe avec le fait qu'elle a pu avec l'appui de son mari aller parler au recteur du collège où elle travail parce que la directrice l'avait accusé de vol et elle est parvenue à s'en défendre.

**Flor** dit que dans certains contextes, dont celui du travail ou avec les amies, il faut parfois supporter de garder pour soi ce que l'on pense.

Je ponctue : « parfois vous taisez ce que vous avez à dire par peur de perdre l'estime des autres ».

**Petra**, comme **Lila** ont pu parler parce qu'elles ont bénéficié d'appuis (mari-compagnons). Peuvent-ils prendre cela dans le groupe ? Qu'elles en sont les réussites ? **Sofia** commente que dans le futur, elle dira ce qu'elle pense si elle doit revivre une situation comme celle qu'elle vient de traverser au vu de ce qu'elle a écouté de ses compagnes dans le groupe.

#### Commentaires sur cette dernière séance et sur l'ensemble de l'expérience

Le début de cette séance se concentre de leur part sur les symptômes de la maladie de l'asthme : « je n'ai pas eu de crise, ni de toux, j'ai moins eu recours aux médicaments, je vais mieux » ou encore « je me fatigue quand je coure ».

Puis elles passent à la question de : que faire face aux situations d'injustice ou irritantes ?

Passer par la décharge motrice ? Jeter des choses, crier, pleurer, c'est devenir folles ? Et les anecdotes apparaissent.

Certaines racontent comment elles agiraient dans le futur prenant modèles des réponses des autres ; est-ce cela le signe de la création de représentation, de liaison psychique?

Je propose de penser que dans cette séance les patientes sont passées d'un niveau somatique bêta à un niveau de penser ensembles alfa (**W. Bion**).

On écoute des résonances dans la chaîne associative groupales et l'interaction se fait sur un mode de communication « en étoile » (différents points de vue contradictoires : pour certaines c'est mieux de parler pour d'autres de tenir sa langue). Le concept de « sémiosphère », la détermination de sens pour l'autoreprésentation, se développe par le récit efficace et le modèle du commuting (**C. Neri**) : passage oscillatoire de l'individuel (**Sofia**) au groupal et à nouveau à l'individuel (enrichi d'une variante par le modèle à penser des autres).

Dans ce passage on observe la discrimination du passé (épisode raconté) d'avec le futur (ce que je ferai).

D'une manière générale, ils ont eu besoin de la pensée de l'autre pour supporter la tension que les séances provoquaient, ils ont développé le besoin de renoncer au plaisir momentané et précaire de la décharge motrice aux conséquences douteuses pour atteindre une autre forme de plaisir intérieur plus sûr dans la construction d'un chemin personnel.

Les interactions dans les échanges entre les uns et les autres installent une interdépendance entre la subjectivité et la réalité extérieure.

Si je reviens à l'image du kyste encapsulant le traumatique infantile dans l'appareil psychique et à sa rupture en certaines circonstances, le fait de pouvoir le signifier, c'est permettre une plus grande complexité de l'appareil psychique, il s'intègre au système mental par le biais d'une construction de préconscient. Nous avons déjà mentionné que dans le cas contraire l'éclatement de ce kyste contaminerait tout (**M. Bernard**, 2001).

Expérimenter le retour du déni (dans le texte dissocié), du scindé, du défendu est toujours un choc parce qu'il est la conséquence et la cause d'une intense souffrance.

Nous pouvons supposer par ce que nous avons écouté d'eux que certains de ces patients ont ou ont eu des parents narcissistes qui les ont entraînés jusqu'à un terrain ambigu pour que l'enfant reste dépendant d'eux, un prolongement et ainsi ces patients se conforment-ils pour



l'éventuelle possibilité d'être un peu aimé « que ce soit un petit quelque chose au moins ». Parfois l'enfant restera auprès de ses parents avec pour mission de soutenir leurs narcissismes en échange d'un illusoire Moi de certitude.

Ils ne peuvent se sortir seuls de telle ambiguïté, le groupe qui est multiplicité et pluralité, le « faire groupe » leur en offre la possibilité surtout en ce qu'il fournit d'autres modèles.

Les nuances ou intermédiaires, ils ne savent les trouver dans leur système manichéen, tout est blanc et noir, amour-haine quand il s'agit de sortir d'un lien d'ambiguïté justement. Conséquence fréquente de cela observée chez les patients psychosomatiques en est l'empêchement de l'intégration de l'ambivalence. Il faut pouvoir complexifier-transformer-discriminer avec eux pour ensuite les encourager à l'autonomie.

Pour ces patients un des objectifs essentiel est d'instituer la parole et l'écoute pour créer des représentations.

Connaitre ce qui est commun et tolérer les différences des autres provoque une blessure narcissique, une perplexité chez ces patients car ils ont à supporter l'altérité, l'autonomie de l'objet. Construire d'abord leur autonomie est un véritable apprentissage ardu et relève d'un travail psychique colossal. **A. Cuissard** décrit la situation groupale comme un champ intermédiaire entre le monde intérieur et le monde extérieur qui a chaque rencontre oblige à abandonner « l'objet pensé et imaginaire » et à voir l'autre comme séparé et autonome. Si ce n'est pas le cas, commence une lutte pour « convertir l'autre à l'identique de l'objet intrasubjectif » et lorsque cela ne réussit pas, apparaît la douleur psychique. Quand l'altérité ne peut être élaborée un symptôme ou une maladie psychosomatique peuvent survenir.

Ces patients, nous l'avons constaté déjà, présentent des symptômes corporels (sans oublier que les crises peuvent compromettre ou non l'organisme) et des symptômes émotionnels sur fond de troubles narcissiques et de déficit dans l'estime de soi en conséquence.

### **Séance des frères**

Lors d'une rencontre du groupe, et interpellée par la force avec laquelle les patients ont amené le thème, j'ai été poussée à réfléchir sur la question du lien fraternel compliqué ou délié.

Selon ma clinique, l'influence du lien fraternel en plus du lien parental n'est pas des moindres chez ces patients.

Je me référerai à certaines réflexions d'**Odile Bourguignon** au sujet du fraternel d'après sa thèse de doctorat (1990).

Les frères et sœurs ne sont pas seulement les témoins anecdotiques du passé sinon qu'ils ont un rôle majeur dans la constitution de l'identité d'un individu

L'enfant imite ceux qui lui sont familiers, ceux qui lui sont plus présents et ceux qui lui plaisent le plus. Avec ses frères et sœurs, il partage des activités plus ludiques et moins difficiles à reproduire que les activités partagées avec ses parents. Les frères se constituent en échelons identificatoires.

L'effet de rôle assigné par un frère pourrait être plus important que les variations du comportement parental. Les enfants d'une même famille perçoivent et vivent de façon différente les événements intrafamiliaux de même que leurs expériences à l'extérieur de la famille varient.

Les enfants les plus sains utilisent habituellement des stratégies pour préserver et conquérir leurs différences. Ils y parviennent au travers de l'investissement de la part de leurs parents, de la rivalité qui devient compétition et par des stratégies adaptatives. Les frères et sœurs aînés adoptent en général des positions plus conservatrices du patrimoine familial tandis que les benjamins se positionnent souvent dans la rébellion et l'ouverture de nouveaux espaces.

Une autre configuration est celle des enfants uniques ainsi que celle des enfants avides de tendresse pour avoir vécu l'isolement ou la maltraitance. Les uns comme les autres peuvent développer la production d'un alter ego ou compagnon imaginaire qui peut aussi dériver vers une maladie ou une addiction. L'enfant unique se caractérise parfois par une recherche en permanence de la similitude avec les autres pour la construction de son identité et dans la vie sociale pour s'y étayer. Paradoxe par ailleurs puisque le fait d'être comparable à un ou des autre(s) et non l'unique questionne son identité de base.

On compte aussi sur le cas de figure des frères-sœurs immatures et tyranniques et de ceux qui s'adaptent à eux.

L'auteur prend parmi ses exemples celui d'Ismène, sœur d'Antigone dans la tragédie grecque de Sophocle. Antigone s'identifie à la mort de ses frères tandis qu'Ismène

se positionne comme fille d'une sœur établie dans la fonction maternelle et maintient ainsi l'espace entre les générations. Le personnage d'Ismène propose la figure du frère-de la sœur comme aide thérapeutique pour survivre à la différence des frères qui détruisent et se détruisent.

Les individus qui ont pu profiter de la situation fraternelle comme un défi à la différence peuvent y trouver des avantages et une ressource pour éviter la folie.

Suite à l'exposition de ces quelques éléments du fraternel, voyons une séance de groupe où les patients ont mis à circuler le thème des frères et sœurs :

**María Luz à Tita** : « et...les jumeaux ? » (Il s'agit des petits fils de **Tita**).

**Tita** : « terribles, un des deux est entrée dans le lit parapluie et a frappé l'autre ».

**María Luz** : « Ma sœur a voulu me tuer quand j'étais bébé, la plus grande, elle m'a mis un anneau dans la bouche et heureusement ma mère a pu le retirer à temps ».

**Lola** : « Les enfants sont polissons. Moi je me souviens de mon fils qui a mis les doigts dans les yeux de sa sœur dans son berceau ».

**Nora** : « Mon neveu démontait les jouets de son frère ».

**Lola** : « Mes enfants n'étaient pas du genre à casser les jouets ».

**Thérapeute** : « vous rappelez-vous de quelque anecdote polissonne avec vos frères et sœurs ? »

**Lola** : « Oui, une fois ma sœur s'est mise dans l'idée que pour que mes cils poussent il fallait me les couper. Je me souviens aussi d'un de mes frères qui était très beau et qui a pu aller à une fête de l'école, je m'y étais moi aussi préparée et on ne m'a pas laissé y aller, je n'en garde pas de ressentiments ».

**Miriam** : « Mais tu t'en souviens ».

**Lola** : « Avec mes frères et sœurs nous nous aimions mais il y a eu des problèmes d'argent. A la mort de maman qui était la maîtresse de maison, elle très pacifique. Tandis que papa lui buvait alors il ne savait pas ce qu'il faisait et il nous frappait ».

**Miriam** : « Tu avais combien de frères et sœurs ? »

**Lola** : « Huit que j'ai connus, deux que je n'ai pas connus, ils sont mort tout jeunes, l'un deux s'est étouffé avec une écorce d'orange, l'autre je ne m'en souviens pas ».

**Fanny** : « Je ne me souviens pas bien de ma sœur petite, elle avait trois ans de moins que moi, nous allions ensemble au jardin ».

**Ofelia** : « Avec ma sœur jumelle nous étions très complices toutes les deux, elle était très espiègle. Une anecdote : nous étions toute deux dans le patio où mon papa fabriquait des chaussures et on jouait que nous aussi en fabriquions. Des méchancetés je ne me souviens pas. Elle a toujours été un peu chipie ma sœur, elle était très belle, mince et rigolote, elle attirait l'attention ».

**Tita** : « Moi j'ai eu deux sœurs plus âgées qui sont mortes en Italie enfants à cause de la faim. Celle qui vit c'est celle qui cousait. Moi je ne jouais pas, je n'ai pas eu d'enfance, je ne jouais pas avec les autres enfants. Je m'entends bien avec elle, elle pris le rôle de mère. Elle vit au rez-de-chaussée de la maison ».

**Miriam** : « Finalement maintenant ma sœur est une sainte et me protège. Elle était très belle, elle avait douze ans et disait à mes amis qu'elle en avait quinze. Là on se disputait. C'est la plus jeune, aujourd'hui elle va avoir trente ans. Pour ma mère c'est elle qui a toujours raison ».

**Lola** : « Ma fille est entrée en fureur l'autre jour parce que son frère n'allait pas venir à la maison pour la fête des pères. J'ai donné raison à mon fils, lui aussi il est père ! Ma fille est très impulsive, ensuite elle regrette ».

**Nora** : « Mes frères sont plus grands que moi. J'ai grandi avec des garçons mais je les ai apprivoisés, j'étais un bon capitaine mais un jour en ramassant de la ferraille je me suis blessée, j'étais très pleurnicheuse. Il fallait qu'ils me traitent comme une princesse. Eux disent avoir été très jaloux quand je suis née. L'un d'eux était protecteur, il me traitait comme une duchesse. Nous avions un magasin de lait et sur le comptoir il y avait les œufs et quand il a su que j'étais née il a fait tomber toute une pile d'œufs « celle-là c'est une saleté » a-t-il dit à mon sujet. Pendant vingt jours il est allé vivre chez son parrain. Ensuite il m'a beaucoup aimé, tellement qu'il m'en fatiguait ».

**Elsa** : « Moi j'ai eu un frère de quatre ans plus jeune. Petite ça allait bien avec lui mais après j'ai beaucoup souffert. Pas par lui sinon par ma maman. Ça fait vingt ans que je ne le vois plus. Il n'y a pas eu de dispute. On s'est bien dit au-revoir quand il est parti aux Etats-Unis, la première année il a appelé au téléphone. Et puis il a cessé de le faire avec mes parents : un jour il a dit qu'il n'entendait pas et a coupé le téléphone. Mon père a été très

malade mais lui n'a jamais appelé ni écrit. Quand il a appris sa mort il a demandé un certificat pour réclamer un jour de repos pour deuil à son travail. Il n'a plus jamais appelé, pas même pour ma mère. C'est moi qui me suis occupée de mes parents à sa place. Je l'aime toujours et je prie pour lui. Vous n'imaginez pas ce que j'ai souffert pour ce garçon, tout était pour lui. C'était la lumière des yeux de ma mère »

**Thérapeute** : « ce qui est arrivé dans votre famille semble irrécupérable... »

#### Commentaires spécifique et généraux

Il y a des frères et sœurs jouant la fonction maternelle ou paternelle, d'autres qui étouffent ou ne laisse pas voir, d'autres qui dénoncent ou font sentir de la culpabilité ou du ressentiment. D'autres fois ils arrivent à former un lien fraternel trophique pour s'appuyer mutuellement. L'autre, le frère peut partager ou non des activités et des responsabilités envers les parents, être complice ou blesser. Il peut être préféré et réveiller chez ses frères et sœurs simultanément la tendresse, la jalousie, l'envie et la rage. Dans cette séance on discerne la place que ces patientes ont occupée depuis des années auprès de leurs frères et sœurs et ne semble pas avoir pu modifier dans la plupart des cas.

Nous repasserons en vue pour finir les observations de ce que nous avons le plus souvent détecté chez ces patients.

Ils chosifient les sentiments : La solitude, L'agression.

Ils oscillent en permanence dans un aller et retour entre l'indiscrimination et la discrimination même si prédomine et circule plutôt la peur de la fusion et de la perte de l'identité.

Au cours des séances se dévoilent l'altération de la différence générationnelle ; la différence sexuelle quant à elle n'est située que dans les références à des tâches spécifiques. Le temps lui est *déphasé*, son passage ne semble pas laisser de marque en eux et le faire est la recette de leur pensée opératoire.

Emigrer, désarroi de l'inconnu, naître ou ne pas naître à la nouveauté ? Au départ aucune nuance n'était possible, c'était blanc (mort psychique) ou noir (mort physique).

Ma stratégie fut plutôt intuitive, portant sur l'espace-temps du groupe, sur la précision dans le respect du timing de chaque patient, sans trop les séparer ni trop les

rassembler afin de trouver la sortie de derrière d'un roc amorphe et rigide. Pour cela il était nécessaire de construire, donner du sens, symboliser ce qui pouvait être derrière ou dessous ou à côté avec toujours le risque de l'irruption de l'affliction.

« Je manque d'air » : si on prend en compte que le lien à l'air précède peut-être le toucher, l'ingestion du lait, le regard, l'audition... cela nous donne une mesure de combien pousse à la régression dans le tunnel du temps subjectif ce symptôme de l'asthme, le vécu corporel en étant exprimé comme « d'exploser comme un ballon » ou alors « d'implorer ».

La plupart d'entre eux utilise un savoir sans sujet, il leur manque les nouages et cette absence provoque de la douleur psychique, ils ont besoin d'être parlés par les autres, qu'ils leurs disent comment ils sont. Eux s'expriment à travers la souffrance corporelle pour se différencier.

Des thèmes individualisés et des espaces propres commenceront à apparaître : ils choisissent l'expression corporelle, des ateliers, rechercher du travail, danser le tango, des cours. Ils expriment combien sortir est coupable : « ton père est comme un pieu qui t'attache qui t'embrouille et t'insinue de la culpabilité parce que tu veux sortir », « j'ai une dette envers mes parents que je ne finis pas de payer ».

Certaines situations (par exemple : le prêtre qui tourne le dos sans voir, le chef qui n'a pas vu ou n'a pas répondu à une question, des cadeaux ou de compliments qui n'arrivent pas...) déterminent une stimulation de charge négative signifiée par un seul énoncé, un faux lien de sens pour chacun d'eux toujours pareil : « je ne t'aime pas, tu es idiot(e), tu as un défaut... ». L'ébauche de sens comme elle n'est pas élaborée mobilise à la fois une réaction somatique car ils n'ont pas d'autre moyen d'imprimer un processus aux représentations qu'ils se font et apparaissent donc : acidité, bronchospasme, eczéma, hypertension artérielle...

La structure représentationnelle appauvrie fait que de nombreux sens sont réduits à un seul ou deux et la réaction du corps est celle qui leur est la plus accessible.

Parmi nos objectif était celui d'ouvrir des sens nouveaux en eux, comme peuvent l'être ceux dont dispose le compagnon de groupe, afin qu'entre les intégrants soit données envergure, complexité au préconscient. Chacun apporte quelque chose de différent (comme les ingrédients d'une recette) et à partir de la métabolisation et l'élaboration de l'échange (du mélange, suivant la métaphore culinaire) un nouveau sens surgit.

C'est ce qui selon nous a pour résultat un moins grand nombre de réponses somatiques et parce que la pensée a pris la place.

A ce propos je me rappelle une anecdote d'il y a quelques années en arrière au sujet d'une employée de maison dont le concret et la syntaxe maladroite d'une phrase m'a fait réfléchir. Je lui ai demandé de préparer une tarte aux pommes et elle demanda « je cuisine avec je pense ou sans je pense ? ». Sans *je pense*, comportement automatique, opératoire d'où le sujet s'exclue... Avec *je pense*... pensée qui appelle la pause, l'élaboration, la décision du sujet.

La création et le changement de sens, la distance tolérable entre moi et non-moi, le dedans et le dehors peuvent être construits à partir du travail qu'implique la subjectivité de l'autre, l'écoute d'autres modèles différents des modèles propres, enfin l'établissement d'une séparation temporelle et spatiale (dont le passage aux séances tous les 15 jours en fut une métaphore pour moi). Le groupe a bien fonctionné comme objet intermédiaire et leur a permis de supporter la détresse originaire dont ils sont menacés, le vide de sens, la souffrance sans mots et a libéré leurs sentiments de leur permanence.

L'acceptation de l'étrangeté de l'autre ainsi que l'absence crée un espace pour la subjectivité, ils sont le moteur du développement de l'appareil psychique.

Reconnaître ce que son comportement a d'archaïque et d'actuel implique pour eux une liaison complexe : ce qui a précédé modifié par l'actuel. Les états archaïques antérieurs ne disparaissent pas mais ils se soumettent à une intégration supérieure actuelle « tu peux revenir au point de départ, encore et toujours si tu comprends que le point de départ est un lieu où tu ne t'es jamais trouvé » (Ú. Le Guin).

Trous de l'âme. Auto-dévalorisation et auto-disqualification. Idéalisation superlative de l'autre. Peur de l'abandon, ils sont le pseudopode de l'autre. La maladie est l'être de ces patients. Ils sont le jouet d'un déficit de représentations préconscientes. Leur pensée est opérative, pauvre de fantasmes. L'attente pour la décharge pulsionnelle est impossible par l'absence de représentations qui la contiennent.

Confusion dedans-dehors. Troubles dans la discrimination et la séparation. Parents mortifères qui réclament l'inversion de la chaîne générationnelle. Culpabilité à sortir et simultanément peur de la fusion et de l'enfermement.

Peur du changement. Faux liens des énoncés fonctionnant comme mandats identificatoires. Pas de modification de leur places infantiles vis-à-vis du fraternel et du paternel. Liens asymétriques.

Kystes du traumatique infantile. La thérapeutique appelle à la construction de préconscient pour la complexification de l'appareil psychique.

## 2.6 Clinique : séances de groupes à médiation par le Photolangage® de patients asthmatiques et psychosomatiques

Les quinze séances suivantes sont le résumé de réunions de groupes thérapeutiques à médiation qui ont eu lieu en 2003 à l'hôpital (IDIM : Institut de Recherche et d'Investigation Médicale). Ce groupe (composé seulement de femmes dans ce cas) comptait sur la présence d'un observateur occasionnel (**Dr G. Semeniuk**). Nous avons précisé auparavant que certaines fois, sensibles à l'idée de bain sonore (**D. Anzieu**) j'ai utilisé pour les premières dix minutes du groupe la lecture d'un conte ou d'une fable comme déclencheurs des associations.

Dans l'extrait suivant nous constaterons la synergie qui s'opère entre le groupe et la médiation par les photos.

**Consigne :** « *A l'aide de deux photos dites ce qu'est pour vous se séparer-se rencontrer* ».

**Coordinatrice :** « J'ai choisi la photo des gouttes de pluie à la surface de l'eau (photo 114), elle marque une ligne invisible, qui se voit et ne peut se toucher de la main même si nous savons qu'elle est là qui distingue ce qui est dans l'eau et ce qui est hors de l'eau. Une séparation peut aussi être celle du temps, de l'avant-après, par exemple nous nous rencontrons à présent dans le groupe et nous séparerons jusqu'à nous retrouver à nouveau ».

**Silvina :** « J'ai choisi celle-là, celle de la fenêtre (photo 115) pour représenter la séparation d'avec mon mari, c'est un trou dans l'âme et le mur mon âme grise. Elle m'est venue à point cette photo. J'ai perdu mon mari à cause d'une maladie. Derrière, il y a l'eau, la clarté et c'est comme ce qui m'arrive, avec le temps ça s'éclaire un peu pour moi. Il reste encore une part noire mais la lumière reprend plus de place ».

**Magali :** « Moi aussi j'ai choisi la même »

**Silvina :** « Oui la clarté me calme, j'ai été plus tranquille quand tout a été fini mais la réalité est entrée et c'est là que l'asthme m'a prise, ça fait trois ans ; quand en apparence je me suis détendue, j'ai réalisé que j'existais. Pour les retrouvailles j'ai choisi la photo des deux chevaux, un blanc et un sombre (photo 116).



**Magali** (elle pleure) : « je suis émue par ce qu'a dit **Silvina**, pas pour ma nièce (morte il y a 4 ans) non, j'ai pensé qu'elle, était si jeune pour être veuve ».

**Analía** : « Moi j'ai choisi celle du bois pour la séparation (photo 117), passer de l'ombre à la lumière et celle-là comme sur la route, je me suis sentie plus tranquille quand j'ai pensé que le tunnel était ouvert



Photo 114 photo personnelle

aussi de l'autre côté (photo 118). Mes sentiments sont contraires, mon petit-ami vit à Mar del Plata et je passe par un tunnel quand je rentre de l'avoir vu, c'est comme entrer dans l'obscurité, sur le chemin du retour tout s'effondre pour moi comme si les arbres tombaient ».

**Silvina** : « Tu t'étouffes mais il y a des gris dans la pénombre ».

**Analía** : « Et puis aussi celle-là, ce couple même s'il est en bronze il fait penser à une étreinte (photo 119), au contact, à ne pas se séparer ».

**Magali** : « Profites-en ».

**Coordinatrice** : « J'ai choisi une gare (photo 1) qui peut-être l'endroit où se séparer pour les uns et où se retrouver pour les autres. Le temps entre les deux permet de se préparer aux retrouvailles ».



photo 115 photo personelle



Photo 117 photo personelle



photo 118 photo personelle



Photo 119 photo personelle



photo 1. Source: photo personelle

## Séance - Identité

**Consigne:** *“Choisissez la photo qui vous plaît le plus”*

De façon frappante, les membres du groupes se présentent au travers de ceux qui ne sont pas là (maris, enfants, grands-parents, neveux, frères, amis) et ce qui leur manque (une famille : photo 3).

Elles racontent des morts et des séparations, des deuils incomplets. La différence sexuelle est niée (elles confondent la photo d'un petit garçon d'avec une petite fille : photo 200) de même que la différence générationnelle (des neveux qui sont « des fils » : photo 2).

**Analía** dit à **Fabiana** qu'elle souffre parce que le « fils-neveu » qu'elle a élevé est parti depuis six ans à l'étranger et qu'elle n'a plus rien su de lui. Son symptôme, hypertension et absences (elle se sent perdue), se manifeste dans son impossibilité à rester seule, sinon elle « pense ». Elles sont plusieurs à imaginer le pire, cependant **Analía** lui apporte la réflexion suivante : « certaines personnes, quand elles s'en vont à l'extérieur, coupent les liens pour ne pas souffrir de la séparation », elle dit en fait sa propre manière de réagir(elle a perdu ses frères et une amie, décédés).

**Alma** vit la dépression de sa mère comme une séparation et **Mirta** dit « je suis sans famille » (photo 3) car elle est la seule encore vivante de sa famille ; pour **Camila**, la séparation de ses parents à son adolescence est la perte de la famille idéale.

**Beba** est veuve et pour elle « tout est fini » (photo 4), son fils est partie à l'étranger et elle a perdu son équilibre précaire car était déposé en lui la fonction accompagnatrice et paternelle. **Cora** a perdu (décès) plusieurs frères et son rôle dans la vie : s'occuper d'eux, être au côté de son père pour mener de l'avant sa famille quand sa mère est morte (photo 3), elle n'a plus de sens. **Sebastiana** a perdu « sa force » dans la séparation d'avec son mari bien que leur vie commune fut un enfer.

L'attente entre les rencontres et la séparation ne sont pas vécues comme transitoires et réversibles sinon comme définitives (pour toujours) marquées par la rupture et la perte d'identité. Cela leur quitte leurs forces. Elles « étaient » avec un autre, ils ne disent pas « je suis ».

En tant que **coordinatrice** je choisis la photo d'un regard (photo 5) le mien et celui des autres membres du groupe pour les aider à comprendre ce qu'il leur arrive.



Photo 3 Photolangage®



Photo 200 Photolangage®



Photo 2Photolangage®



Photo 4 Photolangage®



Photo 5 photolangage®

## Séance - Liens

**Consigne:** “Choisissez deux potos, l’une qui représente pour vous être ensembles avec d’autres et l’autre être seul”.

La **thérapeute** choisi une route avec un groupe de personnes à bicyclettes (photo 6) pour montrer le commencement d’un chemin ensembles en tant que groupe, certains s’arrêtent pour se reposer, d’autres avancent et se tiennent compagnie. Puis celle d’un cheval blanc (photo7) qu’elle propose comme une solitude propice à la pensée sereine.

**Beba** choisi la photo du cheval blanc (photo 7) le reliant aux souvenirs de son enfance à la campagne, **Ana** a pris la même parce qu’elle évoque pour elle le plaisir d’être seule, tranquille et sans bruits dans la nature. **Analía** a choisi un stade (photo 61) parce qu’on y est avec d’autres mais seul, on peut faire comme si on y était avec les autres (**Analía** se tient en retrait de sa réalité) sans entrer en relation « ils ne se connaissent pas ».

Leurs échanges tournent autour des relations paradoxales et mortifères qu’ils ont avec parents et enfants. Le paradoxe : Si je vais bien, l’autre (famille d’origine) en a après moi ; si je me sens mal l’autre me traite bien. Le lien mortifère : la carence de fonction maternelle suffisamment bonne et l’inversion de la chaîne générationnelle. Un exemple :

**Cora** se sépare de son petit-ami alors qu’ils étaient sur le point de se marier et elle délaisse ses amitiés lorsque son père lui demande à la mort de son épouse, « ma fille tu es avec moi ? », « en fait à l’intérieur je suis seule » dit **Cora** dans le groupe.

Les thèmes principaux ce jour-là furent la force, la dignité, la tendresse, la connaissance et le sentiment d’être transparent pour l’autre et tout à la fois d’être de trop parmi les autres.

Elles font références à des éléments basiques pour la vie comme l’air et l’eau (**Alma**, photo 8), les amies d’enfance idéalisées, uniques, vraies (**Beba**, photo 9). Pour elles, *être dans les bras de sa mère* leurs évoque le rejet d’une mère critique, d’une mère qui a honte de sa fille (photo 10) ; **Alma** « Rien de ce que je fais ne lui plaît, il y a toujours une tension ». **Camila** raconte qu’elle a pu prendre position « je lui ai dit : ça suffit, ce qui me plaît à moi ne dois pas nécessairement te plaire à toi » (elle parlait alors de son petit-ami). **Beba** marque le besoin d’accepter les nuances intermédiaires.





Photo 6 Personnelle



Photo 7 Personnelle



Photo 8 Personnelle



Photo 9 Personnelle



Photo 10 Personnelle



Photo 61 Personnelle

## Séance Protection-désolation

Nous commençons par la lecture d'une fable de **La Fontaine** « le lion et le rat ». Les grands, le lion (Photo 11) ont aussi besoin des petits à l'occasion (le rat). La patience et le temps « font plus que force ni que rage ». Le petit peut aider le grand si seulement on le laisse vivre. Il y a d'autres forces à prendre en compte que celle qui s'impose (force physique).

Elles commentent qu'elles ne suivent pas correctement le traitement indiqué par leurs médecins dans la dénégation de leur vulnérabilité.

*Consigne : « Si j'étais fort...continuez avec une photo ».*

**Camila** « chez moi je me sens prise au piège ».

**Beba** : « je suis vulnérable, je m'implique vis-à-vis de l'extérieur » puis elle dément ce qu'elle vient de dire, « je suis très positive et très forte tous les jours... »

**Sebastiana** choisit le lion comme l'idéal, capable de tout supporter, la faim, le froid...quasi divin. Elles parlent alors de la foi (photo 12), des médecins qui sont presque des dieux-des saints et des prêtres ; il y a les saints et les autres, transgresseurs. **Fabiana** raconte que la foi l'a sauvée quand, adolescente, elle a eu un accident très grave qui l'a laissée paralytique du fait de fractures vertébrales multiples et dont elle a pu récupérer. **Cora** à sa suite raconte qu'elle a eu une tumeur blanche dans le genou (tuberculose).

**Ana** choisit la force de l'eau (photo 13) quoi qu'elle lui fasse peur aussi car parfois elle déborde et rompt les digues, « ma maman me considérait forte et mon frère faible et c'est le contraire » bien que « parfois je découvre des aspects de moi inconnus, je suis allée seule au Brésil chez une amie ».

**Sebastiana** et **Camila** ont perdu leur travail (crise argentine dite du « corralito » de 2001-2002) elles en sortent vulnérables et déprimées, elles parlent de rituels obsessionnels de ménages. **Beba** fait des blagues, ici tout va bien dirait-on quoi qu'elle aussi ait perdu son travail.

**Mirta** choisit une photo où apparaissent des roches et de l'eau qui coule au milieu (photo 14), courir entre elles (les pierres) comme l'eau, rend fort et dur. **Ana** pense qu'elle n'est pas forte mais qu'elle pourrait l'être.



**Thérapeute** : « La force peut être utilisée pour construire, maintenir sans bouger quelque chose et contenir ou elle peut être utilisée pour détruire, ce groupe pour quoi sera-t-il ? ».

Elles parlent alors de ce qui nourrit leurs forces puis évoquent leur sensation d'être transparentes : parce que « je suis vieille » (**Cora**) ou parce que « je suis jeune » (**Alma**).

**Alma** raconte alors qu'elle a eu des problèmes d'alimentation, qu'elle était anorexique, « je rétrécissais, je devenais transparente, je ne faisais pas ce qu'on attendait de moi et ne conformait personne, au Brésil personne n'exigeait rien de moi en particulier, ils m'acceptaient comme j'étais ».

Leurs positions sont pseudo-omnipotente : le lion fort et grand, l'ours (photo 201) qui supporte tout montrent qu'elles conservent des idéaux presque impossibles. Dans cette relation à l'idéal, elles ne peuvent voir celui-ci depuis un regard d'adulte, c'est toujours l'idéal grandiose vu par les yeux des enfants.

La défense de leur territoire (de leur subjectivité) semble un besoin permanent et en contrepartie, l'énorme fragilité ressentie comme propre.

Ceci est mis en évidence par des défis dangereux et l'absence de précautions, par le fait d'embrasser des idéaux impossibles et tout puissants quoique faussés. Elles se mettent en danger, ne prennent pas les médicaments pour l'asthme, ne consultent pas et retardent leurs contrôles en s'appuyant sur le déni : « je ne suis pas malade ». Ou encore vont se baigner dans une mer agitée avec le drapeau rouge et se disent : « il ne va rien m'arriver ».

Les objectifs sont à courte terme car elles vivent au jour le jour, forme de démenti de la possibilité de leur propre mort. Leur monde est manichéen, blanc ou noir et sont rares les traces mnésiques de la protection maternelle qui coexistent par ailleurs avec les traces mnésiques d'une désolation harassante.



Photo11 Photolangage®



Photo 12 National Geographic



Photo 13 Personnelle



Photo 14 Personnelle



Photo 201 National Geographic

### **Séance: ce qui se dissimule**

Lecture du conte « Pain et bijoux » (contes Soufi). Un roi veut offrir des bijoux à l'homme le plus sage et le meilleur de son royaume. Il demande de l'aide à un boulanger et choisi deux hommes à qui offrir du pain. L'un habillé en derviche (illuminé) et l'autre d'humble aspect. Il offre un pain lourd de pierres précieuses à l'homme à l'habit sacré mais celui-ci pense que c'est parce qu'il a des grumeaux et décide de dire au pauvre homme que comme il a sûrement plus faim que lui et qu'il est généreux il peut lui échanger son pain pour celui plus léger. Ainsi les bijoux tombèrent dans les bonnes mains de l'homme humble qui les répartit parmi les plus pauvres tandis que le faux derviche s'en fut content de sa ruse.

***Consigne : « Vous marchez sur un chemin qui après un moment se divise en deux : l'un avec un panneau « danger-défense d'entrer », l'autre avec une flèche. Que trouvez-vous sur chacun des chemins en vous y engageant, racontez-le avec des photos ».***

Le déséquilibre entre un dénuement massif et archaïque et une contenance rare et précaire est très marqué dans cette séance. Les patients utilisent le registre sensoriel pour s'orienter.

Le bon, ce qui protège ou le trophique, leur vient de l'extérieur, en une attitude passive plus qu'active qui consisterait à aller le chercher (odeurs de pins, voix, mélodies, regards, quelqu'un d'autre rencontré sur le chemin, la maison d'un oiseau).

L'affliction les pénètre, voici divers qualificatifs et images utilisées : obscure, dans la pénombre (photo 21), être pris au piège, étroit, emmêlé (photo 19), être aspiré, voix sans issue, être abandonné, se perdre, s'écrouler, eaux contaminés (photo 23), trompés, blessés, rejetés (photo 18), se méfier de quelqu'un caché derrière le masque, un animal maltraité à coup de pierres, tomber au fond d'un gouffre.



Photo21 Personnelle



Photo 19  
Personnelle



Photo 18 Personnelle



Photo 23 Personnelle

### Séance : déchirement et pensé animique magique

Je raconte “Les Tombes d’Atuan” de Ú. Le Guin. Un magicien part à la recherche de la moitié d’un bracelet qui se trouve dans une île gardée par un groupe de prêtres qui protègent le trésor et le font prisonnier. Là, il connaît « l’élue », qui vit ici depuis toute petite pour devenir quand elle grandira la prêtresse principale. Elle décide de lui faire confiance et l’aide à sortir du labyrinthe souterrain partant avec lui pour connaître le monde et se libérer de l’enfermement. Le magicien lui dit qu’entre eux est apparu quelque chose de très important qui fonctionne comme un bouclier protecteur : la confiance mutuelle et réciproque.

*Consigne: “Vous allez entrer dans un refuge pour quelque temps, choisissez les provisions matérielles ou spirituelles sources de bien-être pour vous, pour le temps que vous passerez dans ce lieu”.*

Elles ont recours au sensoriel pour se situer face à l’autre, la séparation n’est pas progressive sinon le fruit d’un déchirement. On perçoit la régression au niveau de l’attachement, elles utilisent la pensée animique et magique. Il s’agit d’être parfait pour que quelqu’un les aime d’où l’interminable terreur de faillir.

Dans le même mot : refuge, se diffracte les possibles. Pour certaines c’est un recours protecteur, pour d’autres quelque chose de négatif qui réfère à une catastrophe permanente, seul pour quelques-unes s’agit-il d’un espace de passage, transitoire. En fonction des commentaires émis sur l’actualité, la thérapeute dit en allusion aux thèmes qui ont circulés : « il s’agit de construire un intermédiaire entre la guerre en Irak et le palais de Saddam Hussein et les inondations de la province de Santa Fe où les gens se sont retrouvés sans habitations, quelque chose entre ne plus rien posséder et habiter un palais iranien, entre la catastrophe et le paradis ».

Lignes associatives au travers des photos choisies : refuge, grotte, obscurité, bougie (photo 24), lumière, naissance (photo 25), besoin de nourriture pour survivre (photo 26- autoconservation/unité duelle), musique de Harpe (photo 27-bain sonore), peau d’ours (photo 201-bain tactile) et une ébauche de moi-peau dans la créativité et l’imagination des enfants (photo 28). Dans leurs associations on note clairement le pôle de l’autoconservation mais d’autres intérêts libidinaux s’insinuent, annonce d’Eros.





Photo 24 Personnelle

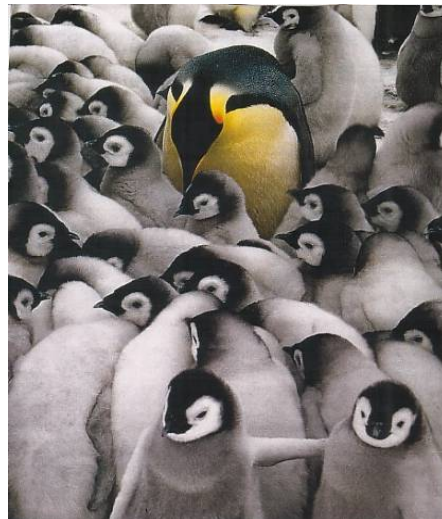


Photo 15 National Geographic®



Photo 26 Revue Argentine



Photo 27 Revue DECÓ



Photo 28 Revue DECÓ



Photo 201 National Geographic

### Séance: failles dans la subjectivité

Conte : « le rossignol ». Un empereur chinois s'illumine d'un cadeau reçu, un oiseau mécanique plein de pierres précieuses qu'il peut faire chanter quand il veut en remontant son mécanisme. Mais celui-ci ne peut se comparer aux nuances chantées par un vrai rossignol d'aspect plus discret et inconstant. L'empereur tombe malade et le rossignol mécanique se casse, c'est le chant du vrai rossignol qui le guéri. L'oiseau lui offre en échange de sa liberté d'action de lui raconter les nouvelles de son règne glanées dans ses sorties.

**Consigne: “A travers une sensation (tactile, olfactive, gustative, auditive ou visuelle) exprimez une expérience de plaisir pour vous avec des photos”.**

Apparaissent les failles de l'identité, elles se défient elles-mêmes, leur vie, leur mort, comme une sorte d'exercice où elles cherchent la résistance pour grandir (comme le nouveau-né a besoin du contact d'une limite dans son berceau s'apparentant à la paroi utérine). Dans l'autre de leurs liens la résistance oscille entre laxité et dureté d'un mur.

Elles cherchent le plaisir d'entendre la voix de l'autre qui raconte, plaisir relié au bain sonore. Me vient une hypothèse :

Le sifflement asthmatique pourrait être un son auto-accompagnant qui remplit le vide de l'absence d'un bain sonore agréable de l'autre, ce sifflement bien que désagréable et aigu, serait-il un cri-sifflement qui appelle, clame vers l'autre ?

Elles décrivent la toile d'araignée (photo 29) de la vie construite par différentes voix : la voix du rossignol, le transgénérationnel des grands-parents, la voix parental, la propre voix de l'enfance et de l'adulte, celle du groupe de pairs et de la société.

**Thérapeute** : « je choisis la photo de la toile d'araignée (photo 29) parce qu'elle m'a rappelé la phrase d'un être cher : la musique des groupes musicaux enlève les toiles d'araignée du cœur ».

**Cora** se souvient de son frère (photo30) il voulait, enfant déjà, un vrai violon et elle a renoncé à étudier la musique pour lui céder la place. **Fabiana** choisit la photo d'un groupe qui chante (photo 31) car quand elle était mariée, elle participait à des regroupements autour de la guitare, elle s'amusait alors, cela fait longtemps qu'elle ne le fait plus. **Mirta** qui aime la campagne choisit la photo d'une jument allaitant son petit (photo 32). **Alma**, un

couple qui court dans le vent en liberté (photo 33) et d'une femme enceinte (photo 34) « être mère me plairait mais ça me fait peur, j'ai du mal à prendre soin de moi » (à être sa propre mère ?). Elle a aussi choisi une main qui caresse (photo 35) que disent les caresses ? Sont-elles appropriées ? **Camila** (photo 37) dit : « mon grand-père écoutait de la musique de tangos le soir, avant je n'aimais pas mais maintenant qu'il n'est plus là si », sur une autre photo qu'elle prend elle se décrit elle jouant avec sa fille (photo 38). Elle rattache sa peur énorme de mourir d'une crise d'asthme à la peur de ne pas arriver jusqu'au téléphone pour demander de l'aide.

Elles réfléchissent sur le fait de dire tout ou rien à l'autre. **La thérapeute** leur renvoi qu'elles parlent de la possibilité de construire une semi-opacité vis-à-vis des autres.



Photo 29 Photolangage®



Photo 31 Photolangage®



Photo 30 Photolangage®





Photo 32 Photolangage®



Photo 33 Photolangage®



Photo 34 Photolangage®



Photo 35 Photolangage®



Photo 37 Photolangage®



Photo 38 Revue DECÓ

## Séance: comment s'orienter avec les autres?

**Consigne: “ 1) Nous allons vous montrer une photo (photo 39), retenez en esprit la première impression qu'elle vous produit.**

**2) A présent depuis cette impression nous allons commencer une histoire et vous invitons à ce que vous la poursuiviez en y ajoutant un petit bout chacune”.**

Pour toutes les participantes c'est un moment du jour différent :

L'aube, l'après-midi, la tombée de la nuit. Qui décrit « la vérité » ? Y en a-t-il une seule ? C'est l'Afrique, c'est un marécage, c'est un bois, c'est une photo truquée ? J'installe ensuite une fiction, une porte du temps. Elles disent : moi je reste, moi j'entre, je me fais accompagner, je me promène seule ; apparaissent des tigres, des vipères qui dévorent, des éléphants qui aident. Survient un Chaman qui offre des dons, elles choisissent la force, le pouvoir, la santé, la sérénité et de voir ceux qui ne sont plus.

Elles travaillent l'orientation dans l'espace et le temps. La qualité de l'autre passe du connu, prévisible à l'étrange sinistre en une transformation brutale. Cependant surgit aussi le désir de connaître l'inconnu de la main du groupe. Elles parlent de transitions, de distances intermédiaires, des nuances et dégradés de couleurs dans lesquelles insiste leur préoccupation à choisir bien et leur trouble si elles se trompent. A certains moments elles se refusent à accepter les différences entre elles ou leur propre différence. Leur seuil de tolérance est de difficile altération.



Photo 39 Revue DECÓ

### Séance: de pleins et de vides

Récit du conte de l'éléphant et du roi (anonyme).

Un roi reçoit un cadeau, un éléphant et comme il ne sait ce que c'est, il envoie plusieurs de ses subordonnés mener l'enquête pour lui donner des informations. En entrant dans la chambre obscure où se trouve l'animal chacun en touche une partie et en déduit une interprétation ; ils transmettent au roi qu'il l'on perçut de façon différente. Celui qui en a touché la queue pense que c'est une sorte de serpent, un autre a touché la trompe et le décrit comme un tube creux, un autre encore le ventre qu'il pense être un mur, un autre la patte qui lui semble une colonne et celui qui en a écouté le bramement croit que c'est le tonnerre, l'un d'eux a touché l'oreille de l'animal et la décrit comme un énorme éventail...

La réflexion qu'en tire le groupe est que chacun ayant eu la perception d'une partie de la réalité, ils auraient dû préciser la part qui leur était revenue...au lieu de généraliser.

Figure des différences et de la vérité partielle.

**Consigne:** *“Avec l'aide de deux photos dites ce qu'est pour vous se séparer-se retrouver”.*

D'une manière générale, la séparation est vécue comme « un trou de l'âme » et être accompagnée comme le retour au soleil.

Les « puits de détresse » en elles sont en relation avec les personnes aimées. Le travail des nuances commence à se faire sentir.

**Mirta :** « quelle chance que nous ayons toutes choisies des photos différentes », elle qui ne tolère pas la différence de critère sur une même photo et rend manifeste la peur d'être tous pareils et la peur de la fusion.

**Alma** parle de ses visites à son fiancé à Necochea (côte argentine) et comment à son retour elle revient à l'obscurité (photo du tunnel - 40) et qu'elle sent les arbres qui lui tombent dessus (photo 41) qu'ils sont l'image de ses sentiments contraires. Dans la photo de l'étreinte (photo 42) elle montre son désir de ne vouloir se séparer, de ne vouloir se détacher « le changement est si brusque, c'est pour cela que la séparation me semble être pour toujours ».

**Thérapeute** « entre Buenos Aires et Necochea il peut y avoir des coup de fils, des lettres, des mails ».

**Alma** : « Oui mais les transitions me coûtent, quand le mail a été coupé, tout tombait autour de moi ».

**Silvina** associe le son du train (photo 43) avec ses grands-parents se promenant avec elle en la tenant par la main et poursuit évoquant la séparation de ses parents à l'âge de 11 ans quand son asthme s'est déclaré. Elle dit que la séparation a transformé son âme en gris (photo 44) quand la réalité lui est entrée en brut.

Son mari est tombé malade, est-il parti pour toujours ? Garder quelqu'un dans son esprit lui permet de réapparaître, jeu de la transitionnalité qui permet d'être seul en présence mais aussi en absence de l'autre (**D. W. Winnicott**).



Photo 40 personnele



Photo 41 personnele



Photo 42 personnele



Photo 43 personnele



photo 44 personnele

## Séance: confier-se méfier

*Consigne: “Voici deux situations 1) Le téléphone sonne alors que vous entrez chez vous, il fait sombre, tout est encore dans la pénombre et vous n’arrivez pas à temps pour décrocher. Dites à l’aide d’une photo ce que vous imaginez.*

*2) Le téléphone sonne à nouveau, à présent le soleil entre par la fenêtre et vous écoutez la voix de...”*

Quelle prévision ces patients ont-ils des événements ? Face aux autres ils font entièrement confiance ou se méfient absolument. Ceci par orgueil, parfois par soumission, par manipulation et abus, par in/fidélité, s’ils doutent ils ne pourraient être inconditionnels à l’autre et cela est vécu comme une trahison de leur part pour les autres.

**Sebastiana** choisi les voies entremêlées (photo 45) « J’attends un coup de fil qui ensuite m’embrouille l’esprit, celui de mon ex-mari. Tellement d’amour et tellement de haine en même temps, je crois tout ce qu’il me promet et ça me met en rage qu’il ne tienne pas sa parole. Je souhaite qu’il change mais c’est impossible...Je veux changer ma vie, ne pas être dépendante de l’attente, me valoriser », elle dit tout cela sans transition(elle répète la même situation depuis des années), dissociation entre ce qu’elle pense et ce qu’elle fait, c’est le manque de liaison du préconscient ?

**Analia** choisi une photo de trois ombres projetées sur le sable (photo 46) en référence à ses frères morts.

Le thème de l’abus de l’autre est abordé. **Mirta** choisi le visage mécontent aux sourcils froncés (photo 47), « je ne veux pas répondre au téléphone quand il sonne mais si on ne m’appelle pas ça me déplaît aussi, ma nièce m’appelle seulement quand ça lui convient, pour me demander quelque chose. Je ne l’aime pas, elle est égoïste ». **La thérapeute** propose d’autres possibles « peut-être qu’en plus de ce que vous sentez qu’elle veut de vous, votre nièce aime les câlins et les jolies choses que vous lui offrez ». **Silvina** raconte que sa grand-mère l’a appelé pour lui dire qu’elle venait chez elle et que ses frères étaient jaloux d’elle. Sorte de *trophée* gagné sur ses frères même si par ailleurs elle est surchargée de travail. Elle dit vouloir sa grand-mère près d’elle par affection bien sûr mais n’entre-t-il pas en jeu aussi le désir de la contrôler ? Comme l’adulte le faisait avec elle dans son enfance, l’autre pôle du lien.

**Analía** signale à **Alma** qui voudrait toujours avoir son petit-ami près d'elle « ta voracité va le fatiguer » (on pense à l'épisode anorexique d'**Alma** et aussi aux questions dont elle presse le garçon : avec qui est-il ? Ses compagnes sont-elles plus jolies qu'elle ?) Et **Alma** répond : « je n'arrive pas à croire qu'il me préfère moi ». Difficultés et paradoxes des distances entre les personnes. Trop près ou trop loin, comment trouver la bonne distance ?

**Thérapeute** : « comment construit on la confiance en soi ? ».



Photo 45 Photolangage®



Photo 46  
Fhotolangage®

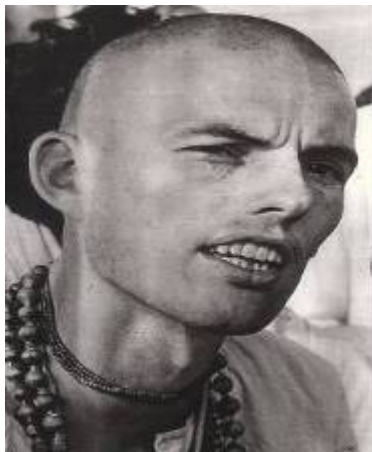


Photo  
47Photolangage®



## Séance: droit à la colère

*Consigne: “Choisissez une photo qui vous permette de raconter une expérience de colère”.*

Ce jour-là, seules quatre participantes sont présentes.

L'autre apparaît comme étranger dans des relations d'asymétrie pour ce qui est de donner et recevoir, les codes et les lois de l'échange.

Elles parlent d'une exploitation excessive par l'autre et des abus de pouvoir de ce dernier. **Mirta** raconte sa situation de professeur de broderie obligée de travailler au forfait pour la propriétaire du magasin. Tandis qu'**Analía** parle des abus de pouvoirs de l'administratrice de bien. Colère contre les présences-absences imprévisibles ? Quel est leur droit à la colère ? Est-ce transgresser que de s'y adonner ?

Au regard de la coordination leur colère est énoncée comme juste et valable parce que plusieurs membre du groupe n'ont pas prévenu de leur absence. La séance ne se déploie pas s'ils ne viennent pas, elle se construit en présence des membres du groupe et en leur absence elle s'arrête en chemin.

## Onzième séance

*Consigne: la même que la séance précédente (une expérience de colère)*

La colère se présente en plusieurs scènes. **Sebastiana** (photo 48) associe avec le geste incestuel de son oncle maternel mais surtout plus profondément vis-à-vis de sa mère qui ne l'a pas cru et a minimisé le rapprochement de cet oncle lui touchant la poitrine à l'adolescence, elle « exagérait ». Ainsi que la colère face à son père biologique qui après vingt ans sans la voir réapparaît pour connaître sa petite fille et lui dit : « quelle belle plante ». **Alma** raconte sa colère de la dépression maternelle pendant son enfance (photo 50), l'agression et le rejet de l'une vis-à-vis de l'autre depuis les idéaux inatteignables des deux. **Silvina** exprime sa colère pour son avortement spontané d'une grossesse voulue et puis pour sa grossesse ultérieure non désirée durant la maladie de son mari précédent la mort de ce dernier. **Mirta** (photo 51) raconte sa colère pour sa belle-fille pour lui avoir dit : « De tant s'occuper de ta petite fille (17 ans) elle est quand même morte chez toi ».

La **thérapeute** s'offre comme aval et garant de leurs perceptions sur ces mots et ces faits qui offensent et de leur effet de « sainte indignation » en elles.



Photo 48 Photolangage®



Photo 50 Photolangage®



Photo 51 Photolangage®

## Douzième séance: appropriation de voix

**Consigne:** *“Rappelez-vous une phrase ou des mots dits ou écrits qui ont eu un impact particulier sur vous, racontez-le avec une photo”.*

Le rejet de l'autre est vécu par **Celia** comme un mur (photo 52). La colère réapparaît mais aussi la possibilité de penser que chacun fait ce qu'il peut. Elles partagent différents comportements possibles face à une situation. Pendant la séance on peut observer la transformation d'un même fait du négatif au positif (photo 53. La grossesse non désirée et douloureuse pour **Silvina** durant la maladie de son mari se focalise à présent sur la joie d'avoir cet enfant avec elle). Petit à petit on remarque qu'elles peuvent prendre leur temps, ce temps progressif et discontinu auquel elles n'avaient pas accès. Pour vaincre l'impossible, elles pensent entre elles à des moyens à courts termes, « danse » leur changement de position « pas à pas on y arrive ».

*Quelques phrases :*

**Celia** : « entre toi et moi il y a un mur, je t'ai toujours rejetée » (son père)

**Analía** (photo 54) : « Chacun fait ce qu'il peut dans la vie » (une artisane).

**Thérapeute** : « La connaissance est un bien qu'on ne peut t'enlever, elle t'accompagnera » (une professeure).

**Susana** : « Tu as 50% de la chimiothérapie (ta grossesse) que je ne peux donner à ton mari » (un médecin oncologue).

**Marcela**: « A l'impossible, on tarde un peu à y arriver » (un graffiti).

Dans la transformation qui se fait sentir on constate qu'elles peuvent repérer leurs limites propres, se donner la main dans la vie face à la mort et trouver leurs projets en fonction de leurs désirs. Elles se donnent aussi le temps pour cela et avance avec précaution pour se voir en perspective.



Photo 52 Musée Malba



Photo 53 Musée Malba. A. Linneman (2002)



Photo 54 Musée Malba. Marepe (2002)

### Treizième séance: justification de la technique. Rythmes. Absence des photos

Ce jour-là nous n'avons pu compter sur le lieu habituel des séances, installées dans un cabinet dont l'espace était réduit nous décidons de ne pas utiliser les photos. En l'absence de cet outil c'est l'association libre qui a été mise à contribution par un travail de représentations de « photos mentales » montrant l'internalisation de cette ressource thérapeutique et des problèmes personnels élaborés jusqu'alors. Cet espace réduit leur permet de se regarder entre elles et de sortir de la passivité de la plainte. Elles disent « c'est un effort de parler et d'écouter dans une thérapie conventionnelle, avec les photos c'était moins compliqué » (car les photos lèvent les inhibitions liées à l'anticipation de la prise de parole, de quoi doit-on parler ?...). Parler, raconter ses problèmes, c'est pour elles un changement dans le regard de l'autre : « le regard de l'autre qui nous regarde avec pitié ». Parler c'est peut-être se briser, alors autant se taire. Elles évoquent la position d'attente et de dépendance qu'elles ont auprès de l'autre, au point de se sentir parfois « une oreille géante » pour lui, au point de sentir qu'elles n'en peuvent plus, qu'elles se détruisent. Comment quittez cette position et ne plus supporter passivement ? Une ébauche de réponse circule : donner et recevoir. Dans le groupe en écoutant la douleur de l'autre, la sienne est relativisée.

Elles parlent aussi de la brutalité des ruptures, des personnes de leur entourage leurs parlent des heures durant au téléphone puis soudainement c'est la coupure totale. Elles se demandent : qu'est-ce que j'ai fait ?

La question des frontières avec l'autre est importante pour elles, la discrimination d'avec les autres étant amorcée mais incomplète. Le « dit » de l'autre s'introduit en elles, passant une barrière de pare-excitation fragile, ne pouvant alors décider que *ceci* (tel mot-tel discours...) est à l'autre, il devient propre.

Il leur est difficile de focaliser sur l'essentiel, elles se perdent dans les détails du contexte. Failles dans la communication, trouble des rythmes. Il n'existe pas de discontinuité dans la transmission, la pause, le silence, la réponse de/à l'autre. Tout est émission massive et interruption et elles en *perdent l'autre*. Vivant une sorte de continuité qui n'a d'interruptions que par l'éclatement-la coupure. Fonctionnement, témoin d'un manque de limites suffisamment bonnes et d'un rythme qui installe la pause.

### Quatorzième séance : visualisation des distances

Deux photos très grand format sont présentées d'abord, elles viennent de « La terre vue du ciel » (Yann Arthus-Bertrand) les invitant à imaginer voir la planète à distance depuis la hauteur puis de près (l'une montre des gens sur la plage, l'autre est une vue de la Patagonie).



Photo 55 Photolangage®

Dans les montagnes elles voient : le profil d'une femme, la superficie de la lune, un chemin de pierres.

Sur la plage elles voient : des parasols, une forêt froide, des tâches, des fleurs.

**Consigne:** *“Choisissez des photos de ce qu'est pour vous être près, être loin”.*

**Analía** commente: “la vie est ainsi de loin on voit une chose et de près une autre ».

**Thérapeute** : Il y a des faits qui ne peuvent s'apprécier que de loin et d'autres seulement de près. Vous avez vu des aspects différents d'un même élément.



Photo 57 Personnelle

**Fabiana** choisit la cuisine (photo 55) elle se voit « près de son petit-fils en

train de faire la cuisine ». Pour « être loin », elle choisit le couple de mariés (photo 57). Elle raconte avec joie « qu'elle a eu des nouvelles de son petit-fils qui va se marier dans un pays étranger (elle n'avait plus de nouvelles de lui depuis six ans).

**Analía** a aussi choisi la cuisine (photo 55) et dit « j'ai toujours été loin de ça, je n'aime pas vraiment manger » et pour « être près » elle choisit une photo en référence à la musique, elle se souvient qu'elle jouait du piano avec ses frères à présent décédés, de la musique de Brahms, de Beethoven.

**Sebastiana** souhaite être loin des fêtes de mariage (photo 58), elle ne les aime pas et pense à une amie avec qui elle projette de voyager pour « être près ».

**Mirta** veut « être près » de la musique pour pouvoir danser (photo 59) et « loin » des aéroports en référence à la situation économique du pays (les gens cherchant à partir

vers d'autres horizons...). Elle s'est inscrite à l'université, a surgi en elle le désir d'un nouveau commencement et de reprendre une carrière courte ayant des débouchés dans le monde du travail.

**Camila** raconte que « son père (photo 60) qui a toujours été si lointain, est venu chez elle et a été proche de ses filles ».

**Alma** veut s'éloigner de son groupe familial et aller retrouver son petit-ami qui vit loin pour être près de lui.

Les patientes racontent des expériences où elles « entrent et sortent » sans se laisser imprégner de la situation, on ne note pas chez elles une recherche active de plaisir, cela se réduit à s'approcher ou s'éloigner. Elles ne reconnaissent pas les formes, les détails et les différences restes douteuses, le rapprochement masque la circonstance. Elles manquent d'éléments pour reconstruire le chemin des sensations. Dans cet exercice elles ont pu donner une forme à leurs sensations archaïques puis transférer cette expérimentation à d'autres situations.

Nous avons déjà constaté que le temps est marqué par l'absence de discontinuité, d'interruptions, comme détenu, le détachement ne se fait pas...La coupure serait équivalente à la mort ?

Le rejet et le rapprochement son deux messages simultanés pour elles, deux vérités ?

Leurs amitiés comportent des caractéristiques adolescentes. Le choix se fait par traits de ressemblance (la même couleur de cheveux, s'habiller pareil...)

Elles montrent à nouveau l'absence d'échange. Les positions subjectives dans le lien son figées, sans nuances.

Il n'y a pas non plus d'échange sexuel. **Sebastiana** vit les rapprochements physiques de son mari comme des violations qu'elle supporte passivement puisqu'elle ne lui oppose pas de résistance quoi qu'elle ne soit pas consentante. Comment jouer du piano à quatre mains, partager en harmonie comme le raconte **Analia** dans sa pratique du piano avec ses amies ?

J'aspire à ce que chacune s'accepte soi-même et puisse disposer de ses critères personnels de vérité, de limites envers l'autre et de créativité.





photo 58 Personnelle



photo 59 Photolangage®



Photo 60 Photolangage®

## Quinzième séance

Est réalisé un travail d'historisation et d'appropriation de l'expérience. Sont présentées aux patientes des planches où figurent les photos choisies par elles dans les séances précédentes ; cette démarche prétend implicitement l'intégration de la rencontre-séparation et la possibilité de faire du lien.

**Analía** a choisi la photo du lion assis (photo 11). L'animal est idéalisé pour sa force et son intelligence, sa toute-puissance tout cela comme l'inaccessible. Elle réunit le groupe en un chœur autour d'elle (position binaire, elle d'un côté, le groupe comme unité de l'autre).

Elle a peur de s'éloigner de ce qu'elle est, de se transformer. Elle accentue une contre-dépendance évitant de montrer sa dépendance et ses besoins.

**Alma** aussi choisit le lion (photo 11). Elle signale que c'est la première fois qu'elle choisit un animal. Elle se souvient d'images d'un livre de peintures que lui a offert sa maman étant petite, moment de plaisir partagé, elle recompose là un rapprochement possible avec sa mère.

**Beatriz** prend la photo de la séance de guitare (photo 31), métaphore du groupe qui la soutient durant sa maladie et celle de la danseuse (photo 49), désir de pouvoir avancer seule.

**Camila** choisit la photo d'un accouchement (photo 65) et celle d'une famille (photo 3), elle se présente comme l'autre visage d'**Analía**.

**Sebastiana** montre l'ours, parce qu'il est capable de supporter les rigueurs de son entourage. Elle parle de son fils qui pèse 110 kilos et de sa fille qui a souffert d'une tentative d'abus sexuel récemment de la part d'un familial. Je marque la différence malgré la répétition d'une situation traumatique entre elle et sa mère dans son enfance puisqu'elle (**Sebastiana**) a pu valider la perception de sa fille.

**Fabiana** peut remettre les générations à leur place. Son petit-fils n'est plus nommé comme son fils.

**Mirta** a choisi la porte blanche (photo 62), celle d'un couple qui danse le tango (photo 63) ainsi que celle d'un musée (photo 64). Elle parle de son désir de voyager, de danser, de sa subjectivité différente de celle de ses compagnes.

Le groupe s'est construit dans leurs présences.

La finalisation du groupe discerne deux sous-groupes de patients :

Celles qui ont pu accepter la discontinuité et entreprendre des projets et celles qui vivent la fin du groupe comme un vide et n'accepte pas la coupure.



Photo 11 Photolangage®



photo31Photolangage®



Photo 49 Laboratoire SIDUS



Photo 62 Personnelle



Photo 64 Personnelle



Photo 65 Photolangage®



Photo 3 Photolangage®



Photo 63 Revue Argentic

La différence des sexes et des générations ne sont pas établies. Morts et séparations traumatiques et deuils incomplets. La séparation est vécue comme une rupture définitive, pour toujours. Face à une séparation elles souffrent de vécus d'éclatement et de faiblesse à ne pas pouvoir « être » avec l'autre. Elles craignent la figure qui se cache derrière le masque, ont peur de la tromperie, du rejet n'ayant par ailleurs aucune confiance en elles.

Elles manœuvrent les distances de façon inadéquate. Donner et recevoir se fait en asymétrie.

Elles choisissent des amitiés par ressemblances, leurs échanges intersubjectifs manquent de nuances.

Au long des séances elles commencent à pouvoir marquer leurs propres limites et à se connecter avec Eros, avec leurs désirs.

Les photos utilisées en séance s'inscrivent dans la chaîne associative personnelle.

Nous distinguons deux sous-groupes : 1. Les patientes acceptant la discontinuité et 2. Les patientes dont le vide est prégnant et qui ne tolère pas la coupure.

## Autres séances en groupes de Photolangage® auprès de patients psychosomatiques

**Consigne:** *“Dites par des photos ce qu’est l’inconnu pour vous”.*

**María:** “J’ai choisi ces deux- là : cette maison avec la porte entre-ouverte (photo 36) et celle-là de la voiture surchargée (photo 37) ».

La maison me laisse percevoir un futur par la porte ouverte et le futur est inconnu. Je ne sais pas ce qui vient mais c’est ma sortie au monde dans cette couleur lumineuse d’espoir et étrangère. Je travaille pour cela, pour être en paix, pour moi c’est la porte blanche. La voiture noire c’est le passé avec sa charge ; les trous noirs de l’anxiété. C’est le noir et le blanc. A présent le passé ne me préoccupe pas tant comme avant, c’était un sacré poids ».

**Thérapeute:** “Il semble que vous puissiez vous connecter avec ce que vous voulez et que vous projetiez vers l’avant”.

**Bernardo:** “Ce qui me concerne ressemble un peu mais en plus lugubre parce que j’ai aussi choisi cette porte plutôt grise avec ses barreaux (photo 36). Voilà comment je vois les choses : le futur c’est l’inconnu, il ne se voit pas aussi beau que je voudrais. Et je suis en train d’ouvrir des portes pour orienter mon futur avec un objectif. Avant mon futur était identique à mon passé et pas très bon. A présent je pense qu’il pourrait apparaître quelque chose de nouveau, je vois le futur comme différent sans penser à des catastrophes. Je pousse tout juste la porte, je veux avoir confiance en ce que quelque chose va s’améliorer. J’adorerai trouver une maison comme celle-là - mes grands-parents en avaient une semblable avec un énorme patio - une que je pourrais arranger à ma façon avec des chambres et une grande terrasse”.

**Valeria:** “Tu récupères une lumière de ton passé”.

**Bernardo:** “Le passé qu’il reste dans l’ombre”.

**Thérapeute:** “Cela me rappelle un conte : un pèlerin marche dans la campagne et à la fin du jour la lumière baisse et il commence à voir d’autres lumières, celles des étoiles qui ne pouvaient se voir dans la clarté du jour”.



Photo 36 Personnelle



Photo 37 Revue

**Valeria:** “Moi j’ai choisi l’église (photo 38) comme l’inconnu. Je ne pense pas comme eux, que pourra bien être le futur ? Je dépends des choses inconnues qui me mobilisent de ma famille, de mon vieux, ma vieille, de choses que je ne savais pas de la religion. Moi je suis agnostique, mon père aussi comme mes grands-parents paternels ; mais ma mère était fille d’irlandais catholiques et après s’être mariée avec mon père sa religion est restée en retrait. Je ne l’ai pas beaucoup interrogée. Quand ma mère est morte j’ai découvert que sa religion n’était pas complètement morte pour elle. Je ne sais pas si elle a vécu comme un soulagement ou une souffrance de s’en éloigner. Dans ses vêtements elle avait un St Patrick avec un épi de blé, pour moi ce fut une surprise, c’était un aspect inconnu de ma mère. Elle a été au collège Sainte Brigitte qui était irlandais et très rigide. Elle s’entendait mal avec mon grand-père qui ne parlait pas l’espagnol. Mon frère et moi sommes les moutons noirs de la famille de ma mère. Chez eux tous ont un St Patrick. Les deux ou trois fois où nous avons parlé avec mon grand-père qui était alcoolique et joueur, il nous disait : «pourquoi vous n’allez pas à l’église ? C’était tout notre dialogue”.

**Thérapeute:** “Il semble que ce grand-père ne montrait pas son affection vis-à-vis de vous et qu’il n’était pas cohérent entre ce qu’il disait et faisait”.

**Perla:** “J’ai choisi une dualité: le blanc et le noir (photo 6). Ces deux vêtements, le même modèle en blanc et en noir ; pour moi ils sont l’énergie et le fait d’avoir les batteries à plat, en deux pôles différents. Moi je suis un peu réservée sur mes histoires, c’est l’inconnu pour moi. J’ai aussi choisi cette tour circulaire (photo 7) pour montrer l’inconnu des gens. Ce qui m’arrive c’est que je ne vois pas de l’autre côté du mur. Une facette de l’autre que je ne reconnais pas et tout s’écroule pour moi. J’idéalisais mes amies et j’en sors blessée. L’être humain ou un couple ça change et il faut s’adapter”.

**Thérapeute:** “vous marquez le changement de l’autre seulement selon une connotation négative, un changement peut être favorable » (surprise et silence en elle).

**María:** “C’est clair, un changement négatif c’est comme un destin auto-confirmé”.

**Perla:** “Oui, moi je joue toutes mes fiches sur le même numéro et je me désillusionne ensuite”.

**María:** “Quand on pense qu’un modèle familial est l’unique, il faut que ce soit comme ça, tout est mal ou tout est bien, il n’y a pas de gris dans ta photo (celle des robes) ça m’arrive aussi à moi et je sais que je vais souffrir”.



**Bernardo:** “Moi avec les années j’ai appris, je suis plus ami de mes amis qu’eux de moi. Ce qui se passe c’est que chacun est comme il est, on change, les autres changent certains nous reviennent bien et d’autres non”.

**María:** “La doctoresse me disait qu’il fallait contractualiser de nouveau avec les gens, peut-être pourrais-je le faire avec mes parents actuels pour ce que je veux”.

**Perla:** “Moi, c’est ce que j’attends d’une relation mais on ne va jamais te dire la vérité (en colère)”.

**Thérapeute:** “**Valeria** nous a raconté que sa maman avait quelque chose dans son intimité qui lui était inconnu, elle avait maintenu ses croyances religieuses. Les personnes ont le droit à une vie privée. Être tout le temps transparent pour l’autre est impossible. Ce serait comme ce petit-ami que vous avez eu et que votre mère espionnait par la fenêtre d’en face quand vous vouliez maintenir votre intimité ou parler, ce qui vous dérangeait tant ».

**María:** “Moi avant je racontais mes histoires de tous côtés, c’était fou. A présent j’en parle en thérapie ou chez moi, je me dis que je vais y penser et résoudre les choses, ça peut être une bonne surprise”.

### Commentaires

Ils se demandent : Y a-t-il une possibilité de changement ? Sera-t-il favorable ? Ou comme dit le refrain « mieux vaut mauvais mais connu que bon à connaître ».

Dans le passé ils se sont vus imposées des choses, des secrets, des privations d’intimité, des expériences entre deux extrêmes.

Une porte s’ouvre, un espoir, le futur sans apocalypse, différents modèles à l’extérieur du familial et ils visualisent aussi des changements en eux-mêmes.

**Consigne : “Cherchez des photos pour transmettre construire-déconstruire”**

**Analía:** “J’ai choisi celle du bateau et de la femme (photo 38), on dirait un bateau de pêche. Là il faut travailler, faire et défaire, mesurer le vent et être en alerte, travailler avec la voile. Je naviguais au club nautique de San Isidro (aux limites de Buenos Aires) et j’allais jusqu’en Uruguay jusqu’à il y a dix ans en arrière”.



Photo 7 Personnelle

**Sabrina:** “Ça ne te faisait pas peur?”

**Analía:** “Non, c’est comme de marcher rue Florida où tu peux te faire renverser et blesser. Je savais quoi faire”.

**Sabrina:** “Moi je suis allée jusqu’à Paraná de las Palmas et la mer s’ouvre beaucoup là-bas”.

**Liliana:** “J’aime beaucoup l’eau”.

**Analía:** “Le Río de La Plata (fleuve de Buenos Aires) est spécial, le vent contraire peut te pousser contre les rochers. Le responsable du bateau doit savoir faire les choses et être attentif”.



Photo 6. Arte BA

**Ñeca:** “Quelque chose d’inespéré peut arriver, être responsable, ça c’est à l’intérieur de soi. Je veux dire quelque chose dans la vie, un changement de timonier de l’intérieur”.

**Thérapeute:** “Parce que vous vous référez à l’histoire du groupe, vous vous demandez peut-être si je vais pouvoir vous mener au port, si je suis responsable de vous. Nous avons eu tant de changements inattendus dans le groupe, d’un hôpital à un autre, d’une salle à une autre. En ce moment même nous sommes dans la petite salle des photocopies. Il semble que nous nous adaptons aux

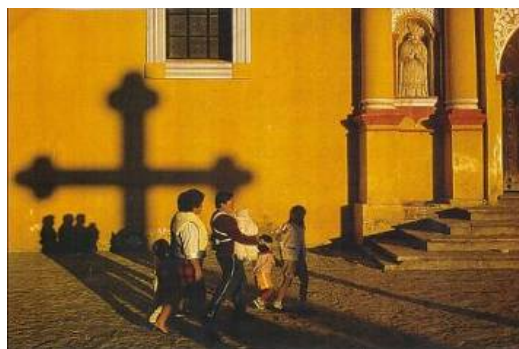


Photo 38 National Geographic

changements de lieux et de timoniers (co-coordination). Votre timon intérieure vous a guidés pour continuer dans le groupe, il y en a d'autres qui sont partis ou qui ne sont plus comme **Lucy**".

**Edit**: "Moi j'ai choisi cette petite fille avec les mains pleines de peintures et la maman (photo 39) c'est elle qui guide pour construire quelque chose. Ces tâches noires (avec colère) c'est le dernier truc qui m'est arrivé ce mois-ci. Ma fille Miriam avec son bébé ne trouvent pas quoi louer et elle cherche mais elle commence très tard et en plus n'a pas de garanties, comme ça elle ne va rien résoudre et ils sont encore à la maison. On a du se regrouper avec les autres enfants pour dormir : Les garçons de cinq et huit ans dorment ensembles dans ma chambre. On a séparé la pièce avec un rideau, ils protestent mais il n'y avait pas le choix. Celui de treize ans s'est fait une chambre dans la buanderie parce qu'il étudie la nuit.

Miriam a la salle-à-manger. J'ai choisi aussi celle-là du tricycle (photo 40) parce qu'il lui manque une roue (avec tristesse) c'est comme ça que je me sens, il me manque une roue. Je ne sais pas pourquoi mais je passe ma vie à pleurer, rien ne se résout".

**Thérapeute**: "Vous parlez de pleurer toute la journée et ça m'a fait penser aux larmes de l'utérus, comme on appelle la menstruation et malgré vos huit enfants et deux petits-enfants il semblerait que vous n'avez pu affronter la douleur de la perte de votre utérus (**Edit** a fait une tentative de suicide après son hystérectomie). Vous avez souvent responsabilisé votre mari de vos grossesses et la dernière fois votre vie en a couru les risques lors de votre accouchement de ce bébé qui est mort".

**Edit** (silence) : "Docteur, je ne sais pas ce qui m'est arrivé je me sens soulagée".  
(Silence).

**Sabrina**: "Moi j'ai choisi celle-là d'un champ avec un épouvantail (photo 41) et celle de cette fille qui se maquille (photo 107). Je n'ai pas le contrôle de ma vie. Je fais et défais mon jardin, mes petites plantes me donnent une sécurité que je ne peux avoir au dehors".



Photo 38 Photolangage®

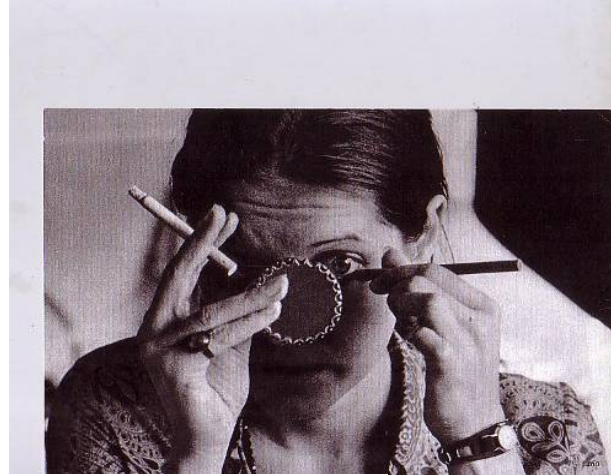


Photo 107 Photolangage®



Photo 39 Photolangage®



Photo 41 Personnelle



Photo 40 Photolangage®

**Ñeca:** “Ce serait bien que tu mettes à profit cette habilité que tu as pour travailler dans une serre”.

**Sabrina:** “J’adorerai, c’est une bonne idée mais en ce moment je reste à la maison et je me regarde beaucoup dans le miroir comme la fille sur la photo (photo 33)”.

**Ñeca:** “Tu veux changer de visage?”

**Edit:** “Tu te sens insatisfaite ”.

**Sabrina:** “Je me regarde plusieurs fois par jour”.

**Edit:** “Tu te cherches, tu veux te trouver”.

**Liliana:** “Change quelque chose dans ta physionomie, coupes toi les cheveux”.

**Analía:** “Moi je crois que tu attends une réponse”.

**Sabrina:** “Il y a une image dans le miroir qui ne me plaît pas. Dans le journal il y avait une annonce pour un travail qui demandait une femme de moins de 35 ans et moi j’en ai déjà quarante, c’est comme un obstacle mon âge, un sac de pierres à charger pour sortir ; Il ne me permet pas de montrer le bout du nez...”.

**Thérapeute:** “Comment vous mettre en marche et passer la porte de votre maison avec toutes ces pierres que vous mettez ou qu’on vous rajoute dans votre sac ; il faudrait essayer de défaire ce sac et de le charger des regards de vos compagnons du groupe et de la mienne qui vous avons dit et vous disons de ne pas tant chercher vos défauts dans le miroir”.

**Ñeca:** “Tu peux cultiver un jardin de roses (photo 42), moi quelque unes des miennes sont mortes, pourries mais je les ai améliorées”.

**Edit:** “Avec de l’oignon coupé finement on tue toutes les nuisances. J’ai un potager à la maison”.

**Ñeca:** “Moi j’ai pris du *Berocca* (médicament à base de calcium)-rires- avec quoi vais-je m’arroser aujourd’hui ? Je perds mon énergie, je fais beaucoup de choses et je m’épuise. J’aime les fleurs mais pas dans un vase, je les aime dans la terre, enlever les mauvaises herbes, remuer la terre.

A présent je vais prendre des cours d’informatique. Ma situation économique est très mauvaise, mon mari a 80 ans, il est fatigué de travailler, qu’est-ce qu’on va manger ? Je pourrais faire des gâteaux mais j’en ai marre de ça, je ne trouve pas la sortie”.

**Sabrina:** “Faut-il oser et se risquer? Ma cousine a deux enfants et elle sait comment gagner sa vie, on lui a demandé de travailler dans la bibliothèque d’un club. Elle a monté un faux curriculum et elle a été prise”.

**Analia (désapprouvant):** “ C’est une imposture !”

**Thérapeute:** “Que faut-il faire? Etre soi-même ou se déguiser, copier ce que font les autres ou trouver ses ressources personnelles ?”

**Liliana:** “Moi aussi je choisis cette photo avec les roses (photo 42). C’est comme ça que je vois la vie, joyeuse comme cette photo de fleurs et de plantes. Je fais et défais aussi mon jardin en compagnie de mon mari, j’y vois la liberté d’être à l’air libre, pas enfermée, ce n’est pas bon de rester à la maison. Il y a des gens jeunes avec qui parler, à qui raconter nos expériences”.

**Analia:** “Moi je connais des jeunes qui sont réceptifs mais l’expérience qui leur sert c’est la leur. La mienne ne leur sert pas”.

**Liliana:** “La photo de l’eau me donne des réminiscences de mon enfance dans les rivières, je ne peux pas faire ça à Buenos Aires, je pense à ma famille aux étés avec mes frères à cheval à Tucuman (province du nord argentin). La nature me donne de l’énergie”.

**Thérapeute:** “Qu’est-ce qui donne de l’énergie ? Le *Berocca*, la nature ?... »

**Tamara:** “ Moi j’ai trouvé celle-là avec un homme qui compte des billets (photo 43). On est comme ça avec mon mari. On lui a demandé de céder son atelier de mécanique dans lequel il travaille depuis plus de 30 ans et il ne sait pas où en louer un autre. Depuis qu’il a 11 ans qu’il y travaille mais la propriétaire veut vendre. Lui il a cinquante et un ans il faut tout déconstruire et reconstruire, moi je l’accompagne”.

**Edit:** “Mon mari, depuis qu’il a quarante ans qu’il ne trouve pas de travail fixe, ensuite il a eu un infarctus, il manœuvre une machine qui triture le polyéthylène pour un jeune homme mais on le paie peu. Pour ne pas dépenser en bus il parcourt quatre-vingt blocs en bicyclette, parfois alors qu’il fait très froid et qu’il pleut ».

**Liliana:** “Il faut en revenir à posséder un métier comme avant”.

**Thérapeute:** “Il s’agirait de construire ou déconstruire pour continuer de l’avant parfois avec l’aide d’un timonier extérieure et aussi de celui interne”.

## Commentaires

Le Photolangage® articule la chaîne associative groupale et la diffraction des transferts.

Dans le groupe s'échangent des images, des valeurs, des idées et des identifications. Les patientes commencent à parler et se profilera le mythe du bateau comme figure de la vie. Elles partent de ce qui est connu et cheminent vers une terre inconnue. Le temps et l'espace semblent pleins de dangers par la peur de ce qui n'est pas familier dans la direction qu'elles prennent.

Le groupe exerce une régulation entre les pulsions de vie et les pulsions de mort. Le bateau se fait l'équivalent du groupe dans sa fonction de contenance ; groupe-bateau-mère, le changement produit l'angoisse.

Puis leur dialogue nous parle du mythe de la terre-mère qui donne nourriture et sécurité (la terre ferme- autoconservation), les petites plantes, échanges où l'imaginaire permet de parler de la photo et non de la personne directement.

C'est une prise de conscience de quelque chose que seul le sujet peut comprendre.

La diffraction du transfert est la force de cette méthode, chacune diffracte de soi-même sur une (des) autre(s) personne(s), les autres savent qu'elles sont dépositaires d'une part de l'autre et ce jeu se donne entre la consigne et la photo.





Photo33 Julio Le Parc. Miroirs doubles



Photo 43 Photolangage®



photo 42 Personnelle



**Consigne:** “*Dites avec des photos ce qu’est pour vous l’intermédiaire*”.

C’est une séance où les patientes commencent à échanger spontanément par la parole puis nous travaillons avec la médiation.

**Mariana:** “J’ai renoncé à mon travail, celui du tricot où j’étais exploitée pour enseigner. J’avais dix-sept clientes inscrites l’après-midi et j’en voyais une quarantaine, en plus ils ne me payaient même pas le transport jusque là-bas et je n’ai aucun bus qui m’y conduisait”.

**Analia:** “Tu enseignais dans ce magasin de San Martín (un quartier de Bs As) cet énorme hangar ?”

**Mariana:** “Oui c’est immense. Ça fait quarante ans que je donne des cours pour eux, ils ne le valorisent pas. A présent je me sens tranquille de la décision que j’ai prise”.

**Sabrina (surprise):** “Tu es en paix, pourquoi ? ”

**Mariana:** “Parce qu’à présent je ne me vois plus forcée à faire quelque chose qui n’était pas juste et parce qu’ils ne me payaient pas en supplément alors que je travaillais plus”.

**Sabrina:** “Moi je démissionnerais bien là où je travaille. J’y passe dix heures et on me paye 15 pesos, je veux arrêter mais ma famille me dit que je ne suis pas riche pour me donner le luxe de renoncer. Ça m’a mis en colère, ils ne pensent pas à moi. Après j’ai dû aller à l’hôpital parce que j’avais quarante de fièvre mais ils ne m’ont rien trouvé, ma tête explosait, ils m’ont fait une radiographie du thorax, des analyses d’urine, de sang. Tous les résultats sont bons, deux jours après j’allais bien ”.

**Thérapeute:** “C’est comme si ce que vous disait l’autre vous traversait l’esprit et passait directement dans votre corps, sans pouvoir maintenir à distance ou mettre un frein à ces mots que vous ne reconnaissez pas comme vôtres”.

**Ofelia y Neca** (contentes mais déplacées): “Nous nous sommes allées chez l’esthéticienne avant de venir au groupe, au moins on se fait belles et on s’arrange”.

**Thérapeute:** “**Mariana** vient de raconter qu’elle n’a pas supporté le nombre excessif d’élèves qu’elle avait sans la rémunération correspondante et elle a démissionné parce qu’elle n’a pu négocier une limite pour le nombre d’élèves avec les propriétaires. **Sabrina** raconte une situation similaire au sujet du nombre d’heures de travail et de la paie qui n’est pas conforme à ce qu’elle donne d’elle, dans ces situations elles peuvent penser et

décider, j'accepte ou non. Ensuite **Sabrina** raconte comme elle s'est sentie maltraitée et en colère vis-à-vis de son oncle et sa tante qui ne se rangent pas de son côté. Le symptôme corporel qui s'impose alors l'empêche de penser qu'elle ne partage pas leur avis, que ce qu'ils pensent est une version des choses et non la suprême vérité, l'unique qui aurait de la valeur".

**Sabrina:** "Ca me soulage d'écouter que vous pensez comme moi, qu'ils sont injustes avec moi".

**Emma:** "J'ai fait un rêve : quelque chose de moche : un cimetière et un homme avec un long pardessus comme celui du clochard d'en face de chez moi ».

**Tita:** "Il t'a dit quelque chose ?" (Elle se réfère au rêve, pense à un message à travers le rêve).

**Emma:** "Non, c'est peut-être un prétendant ?" (Rires).

**Tita:** "Moi j'ai rêvé que ma fille allait travailler comme prostituée et j'ai pleuré. Je lui disais : je ne vais pas m'occuper de tes enfants si c'est ça ta profession. Ensuite deux petits vieux me lisaient les lignes de la main et me disaient que j'aurai toujours des problèmes d'argent et que ma fille par contre serait brillante" (elle le raconte préoccupée comme donnant la même valeur au rêve qu'à la réalité).

**Analía:** « Moi je suis allée à Calafate (province du sud argentin) et j'ai vu la maison du président (ex président, Nestor Kirchner décédé en 2010) elle avait une galerie peinte en rouge ».

**Néca:** "Je me suis sentie mal quand j'ai appris que ma belle-sœur avait été hospitalisée, j'avais mal dans la poitrine et j'ai ressenti beaucoup d'angoisse. Je ne pouvais pas aller la voir après ce que j'avais dit dans le groupe et la doctoresse m'a dit que j'avais peur qu'il lui arrive quelque chose de mauvais et en même temps à moi. A présent ma belle-sœur doit se faire opérer mais j'ai pu aller la voir et je me sens plus tranquille. Je sépare les choses, nous ne sommes pas la même personne même si nous sommes très unies. En ce moment j'essaie de séparer ce qui concerne mon mari" (il a des problèmes neurologiques et elle a peur qu'il meurt).

## Commentaires

**Sabrina** pose la question: comment font les autres ? Elle confie qu'elle ne peut répondre ou réagir aux autres et que la mal être passe dans le corps.

Elles ont besoin d'un autre modèle pour incorporer une nouvelle identification ou une identité plus complexe en compagnie de leurs pairs. Se présente l'excès d'un autre qui impose sa forme de pensée dans une dépendance pathologique et en complicité avec elles.

**Consigne: la même que la précédente (intermédiaire) du fait d'un grand nombre d'absents la séance précédente.**

**Ñeca:** "Je commence, j'ai choisi ces vieux qui dansent (photo 44) je veux être comme eux se prenant par la main comme ça en dansant, trouver un professeur, c'est un projet que j'ai mais je me fatigue, j'ai besoin de me bouger, de marcher...avec l'informatique on reste trop assis. J'ai besoin d'un moyen terme".

**Marcela:** "Moi je chantais et j'ai arrêté, j'aime le tango mais je ne trouve pas le temps. J'ai choisi les mouettes (photo 45) je ne peux trop interpréter pourquoi, peut-être pour les gens qui sont libres. Les mouettes sont libres. A présent il faut que je cherche quelque chose pour les jeudi que j'ai de libres".

**Emma:** "Ce grand-père avec son petit-fils (photo 46) qui discutent comme moi avec les miens. Mon petit-fils m'a laissé une note l'autre jour me disant qu'il m'aimait, ça m'a étonnée, qu'est-ce que ça signifiera ?" (La semaine suivante sa fille et son petit-fils sont partis vivre en Espagne, j'étais au courant mais sa famille le lui a occulté).

**Sabrina:** "J'ai choisi le paysage de plage et la mer (photo 47) j'aurai peur de rentrer dans l'eau, un vrai frigidaire, cette ligne d'écumes entre le sable et là où la vague se brise, c'est quelque chose d'intermédiaire. Là j'ose me mouiller les pieds".

**Thérapeute:** "Quelque chose de froid comme la mer et non de chaud comme la forte fièvre que vous avez eu. Le bord de l'eau pour commencer entre les extrêmes".

**Tita:** "J'ai choisi celle du sud (photo 48) j'aimerais aller avec mon mari là-bas et nous n'avons pas pu, il travaillait quand nous nous sommes tout juste mariés et c'est resté remis à plus tard, maintenant on ne peut pas y aller parce qu'il n'a pas de travail".

**Thérapeute:** “Peut-être pouvez-vous réaliser des sorties intermédiaires avec votre mari pour vous donner des petits plaisirs comme lorsque vous alliez à la Costanera (berges du Río de la Plata à Bs As) pour que lui pêche et vous l’accompagnant”.

**Analia:** “J’ai choisis la femme de dos avec les chevaux (photo 49), j’aime les chevaux, pas pour m’en occuper sinon pour les contempler”.

**Thérapeute:** “Aujourd’hui vous souhaitez contempler : la maison dans le sud, les chevaux, vous désirez vous donner un repos agréable sans besoin d’être absolument en forme au service des autres. L’intermédiaire ce serait dans ce cas le temps pour prendre soin de soi”.

**Ofelia:** “J’ai choisi celle des arums (photo 50) parce que j’en ai aimé la couleur. L’arum je le vois libre, j’adore vivre avec ma fille et ma petite-fille mais je me sens assiégée. Hier soir j’ai voulu aller me coucher et ma petite-fille est venue dans ma chambre et je n’ai pas pu regarder le programme télévisé que je m’apprêtais à voir. Je voudrais quelque chose d’intermédiaire, vivre dans le même immeuble pour déjeuner et dîner ensembles et avoir la nuit pour moi...”

**Thérapeute:** “C’est possible, entre le blanc du désir, de l’arum et le noir de la colère par laquelle vous pouvez exprimer ces désirs”.

### Commentaires

La paix est associée au blanc de la fleur et l’intrusion d’une petite-fille au noir, nous y voyons le passage brusque d’un état à un autre toujours en absence de nuances.



Photo 44 Photolangage®



Photo 45 Photolangage®



Photo 46 Photolangage®



Photo 47 personelle



Photo 48 personelle

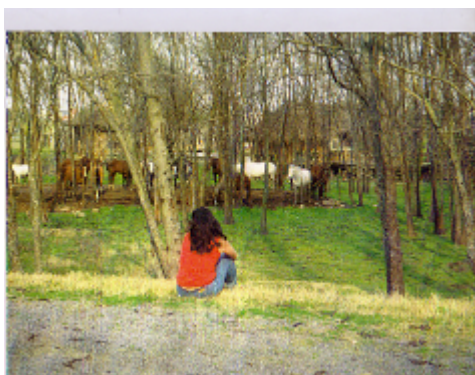


Photo 49 personelle



Photo 50 Revue DECÓ

**Consigne:** *“Choisissez des photos pour exprimer ce qu’est pour vous compensation”.*

C’est une séance où se produit un échange de regards différents sur les photos des autres.

**Valeria:** « J’ai choisi le dessin d’une mère qui dort avec le cadre orange (photo 51) et celle de la table ronde en pierres du nord (photo 52). Je choisis cette femme pour la compensation d’un repos réparateur mais ce qui me choque c’est qu’elle semble enfermée et qu’elle ne peut sortir de cet enfermement dépressif. Elle est presque en position fœtale. Et l’autre pour son aridité et pourtant elle a une table pour beaucoup accueillir, je ne sais pas ce que c’est mais cela offre la possibilité de groupes sociaux, il devrait y avoir des gens autour de la table ».

**Beto:** “Pour moi cette table évoque le bien-être, sauf pour le cactus. Elle invite à partager mais l’endroit n’est pas idéal quoiqu’agréable. L’autre femme m’impressionne, comme en repos, ça me plairait. Moi j’y vois que je peux entrer en sommeil à la différence de **Valeria** qui ne peut en sortir”.

**Thérapeute:** “Il y a une oscillation possible entre se maintenir isolé, enfermé et aller vers le groupe, partager avec d’autres. Dans les deux positions il y a du bien-être et du mal-être, pour **Valeria** la table pouvant accueillir beaucoup pourrait être une compensation à l’enfermement précédent qu’elle a perçu dans l’œuf”.

**Beto:** “Moi j’ai choisi ce couple qui se dispute (photo 53). Il faut toujours que j’en fasse un peu plus. On dirait que je suis en dette ou que j’en ai trop peu fait pour ma femme, il faut que j’en fasse plus, je dois compenser tout le temps et je ne veux plus avoir de dettes. Les choses me viennent comme elles me viennent, j’essaie d’améliorer ce que je peux le plus”.

**Thérapeute:** “Vous vous demandez peut-être si tout dépend de vous en relation aux possibles changements et progrès dans votre couple ; Pourriez-vous vous-même demander compensation à votre conjointe ? Le changement serait mutuel et réciproque ?”

**Beto:** “J’ai aussi choisi ce paquet enveloppé (photo 54). J’imagine que là est la compensation bien que je ne sache pas ce que c’est”.

**Thérapeute:** “Compensation, à quoi?”

**Beto:** “A ne pas être tout le temps en train de compenser, que ne soit pas prémédité ce que je vais dire et faire”.

**Valeria:** “Moi j’adore ce panier. Je suppose que c’est une panière qui contient un bon pain. Sur la photo de ce couple, je vois quelque chose de triste. Elle ne veut pas écouter et lui est presque méprisant du regard, avant il me coûtait de réagir face à ces regards de mon ex-mari”.

**Thérapeute:** “Vous parlez des choses fondamentales : le pain, l’aliment pour survivre. Je me demande et je vous demande où est le désir de vivre, celui du plaisir ?”

### Commentaires

**Valeria** parle de son état dépressif de son repli régressif (dormir dans un œuf) et de l’aridité de sa solitude (la table vide). **Beto** oppose la pulsion de vie à la pulsion de mort et propose de partager la table avec d’autres en compagnie. Il réfléchit : les conflits de couples peuvent impliquer des positions différentes, cela vaut-il la peine d’être avec les autres et de ne pas s’isoler ? L’espoir d’une compensation est bien là, d’une reconnaissance pour le soutien donné ou l’effort réalisé mais la souffrance n’y donne pas droit.





Photo 51 Revue DECÓ



Photo 52 personnelle



Photo 53 personnelle



Photo 54 Musée Malba. Marepe (2002)



**Consigne:** “Choisissez une ou plusieurs photos pour dire progressivement”.

Cette séance illustre la place du coordinateur dans la gestion-régulation du temps pour aider à ce que les associations soient fluides plus que pour interpréter.

**Viviana:** “J’ai choisi celle-ci de la mer (photo 55) la mer progressivement avance et mange la terre, comme la cigarette avec moi, je dois aller dans un monastère et qu’on m’y attache pour ne pas fumer. J’ai des pics de 10 puis 5 puis 10 cigarettes, ce n’est pas bon pour moi, je dois faire des ruptures plus drastiques”.

**Mercedes:** “Moi pas de manière drastique. C’est par usure comme la falaise de **Viviana** qui serait mes poumons. Progressivement je termine quelque chose. Je sens un mur qui m’étouffe et c’est l’étouffement qui m’empêche de continuer à avancer. Le chemin est plein de boue, pas facile à emprunter pour une voiture, je passe par l’empreinte, moi je n’arrête pas drastiquement, j’arrête par usure. Je dois produire quelques changements parce que les autres réagissent différemment avec moi maintenant. Dans mon travail, avant je ne manquais jamais. L’autre jour je suis restée à la maison à cause d’intenses maux de tête et je ne me suis pas sentie coupable, c’est une avancée”.

**Beto:** “Moi je me souviens d’un malaise terrible lors d’une crise d’asthme. C’est pour ça que j’ai arrêté de fumer. Pourquoi suis-je arrivé à cette situation limite ? Je ne pouvais pas respirer à certaines heures de la journée. Il m’a fallu en arriver à un tel dommage pour arrêter. Aujourd’hui ça m’écœure, je ne supporte pas la fumée qui avant était un plaisir auquel j’avais goût. J’ai pu arrêter, maintenant je me demande pourquoi je ne l’ai pas fait avant. J’ai senti la différence quand j’ai été mieux. Je bouge bien mes bras et mes jambes et je ne me fatigue pas, je sens le goût de la nourriture”.

**Thérapeute:** “**Mercedes** vous avez parlé d’un mur, qui est votre mur ?”

**Mercedes:** “Danny, mon mari c’est mon mur. Il me demandait : pourquoi tu vas au groupe, la psychologie ne sert plus à ce point de la partie. Dans le journal est sorti un article sur



Photo 55 Personnelle

la mort de la psychanalyse, pourquoi y vas-tu ? Il ne me soutient pas, m'empêche d'avancer. Il est obèse, pèse cent vingt kilos. Je suis fatiguée d'être son souffre-douleur, je ne veux plus de ça à présent. Je me suis séparée par usure, progressivement. Ma poitrine explosait, j'avais du mal à bouger mais il n'y avait pas moyen, je n'arrêtais pas de fumer, ça me mortifiait. 90% des dommages que j'ai dans les poumons sont dus à la cigarette, pour le plaisir d'une minute, quand j'ai réalisé, j'ai arrêté pour ça".

**Thérapeute:** "Il semble qu'il y ait un plaisir pour quelque chose qui fait du mal au corps et abîme et d'un autre côté un plaisir qui donne du bien-être, comment distinguer l'un de l'autre ?"

**Beto:** "Moi je le faisais pour l'anxiété que me provoquait la maladie de ma cousine (leucémie) et la mort de mon père. Il me semblait que fumer était seulement un plaisir. Je travaillais comme un chien, j'étais un automate. Je fumais comme un sapeur (l'expression en espagnol argentin est « comme un crapaud ») je travaillais jusque tard le soir et voyait ma gamine quand elle dormait déjà. Aujourd'hui j'ai l'opportunité de choisir comment va être ma journée".

**Thérapeute:** "A présent c'est vous qui pensez et vous qui décidez, avant vous vous laissiez emporter par des impulsions pour ne pas penser".

**Beto:** "J'ai choisi ces trois fenêtres sur le mur rouge (photo 56). La vie ne se donne pas progressivement, elle vous éclate au visage".

**Thérapeute:** "L'éclatement auquel vous vous réferez serait-ce les situations brutales et inespérées de pertes d'être chers pour vous".

**Beto:** "Oui, ma fille aînée était une petite fille et tout à coup elle a seize ans. C'est presque une femme. Bientôt elle voudra former une famille et je vais me retrouver sans mes gamines. Elle est dans un moment spécial. J'ai commencé à penser ce qui lui arrivait, elle grandi, moi je me rends compte quand je regarde autour de moi que je suis plus vieux".

**Mercedes:** "Dans cette photo je vois trois miroirs, comme dans les années 70".

**Thérapeute:** "Moi j'associe les miroirs à votre jeu".

**Mercedes:** « J'étais tellement seule quand j'étais petite que j'allais dans la salle de bain et je parlais avec mes "sœurs du miroir" (photo 33) j'inventais des personnages. J'avais huit ans et je leur changeais de nom. Parfois je faisais que les autres étaient

méchantes et moi j'étais la gentille dans le jeu. Quand je ne jouais pas et que j'étais méchante, je m'arrachais des mèches de cheveux devant le miroir ».

**Valeria:** “Moi dans la photo de la fenêtre, je vois quelque chose de plus drastique, la fille est seule ”.

**Thérapeute:** “Peut-être dans le moment, ce n'est pas définitif, cela pourrait être le prélude à une rencontre avec l'autre”.

### Commentaires

**Beto** vit désormais comme s'il devait être en alerte en permanence, comme avant, pour rester en vie. Ils parlent de quelque chose (la cigarette) ou de quelqu'un (le conjoint) qui leur fait du mal et de quoi/duquel ils ne peuvent se séparer. Certains pensent conclure drastiquement ou jusqu'à arriver à une situation limite, par usure. Est-ce de l'auto-agression ? Ils ne peuvent décharger l'agression vers l'extérieure et tel un boomerang elle revient contre eux dans le corps. Faux liens ou connexions entre un plaisir apparent qui blesse et rend malade mais aussi pour masquer une douleur éclatante qui fait irruption dans la vie de leurs êtres chers.



Photo 56 Revue Argentine

Absences compensées par la construction imaginaire de compagnons de jeu ou d'un alter-ego. Le besoin d'affection est recouvert par les besoins d'autoconservation.

**Consigne:** *“Dites avec une photo ce qu’est pour vous se détacher”.*

**Ofelia:** Elle choisit la photo de danseurs de tango (photo 57). « Moi c’est ça que je veux mais l’idée que je suis vieille m’attache. J’ai appris à danser, j’ai peur qu’on ne me propose pas de danser, j’aimerais danser le tango et avoir une académie, c’est pour ça que j’ai mis en vente mon appartement de Flores » (quartier de Bs As).

**Elsa:** “Ma fille a réalisé mon rêve, elle a ouvert un commerce. Je rêvais d’avoir un magasin et de préparer la vitrine. Elle a été vaillante contrairement à moi, elle a contracté un prêt et a ouvert”.

**Ofelia:** “Moi j’ai travaillé dans une teinturerie et à une époque je voulais en ouvrir une à moi mais je n’ai jamais trouvé la garantie économique. J’avais déjà la clientèle”.

**Thérapeute:** “Comment confier dans ses propres ressources? Vous racontez que parfois c’est à travers de vos enfants, ils réalisent vos désirs”.

**Elsa:** “Quand tu désires un projet avec force, ça se fait, le tango, tu dois le faire. Moi j’ai choisi cette photo avec les toupies (photo 58) vous avez parlé de se détacher. J’ai pensé à me détacher des enfants que j’ai tous élevés, Ils sont huit et les toupies me semblent danser seules comme j’aimerais voir faire mes enfants qu’ils ne croient pas que je suis une super-maman. Ma fille la plus grande veut que je garde sa petite parce qu’elle travaille mais elle doit s’en sortir seule. Mon mari fut entrepreneur, il a fallu que je le pousse, maintenant je veux faire ce qui me plaît à moi, fabriquer des vêtements avec des métiers à tisser, c’est mon truc”.

**Miriam:** “J’ai choisi celle du cheval blanc (photo 59) elle m’a appelé cette photo, je veux me détacher de ma fille je suis toujours dépendante d’elle ou de mon petit-fils. Elle ne sort pas et pleure ; elle est déprimée”.

**Thérapeute:** “Vous voulez vous séparer un peu sans culpabilité ”.

**Miriam:** “Cette photo me rappelle quand on allait à la campagne avec mon grand-père parce que ma maman était au lit et ne se levait pas. Nous ne savions que faire. En plus elle demandait à mon père qu’il ne sorte pas, qu’il reste avec elle. A présent je ne veux plus aller à l’hôpital de jour. Mon papa ne veut rien savoir de la mettre dans une maison de retraite mais ça me fait de la peine pour lui qu’il soit enfermé avec elle dans la maison. Je

voudrais qu'il aille dans un club avec ses amis. J'ai pensé qu'il devrait se détacher de sa femme, c'est sûr c'est moche de penser ainsi”.

**Thérapeute:** “Se détacher peut signifier une séparation transitoire, non définitive, sentir que vous êtes des personnes avec une certaine autonomie pour sortir et revenir. Combien doit-on céder du désir personnel pour pouvoir être avec l'autre ?”



Photo 57 Revue Argentine

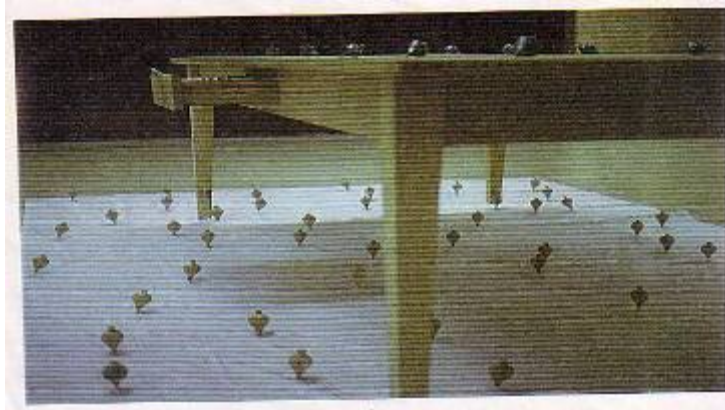


Photo 58 Musée Malba. Monken (2002)



Photo 59 Personnelle

**Tita:** “J’ai choisi cette fille dans la montagne (photo 60). Mon mari doit se détacher de l’atelier dans lequel il a travaillé trente ans, en fait il doit le restituer. Je l’ai vu seul dans cette situation. Au moment de son second mariage avec ma mère (la première femme du père de **Tita** est morte enceinte d’un bébé) ma grand-mère a dit à mon père : « avec le sein étranger on perd son âme ». Elle ne lui a pas donné sa bénédiction pour son nouveau mariage. Elle n’a pas compris qu’il était veuf jeune et mon père a toujours vécu avec ce poids”.

**Thérapeute:** “Peut-être désirez-vous vous détacher de cette espèce de malédiction folle de votre grand-mère. Associez-vous ce qui arrive à votre mari, la perte de son atelier, avec l’absence de bénédiction de votre grand-mère sur les descendants de son fils?”

**Tita:** “Je crois que oui” (elle sourit).

**Nora:** “Moi j’ai choisi la photo de cette pièce avec la fenêtre (photo 61) parce que ça ne va pas avec mon frère. Il est dépressif depuis qu’il a perdu son associé au travail, il est tombé au fond d’un trou. Il reste au lit, ne sors nulle part et ma belle-sœur pleure. Il ne veut pas recevoir de médecin. Ma maman se mettait au lit l’après-midi. Ma mère n’a pas voulu m’avoir” (elle pleure).

**Thérapeute:** “Comment se détacher d’une histoire si triste? De votre propre phobie à sortir en fin de journée qui maintenant prend sens ? Il y a des personnes qui vous aime dans ce groupe”.

**Nora:** “J’ai aussi choisi les fleurs (photo 62). J’aimerais que quelqu’un m’envoie des fleurs, c’est une marque d’affection. Mais comme ça n’arrivera pas je me les achète. Une fleur ou une petite plante. Mon mari les voit et il me dit avec dédain : tu as dépensé de l’argent dans ces cochonneries”.

**Analía:** “Dis-lui qu’on te les a offert”.

**Nora:** “ Non c’est un imbécile. J’ai besoin d’affection que ce soit un petit mot seulement, pour moi tout est affection. Me retrouver avec une amie, parler avec quelqu’un, venir au groupe ».

**Analía:** “Moi j’ai choisi ce couple dans le Tigre (delta du Rio de la Plata - photo 63) on peut supposer qu’il y a de l’affection même s’ils passent par un conflit. Nora, ne me dit rien mais l’affection ne peut pas tout. Il peut se susciter des situations et des différences même quand il y a de l’affection”.

**Ofelia:** “Sûr qu’elle a choisi cette photo parce qu’elle aimerait avoir quelqu’un comme pour moi”.

**Analía:** “Non, ça ne me désespère pas”.

**Nora:** “Je vois la mer sur cette photo, ça me fait peur mais j’aime le couple fâché, qu’ils s’arrangent entre eux”.

**Analía:** “Tu devrais apprendre à nager”.

**Nora:** “Je suis allée au cours de gymnastique aquatique mais je restais au bord et je n’osais pas”.

**Analía:** “Moi je nage depuis que j’ai deux ans”.

**Miriam:** “Moi non plus je ne sais pas nager”.

**Thérapeute:** “Comment vous soutenez-vous par vous-mêmes, comment nagez-vous seules, comment fait-on pour être en couple?”

**Elsa:** “J’ai choisi la photo de l’épouvantail (photo 41), quelle est belle ! Moi je suis attentive à ce que les enfants ne se battent pas entre eux. L’affection il faut apprendre à la semer, combattre les fourmis. J’ai tellement travaillé qu’ont poussées des roses et un bougainvillier et j’ai aussi une orchidée blanche maintenant je suis contente ! Et elle a des feuilles ”.

**Analía:** “Tu sais t’en occuper ? utilise un vaporisateur, il faut l’acheter, il n’y a que les japonais qui le vendent. Il faut vaporiser les feuilles pour les protéger”.

**Elsa:** “Pour l’instant je suis amoureuse de ma petite plante. J’ai peint ma cuisine en orange on dit que c’est une couleur antidépressive”.

**Miriam:** “Moi j’ai choisi celle-là, la promenade sur les berges du Tigre (delta du Río de La Plata – photo 64) on dirait Punta Lara (lieu-dit de la zone) où on va pêcher. Je vois dans ce couple qu’ils vont bien, qu’ils sont détendus”.

**Nora:** “J’aurai bien une maison de campagne avec un bout de terre pour marcher là avec l’épouvantail”.

**Elsa:** “Moi j’aimerais me promener sur les berges, ça ne nous plait pas de nous promener seuls avec mon mari. On est dix et avec une seule voiture on ne rentre pas, alors on reste à la maison”.

**Miriam:** “va marcher seule avec lui !”.

**Analía:** “Avec les autres les sentiments ont leurs hauts et leurs bas”.



**Thérapeute:** “L’affection vous en prenez soin, la semez, la protégez des années qui passent, tellement d’investissement et après ? est-ce possible d’en récolter les fruits?”.

### Commentaires

Elles ont des projets mais des attaches les paralysent, d’autres fois ce sont leurs enfants qui mènent à bien ces projets. Elles veulent penser à elles et ne s’en sentent pas le droit par ailleurs. Les enfants, les parents et parfois aussi le conjoint se transforment en ces entraves qui les empêchent dans une forme d’autonomie. Comment se rebeller et recevoir tout de même quelque fleur ou démonstration d’affection ?

Elles ont peur des conflits, peur de nager et arrivent au bord...

Elles trouvent des ressources dans certaines actions dans la maison : peindre, planter pour préserver leur énergie et se sentir vivantes dans un paysage au climat dépressif.



photo 60 Personnelle



Photo 61 Personnelle



Photo 62 Personnelle



Photo 63 Personnelle



Photo 41 Personnelle



Photo 64 Personnelle

**Consigne:** “Choisissez des photos pour dire ce qu’est pour vous compensation”.

**Miriam:** Choisit un homme avec son bébé (photo 65). “Pour ma maman qui m’a fait défaut, je n’ai pas été élevée par elle. Elle a été hospitalisée et j’ai vécu avec mon oncle et ma tante. Toutes ces années ce sont passées comme ça



Photo 65 Photolangage®

(elle pleure). Ma fille va faire la même chose avec moi, je fais tout pour elle mais je voudrais plus d’affection, je la prends dans mes bras, j’essaie de mon côté mais elle me rejette”.

**Nora:** “C’est la même chose pour moi ma mère a été bonne pour moi mais elle ne m’a jamais embrassée. Mon mari est pareil que ma mère mais je l’ai habitué à me donner un baiser d’amour. Lui me regarde et me dit : vois-donc les idées qui te viennent. Chez moi je n’ai pas reçu d’affection, à sept ans je suis allée vivre chez mes tantes qui étaient vieilles filles, elles étaient affectueuses mais pas au point de me prendre dans leurs bras avec tendresse”.



Photo 63 Personnelle

**Analía:** “On t’a protégée physiquement mais pas mentalement”.

**Nora:** “Je faisais des reproches. J’ai choisi le couple au bord du fleuve (photo 63) parce que je n’arrive nulle part. Je me sens coupable de sortir seule même si j’en ai envie”.

### Commentaires

Rejet d’une mère et d’une fille : être prise dans les bras, recevoir des démonstrations d’affections contiendraient l’angoisse mais ne se produit pas. La maladie psychique ou mentale dans leur famille n’est pas reconnue, elles ont vécu-survécu avec des soins méthodiques, froids sans la chaleur de la tendresse appropriée. La culpabilité pour le désir de sortie réapparaît. Sortir est une trahison.

**Consigne: “J’ouvre une porte et...dites-le avec des photos”.**

**Ofelia:** “Ça me rappelle les sérénades dans la maison de ma tante à Lobos (province de Bs As), ces grilles avec une toile d’araignée (photo 69), les promenades dans la rue et les prétendants qui me disaient de jolies choses derrière l’épaule. Ce fut une surprise pour moi. J’ai toujours été un vilain petit canard”.

**Thérapeute:** “On vous disait vilain petit canard? Vous êtes jolie, vos compagnes dans le groupes et les prétendants dont vous vous souvenez vous l’ont dit et vous le disent, pourquoi serait-ce une surprise qu’on vous trouve belle?”

**Miriam:** Choisit celle des oies (photo 70). « J’avais 15 ans et je me promenais avec ma grand-mère dans la ferme à Córdoba (province argentine), mes parents étaient là, et bien c’est un souvenir agréable ».

**Fanny:** “Moi j’ai choisi cette porte avec la grille ouverte (photo 69) ça me représente une chanson comme un rêve. Dans mon enfance une petite voix chantait pour moi quoi que je ne m’en souvienne plus très bien. Avant en province on laissait la porte ouverte pour entrer, aujourd’hui c’est difficile que cela ne se produise”.

**Thérapeute:** “Auriez-vous laissée ouverte la porte de vos sentiments? De qui pourrait bien être cette petite voix?”

**Fanny:** “De ma maman” (elle pleure).

**Lola:** “Moi aussi j’ai choisi la grille (photo 69). A Tucuman (province argentine) on voyait les arbres à travers la grille de la maison. J’ai vécu de graves pertes, ma mère à dix ans et les carences de la pauvreté. Cette photo me rappelle mon adolescence, les promenades autour de la place et celles que l’on faisait à cheval. Les premiers petits-amis, les compliments et le premier baiser d’amour”.

**Thérapeute:** “Aujourd’hui avec qui vous promenez-vous?”.

**Lola:** “Avec mon mari mais il est triste, parfois nous allons au club des retraités et là entre nous tous on rit”.

**Susana:** “La grille ouverte (photo 69) me rappelle la maison que louaient mes parents, elle est vieille maintenant mais dans le jardin reste un arbre où j’ai gravé quelques choses dans l’écorce, il y a peu de temps je suis entrée dans le jardin et je l’ai trouvé, dans la maison je n’ai pas osé entrer à cause des souvenirs”.

**Nora:** “Moi je l’ai choisi parce que j’ai des barreaux à l’intérieur, la porte est peut-être ouverte mais moi je ne sors pas”.

**Thérapeute:** “Vous pourriez ouvrir et fermer la porte comme dans la chanson “riz au lait” (“arroz con leche” une comptine traditionnelle) qui dit : je veux ouvrir la porte pour aller jouer”.

**Nora:** “Dans la maison de ma mère, il n’y avait pas de grille, on m’a envoyé à la maison de mes tantes parce que des garçons m’ont blessée en jouant. Je suis restée aveugle pendant une heure, j’ai vécu avec mon oncle et ma tante de 7 à 31 ans, je ne passais pas de mauvais moments, je sortais avec mes amies, j’étais très ouverte avant puis quand je me suis mariée, je me suis fermée”.

**Tita:** “J’ai choisi la rue italienne (photo 71), je me souviens que ma mère avait un métier à tisser avec une quenouille moi j’étais le bébé et on m’a donné à manger à la cuillère jusqu’à sept ans, on ne me laissait pas aller jouer, je n’ai pas eu d’enfance. J’ai vécu une double migration, j’ai connu mon père quand j’avais huit ans quand nous sommes venus à Buenos Aires pour le retrouver. Je me suis séparée de ma grand-mère qui m’aimait et j’ai rencontré un monsieur que je ne connaissais pas”.

**Thérapeute:** “ La séparation a apporté la souffrance. Vous évoquez des souvenirs de votre enfance et de votre adolescence : des chansons, des petites voix, des compliments, des souvenirs agréables et aussi ceux qui ont produit de la douleur. Nora il y a des grilles qui s’ouvrent et se ferment à l’extérieur mais aussi celles de l’intérieur qui s’ouvrent lorsque l’on comprend et que l’on peut laisser sortir les sentiments ”.

### Commentaires

Elles se sentent des « vilains petits canards » même lorsque dans l’actualité il y a un ou des regards qui disent le contraire ou qu’en ouvrant une porte apparaissent les souvenirs agréables de l’enfance et de la jeunesse. Certains ravivent la détresse d’avoir été élevé par d’autres (oncles...) et elles montrent la douleur de la séparation de leurs affects les plus originaires et leur enfermement.





Photo 69 Photolangage®



Photo 70 Revue DECÓ



Photo 71 Personnelle

**Consigne :** “*Choisissez des photos pour nous montrer ce qu’est pour vous dépendre*”

**Mercedes:** “J’ai choisi la balançoire avec des piquants (photo 4). Elle représente pour moi la dépendance affective depuis l’intérieur. Maintenant je travaille dessus à l’intérieur de moi, au dehors, les clous sont ce qui a marqué mon enfance. J’étais dépendante et nécessiteuse, je vivais dans la dépendance qu’on m’aime, on m’asseyait sur la balançoire et me laissait là. Je mendiais l’amour, à présent avec mon mari il se passe la même chose. J’ai aussi choisi celle avec les lilas et une promenade dans un bel endroit (photo 5). Aujourd’hui je ne dépends plus tant de la balançoire j’essaie d’être mieux même si l’autre ne m’aime pas”.

**Beto:** “Moi je vois beaucoup de souffrance dans cette balançoire et cette photo avec les glycines, la femme y est seule”.

**Valeria:** “J’y vois que ce qui devrait être un plaisir est une torture. La glycine, c’est comme un rêve au bord du fleuve. Il y en avait une pareille chez mes grands-parents, le parfum les bons vieux sentiments sont une bonne dépendance”.

**Thérapeute:** “Vous questionnez quelle dépendance pourrait ne pas être un vilain mot, quand il y a une réciprocité comme le dit Valeria, celle qu’elle a eu avec ses grands-parents”.

**Valeria:** “Oui il y a de bonnes dépendances par exemple aux arbres pour se sentir bien, bon bien sûr (en riant) j’ai mon *Sérétide* (médicament utilisé pour l’asthme bronchiale). J’ai choisi cette gloriette (photo 3) je vois un monsieur avec son fils comme moi et mon frère. On était avec mon vieux avant, c’est un cycle de la vie. Les enfants dépendent de nous mais moi je veux mettre un peu de distance. J’ai mon père collé à moi, il est en fauteuil roulant il n’accepte pas que d’autres que moi s’occupe de lui et il m’étouffe”.

**Thérapeute:** “Vous parlez d’un excès de dépendance, votre père a besoin que vous viviez attachée à lui, sans espace entre vous, vous êtes comme l’air pour lui et il vous laisse sans pour respirer vous”.

**Beto:** “J’ai choisi la photo de la gloriette (photo 3) c’est un bon moment pour un couple, pour les enfants”.

**Mercedes:** “Moi cette photo me semble sortie de son contexte, ces trois-là ne me donnent pas le sens de dépendance. Les plus grands m’apparaissent autoritaires, ces trois personnes me déplaisent”.

**Beto:** “J’ai choisi ce petit garçon et cette petite fille qui se tiennent par la main (photo 72) elle me rappelle ma sœur et moi quand nous étions petits, les bêtises et les vacances. La dépendance d’avec mes parents dans l’enfance et l’adolescence après tout a changé avec le temps. En ce moment, je ne me sens pas dépendant quoi que ma mère soit toujours vivante. Je fais ce qu’il me semble être bien. J’ai très peur de dépendre de quelqu’un, mon vieux sous cette gloriette, à l’époque il avait toujours la bonne réponse et il m’aidait. C’était l’homme de la maison. A présent je dépends juste de l’affection de mes filles. L’autre photo, celle de cette femme avec son fils (photo 73) J’y vois une de mes filles, la cadette très dépendante de ma femme. D’un côté je me sens plus tranquille parce qu’elle consulte tout auprès d’elle avant de sortir mais d’un autre non. Comment va-t-elle grandir ? A la maison, les trois filles sont contre moi mais elles dépendent de moi, elles me disent « papou » tu viens me chercher ? J’ai été amené à penser que les circonstances qu’il m’a été donné de vivre, les moments limites ont activé en moi un froid dans mes affects. Je n’ai pas beaucoup de souvenirs de mon beau-père qui est mort il y a trois mois, je l’aimais comme un père mais ma vie continue et il ne me manque pas. J’espère que ma femme ne va pas tomber au fond du gouffre pour la mort de son père comme ça m’est arrivé à moi. La mort fait partie de la vie. J’en suis confus d’être si froid face à certaines situations cependant, pour cela justement, ne pas me souvenir de certaines m’aide à vivre”.

**Thérapeute:** “Vous avez pu commencer à séparer le passé, avant vous évitiez de vivre le présent et était incapable de rien projeter”.

**Mercedes:** “Moi je vois mes enfants grandir mais eux dépendent totalement et absolument de moi”.

**Valeria:** “Dans celle-ci je vois l’affection entre frères et sœurs. Ce n’est pas de la dépendance”.

**Thérapeute:** “Vous faites la distinction entre le besoin de vivre avec quelqu’un quand vous étiez enfants et le choix de vivre avec quelqu’un dans la vie adulte en équilibre entre autonomie et dépendance.”.



### Commentaires

Ils se réfèrent à la dépendance dans les liens qui vient de l'excès de la part de ou vis-à-vis de l'autre. Ils devraient pouvoir confier en une réciprocité mais nous constatons qu'ils sont restés fixés dans une asymétrie comme celle des enfants avec leurs parents. Est-ce en étant un peu plus froid dans les sentiments qu'on peut être dépendant et maintenir à la fois une autonomie relative ?

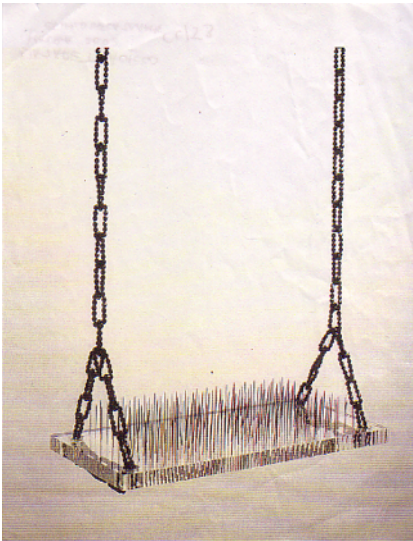


Photo 4 Musée du Malba. Nazaret Pacheco (2002)



Photo 5 Personnelle



Photo 73 Photolangage®



Photo 72 Revue DECÓ



Photo 3 personnelle

**Séance: Appropriation des voix** (voir séance 12 page 180).

**Consigne:** *“Rappelez-vous une phrase, des mots dits ou écrits qui ont eu un impact particulier en vous, racontez-nous avec une photo”.*

C'est une des premières séances du groupe et la thérapeute participe activement pour montrer la fiabilité du chemin dans l'idée de restreindre les peurs et inhibition de la nouveauté.

**Thérapeute:** “J'ai choisi celle des tortues (photo 75) et le rideau de plumes (photo 8). On m'a dit une fois une phrase qui a eu un impact pour moi : que dans la vie il peut arriver beaucoup de choses, on peut gagner ou perdre et cependant la connaissance reste à l'intérieur de soi et se conserve dans le temps, qu'elle est une immense richesse. Les tortues sont là pour signifier cela dans le petit à petit et puis cette phrase m'a servi pour penser l'avenir avec espoir comme une couverture de plume”.

**Celia:** “Moi j'ai choisi ce mur (photo 8) je me suis souvenue d'une phrase que mon père a dit à ma mère et qu'elle m'a répété : « que si elle n'acceptait pas sa nouvelle femme il mettrait un mur entre lui et nous ». des années plus tard il m'a dit qu'il sentait du rejet pour moi et moi je bataillais beaucoup avec lui”.

**Thérapeute:** “Vous vous êtes cognée contre le mur que votre père a dressé dans l'affection ”.

**Celia:** “Adolescente oui, à présent que je suis adulte c'est pareil”.

**Analía:** “Pourquoi ce rejet?”

**Celia:** “A cause de ma manière d'être”.

**Susana:** “Tu as d'autres frères et sœurs?”

**Celia :** “Oui un frère de vingt et un ans”.

**Susana:** “Comment vous entendiez-vous tous les deux avec ton papa enfants?”

**Celia:** “Bien, ce qui se passe c'est que je représente tout ce qu'était ma mère. Il y a peu j'ai appris qu'il a eu une crise d'asthme comme celles que j'ai moi ; il vit dans le sud, je l'ai appelé pour savoir comment il allait. Ça faisait un an que je ne parlais pas avec lui. Mais à présent j'ai décidé de ne plus l'appeler. Jveux dire, il ne peut pas dire à un de ses enfant qu'il ne l'aime pas, il va continuer comme ça, il ne change pas ”.

**Susana:** “Lui dit cela et toi tu ne veux plus l'écouter”.

**Celia:** “Je n’ai pas de souvenirs d’avant la séparation. Je me souviens seulement qu’il nous frappait mon frère et moi quand nous nous levions tard. J’ai beaucoup grossie après la séparation”.

**Susana:** “Tu dis que ton papa a eu de l’asthme”.

**Celia:** “Oui, on m’a dit que c’est apparu quand je suis née. Mon mari a des filles de son premier mariage et il les traite comme j’aimerais que mon père le fasse avec moi”.

**Thérapeute:** “Si nous reprenons la consigne, quel impact a eu cette phrase?”

**Celia:** “Que quelque chose s’est brisé à partir de lui, je sentais que je me rabaissais chaque fois que je lui demandais quelque chose”.

**Thérapeute:** “Il est possible que pour ne pas vous rabaisser vous avez grossi. Comment vous détacher de ce que vous chargez là ? Je fais référence à votre père qui ne vous a pas pris en charge et qui projette sur vous toute la responsabilité de ce lien raté. Peut-être n’a-t-il pas la capacité d’aimer. Vous pourriez installer un œil (un judas) à ce mur pour voir si ce qui vient est bon pour vous, alors vous pourriez l’ouvrir plus, si c’est quelque chose qui vous fait du mal, vous le maintiendrez fermé et il vous servira de protection. Il serait bon que vous puissiez poser ce mur protecteur avec cet œil pour ne pas blesser votre corps. Je pose la question à tous : comment se soutient une relation entre deux personnes ?”

**Analia:** “Par un traité d’échange mutuel. Moi j’ai choisi cette photo (photo 74) elle m’a rappelé des indiens mexicains qui réalisaient du très bel artisanat avec les feuilles des épis de maïs, des œuvres d’art. J’ai dit à l’une d’entre eux qu’elle était une artiste et ce qu’elle m’a répondu m’a frappée : « que chacun dans la vie fait ce qu’il peut ». Ça m’a servi pour comprendre le comportement des gens”.

**Susana:** “Je trouve que c’est conformiste, là dans le cas de **Celia** elle devrait exiger que son père l’aime”.

**Thérapeute:** “C’est douloureux, elle peut le faire mais c’est difficile d’obliger quelqu’un à sentir ce qu’il ne sent pas”.

Silence

**Susana:** “Moi j’ai choisi celle-là des pierres blanches et noires (photo 76) pour une phrase prononcée par le médecin oncologue : « Toi, tu as dans ton ventre la moitié de la chimiothérapie que je ne peux donner à ton mari ». Ce que je désirais le moins à ce moment

c'était cette grossesse. Quand il est né j'ai changé d'attitude face à la vie et aujourd'hui j'ai un si beau garçon. Je me sentais comme toutes ces pierres noires tissées d'un fil: comme une grossesse noire qui par cette phrase est devenue blanche".

**Thérapeute:** "La vie et la mort se sont présentées simultanément dans votre vie comme le clair-obscur que représentent ces pierres".

**Marcela:** "J'ai choisi la danseuse (photo 77) parce qu'une fois j'ai lu un graffiti peint sur un mur par la fenêtre du bus qui disait « A l'impossible on tarde un peu plus à arriver », j'ai sorti un papier de mon sac et je l'ai noté. C'était il y a trois-quatre ans. Je me donne des objectifs et je m'y tiens. Demain je vais m'inscrire à l'université de médecine, je vais voir comment je m'en sors avec les plus jeunes".

**Susana:** "Tu vas faire médecine?".

**Marcela :** "Non (rire), une dérivation, technique en hématologie, ça prend deux ans et demi, je suis très enthousiaste".

**Celia:** "Moi j'aimerais étudier l'obstétrique, il n'y a pas besoin d'être médecin pour cela, ça m'enchant : voir des accouchements".

**Marcela:** "Cherche l'information pour t'inscrire à la faculté".

**Tita:** "J'ai choisi aussi la photo des tortues (photo 75) pour une phrase que m'a dite ma mère quand j'étais adolescente : « Ma fille a besoin de temps mais elle arrive où elle veut ». La tortue met sa tête dans sa carapace mais elle peut la sortir pour avancer".

**Marcela:** "Lent comme une tortue mais qui finit par arriver".

**Thérapeute:** "Pourriez-vous parler des photos choisies par les autres".

**Analía:** "Pour moi la photo du rideau est un papyrus".

**Celia:** "Je l'ai vu comme un mur".

**Marcela:** "Je suis surprise de voir tant de choses distinctes dans une même photo".

**Thérapeute:** "Dans une photo ou dans une scène de la vie on peut voir les choses différemment selon qui regarde".

**Susana:** "Oui comme les acteurs sur la scène qui peuvent transmettre différents sens d'une œuvre".

**Marcela:** "Dans ma photo vous ne pouvez voir qu'une danseuse, il n'y a pas moyen d'autre chose".

**Thérapeute:** “Un indien y verrait peut-être un oiseau. Dans celle de **Celia**, **Analía** a vu un papyrus avec ses yeux de bibliothécaire. Pour la situation de **Celia** d’avec son père il y a eu plusieurs opinions ou façons de réagir en plus de celles de l’intéressée. Elle a décidé de ne plus lui parler. **Susana** lui exigerait qu’il l’aime, d’autres suggère de continuer à essayer. (A **Celia**) Le silence et le vide de ce père vous pousse à continuer de grossir. Peut-être qu’il a mis ce mur pour se protéger lui ?”.

**Celia:** “Moi j’ai pensé au Ying et au Yang, le bon et le mauvais qui sont permanents”.

**Thérapeute:** “Voyons ce que nous pouvons faire avec ça. Tout n’est pas pur noir ou blanc”.

**Analía:** “L’artiste n’a pas appris son art, cela lui vient naturellement”.

**Thérapeute:** “Il a pu l’observer enfant dans sa famille et l’a incorporé sans s’en rendre compte, comme **Celia** qui voyait sa grand-mère fabriquer ses liqueurs ; il y a des images et des comportements qui se transmettent sans que nous nous en rendions compte”.

**Celia:** “Ma grand- mère a 90 ans et elle adore voir que j’en fais (des liqueurs). Pour moi c’est un travail, elle c’était pour le plaisir ”.

**Thérapeute:** “travailler avec plaisir”.

**Marcela:** “je suis sûre qu’ils étaient espagnols”.

**Celia:** “Oui”.

**Marcela:** “J’le savais!”

**Celia:** “La liqueur d’œuf c’est aussi pour les enfants”.

**Susana:** “Oui ma belle-mère raconte qu’elle en donnait aussi aux enfants”.

**Analía:** “Ne tombent-ils pas malades de salmonellose?” (Bactérie qu’on trouve souvent dans le jaune d’œuf contaminé).

**Celia :** “Je fais bouillir les œufs 10 minutes”.

**Thérapeute:** “Vous parlez de ces œufs on pourrait les comparer à un enfant contaminé parfois par la haine ou le rejet. Comment le décontamine-t-on?”.

Je leur propose de passer saluer **Julia** (une compagne du groupe qui a eu une pneumonie post chirurgie oculaire) qui est sortie de son coma (j’avais demandé à son fils qu’il lui apporte un walkman pour lui passer de la musique classique. Je me suis souvenue que lors d’une séance où la consigne était de choisir quelque chose à emmener dans un

refuge, elle avait choisi la musique) ; elle s'améliorait quoique faible et avait demandé si le groupe pouvait passer la voir.

Dans une chambre individuelle de la salle d'hospitalisation. La thérapeute tient dans ses mains les photos choisies par ses compagnes lors de la séance de ce jour.

**Julia** : « je veux voir quelques photos pour m'accrocher à quelque chose et me remettre ». Elle choisit la danseuse (photo 77) pour retrouver la force de ses jambes, les tortues (photo 75) pour vivre longtemps et le rideau de plumes (photo 8) pour être bien au chaud.

### Commentaires

Il y a des pères violents qui ne « voient » pas leurs enfants et eux tentent de se rendre visibles parfois dans leur corps comme avec l'obésité. Cependant si un enfant peut rejeter cette partie de son père d'autres parties se transforment en identifications qui agissent comme un compagnon remplaçant de l'absence. Ce compagnon du vide peut-être l'asthme du père par exemple...Chacun est l'artifice de sa propre vie avec ce qu'il a à sa disposition et ce qu'il peut en faire.

Le thème de la vie leur fait traverser dans la séance la grossesse et la mort, le cancer, l'allergie et la douleur. Sur qui trouver appui ? Comment naître à une nouvelle identité ? Petit-à-Petit comme les tortues...



Photo 75 Laboratoire SIDUS



Photo 8 Musée Malba. L. Kim (2002)



Photo 74 Revue Argentine



Photo 76 Musée Malba. A. Linnemann (2002)



Photo 77 Laboratoire SIDUS



Se présente la possibilité d'un changement favorable : une porte s'ouvre.

Ils se souviennent d'expériences vécues extrêmes du blanc au noir, le passage de la joie à la tristesse sans transition ni aucune nuance.

Se produisent la diffraction du transfert et le jeu entre les photos et le consigne.

Ils montrent le danger du non familier pour eux, renvoyant au mythe de la terre-mère nourricière et auto-conservatrice. On découvre des pères violents qui ne regardent pas leurs enfants et des dépendances pathologiques. Vides et dépressions se liguent à la pulsion de mort freinant ce qui est vital. Ils sont en état d'alerte permanent pour se maintenir vivants.

Ils ne peuvent décharger l'agression au dehors et tel un boomerang elle se retourne contre eux dans le corps. Plaisir (fumer) qui endommage et rend malade.

Les pathologies mentales dans leurs familles ne sont pas perçues comme telles car ils y sont adaptés.

Comment maintenir sainement son autonomie ? Comment naître à une nouvelle identité ?

## **2.7 Clinique du Photolangage®: séances individuelles et ou en groupes utilisant le Photolangage® pour des patients psychosomatiques ou atteints de crises de panique.**

Durant la recherche exposée ici, j'ai incorporé des patients psychosomatiques en thérapie individuelle comme **Ema, Viviana et Ricardo** (ces deux derniers dans des groupes de Photolangage®) pour observer la synergie entre les deux abords thérapeutiques.

J'analyse l'utilisation du Photolangage® utilisé comme ouverture et mobilisation du travail du préconscient dans une séance individuelle quand j'observais que « quelque chose » se détenait qui pourrait se nouer dans le processus de la cure. Je développerai aussi l'analyse individuelle de trois patients atteints de crises de panique : **Sol, Edgardo et Fernando** qui ont aussi participé à d'autres groupes à médiation.

### **2.7.1 Le cas de Viviana. Patiente fumeuse compulsive et atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (EPOC).**

**J. Mac Dougall** dans son livre « *Théâtres du corps : le psychosoma en analyse* » raconte le cas d'un jeune fumeur. Elle propose l'idée que l'acte de fumer pourrait correspondre à une forme de décharge de sentiments avant de les avoir perçus et d'avoir pensé leur sens, un rideau de fumée entre le patient et sa réalité.

Dans le cas dont elle s'occupe elle met l'accent sur le manque d'une image maternelle protectrice qui contiendrait et signifierait les douleurs mentales de son fils. La cigarette vient se substituer au vide maternel comme un moyen de diminuer la tension psychique de cet homme ; dans ce cas précis s'acoquiner avec la mort était aussi une façon de retrouver son père décédé. Ce patient était convaincu que sa mère n'avait rien fait pour empêcher cette mort car son père fumait et buvait à l'excès.

Nous retenons cette idée où fumer peut-être une décharge face à un malaise impossible à identifier en mot.

Je voudrais présenter **Viviana** qui se caractérise par l'absence de manifestations de ses désirs ni même d'interrogations sur eux et se maintient dans une sensation de vide

interne la majeure partie du temps. Cette patiente consulte pour un traitement individuel mais dans les séances il lui était très difficile de tolérer leurs durée et la libre association me transférant sa sensation d'impasse. Je décidais alors d'innover et de lui proposer d'alterner son traitement individuel avec des séances en groupe de médiation par le Photolangage®. La synergie des deux traitements fut un bénéfice pour la compréhension de son trouble.

Voici des vignettes de séances d'un groupe de Photolangage® auquel elle participa :

A travers le choix de photos nous avons découvert des îlots de son histoire personnelle qui n'étaient pas apparus dans les séances individuelles.

**Consigne:** *“Dites avec des photos ce qu'est pour vous superficiel et profond”.*

**Viviana:** “Cette fille de 14 ans se maquille, elle se prépare pour sortir mais ça ressemble pour moi à une publicité de shampoing (photo 107), elle semble fausse, elle propose une figure contraire à ce qu'il y a dans la profondeur, le vrai message est derrière la façade extérieure de tranquillité et dedans, qu'est-ce qui lui arrive ? Tout glisse sur moi, je m'isole, je mets ma cuirasse pour qu'on ne me dérange pas”.

**Thérapeute:** “On dirait un manuel de survie”.

**Viviana** (associe à nouveau): “A la mort de mon grand-père, mon papa est tombé et s'est fracturé le col du fémur, il a eu trois opérations, il ne s'est plus relevé. Il a arrêté d'exercer la médecine. Ma mère aimait sortir avec ses amis. Je me sens coincée. Mon petit frère était asthmatique et il recevait toute les attentions : on lui a offert une voiture, on l'a envoyé dans une université privée, on prenait soin de lui. Je n'ai jamais compris pourquoi ils croyaient que j'étais la plus forte”.

**Consigne:** *“Dites par une photo ce qu'est pour vous quelque chose d'intermédiaire”.*

Elle choisit la photo d'une fille qui pense ou contemple devant une vitre (photo 108).

“Je pense que la vitre pourrait se rompre et éclater”.

Je lui propose de chercher avec elle l'intermédiaire et l'idée que ce qui pourrait précéder l'éclatement serait de crier son désir de liberté et de pouvoir ainsi ouvrir la fenêtre.

**Consigne:** *“Dites avec des photos ce qu'est pour vous: attaché”.*

Elle choisit la photo d'une indienne Coya avec une broche sur sa robe (photo 109). Elle l'associe avec une broche de sa mère. Elle est attachée à sa dépendance à la cigarette comme sa mère.

**Viviana:** “Je ne tolérerais pas que mes parents meurt avant moi, c’est ce que j’ai pensé à mes 14 ans. Mon grand-père est mort d’une erreur de diagnostic de mon père qui était médecin. Alors ensuite il a été hospitalisé plusieurs fois pour dépression et ma mère a commencé à avoir des problèmes avec une blessure qui ne cicatrisait pas à un bras et on lui a découvert un nodule et une fibrose pulmonaire.

A vingt ans, mes amis se fatiguaient de fumer et arrêtaient tandis que moi je fumais chaque fois plus.

### Commentaires

Réflexions sur la parentalité et les relations fraternelles.

La « parentalité morte » lorsqu’apparaît et disparaît brusquement la fonction parentale, dit **R. Jaitin**, il s’agit de parents qui sont comme étrangers à leur fonction. Parfois l’absentéisme parental fabrique une histoire d’inimitié entre les frères et sœurs autour du pouvoir, de la rivalité et de la place de chacun.

Pour **Viviana** la place du frère est enviée et convoitée par elle.

C’est une famille aux idéaux extrêmement exigeants.



Foto 107 Fotolenguaje®



Photo 108 Revue DECÓ



Photo 109 Personnelle

**Consigne: “responsabilité, exprimez-le avec des photos”.**

Elle choisit la photo de la femme sur son bateau (photo 38).

“J’ai été timonier et je naviguais avec mon père. Il n’a pas eu de cran, il ne s’est pas battu face à sa situation. Le faire, c’est avoir du courage, respirer en liberté.

Je n’ai rien à dire, je n’ai pas envie de sortir, je suis restée seule à la maison et j’ai fumé plus. Eux, mes fils, se préoccupent de mon visage triste et de mon habitude de fumer. Je me souviens que je n’ai pas embrassé mes fils quand ma mère est morte, je lui avais apporté une petite plante avec une fleur en bouton pour qu’elle s’ouvre quand elle était en thérapie intensive mais elle est morte avant”.

Commentaires

Face à la solitude Viviana s’enferme et fume pour maintenir sa fidélité à une mère qui lui disait que l’unique plaisir pour elle était de fumer et la seule façon d’être à nouveau avec sa mère est de fumer jusqu’à la mort. Si elle continue attachée au passé, accrochée à la mère morte par cette broche et à son père invalide il n’y a pas d’espoir de quelque chose de nouveau et de vital (ses fils).

La question pour elle est cet espace plein de vide, sa fidélité à des parents qui ne sont pas là. Vide plein de passé et vide de projet personnel actuel. Le passé revient, elle use et abuse de lui, sort les souvenirs et les dispose pour chaque séances puis les ranges à nouveau.

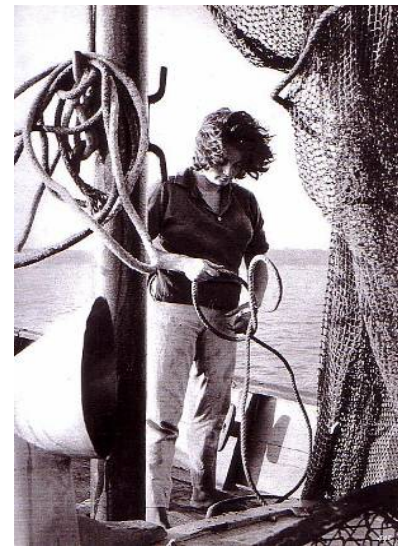


Photo 38 Photolangage®

**Consigne: “Racontez une expérience de colère avec des photos”**

Elle choisit la photo d’un paysage (photo 110)

Elle raconte son expérience de solitude quand elle était à l’étranger pour son travail et simultanément sa peur de l’éloignement définitif provoquent l’oubli de son corps, elle choisit alors pour unique compagne la cigarette et son corps se rappelle à elle par un évanouissement.

**Viviana** n’a pas perdu la pensée magique qui consiste à croire que les pensées peuvent se faire réalité pour avoir été justement pensées. Enfant aurait-elle pensé à un moment à la mort du bébé dans le ventre de sa mère ? Fantasme qui se serait confirmé lorsque sa mère est effectivement rentrée de la clinique sans lui. Elle ne l’a pas vu pleurer. Aurait-elle pensé à plusieurs occasions à la mort de sa mère ou que ce serait mieux qu’elle meurt à cause de la souffrance que lui infligeait le simple fait de respirer ?

Ses fils la fatigue de leurs désordres, a-t-elle désiré rester seule quelques fois ? Pensée qui expliquerait la peur intense qu’elle a quand ses fils partent en vacances, peur qu’ils ne reviennent pas ?



Photo 110 personnelle

Rêve raconté en thérapie individuelle

**Viviana** : “J’ai fait un rêve, j’étais avec mes parents dans un chalet qui ressemble au notre, mon père était plus jeune et moi presque comme maintenant. Ma mère avait invité trois couples de touristes étrangers, il fallait s’occuper d’eux. Il y avait une fête, j’étais là mais pas dans la fête, il fallait que je leur trouve un taxi mais j’entendais des bruits et ouvrait une porte, ma belle-sœur était au lit avec un petit-ami à moi. Je me suis réveillé aux prises avec une jalousie furibonde et pleine de rage, j’en avais mal au ventre ».

**Thérapeute**: Est-ce qu’une fois en ouvrant la porte vous vous êtes retrouvée avec...

**Viviana**: “Mon frère m’espionnait sous les draps, je ne l’ai raconté à personne et mon oncle quand j’étais adolescente, je l’ai trouvé sur moi en me réveillant avec les mains sur mes

seins. Je l'ai raconté à ma mère et elle m'a dit que c'était un malentendu. C'était vrai et elle ne m'a pas cru ! Quand je suis née j'ai avalée le méconium et c'est l'épouse de cet oncle qui s'est occupée de moi. On m'a dit que c'est elle qui me soignait *pour que ma mère n'ait aucun lien avec moi si jamais je mourrais*. Après plusieurs jours on m'a amené à elle.

Quand j'avais cinq ans et mon frère quatre, un autre frère est né et il est devenu bleu puis il est mort, je ne sais pas combien d'heures il a vécu. On était à la maison avec mon frère en l'attendant quand ma mère a dit que le bébé était mort”.

### Commentaires

Le rêve des touristes étrangers semble annoncer les trois enfants que la mère de Viviana a mis au monde, trois frères et sœur « récupérés » à travers le rêve, un poids qui l'écrase, elle. Cela renvoie aussi au poids de l'oncle incestuel sur elle (**M. Hurmi, G. Stoll**). Alors qu'elle raconte les faits, elle est crispée et contient sa colère qu'elle laisse enfin éclater. L'affect qui précédait (la décharge des médiateurs) était la colère sinon lequel ? La colère comme un sac de nœuds cache celui qui n'a pas de nom, caché ou éclaté car il ne peut être gradué. Les sentiments lui arrivent, elle les accumule puis ils explosent dans une décharge pulsionnelle. Logique parallèle ou métaphore de la mécanique respiratoire : les alvéoles se remplissent d'air et éclatent si elles ne peuvent se vider.

Les empreintes du plaisir où sont-elles ? Qu'est-ce qui l'empêche de pouvoir en profiter ?

Un Tango dit : « En fumant j'attends l'homme que j'aime... » (« fumando espero al hombre que yo quiero ») et il manque à Viviana de se dire à elle-même: “et je me fais du mal”. Elle cherche activement le plaisir dans le négatif. Elle est restée figée dans la quête de l'amour parental, fille de ses parents en permanence. Les figures parentales protectrices intérieures n'y sont pas et s'est installé en elle un vide. Elle a besoin de chercher des alternatives. Mère-vide est l'équivalent de la cigarette qui se constitue en substitue de cette carence de protection maternelle.

Le traitement cherche à désactiver le court-circuit ou faux-lien entre l'expérience de plaisir et le toxique. « Ce qu'est le plaisir » selon l'énoncé maternel (fumer) fait des dommages mortifères, en complicité avec sa mère Viviana poursuit son geste (sa mère a fumé même avec un nodule et sa fibrose pulmonaire). C'est la partie « agrippée », le choix



de la broche, de sa mère mortifère qui l'a laissé seule sans fonction maternelle de même que son père qui n'a pas eu le courage de lutter et s'est retrouvé en chaise roulante. Ses deux parents ont renoncé à la vie et ce, aggravant le renoncement d'un pacte mortifère avec l'addiction, faux lien plaisir-fumer-vie au lieu de fumer-mort.

Le traitement s'est interrompu au début d'une année où **Viviana** n'est pas revenue alléguant des questions de son travail (qu'elle a en fait perdu pour des raisons politiques), elle recommença à fumer élevant sa consommation à trente cigarettes par jour. C'est un familial qui m'a appelé pour me prévenir qu'elle était hospitalisée en thérapie intensive, sa vie a été sauvée malgré elle. Nous communiquons régulièrement à présent.

### Conclusions

Le contexte et les graves antécédents de l'histoire familiale exposés ici montrent l'énorme difficulté et les obstacles qui se présentent pour réussir un changement dans l'habitude tabagique addictive de certains patients chroniques, cela si on se contente de traiter l'aspect somatique de la personne et si on s'en tient aux traitements médicaux suggérés par les normes internationales. Un travail en équipe abordant la question de façon multiple est nécessaire pour permettre au moins une amélioration qui donne accès au patient à une vie digne et stable.

Patiente asthmatique, fumeuse compulsive en traitement combiné individuel et groupal avec la médiation du Photolangage®. Face à sa solitude et au vide, elle s'enferme et fume. Agrippée à l'identification mortifère d'avec sa mère, qui aura fumé jusqu'à en mourir. Ce qui situe la patiente dans un lien de complicité.

Utilisation des photos et de ses rêves comme des images internes déployant son inconscient et depuis lesquelles nous avons pu avancer dans le traitement. Nous avons cherché à désactiver le faux lien plaisir-fumer-vie pour en rétablir le plus véritable : fumer-mort.

### 2.7.2 Le Cas d'Emma. Patiente qui souffre d'hypertension, d'un syndrome du côlon irritable et d'un cancer du sein.

Il s'agit d'une patiente que j'ai reçue en traitement individuel. Au cours de la deuxième année avec elle j'ai utilisé le Photolangage® en tant qu'outil qui potentialise la mobilisation du préconscient.

**Emma**, 67 ans, présentait un cancer du sein auquel s'ajoutaient des symptômes chroniques et pour certains invalidants pour sa vie quotidienne : côlon irritable, cystites et hypertension. Ces derniers apparaissaient : soit en réaction à un ton de voix de « froide hostilité » de la part de l'autre lorsqu'il lui réclamait quelque chose (« tu ne t'es pas occupé de moi, tu m'as oublié ») ou face à un excès de rapprochement de quelqu'un vécu comme une intrusion, ou encore un excès d'éloignement ressenti comme « il ne tient pas compte de moi » soit enfin face à une situation de totale dépendance d'un autre vis-à-vis d'elle pour ensuite se voir soumise à ses impositions.

Toutes ces situations de maîtrise des distances déclenchaient une réaction d'irritation incontrôlable dont la manifestation directe s'opérait dans le corps.

Sa mère était trop lointaine affectivement : à son cancer, elle opposait une muraille d'impénétrable silence distant (elle ne posait pas de questions, ne rendait pas visite après les interventions chirurgicales d'**Emma**). Ou trop proche corporellement : « T'es-tu lavée ? A quelle heure es-tu sortie ? Qu'as-tu dit ? **Emma** devait lui rendre compte (comme les comptes rendus médicaux lorsque les médecins font le tour d'un service) de tout ce qu'elle avait fait ou dit dans sa journée.

Elle avait vu toutes ses tentatives d'autonomie depuis son enfance découragées par sa mère, aujourd'hui une femme de quatre-vingt-douze ans qui vit avec **Emma** et son mari depuis vingt-sept ans. Etre dépendante correspondait pour **Emma** à être bête.

Dans un premier temps du transfert je fonctionnais pour elle comme une mère qu'il fallait satisfaire et pendant les dix premières minutes de la séance elle me faisait effectivement le *compte-rendu* de sa semaine et des médecins consultés selon ses troubles (rééditant l'exigence de transparence de sa propre mère qui alors la considérait et la louait en « bonne fille »). « Je suis une patiente obéissante » me disait-elle souvent car elle ne manquait jamais et était ponctuelle.

A un moment de sa thérapie et dans le transfert, c'est moi qui suis passée à être celle qui lui « imposait » les séances, ce que je reliais à la répétition de ses scènes infantiles et actuelles. Je décidais donc de changer une partie du cadre après plusieurs colères et plaintes de ce que sa thérapie et la psychanalyse ne servait à rien. Je lui proposais qu'elle soit celle qui sollicite les séances puisque le cadre fixe était vécu comme une imposition. Face à ce changement de situation où elle bascule de la position d'« être assujettie » dans le lien à celle d'autonomie, les symptômes corporels disparaissent de façon surprenante.

Voilà deux ans que nous avons finalisé sa thérapie. Elle m'appelle par téléphone pour me saluer et me raconter ses voyages. Sa mère vit avec elle et elle a trouvé quelqu'un pour s'en occuper et lui permettre plus d'autonomie.

Nous parcourrons plus en détail le chemin thérapeutique accomplis et la découverte du sens fondateur de ses symptômes.

#### Première séance à son domicile

Motif de la consultation : une fracture à une extrémité : « je veux vous demander de l'aide, je me suis fracturée ».

**Ema:** « J'ai été surprotégée adolescente, j'avais l'air bête, je veux dépasser ça. Je suis allée voir le traumatologue et il m'a dit que la chute aurait pu être pire, ça m'a déprimé. Je parlais avec des amies, le soleil m'a éblouie et je suis tombée dans les escaliers. Je venais de parler avec ma fille juste avant l'accident. Elle m'a dit qu'elle était offensée par moi et m'a dit qu'elle ne voulait rien en avoir à faire de personne et qu'elle était la plus gentille parmi ses frères et la moins considérée par moi. Après cette conversation je suis tombée et je me suis fracturée. Je ne suis pas en équilibre ».

**Thérapeute:** “Que serait pour vous être en équilibre?”

**Ema:** “Être autonome. Ceux qui m'entourent veulent que je sois dépendante. Ma fille ne me parle plus, « la princesse » est offensée, j'ai cru que c'était une blague, je ne mérite pas ça. Elle m'a dit qu'elle ne me parlerait pas jusqu'à ce que je reconnaisse mon erreur. Moi j'ai fait tout ce que j'ai pu pour mes enfants, je travaillais et je les emmenais et les cherchais à l'école, ils ont fait des voyages seuls et quand ils se sont mariés je les ai aidé avec la maison et en m'occupant de mes petits-enfants. Mon hypertension a commencé quand un de mes fils est parti à la guerre, à présent il est revenu. Ma vie est normale,

l'éducation a été normale, mon mari leur donnait des petits plaisirs, il est respectueux et il jouait avec eux. C'est une famille « terrier » avec mon mari on est bien, j'ai 40 ans de mariage, on va tous les deux dans le même sens. Après la chute ma fille a veillé sur moi dans l'ambulance et à la clinique. Quand je suis rentrée à la maison elle ne m'a appelé mais pour me demander si j'avais besoin de provisions. Je lui ai dit que non, que je voulais qu'elle vienne pas qu'elle m'achète quelque chose".

Au moment de quitter son domicile alors que son mari m'ouvre la porte, je lui ai dit "mes salutations à votre belle-mère » pour la maman de la patiente. Celle dernière entre à ce moment précis et me dit « je ne suis pas la belle-mère, je suis son autre femme » me laissant sur cette impression d'indiscrimination excessive.

**Ema** pensait qu'en traitant ses enfants comme elle aurait aimé l'être par sa mère, avec plus de distance et d'autonomie, sa fille lui en aurait été reconnaissante mais elle lui reproche justement de ne pas être comme sa grand-mère (mère d'**Ema**) toujours attentive à tout.

#### Episode

"Ma mère me parle avec mépris comme si elle me haïssait, j'en ai ras l'seau de ses jalousies, mes petits-enfants étaient là et jouaient avec moi et elle leur dit « venez jouer avec la grand-mère ». Elle c'est l'arrière-grand-mère, moi je suis la grand-mère ”.

Sa mère ne reconnaît pas son âge ni le passage du temps. La discrimination entre les générations est douteuse.

#### Episode

"J'ai la pression artérielle qui a montée, j'ai été très nerveuse, en colère à contre-sens. Je ne sais pas pourquoi, ah je me souviens avoir mangé du jambon qui contient 18 grammes de sel...L'autre jour nous avons acheté une petite plante et tandis qu'on l'installait sur le balcon ma mère qui était assise dans le canapé a commencé à donner des ordres « par-là, par ici, pousse la un peu plus... » Mon mari lui a dit qu'elle arrête un peu et elle s'est fâchée « on dirait que je dois me taire, dans cette maison on ne peut pas parler ». Heureusement demain je m'en vais toute la journée, elle m'insupporte, elle critique et dirige tout le monde. Elle veut contrôler mes horaires, elle doit être le centre de tout ”.

**Thérapeute:** “Il semblerait que ce qui vous fait du mal en plus du sel du jambon qui fait monter votre tension ce serait l’autre sel de votre vie, celui qui fait monter la colère, l’attitude de contrôle de votre mère”.

**Ema:** “A présent je me souviens que la première fois que j’ai eu de la tension ce fut à cause d’un désaccord avec ma mère et pas parce que mon fils était parti à la guerre”.  
(Elle suit un traitement médicamenteux pour l’hypertension).

#### Episode

**Ema:** “J’ai eu une crise d’irritation du côlon hier soir, j’ai été surprise parce que ça a été sans douleur, je n’ai rien à associer”.

**Thérapeute:** “Vraiment?”

**Ema:** “Et bien, je suis allée au centre médical pour un contrôle. Je pensais que j’avais dépassé ce qui concerne mon cancer du sein mais je me suis sentie mal en entrant là. En plus c’était l’anniversaire de la mort de mon cousin, il était comme un frère pour moi, il a eu un cancer de l’intestin. Ce cousin fut le premier neveu de ma mère. Elle disait qu’elle l’aimait tant qu’elle n’allait plus pouvoir avoir d’enfants parce qu’elle ne pourrait pas les aimer autant que lui ; et elle m’a eu moi ”.

#### Episode

“Cet après-midi ma mère s’est levée de sa sieste en me disant qu’elle faisait de la tachycardie, elle marchait en se rattrapant aux murs, on a appelé l’ambulance. Ensuite des amies à moi sont venues et elles se sont assises pour échanger des ragots sur d’autres personnes avec elle (dignes d’être ses filles), alors là tout allait bien, une vraie fleur...Je vois toujours la même chose en analyse, ça sert à quoi ?

Elle se renfrogne si je sors seule avec mon mari et si je sors avec mes amies elle prétend que je lui raconte tout, je lui ai tout dit jusqu’à la façon dont elles étaient habillées

Quand nous sommes rentrés du club avec mon mari, c’était un vrai scandale à la maison, nos enfants et amis nous cherchaient partout. A chaque personne à qui ils téléphonaient ils disaient ne pas savoir où nous étions et qu’ils étaient inquiets. A notre arrivée, nous avons trouvé ma mère sans voix, en colère et agressive. Elle pense que je dois lui rendre compte de tout ce que je fais. Quand elle nous a vu elle n’a pas ouvert la bouche”.

Sa mère la critique face aux autres et n'accepte pas sa manière d'être plus discrète. Aucune des deux n'accepte le mode de fonctionnement de l'autre.

### Transmission transgénérationnelle du modèle familial - Photolangage®

C'est au moment où il me semblait que les associations étaient empêchées que j'ai proposé à **Ema** de faire l'expérience du Photolangage® ; je lui ai demandé qu'elle choisisse une photo qui lui plaise. Elle choisit la photo d'une maison de campagne (photo 26) : « Cette photo me rappelle la maison de campagne où vivait ma tante maternelle à San Antonio de Areco (province de Buenos Aires). Ma mère avait une sœur de quatre ans plus âgée et qu'elle admirait. Ma tante s'entremettait dans le couple de mes parents, elle manipulait ma mère à sa guise et ma mère était obnubilée par elle. Mon père n'aimait pas lui rendre visite, il ne s'entendait pas avec elle. Ma mère m'a raconté que quand elle s'est mariée pour elle ce fut un déchirement de se séparer de sa sœur. Elle est partie vivre dans un village avec mon père et est revenue un an plus tard enceinte de moi. Six mois après l'accouchement on l'a opérée d'un fibrome et ont lui a dit de ne plus chercher à



Photo 26 personnelle

avoir d'enfants. Ma tante l'a ramenée vivre chez elle pour que mes parents n'aient pas d'intimité à cause du danger d'une autre grossesse. Elle n'a jamais pu aller chez le gynécologue, elle avait des attaques de diarrhées avant de partir en consultation.

Moi j'ai fait une dépression à mes 23 ans avant mon mariage et on a repoussé la date.

Quand je me suis mariée, le monde s'est ouvert pour moi. Je suis partie de la maison de ma mère et alors personne ne me contrôlait, j'avais toujours senti ce contrôle, cette peur de la vie. Mais elle est revenue vivre avec moi à 70 ans quand elle est devenue veuve et j'ai senti que je revenais au contrôle de ma jeunesse. Depuis je me sens mal ».

Au travers de la photo elle fait le lien avec sa mère attrapée dans le lien duel avec sa sœur idéalisée dont le fils fut obligé de se marier avec la femme que sa mère choisit pour lui ; mariage raté mais sans séparation, c'est lui qui tomba malade (le cousin d'**Ema**)

gravement pour mourir jeune d'une maladie maligne. Deux sœurs indifférenciées appendice l'une de l'autre.

### Commentaires

Au début du traitement **Ema** demande de l'aide pour sa chute et son bras cassé. Très ambivalente, elle met en scène en permanence ses récriminations et reproches contre sa mère. Scène qui se répète avec sa propre fille.

Nous avons pu progressivement trouver et construire des centres d'intérêt la distrayant de sa fixation. Elle commença des activités sportives dans une institution où, à sa surprise, elle se fit un groupe de nombreuses amies avec lesquelles elle se mit à partager d'autres activités. Ceci en contraste avec ses antécédents où le noyau de ses amies était très réduit et dupliquait la relation maintenue avec sa mère. **Ema** se sentait en permanence utilisée, critiquée et obligée à partager ses amies avec elle, elle avait pour habitude de les qualifier de « dignes filles » de sa mère puisqu'elles partageaient le goût de cette dernière pour la critique des autres et des commentaires sur la mode qu' **Ema** considéraient superficiels.

Elle put aussi discriminer sa relation avec ses enfants et petits-enfants, prenant de la distance avec sa mère et réalisant de courts voyages avec son mari. Ce qu'elle désirait déjà auparavant mais à quoi elle ne donnait jamais suite puisque sa mère l'accusait de l'abandonner ce qu'elle ressentait également.

Sa relation à une mère mortifère s'est constituée comme le centre de sa problématique, ce lien libidinal à la mère investis au détriment des autres liens.

A certains moments du traitement, elle se montrait cruelle parfois vis-à-vis d'elle-même ne pouvant reconnaître ses changements. Nous repassions alors tout ce qu'elle avait réussi à construire.

Dans la continuité du traitement son aspect personnel changea aussi, elle s'achetait des vêtements de couleur, le mandat maternel ayant été depuis l'enfance de s'habiller en gris, marron et noir puisque « ce sont des couleurs qui durent ».

S'est libéré la circulation d'autres intérêts et les différences entre elle et sa mère. Elle est désormais plus autonome, a pu récupérer ce qui lui était propre tandis qu'auparavant ils fonctionnaient comme un tout une « famille terrier » inabordable

Les deuils et les « trous » en elle, suspendus dans le temps ont pu être travaillés (la mort du père, de la grand-mère qui vivait avec elle enfant et de son cousin équivalent de frère).

Elle avait l'habitude de se mettre en attente et de dire « je me débrouille seule » mais ce qui passait dans son corps laissait suspecter une zone passoire par où filtraient les stimulations (reproduisant le sens fondateur de ses troubles : « je suis bête parce que je suis dépendante et je ne m'occupe pas bien des autres ») remuant chaque fois plus ses blessures.

Il fut nécessaire travailler les sensations ayant précédé l'irruption corporelle. C'est à ce moment que j'ai décidé d'avoir recours à la technique de médiation par le Photolangage®.

Parmi les facteurs déclenchant se trouvaient les tentatives de contrôles d'autres sur elle, **Ema** perdant le contrôle d'elle-même alors et perdant en puissance tombait malade, en rupture avec son fonctionnement dyadique. Plus avant elle put considérer comme un progrès le fait d'exploser par des cris pour faire taire l'autre, pour l'empêcher de la contrôler car dans ces circonstances les symptômes organiques n'apparaissaient pas (par exemple un jour où sa mère lui dit en colère : « je prétends juste que tu me parles » **Ema** lui répondit par des cris).

L'élaboration de ces situations ont permis d'éclairer la polarisation en elle : si elle déchargeait par le corps, elle se détruisait en tombant malade ; si elle déchargeait par la parole, elle criait pour taire l'autre et se retrouvait exposée dans le rôle de « la folle ».

Sans issue : quand sa tolérance impuissante cédait, elle explosait par des cris et sinon l'exprimait par des coliques ou des pics d'hypertension.

Nous avons travaillé la question de l'autonomie et de la dépendance en lien avec les déficits et les excès de la distance affective dans sa famille.

Dans l'actualité, elle tente d'être pour sa fille la mère qu'elle aurait voulu avoir. Son message est le suivant : « je ne me mêle pas de ta vie, je suis là si tu as besoin de moi ». Au début du traitement **Ema** avait bâti sa muraille, impénétrable aux sentiments, en déficit d'expression de ces derniers ; durant les séances elle parlait de façon monocorde et son visage ne trahissait pas d'émotions au sujet de ce qu'elle racontait. Le discours familial écouté pendant des années disait que tant la peur que la tristesse ne devaient se manifester et qu'il fallait les dissimuler. De plus dans sa famille d'origine on ne pouvait nommer le



mot « cancer », elle en eu deux. Elle raconta l'ablation de son utérus comme une libération des complications menstruelles, quittant sa valeur affective à ce fait mutilant et douloureux. Je pense là à C. Joubert lorsqu'elle se réfère à la transmission psychique transgénérationnelle et ses effets sur le lien de couple « où il y a des représentants inconscients déniés des marques transgénérationnelles comme les cryptes, secrets, traces de mémoires »<sup>134</sup>. **Ema** comme sa mère perd son utérus et dans son absence de tristesse manifeste et son soulagement, elle est fidèle à sa mère qui soutint et croyait la même chose.

Lorsque sa mère lui parlait se déclenchait quelque chose chez **Ema**, réponse gravée en elle comme dans la pierre sans pouvoir différencier l'âge réel et actuel de sa mère. Elle précise que ce qui l'irrite c'est cette façon froide de demander : « où vas-tu ? ». « Ma mère me parle avec mépris comme si elle me haïssait, elle est jalouse et m'envie parce que j'ai travaillé, parce que j'ai eu un bon mariage, parce que j'ai eu plusieurs enfants, je suis la grand-mère et elle la bisaïeule et elle ne veut pas l'accepter, elle croit qu'elle est la grand-mère de mes petits-enfants.

C'est une petite vipère qui veut imposer sa volonté. Tout la journée elle me dit : « *je suis enfermée à la maison, je ne dérange pas, je ne peux pas parler, je n'ai pas droit au chapitre on dirait que je suis un paquet pour vous* ». Et quand elle parle c'est avec une hostilité froide qui défénestre ». C'est un lien duel, narcissiste que la mère de **Ema** réédite sur sa fille de façon réitérative, jusqu'au moment où elle perd le contrôle lorsqu'**Ema** se marie. Une fois veuve elle revient auprès de sa fille, compensation et occasion de faire l'admiration de tous d'être encore en forme malgré ses 97 ans.

**Ema** se retrouve alors menacée par une régression massive vers son enfance et son adolescence, elle croit perdre son autonomie, se débat entre la haine et la culpabilité pleine de reproches obsessionnels qui l'accusent de ne pas s'occuper de sa mère comme elle le devrait, alors elle tombe malade et présentent les différents symptômes exposés auparavant : hypertension coliques, deux cancers du sein et sa fracture jusqu'à parvenir à remonter la pente.

---

<sup>134</sup> Joubert, C., 2007 *Effets de la transmission transgénérationnelle sur les liens d'alliance*. Le divan familial.

Elle embauche du personnel pour pouvoir alterner le fait de prendre soin d'elle-même et de prendre soin de sa mère.

Avec **Emma** et pour résumer, nous avons donc travaillé dans le sens d'atteindre une discrimination entre elle et sa mère, de libidiniser d'autres intérêts, de métaboliser les séparations (d'avec sa mère, d'avec ses enfants) comme étant transitoires et non permanentes. Ce travail repoussant l'ombre de la mort comme unique porte de sortie pour se discriminer comme cela s'est déjà produit dans l'histoire de sa famille.

Patiente aux divers troubles psychosomatiques en traitement individuel où le Photolangage® a permis de débloquent un obstacle thérapeutique. L'image a servi de chaînon associatif pour élaborer son histoire personnelle.

Elle put se séparer d'avec sa mère dont l'ambivalence était si difficile à résoudre pour elle, elle a mis à circuler d'autres intérêts et a construit ses différences (en relation à sa mère).

Quand un autre essayait de la contrôler, elle-même perdait le contrôle et tombait malade.

Elle put soutenir la discrimination d'entre elle et sa mère, intégrer le caractère généralement transitoire des séparations. Ses symptômes se sont améliorés.

### 2.7.3 Le cas de Ricardo: Patient asthmatique et atteint de crises de panique.

#### DIFFÉRENTS DISPOSITIFS, DIFFÉRENTES SUBJECTIVITÉ ?

Est-il possible de recevoir un patient dans différents dispositifs ? C'est le même patient dans chacun d'entre eux ?

J'ai eu l'opportunité de le faire avec **Ricardo** patient atteint d'asthme bronchiale. Voilà douze ans que je le suis d'un point de vue organique en tant que médecin-pneumologue et six ans du point de vue psychologique. Dans ces circonstances, j'ai été amenée à utiliser différents dispositifs pour aborder son affection. La première consultation pneumologique eu lieu après un épisode aigu d'asthme pour lequel il fut hospitalisé d'urgence. A cette occasion je lui indiquais un traitement pharmacologique et quelques mesures additionnelles comme des exercices et un régime en plus des contrôles médicaux à réaliser et qu'il respecta ensuite. Sa fonction ventilatoire s'améliora et il put se remettre à faire des exercices physiques qu'il ne pratiquait plus depuis l'adolescence. Après six ans de traitement médical, il accepta la proposition de participer à un groupe thérapeutique de patients asthmatiques pendant huit mois en milieu hospitalier (groupe de parole), il en résulta une légère amélioration de son symptôme de bronchospasme.

Trois ans avant la vignette qui sera présentée et période durant laquelle il n'a pas fait appel à moi il dû affronter des attaques de panique qui le conduisirent à consulter un psychiatre alors qu'il ne pouvait plus monter dans un ascenseur. Motif qui finit par affecter sa situation professionnelle.

Comme il ne sentait pas d'amélioration de sa problématique quoi qu'il maintienne son traitement pharmacologique avec son psychiatre, il vacille et revient me consulter en service de pneumologie.

Il me demanda alors si son problème était « organique ou psychologique ? ». Il en était au point de ne plus conduire sa voiture sur la route, ne plus monter dans le métro, fuir les cinémas, théâtres etc.... Comportements invalidants auxquels venaient s'ajouter : sensation intense d'inquiétude, tachycardie, sudation et manque d'air. Ce dernier était-il un symptôme asthmatique ou une manifestation d'angoisse ?

Je reprends alors un autre traitement groupal, cette fois-ci dans un groupe à médiation par le Photolangage® (dont j'étais la coordinatrice) et il me demande en plus une

entrevue familiale. De celle-ci découle que ses deux fils réclamaient un espace familial propre sans celui du « tous ensemble » (les grands-parents inclus). Sa femme, devant les enfants, ne cessa de lui reprocher une infinité de griefs et d'évènements ayant eu lieu depuis leur alliance.

Je leur ai alors proposé d'entreprendre quelques entretiens de couple devant le haut niveau de violence qui circulait entre eux.

Je présente ici quelques vignettes des séances de couple puis certaines du groupe de Photolangage® dans l'idée de montrer un même patient dans différents dispositifs avec le plus de chacun.

#### Vignette 1 séance en couple

**Carmen**: “C’était la fête des père, la pire de notre vie. Nous avons programmé de manger ensemble tous les quatre avec les garçons. J’appelle ma belle-mère et Ricardo lui propose d’aller au cimetière avec elle mais elle lui répondit : « moi je n’y vais pas. Mes amies, leurs enfants les invitent chez eux pour manger à la maison, on dirait que j’ai un fils adoptif ! »

**Ricardo** a raccroché, il était en sueur, si j’étais lui je lui dirais : « tu as un problème ou quoi ? ». Tout le monde en est resté chauffé à blanc et moi je ne veux pas que **Ricardo** s’en prenne à moi. Je lui aurais dit : « si tu veux viens et sinon non » ”.

**Ricardo**: “Bon c’était un moment de surchauffe...”

**Carmen**: “En plus nous avons dû hospitaliser en urgence mon père qui avait 4 de tension maximum. **Ricardo** se dispute avec tout le monde ”.

(Il me fait signe que non en riant)

**Carmen**: “Si, il se passe des choses avec ta mère. Puis je me suis sentie mal et je me suis couchée, lui ne peut me voir ainsi et il ne s’occupe pas de moi. Ça le dérange”.

#### Séance groupe de Photolangage ®

**Consigne**: “*Dîtes avec une photo ce qu’est pour vous se déplacer*”.

**Ricardo** choisit la boussole (photo 27). “Je me rends compte que je veux m’orienter dans le bon sens, on ne sait jamais si la décision est la bonne ; quelle est la bonne direction ? Parfois c’est lourd de prendre une décision. Je la prends mais à la limite. Ça me

pèse de devoir trop discerner, je voudrais pouvoir être plus spontané, dire que j'ai pris une décision et puis voilà et ne pas y repenser autant après".

**Thérapeute:** "Vous voudriez prendre des décisions sans vous préoccuper, lesquelles?"

**Ricardo:** "Je voudrais me décider comme quand je suis venu au groupe, j'ai décidé d'y aller et de me soigner, les gens ne décortiquent pas tant les choses comme moi. En ce qui concerne ma femme il fallait prendre la décision de venir en couple, maintenant ça a un peu changé. Mais ça me chagrine, la décision que j'allais prendre je ne l'ai pas prise, me séparer, à présent je fais ce qui est juste et j'essaie d'améliorer les choses".

**Lila:** "qu'est-ce que t'arrive à toi pour que tout soit si réversible?"

**Ricardo:** "Mon problème c'est toujours la bonne décision comme la boussole. Je ne sais pas si je vais être mieux en étant plus vieux. Un ami a fait ses premiers cheveux blanc et il va mieux dans son couple"

**Ana:** (rires) "Oui, tout va dans la poitrine".

**Thérapeute:** "Quand sentez-vous que vous vous êtes tellement trompé?"

**Ricardo:** "Et bien à mon mariage (rires puis en baissant les yeux il dit). Avec ma sœur, je n'ai pas eu une relation très proche avec elle. Je me suis posé la question quand elle a été mal et je n'ai pas su pourquoi. On ne se disputait pas mais on ne communiquait pas. Avec sa maladie, il y a eu un rapprochement. Elle était plus jeune que moi Nous étions distants tous les deux, des deux côtés".

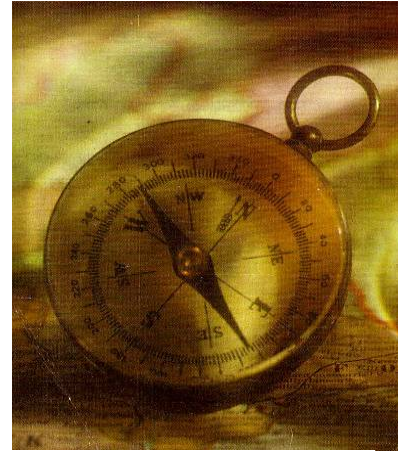


Photo 27 Magasine DECÓ

**Consigne:** “*Choisissez une ou plusieurs photos avec lesquels vous interprétez un changement*”.

Photo du bateau sur un fleuve (photo 28)

**Ricardo:** “J’ai choisi celle-là parce que j’ai du mal à prendre la décision si je vais aller avec ma famille à Mar del Plata (bord de mer) ou à San Luis (montagne) : c’est la peur de voyager à 400 km. Je ne sais pas pourquoi le changement me coûte. Et je ne parle même pas de monter dans un avion”.

**Lila:** “Pour toi un week-end c’est un changement?”

**Ricardo:** “Au vue de mon statisme, c’est un changement de reprendre la route, je peux me sentir mal à cause de ma phobie”.

**Lila:** “C’est quoi se sentir mal?”

**Ricardo:** “Monter dans la voiture et m’étouffer, ne plus pouvoir respirer et faire de la tachycardie”.

**Thérapeute:** “Serait-ce parce que dans cette situation votre famille est impliquée?”

**Ricardo:** “Oui c’est possible, pendant la semaine je conduis énormément et tout seul il ne se passe rien”.



Photo 28 Personnelle

**Thérapeute:** “Imaginons que votre beau-père au lieu d’être hospitalisé ici le serait à Mar del Plata, pensez-vous que vous pourriez conduire jusque là-bas?”

**Ricardo:** “En me détendant oui, ça c’est différent!”

**Thérapeute:** “Il se pourrait que vous ayez incorporé la peur de vous séparer de tel ou tel comme d’une partie de vous dont vous ne pouvez-vous détacher. Quand une activité fait partie de votre routine journalière ou si au lieu de vous éloigner de votre beau-père dans ce cas présent vous vous en approchiez, vous pouvez le faire sans peur. Nous pouvons penser que lorsqu’on part de quelque part la séparation peut être transitoire et non définitive.”.

**Consigne:** “*Choisissez une ou plusieurs photos pour représenter la fragilité et la force*”.

Photos du bébé faon (photo 29) et de la toile d’araignée (photo 30)

**Ricardo:** “Je choisis le renard pour la force, c’est intelligent j’aimerais l’être comme lui parce que je ne veux pas me voir vieux et sans pouvoir respirer. La toile d’araignée c’est ma faiblesse, ma peur. L’embrouillamini des maladies me porte préjudice dans mes histoires familiales”. (Le renard est en fait un petit faon sur la photo).

**Consigne:** “*Choisissez des photos pour décrire le connu et l’inconnu*”.

Photo de l’homme au violon (photo 31)

Il aspire à la difficulté : jouer du violon c’est très exigeant. Ses compagnons lui suggèrent la guitare. Il manque beaucoup d’estime de soi (il voudrait être intelligent) et ses idéaux sont élevés. Il se fait la réflexion que sa mère espérait qu’il soit médecin ou avocat, mandat difficile à accomplir pour lui car il n’aimait pas étudier et il est devenu un commerçant très capable comme son père.

**Consigne:** “*Dites avec des photos ce qu’est pour vous construire-déconstruire*”.

Photo des amarres et du bateau (photo 32)

**Ricardo:** “Je me vois avec mes fils, c’est un plaisir pour moi d’être avec eux. Ils ont entière confiance en moi et je sais que je ne les tromperais pas. Ils ont souffert de ma dépression. Quand l’aîné est né, mon père est mort et j’ai été très déprimé. Ma femme me le reproche encore aujourd’hui”.

**Consigne :** “*Choisissez des photos pour des situations comme entrer, rester et sortir*”.

**Ricardo:** “Je choisis le miroir avec quatre visages (photo 33), je suis en train d’essayer de rentrer dans mon corps et dans ma tête pour résoudre mes problèmes. Je veux trouver une solution définitive à ma phobie et avoir la force pour la piloter”.



Photo 29 Revue First



Photo 30 Revue First



Photo 31 Photolangage®



Photo 32 Photolangage®



Photo 33. Julio Le Parc. Miroirs doubles



**Consigne:** “*Quand une porte s’ouvre...dîtes le nous avec une photo*”.

**Ricardo:** “j’ai choisi le cadenas (photo 34) pour mes phobies et mon asthme. Moi je ne peux pas ouvrir la porte, je suis cadenasé”.

**Thérapeute:** “Le cadenas peut servir pour protéger ou pour enfermer. Dans ce cas quelle est votre clef?”

**Ricardo:** “Peut-être que c’est ma tête au fond parce qu’il m’est resté une marque. Ça fait quelques mois que je n’ai plus eu de phobies ni de crises d’asthme”.



Photo 34 Revue Susana

**Consigne :** “*Cherchez des photos pour transmettre ce qu’est pour vous penser*”.

Photo d’un garçon derrière un tissu en crochet (photo 35)

**Ricardo:** “Ce petit gars a la tête embrouillée comme quand moi j’essaie de penser et je suis là avec l’embrouille. Avant je ne savais pas comment le défaire maintenant je peux résoudre les choses petits à petit”.

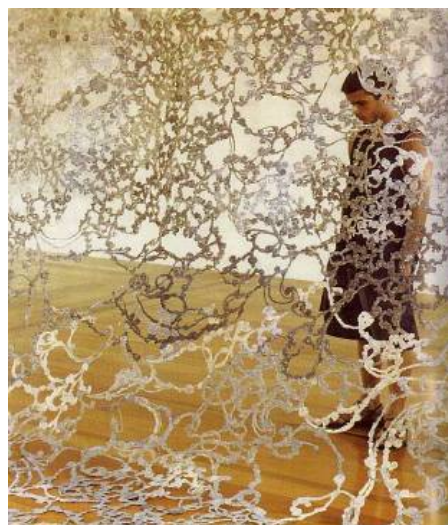


Photo 35 Musé Malba Hilal Sami Hilal

### Commentaires

Je porterai mon attention sur les différents contextes thérapeutiques du patient.

Dans la séance de couple, les commentaires de sa femme l’irritent, pas ceux de ses pairs dans le groupe. Là il peut réfléchir même lorsqu’on le questionne, il n’en est pas dérangé. Il s’agit d’un changement avec les autres. **Ricardo** dit ne pas avoir de problème quand il voyage seul en voiture pour son travail ; cela pourrait être la métaphore d’une séance individuelle où il se sent bien mais où ne se produit pas véritablement une complexification de son appareil psychique, il y resterait détenu ou congelé dans le passé. Son problème

survient quand il « conduit » avec d'autres, spécialement dans les situations de plus de deux.

Penser accomplir un voyage à Mar del Plata déclenche l'angoisse qu'apparaisse une crise de panique (qu'il appelle phobie). Il ne s'agit pas de l'acte de conduite en lui-même puisqu'il le fait quotidiennement par obligation pour son travail ou pour aller voir son beau-père hospitalisé, le symptôme apparaît quand il sort de l'hôpital et se sépare de lui. Le danger pour **Ricardo** fait allusion au plaisir et à « l'éloignement de » ; se séparer d'une personne de référence comme dans ce cas, le beau-père qu'il dit aimer comme un père. Son propre père lui est mort de façon inattendue et **Ricardo** relie ce moment avec le début de son asthme presque fatal.

Le dispositif groupe ouvre, fait intervenir le tiers et en cela apporte des bénéfices. La technique de médiation par le Photolangage® produit un effet de synergie dans le traitement. La fratrie, ses pairs, lui ont permis une bonne communication à la différence de celle qu'il avait avec sa sœur et celle qu'il a actuellement avec sa mère ou sa femme.

La séance où la consigne concernait « se déplacer » est remarquable par son saut dans le discours, passant de faire ce qui est juste, ce qui est correcte (photo de la boussole) à son couple puis de là, à sa sœur. Il oscille entre se séparer ou non de sa femme et l'associe à une sœur qui tombée gravement malade en est morte et avec laquelle il sentait peu de communication possible.

Peut-être apparaît en lui un sens du terme séparation conjugale similaire ou indiscriminé de la « séparation mort » de sa sœur. Cela se mélange et se confond avec une situation de distance géographique ou de la fin d'une liaison qui équivaut alors à maladie et mort probable ; sa sœur s'est séparé et tomba malade. Son beau-père aussi vivait séparé de sa femme (quoi que dans la même maison...). **Ricardo** ne peut installer des nuances entre s'éloigner pour se distinguer et se séparer définitivement comme la mort nous y contraint. Ses compagnons de groupe lui demandent « tout est si réversible ? » Lui réponds qu'il lui coûte de prendre des décisions. Dans la prise de décision il y a le choix. Une partie se gagne et l'autre, le non choisi, se perd. **Ricardo** semble ne rien vouloir perdre, c'est ce qui bloque la prise de décisions, le laisse immobile dans un espace-temps congelé et continu à la différence du choix impliquant un avant et un après.

Se tromper, trébucher l'angoisse terriblement. Il est torturé par l'obsession de choisir correctement. Il ne peut laisser les choses advenir et ne tolère pas de dire qu'il s'est trompé. Il aurait besoin de pouvoir énoncer pour lui-même : je l'ai fait ainsi, il m'en reste cela et j'ai perdu ceci.

La photo du visage fragmenté en quatre nous parle d'une recherche d'identité. Cette photo le tranquillise aussi car si elle existe c'est que d'autres voient les choses ainsi, divisées, elle lui donne une validité car il peut voir et constater « qu'il n'est pas le seul » qui peut la choisir.

Le lien avec ses fils lui inspire confiance à la différence de celui d'avec sa femme. Elle se plaint de lui qu'il se sente mal quand elle lui réclame de l'attention (lorsqu'elle est elle-même mal et au lit). Lui associe ses demandes aux récriminations de sa mère, lorsqu'elle se couche, elle se transforme en mère de **Ricardo** (dans son monde interne) qui réclame être le centre et c'est une situation qu'il tolère peu et l'irrite fortement. Le passé se superpose au présent donnant lieu aux malentendus. Toute expérience vécue dans le présent doit ses liens à une émotion déjà vécue dans le passé, nous dit **P. Aulagnier**. Elle signale aussi le non ajustement entre le temps de l'autre et le temps du sujet.

Dans « *Se construire un passé* » (1989) elle écrit que « l'investissement du temps présent est toujours le résultat d'une opération économique fugitive aussi constante que complexe : est retiré l'investissement d'un temps passé et c'est cette partie de la libido qui permet d'investir un futur. Les fils du temps se tissent aussi avec les fils du désir grâce auxquels le Moi accède au temps. La confirmation réciproque de la légitimité d'une histoire partagée et mise en mémoire avec plaisir fait du Moi pensant passé le support de futurs investissements. Le passé, ce discours qui lui parle de l'histoire, de ce que garde la mémoire, c'est ce qui permet au sujet de faire de son enfance un « avant » qui préserve son lien avec le présent et qui lui libèrera le quantum libidinal nécessaire pour investir le futur, porteur de changement».

Pour **Ricardo** il s'agit de se discriminer pour construire un monde propre en plus de celui partagé avec sa femme. Les reproches de chacun dénoncent une situation fusionnelle avec leurs familles d'origines. Sa femme lui dit de choisir entre elle ou eux (la famille d'origine de **Ricardo**) et se place sur un même plan. Ils ne semblent pas faire la différence entre être fils ou fille de leurs parents respectifs, avant et après leur alliance (temps congelé

en continu). Pour tous les deux, *fil*s ou *fil*le sont des catégories du même ordre que celles d'homme et de *fem*me.

Nous avons détecté dans le couple plusieurs situations d'enfermement produisant un malaise en chacun. La différence est un obstacle pour eux dans la tentative d'un fonctionnement discriminé. Elle est une valeur négative puisque l'égalité et le semblable sont les valeurs positives. Penser et partager la même chose, être comme la copie de l'autre. L'histoire personnelle de chacun et celle de leur lien fonctionne comme une tentative d'immobiliser le temps et donne lieu aux reproches. Ils sont coincés dans le rôle de fils et fille et il leur coûte d'assumer le renouvellement générationnel.

**Ricardo** a choisi plusieurs photos qui parlent d'enfermement : un cadenas, une poignée de porte, un jeune derrière un filet, une toile d'araignée...celle-ci *graphique*nt ou disent par l'image ce qu'il ne peut encore exprimer par des mots. Les photos enlacent la pensée dans des images qui activent le travail du préconscient.

Quel bénéfice serait celui d'être dans le passé ? Ce qui est inamovible le rassure, le changement apporte l'incertitude car il peut être fatal. Le futur ne se voit pas chargé de curiosité, il n'est pas investi sauf pour y projeter désarroi et sensation de cloisonnement. **Ricardo** et sa femme ne sortent pas du reproche quotidien fermé. Ils tentent de réduire le deux à un, en d'autres termes de supprimer ou de ne pas inscrire l'altérité de l'autre.

Par ailleurs, un groupe peut fonctionner en fratrie, en tiers qui ouvre, qui *donne de l'oxygène* dont manquent les asthmatiques. Un axe du travail avec **Ricardo** est la ligne père/beau-père/mère/cimetière/fils en relation avec l'histoire d'origine. Un autre axe est lui dans le groupe et les différentes relations nouvelles et en devenir qui s'y tissent.

Le parcours de ce patient met en évidence comme la subjectivité se montre et se complexifie différemment selon les cadres et les contextes où le sujet interagit. Dans un traitement bi-personnel il avance plus lentement, dans un groupe de parole aussi mais c'est un autre rythme qui se joue dans un groupe à médiation où par les processus tertiaires, avec l'aide des images et des sensations, il peut lier le processus primaire et l'exprimer par des mots en processus secondaire.

Patient asthmatique souffrant de crises de panique traité en dispositifs multiples : individuel, couple et groupe.

Dans les séances de couple les commentaires de sa femme l'irrite, dans le groupe ce n'est pas le cas des observations de ses pairs.

Les séparations déclenchent pour lui des crises de panique se faisant l'équivalent d'une séparation par la mort : marque de son expérience fraternelle de la mort de sa sœur et de son père.

Il lui coûte prendre toute décision par le choix qu'elle implique, perdre quelque chose ferme les possibles, paralyse le choix.

L'idéal de faire ce qui est juste charge de trop d'exigence la décision.

Il choisit des photos d'enfermement.

Les photos lient l'affect à son image intérieure, un travail du préconscient s'est produit donnant lieu à la capacité de penser et au processus secondaire.

#### 2.7.4 Le cas de Sol. Patiente souffrant de crises de panique.

**Sol** est une jeune patiente d'une trentaine d'année. Elle consulte avec pour motif des crises d'angoisse au moment de passer des examens à l'université.

Elle raconte un précédent traumatique : Alors qu'elle était une très bonne étudiante et revenant d'un examen elle apprit que sa mère était hospitalisée après avoir décompensé du fait de sa maladie chronique organique et auto-immune (en traitement pour cela depuis l'âge de quatre ans). Se rendant pour la voir à la clinique elle y retrouve sa sœur jumelle et son père; après 15 jours dans le coma sa mère meurt.

Là s'établit le faux-lien examen-mort-culpabilité de ne pas avoir fait ce qu'il fallait.

Suite à ce drame, **Sol** changea de parcours à plusieurs reprises sans pouvoir passer les évaluations auxquelles parfois elle ne se présentait même pas.

Elle se dévalorise en cela et se compare à sa sœur jumelle qui, elle, a pu décrocher un diplôme universitaire. Durant le traitement alternant séances individuelles et groupe de Photolangage® survint une crise pour laquelle il fallut lui administrer un traitement médicamenteux car elle s'était auto-agressée. Episode qui correspond au moment où sa sœur partait de la maison faire sa vie en couple et obtenait son diplôme professionnel.

**Sol** se voit faible, bête, peureuse, dépendante de l'autre à la différence de sa sœur qui pour elle est force, intelligence et autonomie.

Elle suppose que si les choses se passent bien pour sa sœur, alors dans la « répartition des dons »<sup>135</sup> pour elle cela ira mal. Elle pense en opposition et à travailler ce fonctionnement elle put admettre que sa sœur aussi avait parfois peur, qu'elle se trompait et qu'elle utilisait une cuirasse pour ne pas transmettre ses faiblesses, qu'elle-même en retour était à certaines occasions vaillante et forte.

La mère de **Sol** meurt un an après une transplantation compliquée; ce sont ses filles qui prennent soin d'elle, contraintes à s'enfermer dans la salle de bain pour pleurer devant l'insupportable souffrance de leur mère et la leur. Le père entra en dépression, cessa de travailler, se désintéressa de ses filles pour retourner vivre chez sa mère à lui et c'est la

---

<sup>135</sup> Observation dans le cadre de mon expérience en service de néonatalogie : lorsque naissaient des jumeaux les parents et les familiers attribuaient immédiatement des qualités aux nourrissons en vue de les différencier. Comment ne pas être tentée de rappeler là le conte de la belle au bois dormant et des fées qui se penchent sur le berceau.

grand-mère maternelle qui les recueille pour vivre chez elle. Elles ont à peine vingt ans et commencent à travailler.

**Sol** : “Mon père s’est déprimé, rien de protecteur, on aurait dit un enfant, j’ai cherché des stratégies pour m’approcher de lui”.

Au moment du décès de sa mère, **Sol** dormait avec sa sœur ou avec sa grand-mère, ce qui s’est répété ensuite au moment des crises de panique.

La grand-mère paternelle demande à son fils pourquoi il ne se « défait pas de ces filles », phrase dont l’impact est d’autant plus surprenant qu’il vient d’une grand-mère.

**Sol** se demande: “serais-je une fille de disparus?”<sup>136</sup> Les dates du mariage de ses parents, la maladie grave de sa mère et la date de naissance des jumelles ne coïncident pas. Le grand-père de **Sol** est actuellement en prison pour crimes de lèse humanité de faits remontant au processus militaire (durant lequel des enfants de « guérilleros » furent appropriés par des familles de militaires pour les « transformer » en d’autres personnes, les rendre pareils à eux et effacer toute trace de leur histoire).**Sol** fait des cauchemars : quelqu’un entre et la séquestre brutalement.

L’origine de sa naissance la met devant un dilemme, deux mères se présentent à elle : une possible mère biologique à laquelle ses filles auraient été arrachées et une mère adoptive pour qui devait être difficile et contre-indiquée de mener à terme une grossesse du fait de sa maladie et qui aurait dépouillé la mère biologique en s’appropriant de ses filles par l’intermédiaire d’un entourage qui le facilitait (parents militaires).

Elle décide pour l’instant de ne pas réaliser le test d’ADN qui établirait peut-être sa véritable identité. Elle a peur de faire du mal à son père et se sent soulagée à l’idée qu’elle pourrait y avoir recours un jour sans qu’il en soit tenu au courant.

Cette question doit donc rester en suspens dans la thérapie et nous nous concentrons sur d’autres problèmes que **Sol** doit affronter avec néanmoins cette question identitaire majeure en toile de fond, muette (ce que nous avons beaucoup travaillé ensembles).

---

<sup>136</sup> Les Disparus : “Los Desaparecidos” est le nom (devenu symbole) donné aux victimes de la dernière dictature militaire argentine, ayant été effectivement déclarés disparus par le régime en place (après avoir été réellement torturés et exécutés) alors que leurs familles les recherchaient et demandaient des comptes. A l’occasion de cette terreur, des enfants de ces victimes ont été raptés et appropriés par des familles, complices du « proceso » (nom du processus mis en place par la dictature militaire). C’est la raison d’être des Mères et Grands-Mères de la place de Mai de retrouver ces enfants qui ont effectivement à présent l’âge de Sol.

Le moindre désaccord la déstabilise lorsque l'autre : familial, ami, collègue de travail...ne pense pas pareil qu'elle. Dans ces situations, **Sol** se met d'abord en colère puis s'angoisse et perd sa confiance en elle, incapable de soutenir sa vérité, elle pleure comme une petite fille.

S'opposer, se rebeller, penser différemment la renvoie à sa peur, sa terreur de la disparition et de la mort. Penser la même chose en revanche c'est l'unité duelle de **P. Hermann**, être deux corps en un seul esprit (stade pré-génital), niveau archaïque où c'est l'autoconservation qui est en jeu.

Le désir du même, renforcé chez elle par la gémellité, désir de fusion, sorte de retour au paradis, est aussi désir mortifère de se perdre dans l'autre.

Les séparations dans sa vie ont eu un impact désorganisateur : la mort de sa mère, la dépression de son père, la prise d'autonomie et la vie de couple de sa sœur, sa rupture d'avec un petit-ami avec lequel elle était depuis quatre ans et le changement de lieu professionnel en lien avec cette séparation.

Dans les photos qu'elle choisit elle insiste dans son désir d'être protégée par un père, si je lui signale que c'est une protection dont bénéficient les enfants alors qu'elle est une femme, elle rit. Désirs de l'ordre du besoin anaclitique dans la lignée de **S. Freud**, bloqués à une étape pré-génitale du développement. Par exemple, quoi qu'elle reconnaisse que sa grand-mère maternelle manque de tendresse dans les rapprochements corporels, c'est dans son lit qu'elle se glisse comme une petite-fille lorsqu'elle a ses cauchemars.

Elle cherche éperdument une protection à laquelle s'accrocher, comme sur une photo d'une jeune femme qui coure sous la pluie, le parapluie la rassure, même si elle pense qu'il pourrait se retourner, elle le considère comme un objet protecteur et se sent sûre d'elle avec lui.

Elle s'identifie à la faible et sa sœur à la forte, voyons la séquence dans le groupe :

**Consigne : « choisissez des photos pour dire ce qu'est pour vous protection ou imposition ».**

Elle choisit plusieurs photos: celle d'un groupe de jeunes qui pour elle imposera sa musique aux autres ou encore son mode de pensée, la photo d'un père avec son fils et celle d'un chat et d'un oiseau.



Le chat, le fort selon elle ce sont les autres, sa sœur, tandis qu'elle est l'oiseau, le faible.

Le groupe lui signale alors : « attention, l'oiseau est un corbeau et c'est le chat qu'il va falloir protéger ». Je pense au dicton populaire « *cria cuervos te devorarán* » (élève des corbeaux ils te dévoreront) ; là l'autre se transforme en fort, mauvais et dévorateur : premiers fantasmes de la position schizo-paranoïde de **M. Klein** où apparaît l'angoisse de destruction dans toute sa violence. Comment sortir de cette position scindée, faut-il être fort ou faible ? Comment dépasser ce blanc ou noir manichéen qui ne permet pas les nuances ?

Lors d'une des dernières séances en groupe, la consigne explorait « récupérer » et « ce qui est possible ». Elle choisit une photo de deux palmiers sur tons sépia : « avec mon père nous ne nous parlons plus ou presque. C'était son anniversaire, je l'ai appelé et je suis allée le voir bien qu'il ne m'ait pas invitée ; j'ai essayé de comprendre comment il était, déprimé et comme un enfant. Mon père ne me *registre* pas. Avant je lui réclamais et je pleurais parce qu'il ne m'appelait pas, à présent je prends l'initiative et il l'accepte, ça me fait du bien. Si je m'approche de lui, il peut parler ». Dans une autre séance, d'une photo de lion, elle dit qu'il est fort, qu'il contrôle les femelles, qu'il lui fait peur car il pourrait l'attaquer.

Les personnes se partageraient entre les forts idéals (grands-parents, sœur) qui survivent et les faibles, les petits (elle, son père) qui vivent sous la menace. Le sens du traitement suivra le cours du retournement de cette position à travers l'association de ces deux perceptions, de l'acceptation d'une alternance et d'un travail important autour de l'idéalisation comme de la désidéalisation.

Patiente victime de crises de panique. Sœur d'une jumelle ayant perdu leur mère des suites d'une maladie organique prolongée.

Le faux lien constitué rassemblait la mort de sa mère et les situations d'examens avec la culpabilité de ne pouvoir bien faire. Elle ne pouvait se rendre à aucune évaluation qui soit.

S'opposer, se rebeller réveillait chez elle la terreur de suivre le destin des « disparus » (époque de la dernière dictature militaire argentine).

Par la médiation du Photolangage® elle exprime la dichotomie de sa forme de pensée, les gens sont forts ou faibles, lâches ou courageux.

Elle a pu améliorer sa situation, réduisant ses troubles à partir d'un travail de l'idéal (idéalisation-désidéalisation).

La question de son identité reste ouverte.

### 2.7.5 Le cas d' Edgardo. Un patient psychosomatique.

**Edgardo** est un homme marié, il a deux garçons adolescents. Il a changé d'entreprise désirant modifier sa qualité de vie, son travail précédent impliquant pour lui beaucoup de personnel à sa charge.

Suite à la mort de son père trois ans auparavant il a perdu le sens de l'odorat pour les odeurs agréables, conservant uniquement la perceptions des odeurs désagréables. A travers ses



Photo 250. Personnelle.

associations nous relevons que sa mère lui a toujours reconnu un don pour reconnaître les ingrédients de la nourriture « quel nez Edgardo ! » ; Il remarque aussi qu'elle a constamment « mené son père par le bout du nez ». Femme exigeante et perfectionniste, elle critique le moindre détail qui ne coïncide pas avec ses goûts.

**Edgardo** avait une relation complice avec son père à ce sujet, il tenait avec lui des paris pour savoir combien de temps il faudrait à sa mère pour se fâcher.

La perte de l'odorat est l'expression dans le corps du conflit d'Edgardo que nous verrons s'exprimer dans cette exposition.



Photo 176. Personnelle

Dans le groupe, il critique fortement les consignes ou la qualité des photos (la photo est mal cadrée, la peinture mal réalisée-il parle ici d'un tableau d'E. Munch (photo 167)- ou encore met en doute la réalité de ce que montre la photo). Il laisse aussi deviner une tendance à la discrimination morale (par exemple sur une photos avec des asiatiques, il parle péjorativement des chinois, photo 176). Identification à cette mère critique et intolérante avec qui il souhaiterait prendre ses distances en niant ce qu'elle admire, son odorat ?

Le choix de son épouse est l'antithèse de ce que sa mère aurait souhaité pour lui et cependant à présent avec ses fils ils se moquent de sa femme, comme auparavant il le faisait en alliance avec son père vis-à-vis de sa mère.

La sexualité apparaît dans les séances où dans un premier temps il ignore les consignes et choisit des femmes provocantes ou des détails sensuels (jambes et bottes rouges, photo 250). A l'entretien d'admission il m'avait fait part de son problème d'éjaculation précoce (tû dans le groupe).

Sa mère disqualifie tout et lui la met au défi parfois par des choix qu'elle désapprouve (par exemple le choix du quartier de sa maison ...). Dans le groupe par ailleurs il dramatise et répète l'insatisfaction maternelle disqualifiant à son tour la photo ou ce qu'y voit l'autre.

Cette façon d'imposer ses vérités et sa manière de voir les choses dans le groupe lui ont valu l'éloignement de ses compagnons à certains moments. Cette antipathie qu'il provoquait et lui a été renvoyée par ses pairs sans trop d'agressivité lui a permis de prendre conscience de son identification à sa mère.



Photo 253. Photolangage®

Un jour où il choisit la photo d'un repas familial (photo 253) il peut dire : « c'est une famille attablée, ça me rappelle comme j'essayais de plaire à mes parents pour ne pas m'attirer de problèmes mais j'y ressentais un malaise, je n'étais pas moi ».

Edgardo présenta ensuite des rhinites mais par périodes il récupérait son odorat, un an plus tard son traitement fut interrompue du fait d'un transfert de son travail (déplacement dans une autre ville).

Patient manifestant des troubles du sens de l'odorat au moment de la consultation, un sens loué para sa mère depuis longtemps.

Le symptôme montre le conflit dans le corps d'une identification avec une figure dont il souhaite prendre ses distances. Dans le groupe il répète l'imposition de ses vérités comme sa mère avec lui auparavant et provoque l'éloignement des autres.

Il put mettre cela en travail à travers des photos en inscription dans la chaîne associative groupale.

### 2.7.6 Le cas de Fernando. Un patient souffrant de crises de panique.

Un jeune homme de 33 ans consulte pour des crises de panique survenues lorsqu'il a eu à faire un exposé face à un auditoire au travail.

Je l'inclus dans un groupe de Photolangage®.

Dans une séance où la consigne concernait « *la confiance et l'insécurité* », il choisit un groupe de gens et il dit : « ce que vous regardez est déjà arrivé ». Il associe l'image avec un accident qui a attiré des spectateurs, « l'excès de confiance peut te pousser à conduire à trop grande vitesse ». Puis il parle de ses troubles : « au travail j'ai des symptômes de panique quand les gens arrivent dans un auditorium et que je vais devoir parler. Cette étape, ces trente secondes jusqu'au moment de parler, je sens un vide et j'ai peur que les autres se rendent compte de ce qui m'arrive ».

A l'âge de 15 ans, **Fernando** a été traumatisé par un accident de voiture coûtant la vie de sa sœur aînée de quatre ans de plus que lui.

Elle faisait son admiration (elle était forte, sûre d'elle, c'était la seule à affronter un grand-père maternel au caractère bien trempé). Lors d'une séance où une part de la consigne concernait : « *s'imposer* », il se fait la réflexion que c'est sa sœur qui lui a conseillé d'arrêter de jouer au basket en professionnel (la fierté de son père) parce que l'exigence des entraînements l'empêchait de retrouver ses amis : « *quel est le problème, dis-le à papa et point* », « c'est la meilleure décision que j'ai prise, avant je ne pouvais rien faire sans l'appui de ma mère » (c'est un lapsus, il parle de sa sœur).



Photo 250. Photolangage®

L'accident se produit dans les conditions suivantes : la famille partait en vacances à deux voitures, suite à une dispute entre eux, la sœur de **Fernando** change de voiture et voyage avec un cousin. Lorsque l'accident tragique se produit, la voiture où lui se trouve avec ses parents est en avant et revient en sens inverse ne voyant pas arriver l'autre véhicule. Ils aperçoivent alors un groupe de gens autour de la voiture « il était déjà arrivé

quelque chose ». **Fernando** pense que son père « n'a pas protégé sa famille, il a été imprudent car c'était la nuit, une route pleine de camions ».

Dans le contre-transfert je sens que dans ces trente secondes de panique avant de parler c'est lui adolescent qui coure au ralenti jusqu'à arriver sur les lieux de l'accident, de voir sa sœur, la prendre dans ses bras et déclarer « elle est morte » avant de céder au désespoir.

Ces trente secondes qui déclenchent la crise somatique et la crise d'angoisse, cette attente presque instantanée qui se transforme en siècles pour lui dans sa réalité interne, c'est la question qu'il se pose de ce qui l'attend : « la vie ou la mort ? » je l'interroge. Il acquiesce « c'est bien l'image qui me vient ».

Les relations actuelles avec ses parents sont compliquées. Sa mère est tombée dans une dépression depuis l'accident, lui aurait voulu qu'elle soit forte comme il la considérait avant et puisse consoler sa tante qui elle aussi a perdu son fils, « je ne peux pas, qui me console moi ? ». Son père dépend économiquement de ses fils, ce qui met **Fernando** très en colère.

Le jeune homme est marié, il a déjà eu une séparation d'avec sa femme qu'il attribue au fait que sa belle-mère manipule sa fille et influence par-là beaucoup leur foyer.

Quand son chef part en voyage, c'est **Fernando** qui doit occuper ses responsabilités, se confronter à d'autres et transmettre des ordres et des décisions, « changer de place » sens fondateur de son traumatisme. Lui est le faible, sa sœur était la forte, toute puissance cristallisé dans sa mort. Apparaissent ici les deux Moi et le problème identificatoire du jeune homme. Le changement de place déclenche la crise puisqu'il peut annoncer la mort où ravive la culpabilité de la vie.

S'il se fait fort (appropriation de l'idéal) il pourrait en mourir (sœur morte, mère déprimée) et s'il reste faible il survit mais en paie le prix et il se dit à lui-même « je ne sais rien, les autres vont s'en rendre compte, je suis un idiot ».

Le pendule manichéen est à son apogée : vie-mort, force-faiblesse, intelligence-bêtise. Il manque la régulation et l'articulation de ces opposés, l'intermédiaire entre tant d'ambivalence.

Patient présentant des crises de panique. Attrapé dans l'oscillation binaire du pendule entre la vie et la mort, la force et la faiblesse, l'intelligence et la bêtise.

Le déplacement des rôles dans son travail est le déclencheur de ses crises. Par le Photolangage® il a pu associer ses symptômes à un accident de voiture où après avoir changé de place avec sa sœur, celle-ci est morte dans l'accident.

Il put mettre en mots ces images terrifiantes inscrites dans son esprit.

Ses deux Moi étaient constamment en lutte, dans le groupe il a pu construire l'intermédiaire entre ses oppositions.

## **2.8 Clinique : séances en groupes de médiation avec de jeunes patients atteints de crises de panique**

Cette séquence a pour but de mettre en valeur la richesse de la méthode et d'en faire l'expérience auprès de patients plus jeunes (de 20 à 33 ans).

**Consigne:** *“Choisissez une ou plusieurs photos pour raconter des mots ou des phrases qui ont eu un impact spéciale en vous”.*

**Clotilde** Choisit la reproduction en marbre du détail de la création d'Adam (peinture de Michel-Ange de la voûte de la chapelle Sixtine) (photo 130).

“J'ai choisi cette rupture, Dieu le père expulsant Adam à cause du péché originel au paradis. C'est ma relation avec ma famille, rigide, religieuse, structurée. Mes parents se sont mariés vierges. Le sexe et l'argent sont tabous à la maison. Avoir des relations sexuelles avant de se marier est un mal, on en reste marqué, expulsé du paradis. Ma mère a su que j'ai eu des relations avec mon petit-ami, par un médecin qui a déclenché un désastre. Ma famille m'a dit : « je te lâche la main ». Dans un parc devant mes deux frères, ma mère m'a crié : « tu es une prostituée, tu vas rompre, tu ne reverras plus ton petit-ami, personne ne va jamais t'aimer ».

Mon père aussi est parti en éclats. C'était il y a cinq ans et on n'a jamais reparlé de la question. Ce fut une situation terrible, une humiliation publique. A partir de là je me suis mise à rougir dans certaines circonstances et ont commencé mes crises de panique”.

Cette humiliation, en publique, dans la rue, devant les garçons et l'homme de la famille (frères et père) est doublée de la menace d'être abandonnée (« on te lâche ») et de tomber en enfer qu'annonce la sanction sans cesse répétée depuis : plus personne ne pourra l'aimer.

C'est avec la photo qu'elle enlace et récupère cet épisode de sa vie qui déclenchera les crises de panique, il se révèle à elle et au groupe.



Photo 130 Personnelle



**Consigne:** “*Trouvez une ou deux photos qui vous suggèrent une situation de colère de votre part ou de quelqu’un vis-à-vis de vous*”.

**Ana:** “Je crois que c’est un appareil photo (photo 93) et je la choisis pour ma colère vis-à-vis de ma profession, de ne pouvoir l’exercer, je ne trouve pas de travail dans ma partie, j’ai étudié la mise en scène de cinéma”.

**Rodolfo:** “On se sent impuissant quand on ne peut pas faire ce qu’on aime”.

**Mariana:** “Oui et aussi pour le temps et l’argent investis dans les études et les voyages ; on choisit une carrière et on choisit de travailler de cela, je pense à l’autosatisfaction”.

**Thérapeute:** “L’autosatisfaction?”

**Mariana:** “Oui, ce que j’aime”.

**Ana:** “J’ai travaillé au Guatemala dans ma profession. Ce qui se passe c’est que bien que ce soit le pays où je suis née, je n’aime pas y vivre, ici ça me plaît mais je ne trouve pas de travail dans ce que j’aime”.

**Mariana:** “Tu dois choisir entre deux grandes questions”.

**Ana:** “Je reste ici, je cherche, pour l’instant je travaille dans le télémarketing”.

**Rodolfo:** “Tu me rappelle ma sœur qui est journaliste, elle vit à Mar del Plata (côte argentine) et en été elle travaille dans les hôtels et les restaurants pour gagner de l’argent”.

**Ana:** “Le monde du télémarketing est bizarre, chacun dans un box passant des appels à des gens étrangers et recevant des réclamations”.

**Rodolfo:** “Tu dois en plus te confronter à la paranoïa des gens qui veulent savoir pourquoi tu appelles”.

**Ana:** “J’ai appris que chaque appel en est un nouveau”.

**José:** “Moi il n’y a aucune photo qui m’interpelle pour la colère”.

**Thérapeute:** C’est possible aussi ¿Que voyez-vous sur la photo qu’a choisi Ana?



Photo 93 Photolangage®

**José.** “C’est un télescope mais à l’horizontal pour moi. J’aimerais bien l’avoir en vrai pour voir ce qui se passe chez moi à Formosa (province du nord de l’Argentine) et aussi pour voir la lune et les planètes”.

**Mariana:** “Elle me transmet beaucoup de tranquillité cette photo, dans le fond on dirait une cascade d’eau”.



Photo 89 Marisa Negri

**Rodolfo:** “Moi elle ne m’apaise pas du tout, je ne me suis pas centré sur la photo sinon sur le contexte, on dirait que ce qu’il y a derrière c’est une impasse, la pluie, les voix d’un train. En plus les photos en noir et blanc ne me plaisent pas, elles me semblent négatives. Oui pour moi c’est une impasse, peut-être à cause de ma façon d’être, être ici c’est un moment de m--- même si ça peut être une retraite aussi”.

**Thérapeute:** “Peut-être ne pouvez-vous pas parler de la colère parce que vous vous sentiriez comme des animaux sauvages dans leur repaire”.

**Rodolfo:** (rires) “Oui”.

**José:** “Pour moi ces photos ne sont pas très représentatives de la colère”.

**Rodolfo:** “Moi j’ai choisi cet animal replié par terre sur lui-même (photo 29), à la défensive, se protégeant lui-même du dehors hostile ; il s’est mal comporté et la maman animal est sur le point d’arriver, en plus il attend la punition du père”.

**Thérapeute:** “Vous décrivez la colère de l’extérieure, qu’est-ce qui arrive au petit animal?”

**Rodolfo:** “Il est immobile, il attend; j’ai aussi choisi cette autre (photo 89) c’est une fille qui dit « *tu m’as abandonnée seule sur la route* » on vient de rompre avec elle”.

**Thérapeute:** “On dirait une plainte”.

**José:** “Pour moi l’animal c’est un faon qui dort”.

**Les autres:** “C’est un renard”.

**Mariana:** “Oui pour moi aussi et il est sur le point de s’endormir tranquille”.



Photo 29 Revue First

**Ana:** “Oui, il a froid et je vois aussi l’abandon dans cette autre photo, une personne épuisée qui fait de l’auto-stop et personne ne la prend, elle a faim et elle a sommeil”.

**Thérapeute:** “Il vous coûte de parler de la colère”.

**Mariana:** “Moi j’ai choisi celle-là. J’ai vu l’homme et les barreaux (photo 18) après j’ai vu ses petits visages. Parfois quand je me mets en colère je me sens comme ça derrière les barreaux. Je me fâche après mon chef au travail qui est un mec qui a tout faux et je dois me contenir de ne pas lui répondre. Je suis aussi en colère à cause de la banque, à chaque fois que j’y vais il me manque un papier officiel, je veux prendre un crédit pour acheter une petite maison, je suis mariée depuis six mois, et aucun propriétaire ne veut te donner le fichu papier officiel pour le plan de crédit pour les locataires. L’important c’est de continuer”.

**José:** “J’ai pensé que les barreaux étaient les rideaux de la façade d’une maison, le type à la tête de quelqu’un qui se dit « j’ai la tête sous l’eau », il a demandé un crédit, sa femme l’a quitté ou il est sans travail”.

**Thérapeute:** “Une situation difficile semble-t-il, que pense l’homme ?”

**José:** “Abattement”.

**Ana:** “Ça m’a rappelé une photo que je vois comme une distorsion, il arrive avec ses autres moi. Enfermé dans son propre moi.”.

**Thérapeute:** “Être avec son moi c’est être enfermé? C’est être en colère avec soi-même?”

**José:** “Moi je suis en colère avec le professeur qui m’a fait passer un examen et qui ne l’a pas corrigé à la fac, il l’a emporté chez lui. Le jour suivant il m’a envoyé un mail pour me dire que je n’avais pas passé l’épreuve et je sais que j’ai bien fait les exemples. En plus ce prof en décembre a réprouvé toute la classe et un élève qui en sait beaucoup a remis en cause le résultat et le prof a dû admettre qu’il s’était trompé”.

Les autres donnent des conseils à José pour se défendre de son professeur.



Photo 18 Musée Malba. Julio Le Parc (2002)

**Mariana:** “Moi j’ai peur de voyager en car quand je pars en voyage et cette situation me met en colère”.

**Thérapeute:** “Il y a la colère à ne pas pouvoir faire ce vous aimez : une profession, l’impuissance face à un chef, face au gouvernement ou vis-à-vis de vous-même devant quelque chose de frustrant. Cependant vous parlez aussi de protection, de repaire quoi qu’il y ait des barrières vers l’extérieur. Depuis l’autosatisfaction à persister dans une situation que vous décrivez sans issues vous êtes passés dans le groupe à partager entre vous une situation comme celle de **José** pour qu’il puisse se défendre face à un professeur injuste ; c’est un grand pas ”.

### Commentaires

Dans cette séance la colère qui n’est pas explicitée est celle propre face à leurs différents moi (les voix des autres), enfermés, prisonniers et parfois parasités à l’intérieur d’eux-mêmes.

Quand ils se fâchent ils se voient en général comme fractionnés, éclatés en multiples morceaux d’eux-mêmes. Ainsi affaiblis, ils ne peuvent affronter depuis l’unité et la force d’un moi l’extérieur et les circonstances variées de la vie.

**Rodolfo** attend recroquevillé, comme le petit animal, un père qui le punit parce qu’il s’est mal comporté, c’est une attente impossible pour lui, son père est mort à son adolescence et il n’a pas à qui se confronter.

Dans ce groupe de jeunes affectés de crises de panique nous en voyons des facteurs déclenchant d’importance comme l’humiliation publique, l’exposition au ridicule et à la honte tous liés à la menace de ne pas être aimés et de rester « seuls pour toujours »

Ils sont parfois enfermés dans leur colère pris en otages par les deux pôles de leur moi en lutte. Ces patients se voient fractionnés et divisés en de multiples morceaux et par conséquent affaiblis.

## 2.9 Clinique: séances en groupes de médiation par le Photolangage® avec des patients adultes souffrants de crises de panique.

Le rang d'âge pour ces groupes est de 35 à 65 ans.

### Première séance

**Consigne:** *“Choisissez la photo qui vous plaît le plus, dites ce que vous voyez en elle”.*

**Alma:** “C’est la photo d’une femme coupée (photo 14), elle me plaît parce que c’est comme ça que je me vois moi à ce stade de la vie, coupée, je me vois faible, désirant être aimée de mes parents. La famille que j’ai formée elle m’aime oui. Ce que je n’aime pas de la photo c’est que cette femme qui se regarde dans le miroir semble dire qu’ai-je été, qui suis-je et qu’est-ce que je veux dans la vie ».



Photo 14 Jules Le Parc

**Ana:** « J’ai choisi cette photo, une mère et une fille qui sourient (photo 94), c’est la relation que j’aurais aimé avoir avec ma mère. Elle m’a dit qu’elle ne voulait pas que je naisse parce qu’elle m’a eu avec un homme qu’elle n’aimait pas. Mon frère elle l’a eu avec celui qui a été son amour et on voit bien la différence.



Photo 94 Photolangage®

La photo du piano (photo 172)c’est la façon dont je me vois. Il n’y a rien de clair, tout est confus, les images brillent, ce sont celles des autres qui se reflètent, pas les propres. Toutes les images se gomment en lui ».



Photo 172. Personnelle

**Juan:** « cette photo avec la manifestation (photo 95), elle ne me plaît pas ; elle parle de la violence dans la rue. J’ai été



séquestré pendant plusieurs heures. Après j'ai commencé les crises. Il faut pouvoir composer avec ça. Cette photo de la montagne me plaît (photo 60) elle me montre ma jeunesse mais c'est un passé éloigné et j'aimerais que ce soit le présent ».



Photo 60 Personnelle

### Commentaires

Alma, la *petite fille* qui veut être aimée par ses parents comme elle ne l'a pas été, le passé est vécu comme découpé, des coupures et des fragments qui affaiblissent le moi. Dans le groupe les patients pourraient intégrer les parties déliées de leur histoire personnelle et de leurs désirs là où le passé est irréversible. La nostalgie, le désir de réparer ce qui est resté loin



Photo 95 Photolangage®

dans le passé et de le ramener dans le présent pour profiter d'un idéal inatteignable, voilà ce qui insiste chez eux. Ils se transforment en miroirs qui portent et supportent des images d'autres (faux self) au lieu de se trouver et de pouvoir se montrer comme ils sont dans la réalité.

### ***Consigne: "Pénétrer. Dîtes-le avec des photos "***

**Alma:** "J'aime la médecine j'ai choisi cette photo des médecins et du patient (photo 96), la question de la guérison et de voir ce qu'on a dans la tête, dans le corps, en nous, c'est clair les médecins soignent et ils s'occupent aussi de l'autre part, celle de la mort.

J'ai aussi choisi cette photo (photo 107) j'aimerais pénétrer dans ces caves et découvrir des choses antiques, des pyramides lointaines pour nous, comment était la vie avant? Qu'y a-t-il derrière toute chose?"



Photo 96 Photolangage®

**Juan:** “J’ai choisi celle-là avec les bustes en pierre et les colonnes (photo 97), ça me fait penser à pénétrer dans l’histoire, s’y introduire, mieux connaître, intérioriser et voir comment chacun s’est interprété soi-même. Les générations précédentes avaient leurs rigidités”.



Photo 97 Photolangage®

Ils amènent le thème transgénérationnel, ceux qui vivent, ceux qui meurt, que deviendront-ils ? Combien leur revient-il à eux et combien aux autres ?

**Consigne:** “*Près-loin. Exprimez-le avec des photos*”.

**Sol:** “J’ai choisi la photo du supermarché (photo 98) c’est le plus près que j’ai, où il y a des gens qui vont et viennent, ça me tourne la tête. Je me sens instable dans le train ou dans le métro. Ce déséquilibre c’est que je vois tout en noir, comme la photo en noir et blanc, je me vois faible. Le bateau (photo 28) je le vois tranquille c’est comme ça que je me sens à la maison, pas dans la rue”.



Photo 107 Personnelle

**Jimena:** “J’ai choisi ces deux femmes âgées (photo 99) pour l’ancien temps, elles représentent ma famille d’Italie. J’ai une tante qui a 92 ans, ça me rend triste même si elles sont toujours là, j’en ai la nostalgie, je les ai vu il y a un an. Ces fleurs c’est ce que j’essaie d’avoir près de moi parce qu’elles me donnent de la joie, je les aime”.



Photo 98 Photolangage®

**Alma:** “Cette photo d’un enfant qui a peur (photo 100), caché, c’est ce qui est près. Ils ont tués hier le fils d’un vendeur de kiosque à journaux pour



Photo 99 Personnelle

le voler ; je dois essayer de me soigner des peurs après le cambriolage dont j'ai été victime à la maison avec les petites, comment faire ? Le bateau (photo 28) c'est ce qui est loin, je voudrais aller vivre à Mendoza (province d'Argentine) mais mon mari a trouvé du travail dans la capital”.

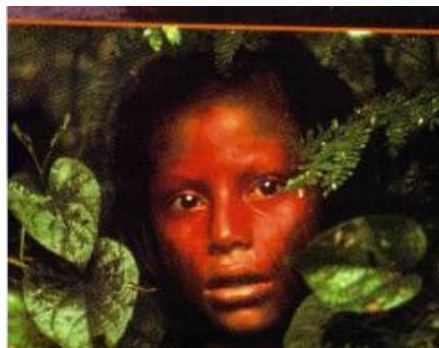


Photo 100 Film Baraka

**Julia:** “Pour moi c’est un enfant coincé au milieu d’une guérilla dans les montagnes. Le supermarché (photo 98) me plait, cela me réconcilie avec mon papa. Il faisait les marchés quand il est venu à Buenos Aires, il s’est échappé de la guerre depuis l’Italie”.

**Juan :** “La photo du bateau (photo 28) me transmet de la sérénité, la paix, c’est quelque chose de lointain. La photo du petit vieux sur la place (photo 143) ça fait partie de mes peurs, de vieillir et tout ça ”.



**Jimena:** (Photo 99) “Moi je prends un coup de vieux, j’ai des douleurs dans tous le corps, on n’en trouve pas la cause et finalement on m’a dit : Fibromyalgie. Les médecins ne savent pas mais il y a des douleurs qu’on porte toute la vie, tellement de migrations...”

Photo 28 Personnelle

**Thérapeute:** “Peut-être devriez-vous séparer vos propres douleurs de celles qui sont prêtées par d’autres depuis la nostalgie et les séparations que votre famille a souffert dans les générations précédentes”.

**Sol:** “Moi j’ai découvert que j’étais très faible face à la maladie, j’ai le syndrome de Ménière (affectation de l’oreille interne, donne des vertiges) et ce n’est pas mortel. La photo que Jimena a choisi me plaît parce que j’aurai aimé avoir une sœur”.



Photo 143. Personnelle



## Commentaires

Le groupe confronte une manière de voir à d'autres ce qui permet à chacun de trouver des sens différents des siens. Un supermarché peut être un lieu craint par peur de se perdre dans la masse de gens qui y circulent ou il peut être joyeux, souvenir d'un père marchant pour sa fille. Apparaissent des enfants mort de peur attrapés par les guerres de leurs parents, que faire? A ce niveau du lien, ils ne se rendent pas compte du passage du temps et à un autre niveau ils se demandent : seront-ils comme leurs parents en vieillissant ? Seront-ils seuls ou accompagnés ?

Ce groupe de patients adultes atteints de crises de panique vit le passé comme des coupures, celles de ne pas avoir été aimé comme ils l'auraient voulu, ils restent fragmentées et en voient leur Moi affaibli.

Ils parlent de nostalgie et de désir de réparer l'autre. Ils fonctionnent comme des miroirs reflétant les images des autres (faux self).

Le groupe a permis de trouver et de composer avec des sens différents de celui de chacun. Le passage du temps n'est pas perçu comme tel, ils sont encore des enfants attrapés entre les luttes de leurs parents.

## **2.10 Groupe de Photolangage® de patients adultes en traitement individuel souffrants de crises de panique.**

Pour certains patients en individuel j'ai mesuré un bénéfice possible dans le traitement groupal associé et nous avons travaillé la synergie produite par les deux dispositifs. J'en ai déjà exposé certains cas par des extraits, je développerais à présent plus profondément les situations groupales pour ces patients.

**Consigne :** *“Dîtes avec une ou plusieurs photos comment vous percevez-vous et comment pensez-vous que les autres vous voient”.*

**Nadia:** “J’ai choisi le canoë (photo 78) c’est comme la réminiscence de l’endroit d’où je viens, il parle de moi, de mon histoire personnelle et d’un nouveau chemin, propulsée à sueur et à sang. C’est simple c’est ce que je fais en ce moment, nouvelle vie, une vie aquatique. J’avais des difficultés à cause des circonstances, maintenant ma déroute est différente, c’est un crépuscule et aussi l’aube. C’est un effort et aussi une recherche. La côte est visible de même que mes objectifs les plus immédiats. J’ai aussi choisi ce couple (photo 79) comme ce qui me manque, c’est comme ça que me voient les autres. La photo montre un équilibre qui me manque. Je crois que les autres ne me voient pas en manque d’équilibre. Dans la rue j’ai la tête qui tourne, avant non, les autres sont déconcertés. Je crois qu’ils ne me comprennent pas alors je les mets au congélateur”.

**Ricardo:** “D’où es-tu ?”

**Nadia:** “De Entre Ríos” (province argentine).

**Ricardo:** “Moi j’ai choisi cette famille pour montrer comment je me vois, ma première image c’est que je suis un bon père de famille. J’ai du plaisir à mes défauts et à mes vertus, j’aime être et avoir une famille. J’ai choisi ce canoë aussi pour comment me voit-on, distant, éloigné, replié derrière quelque chose, ça ne me plaît pas et j’ai du mal à piloter cela ”.

**Melisa:** “J’ai choisi cette photo du cactus en fleur (photo 16) pour la façon dont je me vois, sauvage avec des épines quand les personnes m’approchent de trop. C’est ma manière de me défendre, j’ai des piquants ”.

**Thérapeute:** “A la défensive ”.

**Melisa:** “Oui c’est exactement le mot qui me définit, à la défensive et distante. Pour comment me voit-on, cette photo de la plage (photo 84), je n’aime pas non plus la mer déserte de gens, couverte, sombre, c’est super distant ”.

**Mario:** “Je me vois dans ce bateau, serein et en paix, tranquille mais en réalité je vis stressé, trop vite, je veux me poser, moi je souhaite aller à Entre Rios contrairement à ce que tu disais toi **Nadia**”.

(Rires)



Photo 84 Personnelle



Photo 78 Personnelle



Photo 79 Fotolangage®

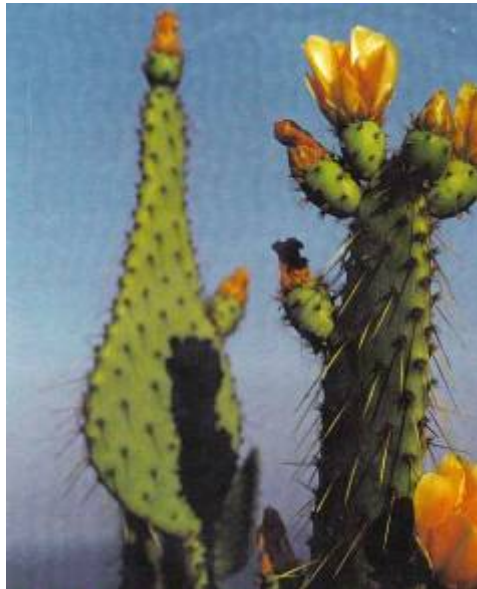


Photo 16 Personnelle

**Mario:** “Oui et la photo des mains (photo 80) pour comment on me voit, solidaire, je te tends la main. On me voit paternel avec les autres et c’est plus fort que moi ; le faible a raison de moi, ce n’est pas ce que je voudrais”.

**Thérapeute:** “Dans les deux : la façon dont vous vous percevez et celle dont on vous voit, ce n’est pas ce que vous voudriez vous ou les autres?”

**Mario:** “Cette photo du cactus je l’ai regardé et j’ai pensé : comment quelqu’un peut te voir ainsi? ”

**Polly:** “J’ai choisi cette photo de la gare avec l’horloge (photo 81) je suis comme ça, comme une horloge, je marche, je marche ”.

**Mario:** “Tu sais où tu vas?” (Rires).

**Polly:** “je chemine une route qui arrivera certainement à quelque chose de beau et de bon. Mais j’ai un temps à accomplir pour déterminer les objectifs. Je regarde constamment ma montre. Et j’ai choisi ce port pour la manière dont les autres me perçoivent. Il y a des gens qui se croient plus jeunes qu’ils ne le sont, il y a un bateau qui est sur le point de partir se promener pour profiter de la ballade. J’étudie les langues mais il y a des gens jeunes qui se croient vieux. Moi j’essaie de ne pas être prise au dépourvu par le coup de vieux ”.

**Mario:** “Nous on a choisi le canoë mais toi tu en as un Ego ! Tu as choisi une fleur de bateau” (Rire).

**Maria Elisa:** “Moi j’ai choisi ce paysage automnal (photo 82) J’aime cette chaise blanche bien qu’elle soit vide. Parfois j’aime les gens et d’autres fois ils me dérangent et d’autres encore viennent à moi. En plus il y a une grille derrière, en ce moment j’ai cette grille pour les autres. J’ai choisi celle-ci avec la fenêtre (photo 83) pour comment me voient les autres. En fait moi je les vois et eux ne me voient pas”.

Thérapeute: “Ils ne vous regardent pas”.

**Maria Elisa:** “Ils me tournent le dos ”.

**Polly:** “Ils l’ignorent, moi parfois j’aimerais que certaines personnes m’ignorent ”.

**Mario:** “Cela dépend contre qui. Parfois je veux être seul à la fin de la semaine mais après je ne tiens pas, j’aspire à la paix mais je ne me vois pas seul ”.

**Polly:** “J’ai choisi le bateau, tout le monde veut y monter ”.

**Maria Elisa:** “Quel Ego, tu es la seule qui a choisi trois photos ”.

**Polly:** “Celle du cactus ne me plaît pas. Ce n’est pas bon d’être à la défensive, ça te revient comme un boumerang, mal ”.

**Mario:** “Le cactus je ne le vois pas comme une attaque sinon comme une séparation ”.

**Thérapeute:** “**Melisa** dit que c’est ce qui l’empêche de s’approcher des gens, pas qu’elle veut les attaquer. Voulez-vous dire ce que vous voyez dans les photos choisies par les autres?”.

**Melisa:** “Je suppose que c’est à cause de mon manque de confiance, de mon enfance. La photo de la plage me fait peur (photo 84), ces nuages noirs, une tempête, la mer paraît sereine, c’est la nuit, l’obscurité. Le canoë me plaît pour l’élément eau”.

**Maria Elisa:** “C’est la façon dont on s’identifie. Moi devant un problème d’abord je fuis, je marche, je marche et je pense et après j’y reviens”.

**Melisa:** “L’horloge (photo 81) ne me plaît pas, les heures qui passent, ça me donne peur de la mort”.

**Nadia:** “Moi cette photo me fait penser à Pénélope qui attend dans la gare en automne (elle se réfère à la femme d’Ulysse, photo 82), j’adorerai si c’est avec des gens et des petits gâteaux pour boire le thé. La photo de la fenêtre (photo 83) je la vois en perspective”.

**Mario:** “Je suis architecte, elle est cadrée vers le soleil, c’est une construction ancienne. Elle pourrait-être égyptienne”.

**Nadia:** “C’est une fenêtre dont la visibilité est focalisée, peut-être sur des visiteurs”.

**Polly:** “Moi j’aime la plage mais je choisis celle du Brésil au coucher du soleil ou à l’aube, ça m’est égal” (elle réinterprète la photo).

**Nadia:** “la question c’est comment les choses sont dites, c’est difficile de communiquer, dire les choses et que les autres ne le vivent pas comme une agression”.

**Thérapeute:** “Ici vous pouvez exprimer ce que vous sentez même les expériences d’agression ”.

**Mario (a Nadia):** “Tu devrais faire un changement de rôle et te mettre à la place des autres, dans le corps de l’autre”.

**Ricardo:** (a Nadia) “Belles-mères ou belles-filles au milieu?”

**Nadia:** “Non, c’est une question de valeurs que j’ai enseigné à mes filles et qui ne les conservent pas ”.

**Mario:** “Moi je suis solidaire mais on m’a répondu avec ingratitude ”.

**Thérapeute:** “Ce serait les épines de la photo du cactus parfois vous êtes perçus comme agressifs et d’autres fois vous voyez les autres ainsi”.

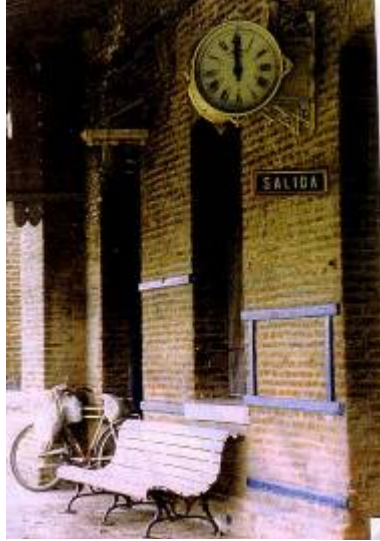


Photo 81 Alfredo Ruiz



Photo 82 Personnelle



Photo 83 Personnelle



Photo 84 Personnelle



## Commentaires

C'est une première séance en groupe, ces patients étant déjà en thérapie individuelle par ailleurs.

Le climat de la séance est affable, ludique. Il a cependant fallu que je *protège* un peu **Melisa**, son choix de la photo du cactus réveillant la question de l'agressivité (peur de l'attaque de l'autre).

Pour **Nadia** parcourir la vie requiert beaucoup d'effort et d'exigence; elle se sent vulnérable, en déséquilibre, dans la rue elle est victime d'étourdissements. Le paradoxe c'est d'être perçue par les autres comme forte et équilibrée et même complète. Pourquoi doit-elle soutenir cette image d'elle omnipotente devant les autres ?

Le vertige est, dans son corps, l'autre versant de l'effort qu'elle réalise pour maintenir une image qui ne lui correspond pas. Par ailleurs elle se dépouille de ses affects, « met les autres au congélateur » parce qu'ils ne se rendent pas compte de ce dont elle souffre ; c'est elle la première à se congeler dans cette transaction.

**Ricardo** est en discordance entre sa vision de lui et celle qu'on les autres. Ils le sentent un père distant tandis qu'il se reconnaît proche des autres et bon père de famille. Que se passe-t-il dans les messages qu'il envoie? S'agit-il d'une difficulté à exprimer ce qu'il sent ?

Le message de **Melisa** laisse envisager une attaque, la menace des épines du cactus qui a aussi de belles fleurs séduisantes. La séduction dans son histoire est devenue danger auprès d'un conjoint violent. Les liens qu'elle établit sont contradictoires comme la fleur: regardez-moi mais ne me touchez pas, ne m'approchez pas. Vulnérable comme un enfant, elle se défend dans sa rigidité. Elle ne supporte pas l'altérité de l'autre ; que cherche-t-elle à obtenir par cette distance ? Peut-être le fantasme d'un refuge dans un regard unique ?

Ces patients semblent maintenir à tout prix la dualité de deux images : l'une gardée cachée tandis qu'ils valident pour l'extérieur une image d'eux qui ne leur correspond pas, en faux-self.

**Mario** donne trop; "il est solidaire", il ne peut s'approprier les choses. Se montrer fragile le calme, il supporte ainsi la peur de réveiller l'envie chez les autres, un vrai danger pour lui. Enfant il observait et désirait ce que les autres possédaient tandis que lui devait se contenter d'attendre. A s'enrichir il serait attaqué, alors il donne sans pouvoir s'arrêter pour

se convaincre lui-même qu'il n'est pas enviable. Il parle de son désir d'être seul, impossible car il cherche toujours les autres. Il est parfois un peu agressif et ne mesure pas l'effet de ses commentaires sur les autres, conséquence de ce paradoxe : séparé des autres mais jamais sans eux ?

Pour **Maria Elisa** ce qui est hors du contrôle de son champ de vision est une menace. Elle a du mal à se faire une place et à s'en approprier. Elle regarde, sans trop s'exposer ; les autres lui tourneraient le dos ? C'est elle qui s'en détourne. Dans son enfance elle fut témoin d'un abus sur une amie et n'a pu que rester assise.

**Consigne:** *“Dîtes avec une ou plusieurs photos ce que seraient pour vous un bon rapprochement ou un bon éloignement”.*

**Nadia:** “J’ai choisi cette photo d’une harpe dans une menuiserie (photo 19). Il y a peu je suis passée par un éloignement extrême et mon but est de construire des outils pour trouver les chemins d’une bonne prise de distance. Bon, on peut se couper avec un élément pointu ou se rapper avec une ponceuse. Je cherche le moyen de blesser le moins de personnes possibles”.

**Thérapeute:** “Pouvez-vous développer un peu pour les autres?” (Voir commentaires).

**Nadia:** “Mon divorce, c’était un problème insoluble. J’ai voulu composer une musique, un son différent que j’aime à écouter, peut-être que je n’en serais pas bénéficiaire à 100% mais à présent je peux être avec le père de mes filles de façon civilisée et tranquille. Pour un bon rapprochement j’ai choisi ce pendentif de femme (photo 86) cette dame de la renaissance a une beauté très singulière, attirante. Cela a à voir avec moi, avec le positif de l’équilibre et la symétrie. C’est ce que je voulais atteindre, bouger la tête avec plus d’amplitude même si sur la photo elle regarde dans une direction”.

**Mario:** “Tant de symétrie me choque moi, j’aime plus le naturel”.

**Nadia:** “Moi j’aime beaucoup la symétrie”.

**Mario:** “J’ai choisi ce paysage (photo 87) qui me rappelle le chemin de l’arrivée au village de mon frère dans le sud. Il y a une vallée, des montagnes. Je m’essaye à un bon rapprochement avec mon épouse. Mais j’ai une part de moi en court-circuit à l’intérieur. Je ne suis pas parti, elle m’attend”.

**Nadia:** “Bien sûr qu’elle t’attend”.

**Mario:** “Ce n’est pas facile, c’est une question de genre. Parfois je voudrais qu’elle soit plus méchante, plus vilaine. Une anecdote : je déjeunais et je rencontre un ami qui m’a fait ensuite le commentaire suivant : quel joli piège, celle qui était avec toi... Je lui ai répondu: quel piège?! C’était ma femme!” (Rires).

**Nadia:** “Ça devait être un bon rapprochement si ton ami a pensé à une aventure”.

**María Elisa:** “Moi aussi j’ai choisi le paysage (photo 87), il me rappelle le Portugal. J’ai été en conflit intense avec ce pays. Je suis née là-bas, mes racines y sont mais j’ai perdu le contact avec la famille. Maintenant j’essaie d’avoir un bon rapprochement. J’ai aussi choisi celle de la gare de train (photo 1) parce que je fuis. Mon modèle idéal, c’est Sissi l’impératrice, elle voyageait dès qu’elle avait un problème. J’adore voyager en train”.

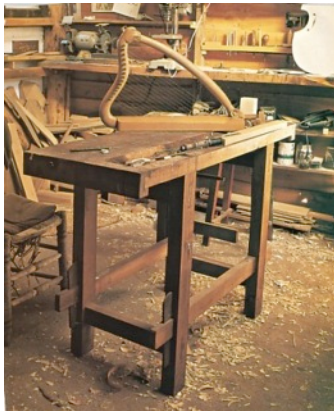


Photo 19 Revue Argentime



Photo 1 Personnelle



Photo 86 Revue Argentime



Photo 87 Personnelle

**Polly:** “On voit que tu ne voyages pas sur la ligne *Roca*” (rires).

**Maria Elisa:** “Je voyage sur la ligne *Mitre* et elle est bien. J’ai toujours eu envie de revenir à mes origines, de me reconnecter avec la famille de mon père qui était bonne, pas celle de ma mère en revanche”.

**Thérapeute:** “Vous en auriez la permission à présent que votre maman n’est plus là ?”

**Maria Elisa:** “Je crois que oui, je me suis libérée du regard de ma mère sinon c’était comme si je la trahissais bien que je parlais quand même à mes cousins par téléphone”.

**Polly:** “Ma mère a repris contact récemment avec ses cousins du Portugal à son dernier voyage”.

**Maria Elisa:** “Nous sommes trois cousins et nous appelons tous Mario/a parce que nous sommes les filleuls d’un oncle qui s’appelait comme ça. C’était lui qui unissait la famille, ma mère était en contact avec ses frères mais moi j’ai effacé tout contact avec ma famille maternelle et paternelle”.

**Polly:** “Tu t’échappes”.

**Thérapeute:** “Il semblerait que de prendre un peu de distance pour penser puis aborder la question est un meilleur moyen”.

**Nadia:** “C’est important de faire cela, je suis plus objective depuis la distance, en étant loin”.

**Thérapeute:** “Être près, le nez sur le problème, paraît vous faire perdre la vision et les mots”.

**Mario:** “Moi je mets une barrière entre le problème et moi”.

**Polly:** “C’est un frein très rigide que tu mets là”.

**Maria Elisa:** “Le périmètre barrière c’est ce que tu vois, le périmètre ce sont les gens”.

**Melisa:** “Moi aussi j’ai choisi le paysage du sud. Je me souviens d’un bon rapprochement avec ma famille à travers lui, nous étions partis camper, on était au moins vingt, tous ensemble. J’ai adoré vivre cela et j’aimerais le revivre encore. Les moments qui s’éloignent ne reviennent pas. J’ai revu des amis du secondaire. Certains d’entre eux qui étaient mes amis, les autres non”.

**Nadia:** “parfois ils (les amis) viennent chercher quelque chose de nous, d’autres ne reviennent pas mais ont emporté avec eux ce quelque chose de nous qu’ils conservent”. (Nadia est professeure).

**Melisa:** “Moi j’ai une très bonne amie qui s’est éloignée de moi et si je revenais je lui parlerais mais elle n’est plus mon amie à présent, je lui dirais : ma chère amie tu es là pour moi maintenant” (elle fait un geste de distance).

**Mario:** “Tu es très accaparante”.

**Polly:** “Peut-être que tu as donné plus que tu n’as reçu. Je suis très croyante, je me réfugie en Dieu, c’est mon rapprochement bon dans les moments difficiles. Le mauvais rapprochement ce sont les marionnettes (photo 88), des personnes avec des masques qui parlent figées, on les perçoit d’une manière et elles sont d’une autre. Dans ce cas ce sont de bons éloignements, il coûte de déchiffrer comment sont ces gens”.

**María Elisa :** “Au travail il ne peut y avoir d’amitié ”.

**Thérapeute:** “Faut-il tout teindre de généralité ou se faire un avis selon les circonstances?”

**Nadia:** “C’est un énorme travail de prendre de la distance pour qu’on ne te fasse pas de mal ”.

**Mario:** “Oui, la question c’est de se vacciner contre le mal et à la fois se donner aux gens sinon tu t’isoles ”.

**Nadia:** “Ça nous est arrivé à tous, c’est douloureux ce genre de découverte, moi je suis un peu distraite pour cela ”.

**Mario:** “moi aussi ”.

**Nadia:** “C’est pour cela que j’ai choisi un nouvel instrument de luthier ; la barrière du « je te hais » que je devrais dire au père de mes filles, je ne peux pas le faire mais si je peux composer une musique nouvelle pour elles ”.

**Mario:** “Moi je pense : « je ne t’aime ni ne te hais pour la vie entière ». Mon frère a juré son amour en se mariant et il s’est séparé l’année dernière ”.



Photo 88 Photolangage®

**Thérapeute:** “Comment se protéger, s’immuniser, si ce n’est à travers d’un contact minimum et d’une distance suffisante ?”.

### Commentaires

Je ressens particulièrement les antagonismes de leurs discours. **Nadia** parle d’une relation plus civilisée avec son ex-mari devant ses enfants mais aussi les sentiments de haine qui l’habite. **Mario** parle de son sentiment d’être éloigné de sa femme affectivement mais d’autres l’ont vu physiquement près d’elle. **Maria Elisa** affirme ne pas avoir de contact avec sa famille tant maternelle que paternelle mais parle au téléphone avec ses cousins ; elle garantit par ailleurs en cela la possibilité de sauvegarder de bons sentiments pour eux, parfois la prise la distance permet de penser. **Melisa** se souvient du rapprochement familial comme une situation de vie commune agréable. La *non présence* concrète de l’autre est vécue comme une séparation définitive, presque comme la mort ; quand quelqu’un s’éloigne et se transforme c’est un traître. **Polly** est intriguée par ce que pense l’autre, doute que ce qu’il dise coïncide avec ce qu’il fait.

Les paroles de **Nadia** exigent et induisent en moi un effort de compréhension. « Un éloignement important » : s’agit-il de son divorce ou de la fermeture de son entreprise ? Elle semble imaginer les autres capables de lire en une transparence qu’elle suppose chez elle. A quoi fait-elle allusion ? L’autre reste dans l’incompréhension finalement mis froidement à distance par elle.

Dans la séance précédente elle a pu dire qu’elle ne savait pas pourquoi les autres ne la comprenaient pas pour ensuite « les congeler ». Laisser le malentendu en l’état. Cela s’articule avec l’absence d’explications de sa part, puisqu’elle considère sous-entendu ce qu’elle sait. Comment serait-elle comprise ? Ses filles ne savent pas par exemple que son ex-mari a tenté de séduire d’autres femmes jusqu’à la sœur de **Nadia**. Lien avec la figure de sa mère dont elle a pu dire que la folie lui entrainait dans la tête, effaçant les distances nécessaires pour se maintenir en équilibre.

Les contradictions qui apparaissent dans la séance donnent l’impression de deux moi(s) chez chacun d’entre eux.

**Mario y María Elisa** amènent la figure du vaccin, de l'immunisation des autres qui produisent de la terreur en eux (autres parasites/ maladies contagieuses/ virus), ils choisissent l'absence de contact et s'isolent.

Nous faisons l'hypothèse que ces contradictions du discours pourraient être la peur d'assumer leurs différences d'avec le mandat maternel ou paternel ancré en eux depuis qu'ils ont été des enfants dépendants des adultes. S'ils énoncent l'héritage de leurs parents en premier, seraient-ils dispensés ou saufs de ne pas avoir à énoncer leur propre mandat dans un second temps ?

Ils émettent des doubles-messages, en ont-ils reçu aussi ?

Que se passe-t-il avec les autres dans le groupe, détectent-ils ces contradictions entre eux ou sont-ils chroniquement adaptés à elles ?

**Consigne:** *“Dites avec des photos ce qu'est pour vous enfermement”.*

**Alicia** choisi une chambre (photo 121)

Elle l'associe à quand elle était petite, lorsque la sirène d'une ambulance retentissait, ses frères lui disaient qu'on venait la chercher pour l'emmener à l'asile de fous “Alors elle s'enfermait dans la chambre de sa mère avec le loquet mis sur la porte, terrifiée. Ce fut traumatisant, très. Aujourd'hui quand j'entends la sirène ça me fait quelque chose, ça ne me plait pas”.

Depuis toute petite cette patiente a vécu la peur de la folie et de l'enfermement et lorsqu'elle dit « ça me fait quelque chose » j'y entends sa détresse et le manque de mots pour la dire.

**Julio**, cela fait quatre mois qu'il participe au groupe de Photolangage®, il choisit une façade d'immeuble (photo 122). Il se sent piégé, enfermé sans pouvoir sortir : “des jours d'enfermement chez moi parce que je me sens mal, la question de la santé me fait perdre le contrôle, mon cœur s'accélère, mes bras deviennent rigides, j'ai des attaques d'anxiété je me sentais captif”. Il raconte les circonstances vécues à Chascomús dans la campagne de Buenos Aires : “La situation avec les agriculteurs (conflit de cent jours entre le gouvernement et les exploitants agricoles) j'étais à la campagne où j'ai commencé à planter

des arbres fruitiers et à construire une petite maison. Ma femme m'a dit qu'on ferait mieux d'y aller mais moi je voulais partir avec tout en ordre et sur le chemin du retour j'ai vu la fumée parce qu'un « piquete »<sup>137</sup> brûlait des roues et avait coupé les routes principales et celles adjacentes. J'ai commencé à accélérer et j'ai traversé au milieu du champ pour sortir. Ça m'a mis en colère le manque de liberté, de prévision. J'aime avoir tout sous contrôle”.

Cette fois-ci Julio a eu peur de ne pas pouvoir sortir d'une situation d'enfermement ; c'est une légère amélioration que d'avoir pu changer ses plans face à l'imprévu. Une coupure dans son faux-lien entre le changement et la mort.

**Jimena:** “Enfermement c'est cette photo des paysans (photo 123) qui travaillent à l'air libre pour les propriétaires du champ. C'est ce que m'ont raconté mes parents de l'Italie ”.



Photo 122 Personnelle



Photo 121 Personnelle



Photo 123 Photolangage®

---

<sup>137</sup> Piquet de grève. Op. Cit.



Elle se réfère possiblement à l'endogamie de ses origines prise comme enfermement. Elle parle du propriétaire qui décide pour l'autre et pense ce qu'il faut faire. D'une consigne sur la clarté et l'obscurité elle avait choisi la photo d'un lit avec un homme assis (photo 124) dont elle disait : "Le lit me renvoi à mon père dans ses derniers moments. J'étais revenue vivre avec mes parents à cette époque. Je ne suis tombée enceinte que lorsque ma mère est morte, j'avais 39 ans. C'est une grande douleur de quitter la maison familiale. J'étais très collée à ma mère, toujours dans ses bras. J'étais fille unique".



Photo 124 Photolangage®

Faux-lien qui consiste à penser que la seule séparation possible est la mort de l'un de ceux qui composent une relation.

**Ana:** "L'enfermement c'est confus, le regard de l'autre et comment je crois qu'on me regarde (photo 125)".



Photo 125 Photolangage®

**Celia:** "Moi j'ai vu celle-là pour liberté (photo 126), ils sont tous pareils, baissés, semblables et elle ressort et dis : « je suis là, je veux être différente » elle est libre, elle est comme elle veut être, le reste est uniforme. J'ai mis très longtemps à me couper la frange, mon papa a une barbe depuis trente ans et il n'ose pas la couper parce qu'il a peur que les autres se moquent. Moi il a fallu qu'une amie m'accompagne. Mon père est pacifique, il ne se met jamais en colère et ma mère, elle ne dit rien si quelqu'un la pousse dans la rue".

Nous entendons ici le mandat familial: ne rien dire et accepter tout ce qui se présente sans poser de questions.

Dans les groupes **Celia** se tait, elle tolère à l'excès et rougi ; les autres la voit comme une personne tranquille dit-elle, mais en son fort intérieure elle se demande pourquoi elle ne s'en va pas. Le désir d'être et de se montrer différente est bien là pourtant.

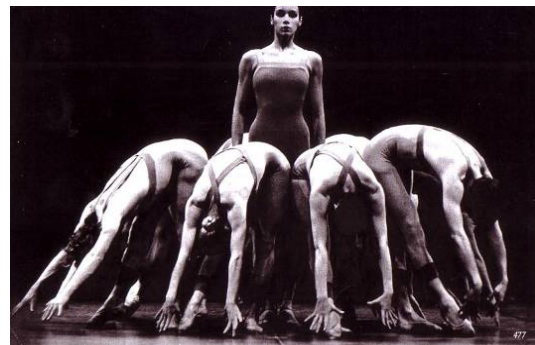


Photo 126 Photolangage®

**Consigne :** « *Dîtes avec une ou des photos ce qu’est pour vous obligation et ce qu’est choix* »

**Ricardo:** “J’ai choisi la girouette (photo 20) pour obligation. Elle marque le sens politiquement correct et ça ne me fait pas me sentir bien. Les points cardinaux sont comme ça, je veux conformer tout le monde et je ne veux pas me sentir mal. Ce qui est correct pour les autres, ce n’est pas ce que je choisis pour moi ”. (En plus des crises de panique il souffre d’hypertension artérielle)

**Thérapeute :** “n’y a-t-il pas là une contradiction ? ”

**Ricardo :** “ oui ce qui est correcte c’est les autres qui le disent, la girouette. Ce qui est bien pour moi se dilue ”.

**Mario:** “ Oui le personnel se délaye dans ce qu’on fait pour les autres”.

**Maria Elisa:** “je me sens vraiment identifiée à ce qu’il a dit”.

**Ricardo:** “J’ai aussi choisi cette femme sur la route (photo 89) qui regarde comme les choses s’érodent : cette charrette avec trois personnes qu’elle transportait ”.

**Thérapeute:** “Pourquoi ne nous racontez-vous pas de qui s’agirait-il ? ” (Je pense à une autre séance, se réfère-t-il à ses filles qui grandissent ou aux personnes qui sont mortes dans son entourage ?...)

**Ricardo:** “Je pense à mon père, ma sœur et mon beau-père qui ne sont plus là maintenant. Et cette femme dans la piscine (photo 90) pour ce que je choisirai pour moi : le plaisir, la liberté, et puis avec cette jeune femme ce serait encore mieux (ils rient avec Mario), sérieusement j’aime l’eau et je voudrais avoir la liberté de décider quand prendre mes vacances”.

**Thérapeute:** “Des vacances de la maladie et de la tristesse...”

**Ricardo** baisse la vue.

**Polly:** “J’ai choisi ce troupeau de moutons alignés (photo 21), sortir de cette ligne c’est le choix de chacun. Ma famille maternelle est comme ça, elle impose par obligation la manière dont il faut vivre. J’essaie de me rebeller mais cette flèche me tombe dessus et m’asphyxie (elle est asthmatique), je n’ai pas de liberté. J’ai choisi la bicyclette (photo 22) pour aller me promener. Mais ma mère ne l’accepte pas. Au lieu de me dire comme elle est contente de me voir, elle me dit que je n’ai pas pensé combien elle se préoccupe pour moi à

cause de l'insécurité en ville et qu'elle ne veut pas que quelque chose de mauvais m'arrive”.

**Thérapeute:** “conduire, manœuvrer les rênes ou tenir la barre de votre vie c'est ce que vous sentez vouloir et ce qui vous fait du bien mais ce n'est pas « politiquement correcte » et vous portez la menace au-dessus de votre tête d'être une mauvaise fille et pour cela d'encourir une catastrophe”.

**Maria Elisa:** “Moi aussi j'ai choisi la flèche avec les moutons. Pour ma famille j'étais la méchante, la folle, la rebelle. Quand j'ai grandi j'ai découvert que je n'étais ni mauvaise, ni folle. Maintenant seulement, à 37 ans j'ai changé ma vie quand j'ai commencé une thérapie. J'ai aussi choisi cette maison avec l'orme (photo 91). Je n'ai jamais déménagé, je vis toujours dans la maison qui était celle de mes parents, j'ai décidé de la mettre en vente à présent. Pour le choix j'ai choisi cette plage pour y aller avec mon mari”.

**Thérapeute:** “**María Elisa** ajoute le prix fort à payer pour vouloir sortir de ce qui ne se fait pas, d'une vie qu'on ne peut diriger : la folie et le mal. Il ne lui était pas permis de se voir elle-même comme une bonne personne”.

**Melisa:** “Moi j'ai choisi cette femme dans sa maison avec ses enfants (photo 92). Je ne suis pas satisfaite de garder les enfants du premier mariage de mon mari, j'aime leur père, je les aime mais ils m'étouffent. C'est pour ça que je l'ai choisi pour obligation et pour imposition parce que je me suis mariée et que je vis dans cette maison. Ils font des trucs d'adolescents, ils me rendent folle, ils laissent tout derrière eux et c'est moi qui doit ranger, je suis une personne structurée, j'aime l'ordre. Ils doivent eux sûrement me voir comme une intrus qui leur a été imposée”.

**Thérapeute:** “Est-il possible qu'il y ait une voix intérieure qui vous dise que malgré vos efforts il y a toujours quelqu'un qui fera mieux les choses que vous et simultanément une autre voix qui dirait que personne ne le fera mieux que vous?”.

**Melisa:** “Oui c'est ce qui entraîne que je ne fasse rien”.

**Mario:** “Moi j'aime le travail, c'est un choix mais c'est aussi imposé : une contradiction. Je ne peux pas vivre sans travailler et non plus en travaillant tellement. Quand j'ai vu l'eau et la piscine je l'ai choisi parce que j'aime le sport, je n'ai pas vu la femme, j'ai une mauvaise vue” (rires).

**Ricardo:** “J’ai eu une discussion avec mon chef et il m’a dit que mon horaire terminait à 18h et moi je reste bien plus”.

Dans le groupes les autres commentent la photo de la femme choisi par **Melisa**, ils y voient la calme et que tout y est sous-contrôle.

**Maria Elisa:** “Je n’aimerais pas un foyer comme ça où tout est contrôlé et en plus il manque le père, moi j’aimerais voir les enfants montés sur le canapé”.

**Ricardo, Melisa y Mario:** “Le père travaille”.

**Polly:** “En jouant au golf ! La mère contrôle tout. Mon père n’a jamais pu aller dormir si je n’étais pas rentrée mais c’est certain que c’est ma mère qui coordonnait tout”.

**Melisa:** “Mon père non, lui il était dans son monde, il écoutait la radio, c’est ma mère qui décidait de tout. Lui c’était une moindre mesure et nous dépendions toujours de ma mère, la femme était au-dessus de l’homme”.

**Maria Elisa:** “A la maison c’est ma mère qui dirigeait”.

**Polly:** “Elle a dû passer la recette à la mienne”.

**Maria Elisa:** “Ma mère ne nous a jamais battus, mon père oui mais ma mère en revanche nous punissait par des actes. Une fois elle ne m’a pas parlé pendant un an”.

**Polly:** “Ma mère nous tenait par le regard, maintenant j’en rie mais j’avais peur d’elle”.

**Mario:** “Mon vieux avait du caractère, il pouvait piloter la situation lui dans son travail. Je n’ai pas de mauvais souvenirs de ma famille dans son humilité. Mon père n’a jamais extériorisé les sentiments. Je repense à lui quand j’ai peur de me retrouver sans travail même si ça ne m’est jamais arrivé, il me disait : « si une porte se ferme, il y en a deux qui s’ouvrent ». Je sais qu’il m’aimait et qu’il s’est occupé de maintenir la famille unie”.

**Thérapeute:** “Le plus difficile est de distinguer ce qui s’impose du dehors, des autres même si ça fait longtemps, de ce qui s’impose de l’intérieure, les propres obligations”.



Photo 20 Personnelle



Photo 90 Laboratoire NYCOMED



Photo 89 Marisa Negri



Photo 91 Personnelle



Photo 21 Revue First



Photo 92 Revue Living

## Commentaires

Comment construire une nouvelle place dans le groupe, la sienne propre? L'exigence de l'idéal les paralyse. Les obligations du dehors se font les leurs et ils en restent prisonniers. **Ricardo** confond sa situation familiale avec une dette impossible à solder au travail il reste après l'heure pour son propre compte (sa dette dans sa famille c'est sa mère qui la lui rappelle toujours lorsqu'il va travailler dans le magasin de son père, sa sœur est morte et lui est vivant).

Il faudrait pouvoir remettre en question sans que cela implique de tuer ses parents et sans que cela soit une lutte pour l'existence. **María Elisa** rapporte comment dans son enfance sa désobéissance ou ses désaccords avec sa mère étaient sanctionnés par le refus de sa mère de lui adresser la parole, comme si elle n'existait plus, niée. L'enjeu c'est de pouvoir vivre avec... Ils ont le fantasme d'une autonomie pour leur vie qui tuerait leurs parents et ils sont coincés. Les pressions, les différences, les ambivalences ne devraient pas être antagoniques. Tout choix implique de perdre quelque chose, ces patients n'ont pas même l'idée de penser qu'il y a des occasions qui permettent aux deux énoncés de coexister : celui de l'autre et le sien propre.

Dans le désir de conformer l'autre ils cèdent des parties d'eux, ils se sentent parfois comme le mouton noir du troupeau ce qui les empêche de choisir leur chemin librement. Mais ils peuvent appartenir au groupe ; celui-ci accomplis sa fonction de (suffisamment) bonne contenance pour travailler psychiquement.

**Consigne:** *“Dîtes avec des photos ce qu'est pour vous transformation et permanence”.*

**Salomón:** “J'ai choisi les bulles (photo 123) parce qu'elles changent de forme et de taille puis elles disparaissent. Semblables à mes humeurs qui se transforment sans pouvoir se stabiliser un moment”.

**Thérapeute:** “Petit-à-petits, les changements même infimes s'ajoutent, c'est important de soutenir ses projets”.

**Cristina:** “J'ai choisi cette femme (photo 124) elle me fait penser à moi il y a peu de temps de cela. Je regardai en arrière et pas devant moi. C'est pour ça que je

m'étourdissais, je ne veux plus vivre avec ce regard. A présent je veux profiter de ce que j'ai devant moi. C'est une transformation intérieure".

**Mirta:** "Ah! Quelqu'un comme moi! Je ne me réconcilie pas avec mon corps. Comment y es-tu parvenue?"

**Cristina:** "J'ai baissé mon niveau d'exigences vis-à-vis de moi".

**Beto:** "ce n'est pas mon cas (rires). L'aqueduc (photo 125) je le vois comme deux portes et demie. Moi je suis cette moitié qui semble plutôt être un quart. C'est là que je me trouve et que je reste".

**Thérapeute:** "C'est bien étroit comme espace, on ne vous donne pas de place ou bien c'est vous qui ne vous en faites pas une?"

**Beto:** "Je veux transformer cela. Depuis que je suis petit c'est comme ça. Je voulais faire un pas de plus en avant mais je n'osais pas".

*Consigne: "Dîtes avec des photos ce qu'est pour vous contrôle et perte de contrôle".*

**Fernando** choisit la photo du policier et de la femme: "Pour moi cet officiel avec son uniforme représente l'autorité, le contrôle. La photo de la femme avec sa casserole (photo 252) c'est la perte de contrôle parce que le feu est hors de contrôle mais la personne ne semble pas préoccupée, elle est patiente, elle cuisine et elle aime que ce soit bien grillé. J'ai choisi très vite la photo c'est mon estomac qui a parlé".

**Caito:** "J'ai choisi les mêmes photos mais le policier pour répression, imposition, punition et le feu de la casserole pour la perte de contrôle, quelque chose est hors contrôle, le feu c'est le risque de quelque chose".

**Edgardo:** "J'ai pensé que ce n'était pas du feu sinon de la vapeur, que la femme savait ce qu'elle faisait, qu'elle avait invité trente personnes pour un pot-au-feu, c'était ma première impression mais la casserole est illuminée ça pourrait être du feu".



**Rosalía:** “Moi aussi j’ai choisi le policier, avec son uniforme il représente le contrôle. Et la photo d’un petit enfant perdu (photo 177) qui représente la perte de contrôle, il est seul dans un champ, il n’est surveillé par aucun adulte”.

**Edgardo:** “L’enfant m’inspire le calme, il a l’air à l’aise, il a le contrôle de lui-même moi je n’arrive pas à me sortir du contrôle sur moi”.

**Sol:** “Je pensais à la casserole si elle est contrôlée la personne sent qu’elle domine la situation, moi je vois comment résoudre les choses. L’enfant je le vois seul et tranquille”.

**Ana:** “Moi aussi je le vois tranquille cet enfant”.



Photo 177. Personelle



Photo 252. Revue Argentine



Photo 51Photolangage®





Photo 207 Laboratoire



Photo 124 Photolangage®



Photo 125 Personnelle



Photo 166. Revue First

**Sol:** “J’ai choisi cette photo de la fille surprise avec les cheveux en l’air et le téléphone (photo 166). Je suis à mon travail et on m’appelle par téléphone pour me raconter quelque chose qui me déstabilise et je ne peux plus me concentrer, ça m’est arrivé plusieurs fois. Mon grand-père était militaire à l’époque de la dictature, il est en prison. J’ai perdu le contrôle de la situation, j’étais angoissée et j’ai eu du mal à reprendre le contrôle à nouveau, j’ai dû aller aux toilettes pour me calmer”.



Photo 167. E.Munch

**Edgardo:** “Pour moi cette femme se laisse aller, ça me donne envie de pouvoir profiter d’une surprise sans avoir à se contrôler”.

**Ana:** “J’ai choisi la femme au parasol et celle des cheveux en l’air, elles ne sont pas contrôlées, elles sont détendues. Pour le contrôle j’ai choisi ce tableau (photo 167) tout est en ordre, structuré, tout est à sa place, une mère et sa fille”.

**Sol:** “Pour moi elles parlent en cousant”.

**Edgardo:** “Je n’aime pas cette peinture, elle est mal faite”.

**Caito:** “Elles ont des visages d’ennui, la fille ne veut pas écouter ce que dit sa mère, elle veut s’échapper de cette situation”.

**Edgardo:** “Mais elle ne peut pas, elle est handicapée”.

**Rosalía:** “ce n’est pas un fauteuil roulant, elle a les pieds sur le sol, elle est triste et en colère”.

**Fernando:** “Triste et ennuyée d’après l’expression de son visage, le contexte n’aide pas, c’est ancien”.

**Ana:** “Moi je le vois en ordre”.

**Edgardo:** “le lion (photo 11) contrôle ses femelles”.

**Sol:** “je l’ai choisi ce lion parce qu’il me fait perdre le contrôle de moi-même, j’ai peur qu’il me fasse quelque chose. La photo des escaliers ne me fait pas peur, il y a une rambarde où je peux me tenir quand je ne sais pas ce qui va se passer (photo 251)”.

**Fernando:** “Les escaliers me tiennent en alerte c’est dangereux et le lion aussi parce qu’il te tue”

**Rosalía:** “Les escaliers me donnent le vertige et le lion je le vois sûr de lui”.



Photo 11



Photo 251 Personnelle

**Consigne:** “*Dîtes avec des photos ce qu’est pour vous complaire et se positionner*”.

**Edgardo:** “J’ai choisi celle de cette salle à manger (photo 144) pour complaire au regard de mes parents. Je me suis habitué à m’adapter à eux à leur complaire, surtout ma mère qui était exigeant et perfectionniste. De mon côté je sentais un malaise. Je l’ai aussi pensé comme un plaisir” (rires).

**Caito:** “Moi aussi j’ai pensé au plaisir, la photo de la fille avec la nourriture (photo 145), mes plaisirs, mes décisions, ma volonté. En revanche la carrière pour laquelle j’ai fait mes études, c’était pour complaire à mes parents, une carrière avec des débouchés”.



Photo144. Photolangage®

**Mónica:** “J’ai choisi la photo de cette mariée (photo 146) pour complaire à ma famille, spécialement ma mère qui voulait me voir en blanc me marier avec mon petit-ami parce que j’ai six frères”.



Photo146. Personnelle

**Fernando:** “Complaire ça a un prix. Moi je jouais dans une équipe de basket professionnel pour complaire à mon père et je me perdais de sortir avec mes copains du secondaire, les entrainements étaient strictes et tôt le matin. Un jour ma sœur, celle qui est morte dans l’accident, m’a dit : « qu’est-ce qui t’arrive avec cette tête ? » je lui ai raconté et elle m’a conseillé : « parle avec papa et dis-le lui simplement, à qui dois-tu quelque chose ! », elle était forte et sûre d’elle-même, ça a été la meilleure décision que j’ai prise. Je ne pouvais pas prendre de décision sans l’aide de ma mère” (c’est un lapsus, il parle toujours de sa sœur).



Photo145. Personnelle

**Ana:** “Moi j’ai toujours complu à ma mère, quand j’ai dit que je voulais aller vivre avec mon petit-ami nous avons eu beaucoup de disputes et c’est à ce moment qu’ont commencées mes crises de panique, l’année dernière j’ai pris position et je suis allée vivre avec mon copain”.

**Fernando:** “J’ai choisi la photo d’un table de travail (photo 147), elle m’a fait penser qu’un jour j’ai remplacé ma chef (sa grande sœur), on m’a dit alors que pour être chef il faut changer de place et s’installer à un autre bureau, se positionner en chef”.

### Commentaires

**Edgardo** dans sa jeunesse s’est plié et adapté aux désirs des autres pour éviter problèmes et discussions, particulièrement avec sa mère, femme exigeante qui n’acceptait pas qu’il puisse penser différemment au point de disqualifier et



Photo147. Photolangage®



dévaloriser tout ce qui de l'autre ne coïncidait pas avec elle (il raconte par exemple comment lui présentant une maquette réalisée par lui et dont il était très fier elle se concentra sur le détail d'un câble brouillon). C'est ainsi qu'il imagine que l'autre le voit, avec le filtre du regard de sa mère, ce que j'associe à son dysfonctionnement sexuel depuis l'adolescence. Il tente de complaire à tous : mère, chef, femme mais il ne peut pas, il y a toujours quelque chose de mal fait, mal décidé...

**Fernando** divise, l'autre sa *sœur-mère*, forte et lui en faible comme son père. Piège identificatoire où l'image de soi en adéquation avec celle de son père ne peut être valorisée. Ressembler à sa sœur ou à sa mère c'est prendre le risque d'une force qui mène ensuite à la mort ou à la dépression. Il balance, tel un pendule entre ces deux visions, saute perpétuellement d'une position à l'autre ; sans repos, il « change de place ». Il lui faudra trouver une manière singulière d'être pour échapper à cette impasse.

**Consigne :** *“Dites avec des photos ce qu'est pour vous se focaliser, se décentrer”.*

**Edgardo:** “Cette photo (148), elle montre des paniers de déménagement. Quand j'ai acheté une maison et que j'ai dû déménager je me suis occupé de façon obsessionnelle d'emballer et de répertorier chaque carton. J'ai choisi cette photo d'un café en plein air (photo 149) pour être au calme et ne pas toujours contrôler ce que je fais (rires) la première que j'ai vu c'était les bottes rouges mais elle ne correspondait pas à la consigne”.

**Caïto:** “J'ai choisi la photo de ce couple (photo 53) on dirait qu'ils ont un problème à résoudre”.



Foto 148. Photo personnelle



Photo 53. Photo personnelle

**Edgardo:** “je n’ai pas l’impression qu’ils se disputent”.

**Sol:** “j’ai choisi la photo du tunnel (photo 150) un objectif commun pour quelque chose de très grand.

**Fernando:** “Ça a l’air dangereux mais l’homme semble détendu”.

**Sol:** “Le tunnel sert à prendre de la distance, l’homme semble perdu, sans but, il ne peut se projeter vers la sortie, il regarde sur le côté, il doute, il est sans objectif”.

**Fernando:** “Moi je ne vois ni risque, ni futur, ni sortie”.

**Rosalía:** “Dans le fond au lieu de voir de l’obscurité je vois la clarté, la sortie ”.

**Sol:** “J’ai aussi choisi cet homme dans le canoë (photo 151) il est focalisé sur l’arrivée, il va continuer et rencontrer quelqu’un”.



Photo 149. Personnelle.



Photo 151. Photolangage®

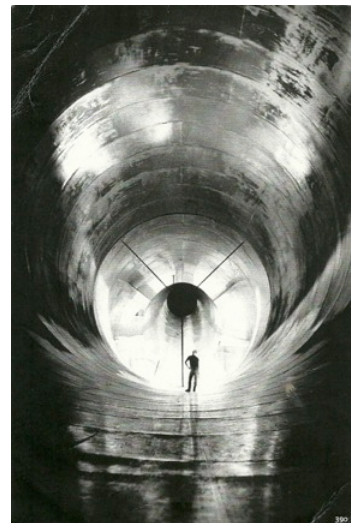


Photo 150. Photolangage®

**Fernando:** “Il va d’un objectif à l’autre, au jour le jour, il se donne une direction. C’est important aussi de focaliser sur soi”.

**Rosalía:** “Les couleurs, les photos en noir et blanc sont tristes, il rame et ça lui coûte... de voir où il va”

**Sol:** “la photo du canoë a quelque chose d’ouvert à la différence de celle de cet homme au milieu de plein de parties de son visage lui se perd par lui-même”.

**Rosalía:** “Il est enchaîné, prisonnier et limité”.

**Caito:** “Il y a de multiples points de vue et chacun est en conflit”.

**Fernando:** “Avoir plusieurs facettes pour les autres et se focaliser sur soi c’est difficile”.

**Rosalía:** “J’ai choisi le paon (photo 152) pour sa beauté et aussi les montagnes pour la nature un bel endroit pour me concentrer sur moi en silence”.

**Edgardo:** “Le paon pause et il est à moitié mal placé au milieu des voitures ”.

**Rosalía:** “Tu as raison”.

**Fernando:** “J’ai choisi la plage vide (photo 153) pour pouvoir prendre de la distance de la routine quotidienne. Pour prendre une pause et me décentrer. Pour focaliser j’ai choisi l’homme qui compte son argent et planifie pour le futur”.

**Sol:** “C’est le début ou la fin d’une fête, moi j’ai sommeil quand ça dure trop tard”.

**Edgardo:** “Pour moi la fête a ratée”.

**Sol:** “Ça pourrait être le crépuscule avec ce qu’on attend de la nuit qui approche”.



Photo 152. Personnelle



Photo 154. Photolangage®

## Commentaires

La photo du tunnel régule la situation de danger: un trou où l'eau peut inonder et entraîner, aspirer et avaler, on peut s'y perdre sans en trouver la fin (pulsion de mort). **Sol** suggère une sortie de côté, **Rosalía** remplace l'obscurité par la lumière (pulsion de vie). Qui a des objectifs et des buts qui le rendent sûr de sa direction (canoë) est focalisé en soi.

**Consigne :** *“Dîtes avec des photos ce qu’est pour vous le semblable, le différent”*

**Edgardo:** “J’ai choisi cette photo (144) d’un repas en famille pour les dîners avec mes parents, c’est un espace que j’ai transité et celle-là d’un chinois, c’est une culture différente des endroits où j’ai été, le paysage est étrange”.

**Rosalía:** “Cette photo (155) elle me transmet une sensation chaleureuse, les absences me donnent froid. Cette photo des militaires en formation (photo 157) elle me fait quelque chose”.

**Edgardo:** “J’ai toujours voulu me différencier de mes parents”.

**Sol:** “Moi je me différencie des autres par opposition, j’ai beaucoup de mal à accepter que les autres ne pensent pas comme moi”.

**Thérapeute :** “Comment peut-on être soi-même et se faire accepter par les autres?”

**Sol:** “Ça m’angoisse de penser différemment des autres, à mon travail j’ai donné mon opinion sur une question d’horaires de déjeuner et deux personnes qui pensaient différemment m’ont agressée, je n’ai pas soutenu ma position et me suis mise à pleurer. J’ai choisi la photo des bottes (photo 157), ce sont des personnes qui suivent un ordre et ne remettent rien en question, moi je me serais plantée devant”.

**Edgardo:** “Si tu fais un pas en avant dans cette situation tu vas vite pleurer”.

**Sol:** “(rires) Mon grand-père paternel est



Photo 155. Personnelle



Photo





un colonel en retraite, il est en prison pour des questions liées au « proceso »<sup>138</sup> et à la répression. L'accusation m'a beaucoup angoissée, après ça m'a passé, lui dit qu'il suivait les ordres”.

**Rosalía:** “J’ai choisi la photo des femmes qui font du yoga (photo 163), j’en fais et ça me procure paix et tranquillité, je veux arranger le monde, c’est ma philosophie de vie. Pour le différent, la photo de cette femme avec des bas (photo 173), c’est une scène superficielle, la vie mondaine, elle fume”.

**Sol:** “C’est une photo bizarre, je fume, je n’y vois pas le mal, la manière de s’habiller est différente”.

**Edgardo:** “On dirait une photo truquée”.

**Natalia:** “La photo des oursins (photo 158) ces deux animaux, s’ils avaient un différend, ils se blesseraient. La photo des bottes (photo 157), ce sont des hommes tellement semblables, ça m’angoisse, ils sont comme des ombres sur le sol”.

**Rosalía:** “Ça dépend de l’acceptation de chacun et de celle de l’autre qu’on admette la différence, je ne suis pas antimilitariste, partout il y a des gens bien et des gens mauvais”.



Photo 173. Photolangage®

### Commentaires

Ils parlent de ce qui se répète, le connu, le familier, cherchent les ressemblances dans les faits du passé. Leurs expériences vécues sont marquées par le sensoriel, dans leurs corps, mentaliser leur coûte, de même que situer l’intermédiaire. Le semblable et le différent sont des catégories par opposition et la différence est associée plus particulièrement à ce qui ne se fait pas, ce qui est

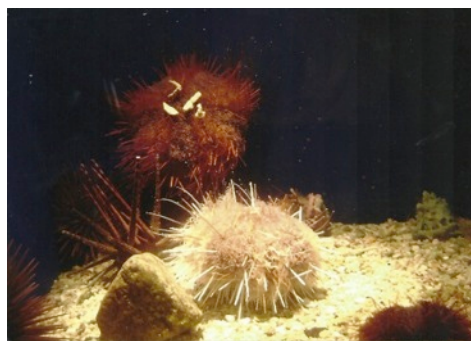


Photo 158. Personnelle

---

<sup>138</sup> “proceso” : nom générique pour désigner le programme de terreur mené par la dernière dictature militaire argentine. C’est après cette séance que Sol me confiera ses doutes sur son identité en séance individuelle, à savoir si elle n’est pas une enfant appropriée de parents disparus pendant la dictature... (Voir ch.2.7.4 : le cas de Sol).

mal.

Il est remarquable comme la similitude les fait se sentir bien, les scènes de la vie familiale d'origine bien connue, penser de la même façon bien qu'**Edgardo** par exemple affirme vouloir se différencier et que le semblable angoisse et menace (**Natalia**). Cette lutte s'exprime dans leurs symptômes corporels.

Montrer sa différence dans sa façon d'être et de penser c'est risquer de ne pas être accepté, le rejet et l'agression.

**Consigne :** “Dîtes avec des photos, ce qu’est pour vous protection et domination”.

**Sol:** “J’ai choisi cette photo d’un père avec une fille (photo 65) elle m’a plu, il la protège, veille sur elle par-delà les caresses, il est avec elle, prend soin d’elle, s’y dédie. Mon père a été quatre ans déprimé après la mort de ma mère, il n’a pas pris soin de nous et est parti chez ma grand-mère. Ma grand-mère maternelle chez qui je vis n’est pas vraiment tendre mais elle me protège”.

**Thérapeute:** “La photo que vous avez choisi est celle d’un tout petit enfant, vous avez maintenant trente ans ”. (Rires)

**Sol:** “Pour domination je vois cette photo d’un groupe de personnes qui impose sa musique aux autres bien qu’il puisse y en avoir qui profitent de celle-ci (photo 13). J’ai aussi choisi la photo du chat avec l’oiseau (photo 159), le fort avec le faible ”.

**Fernando:** “On dirait que l’oiseau va avoir besoin d’aide, mais attention, la situation pourrait s’inverser. Moi j’ai choisi la photo du bébé qui tète (photo 164). Les bébés ont besoin de protection pour survivre, de chaleur, d’alimentation, d’un lieu accueillant et de soins spécifiques. Pour domination j’ai vu la photo d’une mère avec sa fille (photo 50), la fille écoute sa mère mais la mère lui impose psychologiquement ce qu’elle lui dit, la fille accepte par culpabilité et finit par faire ce que sa mère lui demande, ça me rappelle mon épouse avec ma belle-mère, ma belle-mère



Photo 65 Photolangage®



Photo 13 Photolangage®



Photo 159. Photolangage®



Foto 164. Photolangage®

travaille sur la culpabilité de sa fille si celle-ci ne fait pas ce qu'elle lui dit".

**Thérapeute:** "Cela s'appelle de la manipulation".

**Fernando:** "Moi je me sens coupable pour ma mère dépressive et elle a des attitudes qui me dérangent et je me sens en colère, elle va mal depuis que ma



Photo 50 Photolangage®

sœur est morte il y a quinze ans et elle ne s'autorise pas à être heureuse. Mon père non plus ne la prend pas en charge, c'est moi qu'on appelle".

**Thérapeute:** "Quelle est cette si grande colère?"

**Fernando:** "Après l'accident j'ai dit à ma mère : « il faut que nous soyons fort et dire à ma tante que son fils est mort lui aussi » et elle m'a répondu : « et moi, qui me contient ? » Pour moi c'était elle la forte et ça m'a choqué, c'est ma tante qui a contenu ma mère".



Foto 59 Photolangage®

**Natalia:** "Cette photo de la danse (photo 59) elle suggère une protection qui laisse l'autre libre, le laisse aller. J'ai vu de la confiance mutuelle sur cette photo, sur cette scène et peut-être qu'ils se protègent tous deux".

**Sol:** "Quand j'ai vu cette photo, elle m'a fait penser à l'imposition des mains" (prêtres qui guérissent par le geste des mains).

**Natalia:** "J'ai pensé que c'est un couple juste avant de s'embrasser, chacun maintient son espace".

### Commentaires

Pour **Sol**, la protection et le soin sont associées à la présence, à l'*être-là* « par-delà les caresses ». Cet *au-delà* nous parle de la soif d'un contact qui cherche le prégénital (le contact intra-utérin ?), celui de l'indifférenciation plus archaïque encore que celui où les

caresses commencent à différencier les corps (Moi-peau de **D. Anzieu**) et amènent vers le génital et l'œdipien.

**Fernando** fait référence à l'autoconservation et à la chute des figures idéalisées de ses parents, comme s'il était toujours adolescent. Suspendus dans la désillusion de la chute des dieux, le temps ne passe plus et ils ne comptent pas leurs trente ans.

Les liens dans lesquelles ils se situent sont asymétriques et non horizontaux (pairs). Dans cette dualité il y a le fort et le faible, qui est qui ? Le corbeau sera dévoré par le chat où l'inverse ? Inquiétante interchangeabilité.

Le fort devrait être indépendant et protecteur, le faible est dépendant mais est-il protégé ? Le Fort devient faible et le faible protège...

Puis **Natalia** intègre la question dans la protection mutuelle incluant l'écart de la liberté et la confiance (entrouverture de **R. Kaës**) dans des liens symétriques (de couple adulte).

La chaîne associative groupale parcourt les chemins suivants : Protection-Présence-Dédier- Soins-Excès et Domination du fort sur le faible-Inversion des rôles et Manipulation-Colère vis-à-vis des parents qui abandonnent, s'affaiblissent, se dépriment- Désillusions et blessures narcissiques dans la chute des imagos parentaux- Construction d'un possible pour la protection mutuelle et la conservation de l'espace privé.



Foto 160. Photo personnelle

**Consigne :** *“Dîtes avec des photos ce qu’est pour vous prévoir et se tromper”.*

**Edgardo:** “Prévoir ce n’est pas antagonique avec se tromper parfois c’est pareil. J’ai choisi cette photo du bateau (photo 28) et je pensais que je ne devrais pas m’approcher de cet endroit, il y a des risques sur ce bateau, ces garçons sur les vélos ont pris de l’avance mais ça ne leur sert à rien ils doivent attendre les autres”.



**Fernando:** “Ceux des vélos s’avancent pour que le reste le reste les suive, moi j’ai beaucoup de mal à prévoir”.

**Caïto:** “Moi j’ai choisi la photo de la pluie (photo 160). J’ai une attitude préventive car j’ai l’habitude de sortir avec un parapluie”.

**Mónica:** “En été je l’emporte tous les jours”.

**Sol:** “Si je n’ai pas de parapluie je me sens sans protection bien qu’il puisse se retourner et on est trempé quand même. Si je me trompe je me retrouve avec un vide”.

**Mónica:** “J’ai choisi ce couple de jeunes mariés (photo 146) parce que pour moi se marier est une erreur, je ne crois pas en l’amour de toute une vie en étant fidèle”.

**Ana:** “Moi je crois en l’amour, mon père est mort quand j’avais deux ans et j’adorais mes grands-parents”.

**Mónica:** “Le coup de la robe blanche je ne le comprends vraiment pas”.

**Sol:** “Il faut prendre des risques dans la vie, essayer, il y a des amours qui durent toute la vie, celui d’une mère avec son enfant, il faut se marier et tenter une relation avec quelqu’un”.

**Fernando:** “Un couple peut passer par des situations difficiles. Il faut avoir confiance dans son compromis avec l’autre, le défi est grand, il y a des hauts et des bas, des paliers”.

**Mónica:** “J’ai choisi la photo d’un anniversaire (photo 165), j’ai peur de la vieillesse depuis petite fille”.

**Ana:** “J’ai choisi la photo d’une



Photo 146. Personnelle

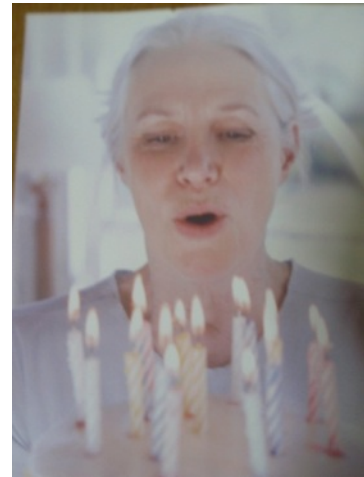


Photo 165. Laboratoire SIDUS



Photo 28 Personnelle

tempête qui s'annonce (photo 160) pour prévoir. Dans un groupe d'amis je ne prends pas de décision, je laisse parler les autres, je ne prends pas d'initiative et cette photo de la manifestation, ils ont l'air sûr d'eux, ils ne croient pas se tromper, je ne m'identifie pas à eux”.

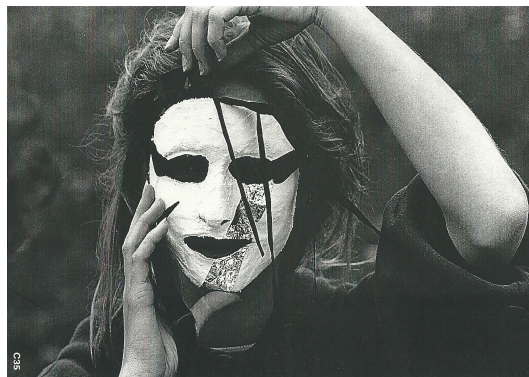


Photo 175. Photolangage®

**Caïto:** “Quel chemin prendre? Je peux prévoir et me tromper quand même ensuite”.

**Rosalía:** “Ces masques sont beaux (photo 175), je les ai choisis pour l'erreur, je peux me tromper avec les gens, un personne me semble angélique et elle ne l'est pas...et cette photo d'une branche d'arbre en hiver avec un oiseau (photo 166), je l'ai associée à la mort, la chute des feuilles, moi je prévois la mort, je vis dans l'ici et maintenant”.

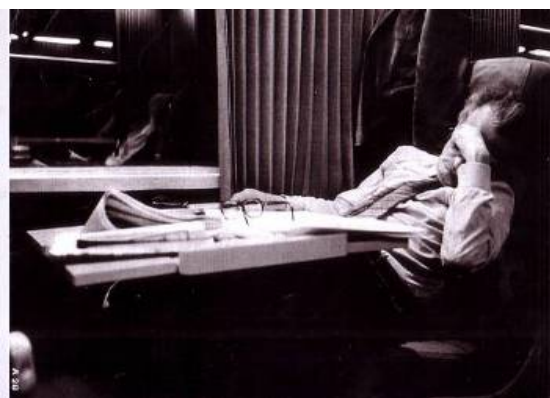


Photo 127 Photolangage®

**Fernando:** “Cette photo (127) l'homme avec ses papiers, je l'associe au travail et à la peur de se tromper et d'être exposé au ridicule. La personne qui doit prendre la parole devant d'autres est soumise à une pression émotionnelle et des manifestations corporelles”.

**Sol:** “Quand mes collègues disent autre chose que moi ça me rend nerveuse, je me sens évaluée”.

**Thérapeute:** “La valorisation de soi ne peut être seulement déposée dans l'autre”.

**Edgardo:** “Sol dit « évaluée » et vous, il me semble dites, « valorisée », si l'autre t'écoute, il te valorise. Moi j'aime avoir des certitudes”.

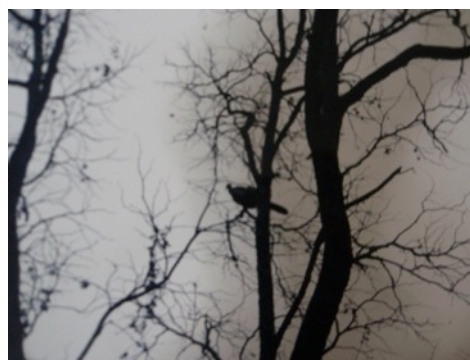


Photo 166. Personnelle

## Commentaires

Ils amènent la question de la certitude et de l'erreur à travers la consigne : dans l'amour, dans le travail ; il en ressort leur vulnérabilité à se sentir exposés...au ridicule ? Dans cette séance on perçoit le balancement entre la pulsion de mort et la pulsion de vie. La peur de vieillir et de prendre des risques, la peur de créer des liens trompeurs, similaires à ceux vécus dans l'enfance.



On assiste chez ces patients aux efforts qu'ils font pour maintenir une image toute puissante d'eux-mêmes face aux autres discordante d'avec la façon dont ils se perçoivent.

Ils cachent leurs sentiments de vulnérabilité, d'absence de protection, d'être la brebis galeuse ...

Dans leur antagonisme et ambivalence marqués par l'amour et la haine (scindés) ils s'imposent une distance froide avec les autres.

Les contradictions de leurs discours tendent à présenter deux Moi. Ils s'interdisent d'énoncer leurs différences aux autres. A vouloir conformer l'autre, ils cèdent des parts d'eux-mêmes et c'est l'autre qui impose sa façon de penser, constituant ainsi un circuit bouclé difficile à démonter.

Dans leur enfance ils ont été niés ou « invisibles » pour leurs parents et la question pour eux est de savoir comment se construire une nouvelle place. L'exigence de l'idéal familial les paralyse. Comme si le désir de l'autre parasitait leur esprit. La recherche de protection et d'attention reste située à un niveau prégénital. Le semblable et le connu est une fixation de ce qui est bon et correct chez eux, ce qui alimente des liens bâtis sur l'asymétrie et non des liens de parité.

Le groupe leur renvoi une image d'eux avec laquelle ils peuvent s'identifier nouvellement selon une figure positive et valorisée. Le conflit l'autre/moi semble parfois sans issue malgré tout car le changement est vécu comme une trahison qui entraîne la peur de la perte de la tendresse.

## **Partie III. Théorisation**

### 3.1 Potentiel de la méthode sur la pathologie traitée. Indications.

Le Photolangage® est un travail personnel de prise de conscience qui se pense et se lie avec l'histoire du sujet.

Dans un groupe de Photolangage® se déroule une scène à travers la chaîne associative groupale. Elle sert au processus de représentation du lui groupe même et à celui de chacun pour consolider les bases narcissiques des individus et du groupe, comme s'il s'agissait d'un contrat de confiance.

**R. Kaës** fait la description de cette technique qui induit une régression formelle vers les images sans mots avec une aire de jeu en groupe et c'est ainsi que peuvent se rétablir les processus élémentaires de symbolisation.

**S. Freud** situe la pensée en image comme partie du processus primaire de la pensée au même titre que les autres sensorialités, olfactive, gustative, auditive....

**M. Bernard** se posait la question: peut-on seulement penser en mots? La pensée en image serait de qualité inférieure ?

La médiation est l'articulation entre les processus psychiques du sujet et la réalité en tant que réalité du dehors. Elle mobilise le préconscient, confronte les différences, trouve les semblables et facilite donc l'échange identificatoire ainsi que l'intégration d'un temps différé.

C'est dans la rencontre de la mère et sa culture d'avec la nature du bébé qu'ensembles ils créent l'appareil psychique.

C'est encore dans la rencontre du thérapeute impliqué dans sa culture professionnelle (ses théories, ses techniques) d'avec le patient qu'ils tentent de complexifier l'appareil psychique de ce dernier ensembles dans la situation thérapeutique.

L'effet de présence décrit par **J. Puget** (2003) altère ce que je pense et ce que le patient pense et soutient. Le travail de représentation est un composant du lien intersubjectif imposé à la psyché par la subjectivité de l'autre. Dans un groupe nous travaillons en permanence avec le processus psychique de l'autre comme une sorte d'atelier de réparations et de créations.

Parler en fonction de la situation nous force à être en devenir dans chaque séance et à voir ce qui va en se produisant. De plus dans le face-à-face, l'anaphorique (le gestuel

anaphorique de **R. Gaspari** ou les expressions non-verbales selon **P. Robert**<sup>139</sup>) influence comme le langage et offre la possibilité d'un étayage qui compte sur le regard de l'autre.

La référence situationnelle permet de ne pas généraliser : c'est ce patient, à cette époque, dans cette situation socioéconomique et avec ce thérapeute.

**M. Bernard** avait pour habitude de dire que la première *unité de mesure*, le moule qui permet de voir comment une personne se connecte à une autre, n'est pas la représentation d'un objet sinon celle d'un lien : celui de l'unité duelle où ne sont pas marqués les limites entre l'un et l'autre (ce n'est pas non plus la fusion où demeure l'indiscrimination).

L'appareil psychique se transforme, se crée et s'organise comme un groupe et ce sont aussi les groupes qui organisent les liens en inter-jeu. Conception qui fonde l'existence d'un appareil psychique ouvert.

Je me demande : quelles nouvelles situations et quels liens pourraient créer de nouvelles positions pour un patient et permettre par-là la complexification de son appareil psychique ? En thérapie je tente de déchiffrer ce qui a été vécu antérieurement et je prends en compte l'ici et maintenant pour comprendre si ce qui arrive à présent est pareil et en quoi cela se différencie-t-il de ce qui est arrivé *là-bas et alors*. Il ne s'agit pas seulement d'interpréter le transfert sinon de la responsabilité de créer ensembles avec le patient une nouvelle configuration situationnelle parfois atteignant une certaine compensation et d'autres fois une complexification.

L'expérience à laquelle nous avons aboutis jusqu'à présent témoigne que tant le groupe que la technique de médiation par le Photolangage® sont utiles à ces fins.

Comme nous l'avons dit et vu auparavant le groupe a une fonction régulatrice et articulatoire des pulsions de vie et de mort (**C. Vacheret**) puisqu'il nuance, oppose l'une à l'autre et permet l'échange intersubjectif (par exemple, la photo d'un bois pour certains dans le groupe serait l'image d'un lieu de rêve et pour d'autres cacherait un assassin). Ainsi lorsque se produisent plusieurs versions imaginaires, chacune est porteuse d'une partie d'éléments qui modifient les images internes de chacun, elles peuvent s'en complexifier et établir les catégories : dedans-dehors, sujet-groupe, sujet- soi, avant-après. Nous savons

---

<sup>139</sup> Philippe Robert : « *Les expressions non verbales en psychothérapie psychanalytique de couple* ».

qu'il existe le besoin d'un lien avec l'autre (sujet) pour survivre ; certains selon leurs expériences vécues déterminées l'associent (le besoin et/ou le lien) à la dangerosité (par exemple : dans un groupe la photo d'une embrassade entre deux femmes étaient l'image de la tendresse entre une mère et sa fille pour quelques-uns, de l'*ours mortifère* pour d'autres). Nous pouvons donc dire que l'image, les photos matérielles servent à mobiliser du côté de l'inconscient le processus primaire qui débouche, dans le meilleur des cas, sur la symbolisation par des mots et des sentiments à travers des processus tertiaires de liaison intermédiaire. Le Photolangage® sert aussi dans un contexte groupale pour son effet régulateur bénéfique ; la pulsion de vie et celle de mort s'opposent entre les membres d'un groupe ce qui fait construction, équilibrant l'une à l'autre pour croître, créer et introduire des changements, permettant réinterprétations successives et significations à posteriori.

**J. Tesone** (2002) dit : “La mémoire n'est ni statique, ni immuable. Elle est dynamique et sujette à des réinterprétations successives”. La mémoire morte implique d'être dans le même espace-temps qu'alors, immobile comme le temps des statues qui congèle l'image, comme le conte de « La belle au bois dormant » endormie puis réveillée après cent ans et avec elle tout son règne. Le récit du conte par ailleurs donne l'illusion que « tout est pareil et continue comme avant ». **W. Bion** parle d'un mécanisme de défense qu'il nomme “perspective réversible” qui consiste à convertir une situation dynamique en statique, à immobiliser ou congeler le temps, créations fictionnelles de l'appareil psychique. Fictions comme les bande-dessinées de super-héros où le personnage du Pingouin (un des ennemis de Batman) d'un souffle converti tout en glace ou encore dans la Bible où la main divine convertis en pierre salée à la femme de Lot parce qu'elle ne peut se déprendre de sa nostalgie du passé. Se défaire de la mémoire morte implique de déclarer perdu, ce qui est perdu, « se souvenir et oublier simultanément » (**J. Tesone**, 2002) pour ne pas saturer les récepteurs, pour enlacer de nouvelles expériences et de nouveaux souvenirs.

En coïncidence avec **J. Mc Dougall** (1978), je pense que la perception d'une image relie un nombre incalculable d'expériences et de souvenirs affectifs au travers des parfums, textures, couleurs, tons de voix...

Parfois certains passages à l'acte ou actuation seraient la mémoire d'un niveau moins complexe ou « de qualité inférieure » (**J. Tesone**, 2002), sans représentation. Ce sont des réactualisations d'expériences affectives primaires comme une manière de se souvenir.

Je me pose la question suivante. Serait-ce pour maintenir l'édifice identitaire vivant ? Pour que ne meurt pas le souvenir ou le morceau de soi-même impliqué dans ce souvenir ? Comme équivalant à de petits infarctus ou *zones sans circulation psychique* dans l'appareil mental ? Et/ou, est-ce pour élaborer ce qui insiste ? Pour se guérir et se réparer ?

« La façon de se souvenir est différente selon la structure psychique du sujet » (**J. Tesone**, 2002). Le mode du souvenir chez les patients limites depuis les *trous de l'âme*, depuis « la peau-passoire » de **D. Anzieu** (1985), depuis la mémoire du corps, a sa spécificité : scindé, blanc et noir, sans connexions ni nuances. Ce n'est pas une mémoire narrative puisqu'elle n'a pas atteint le niveau symbolique et demeure inconnaissable pour le sujet puisque ce fut quelque chose de vécu puis de réprimé ou scindé. Parfois avec les vents à faveur, l'analyste parvient à déduire un souvenir par ses constructions analytiques. La mémoire sensorielle est celle de ce corps et ce patient, et seulement lui, peut examiner, confirmer, ou rejeter les hypothèses. C'est une règle, les traumatismes affectent en premier lieu l'appareil mental qui bloque, colmate et tempère ou non les mouvements de désorganisation avant qu'ils n'arrivent au système ou à la sphère somatique (**P. Marty** 1995). Ils s'épuisent, on dit qu'ils perdent leur charge ou portée comme un météorite lorsqu'il pénètre les différentes couches de l'atmosphère. Quand cela ne se produit pas, par déficience ou désorganisation de l'appareil mental, apparaissent les symptômes dans l'organique. Le corps serait le buffer<sup>140</sup> du sujet parce qu'il y a quelque chose à élaborer, symboliser au niveau psychique.

Ces patients ne sont ni des névrosés « classiques », ni psychotiques, ce sont des borderlines. Face à une stimulation de charge déterminée leur appareil psychique voit débordée sa capacité de filtre protecteur (il en est parfois dévasté) ; il en résulte des failles ou un fonctionnement altéré et ces sujets répondent-réagissent avec le somatique. Ce dernier est un niveau plus régressif et ne se constitue pas par lui-même en un résultat adaptatif car il ne sert ni pour équilibrer, ni pour complexifier. Je me demande si un groupe pourrait générer un « principe de programmation évolutive » selon le terme de **P.**

---

<sup>140</sup> Buffer ou bouchon chimique : système constitué par un acide faible et sa base conjuguée ou par une base et son acide conjugué qui a une capacité « obturante » c'est-à-dire, qu'il peut s'opposer à de grands changements de pH (dans une marge concrète) dans une dissolution aqueuse. Plus simplement l'effet neutralisant de l'acide avec l'alcalin lorsqu'ils s'équilibrent.

**Marty**(1995), c'est-à-dire : différentes liaisons d'organisation et de réorganisation par hiérarchisation de la fonction maternelle ?

Selon **R. Kaës** (1993,1999) le groupe peut être un espace transitionnel, de jeu jusqu'à ce que s'établissent les limites entre le dedans et le dehors, le moi et le non-moi, le mien et le non-mien. Ce modèle multipersonnel (de plus d'un moi) avec le travail du préconscient de l'autre dans un processus associatif sert à ce que se produise un processus de transformation-changement de sens en utilisant le *commuting* de **C. Neri** (1997) travail entre l'intra et l'intersubjectif.

Le groupe est comme un lien, une attache virtuelle qui apaise l'angoisse de non-assignation, comprise ici comme surgie de l'angoisse de ne pas obtenir une place dans le désir de l'autre. Chez les patients borderlines il arrive fréquemment que le sujet soit le groupe : une structure complète, toute puissante, un moi idéal narcissique ; le groupe est dans ce cas le recours qui protège du désarroi.

L'identité personnelle (subjectivation) se construit à partir du groupe et paradoxalement « le groupe est ce que le moi doit perdre pour être » selon **M. Segoviano** (2001). **J. Bleger** (1967) pensait lui qu' "une personne avant d'être un individu est un groupe". Dans un premier temps, au début du groupe dans l'ici et maintenant, le groupe peut promouvoir l'illusion de former partie de ce corps omnipotent indiscriminé et/ou réveiller la menace de l'angoisse de dissolution simultanément (**M. Segoviano** 2001).

Le groupale permet d'associer, de lier, de diffracter et de transformer les groupes internes en un refuge de l'esprit. L'interaction par échanges des patients entre eux tisse l'interdépendance entre la subjectivité et la réalité extérieure, ceci dans le meilleur des cas lorsque se produit la complexification des appareils psychiques.

Nous avons déjà évoqué l'idée suivante et la rappellerons ici :

En supposant que dans un appareil psychique altéré, se trouve une formation, tel un kyste de l'infantile séparé du reste de la matière psychique et qui, du fait d'une circonstance particulière, a éclaté... s'il est possible d'en signifier le contenu alors il passe à faire partie de l'appareil mental, il entre dans la complexification de ce dernier (construction de préconscient) en revanche si cela ne se produit pas, le contenu du kyste contaminera tout (**M. Bernard**, 2001). Par ailleurs cette rencontre avec le déni présent dans le texte des

patients sous forme dissociée, scindée, défendue est toujours un choc car il produit une souffrance terrible.

D'une manière générale, connaître ce qui est commun entre les membres d'un groupe, les soulage ; les différences d'avec les autres impliquent habituellement une blessure narcissique car il leur faut supporter l'altérité et l'autonomie de l'objet. La rencontre groupale permet en cela un véritable apprentissage et demande un intense travail psychique vers la construction tout d'abord d'une autonomie personnelle qui n'a pu advenir.

**M. Segoviano** (2001), dans son travail "*le premier narcissisme et le groupe*" propose d'établir un espace intermédiaire, une distance tolérable pour accéder au symbolique par l'intégration des différences vers le pôle homomorphe de discrimination.

Selon **R. Kaës** (1993), il faudrait atteindre la mise en sens personnelle du processus secondaire (représentation et pensée) pour réaliser les liens-ponts tertiaires (**A. Green**, 1993) entre le primaire et le secondaire.

**C. Neri** (1995) se demande quel désir pousse vers les autres ? Tant dans le setting traditionnel (individuel-bipersonnel) que dans la groupalité, la souffrance et la maladie sont considérées comme le milieu ambiant d'une transformation complexe de la personnalité. Dans l'analyse de groupe, l'analysé n'entre pas seulement en relation avec l'analyste mais aussi avec d'autres personnes qui jouent un rôle très spécial. Qui participe d'un groupe, admet les paroles dites par d'autres considérés de pairs avec soi différemment de celles prononcées en position d'asymétrie de l'analyste (**C. Neri**, 1995).

Celui qui conduit le groupe n'a pas pour objectif de faire-faire au groupe sinon de ralentir les processus trop rapides et mouvementés, de maintenir un timing adéquat, de souligner les particularités, les différences et les droits des individus. Le coordinateur du groupe est aussi un penseur qui travail épaule contre épaule avec les autres participants.

Pour **P. Marty** (1990,1995)<sup>141</sup> les débordements passagers de l'appareil mental sont habituels et peuvent survenir chez des sujets dont la qualité mentale n'est pas

---

<sup>141</sup> Marty différencie les patients névrotiques selon la meilleure (névrose communes qui somatisent par régressions réversibles) ou la pire des mentalisations (mentalisation incertaine, variable dans le temps qui souffrent d'affections psychosomatiques). Bergeret en revanche parle de l'organisation du tronc commun des



questionnable, donnant lieu à des hypertonies musculaires, maux de tête, allergies, asthme, névrites, hypertension, coliques, ulcères...

**P. Marty** (1961,1995) introduit la notion de « vie opératoire » qui consiste en des comportements automatiques marqués par des représentations pauvres sous le sceau de l'actuel, expression d'une dépression essentielle où le désir disparaît et caractérisée par le manque d'énergie vitale ; ces individus ne font que satisfaire des besoins basiques. Le Moi surchargé met en évidence leur désorganisation et leur détresse. L'inconscient reçoit mais n'émet pas. C'est au niveau préconscient qu'on constate les failles, la perte d'intérêt pour le passé (d'avec sa propre histoire) comme pour le futur. Les paroles de **Sol** dans un groupe témoignent de ce genre de vie : « les habitudes...comme ça influence ! Parfois je fais les choses mécaniquement, c'est là qu'est l'échec de mes plans, dans la répétition ».

Une telle position s'atteint lorsque le mouvement régressif n'est pas freiné par un système régressif valable (en tant que processus inverse à celui d'évolution progressive) face à la perte objectale ; terreau du deuil non élaboré.

Pour **P. Marty**, le point d'orgue de l'économie psychosomatique est le préconscient, système de liaison entre les représentations. Les processus de somatisation oscilleront entre deux pôles, réversibles dans les névroses bien mentalisées ou communes et non pas dans les maladies évolutives comme le sont les désorganisations psychosomatiques ou dans la névrose mal mentalisée ou encore de mentalisation douteuse. Les fixations somatiques ont précédé celles mentales et il est possible de régresser jusqu'à elles par répressions des représentations et/ou par désorganisation. Si l'appareil entre en faillite dans son ensemble, le système biologique prend « le relais », il retourne ou se désorganise jusqu'au niveau le plus régressif (**P. Marty** 1995).

Les régressions somatiques peuvent compléter ou prolonger celles mentales et manquent d'une représentation symbolique. Dans la désorganisation il n'y a pas de représentation qui contienne. **P. Marty** affirme que les personnalités allergiques témoignent d'une relation fusionnelle avec la mère. La maladie étant investie affectivement en remplacement d'un objet disparu.

---

états limites (borderlines avec conditionnements pervers ou caractériels) et de patients à structure névrotique ou à structure psychotique. Chacune de ces organisations pouvant être compensée ou décompensée.

Pour comprendre ce type de patients et reprenant les mots de **M. Bernard**, “avec deux notes et un seul modèle on ne peut jouer la neuvième symphonie de Beethoven”. Il faut d’abord apprendre toutes les notes musicales et les accords, de nouveaux modèles et seulement alors peut-être...pourrons-nous expliquer quelque chose.

Le patient en cure traverse généralement trois états : 1) Il répète face à une situation déterminée, devant la même charge de stimulation, il a les mêmes réactions. 2) Il essaye, marque et essaye à nouveau, il peut exprimer alors quelque chose de l’ordre de : « j’ai moins de problèmes, ça va mieux et je ne sais trop pourquoi ». 3) Il reconnaît la situation ce qui l’aide à transformer sa pensée et pourrait dire : « j’y ai réfléchi, je me suis rendu compte... ».

Le réel du sens est que l’appareil psychique a échoué car une(des) stimulation(s) fut(furent) trop intense(s) et/ou parce que des failles ou des manques dans la construction dudit appareil ne lui permette pas de fonctionner de façon efficace. Tant dans le groupe qu’en thérapie individuelle la capacité préconsciente du thérapeute s’ajoute à celle du/des patients(s) agissant en série et exerçant une certaine compensation.

Nous pourrions dire que là où se trouvent les failles de l’élaboration psychique, le biologique est condition nécessaire mais pas suffisante à l’expression du symptôme. L’appareil psychique travaillant à un autre niveau plus complexe que l’organique.

Le patient ne sait pas et il n’est pas pertinent qu’il sache plus que ça ce qui se passe dans les poumons ou les alvéoles ou encore les bronches au moment de la libération des médiateurs chimiques en cascade. J’insiste sur le fait que l’organique doit être traité sans aucun doute par les médicaments et les indications médicales adéquats (et s’en remettre en cela au spécialiste).

**J. MacDougall** (1978) décrit le patient somatique comme celui qui “voit” son corps seulement lorsqu’il sent la douleur physique et sans cela peut faire omission de celui-ci ; le corps serait un objet désinvestit. Ce sont des patients qui réalisent un contrôle surhumain sur leurs émotions se niant à accéder à la douleur psychique de l’angoisse et de la dépression. L’auteur observe aussi l’apparition de crises d’asthme selon des « lois géographiques » à s’approcher ou à s’éloigner de...Pour ces personnes la question de la distance est compromise, quitter le foyer parental leur demande habituellement un effort considérable. Les phobies qu’ils présentent sont dans les grandes lignes liées aux angoisses

sexuelles lorsqu'il s'agit d'agoraphobie par exemple et connectées à des niveaux bien plus archaïques en ce qui concerne les phobies autour de la nourriture et de la saleté.

Les mères et pères des patients asthmatiques ou présentant d'autres troubles psychosomatiques sont souvent « calmant » sous forme addictive. J'ai pu observer qu'ils ont besoin de leurs enfants tout à la fois trop près corporellement et trop loin affectivement. Leurs messages s'en trouvant imprévisibles dans leurs changements brusques : « je t'aime-je ne t'aime pas ». Ces patients ne présentent pas à priori de distorsions de la réalité sinon un moi appauvri. Le lien de ces personnes au factuel de la réalité est un moyen pour eux de ne pas devenir fous.

Dépendre de l'autre sans peur et trouver un autre mode de fonctionnement mental pour faire face à la douleur seraient le chemin de la guérison pour eux. Le traitement cherche à ce qu'ils puissent éprouver le sentiment d'une identité propre afin de se discriminer de leur entourage, pour *qu'il ne fasse pas partie de soi* d'une certaine manière (moi-non moi) et se convertir ainsi en des personnes à subjectivité autonome et différenciée.

La maladie est celle qui est investie affectivement (et non le corps), elle les accompagne en remplacement d'un objet perdu. Je dois me méfier d'établir une relation linéale comme le font les patients : lorsque le conflit apparaît, surgit le symptôme dans le corps (par exemple : « je me suis disputé avec tel ou tel et j'ai eu une crise d'asthme »), c'est en cela que je cherche à décoder le sens fondateur de chacun.

**L. Hornstein** (2000) identifie dans les pathologies narcissiques : les troubles de l'identité (qui suis-je ?), les altérations de l'estime de soi (combien je vaudrais ?), la dépression du fait d'une distance démesurée entre la représentation de soi et l'idéal du moi ainsi que d'une indiscrimination entre l'objet historique (mère) et l'actuel.

Rappelons que le processus primaire se caractérise par son ignorance du temps. Y circulent représentations de choses et d'affects, les « pensées » sont en images.

Le fonctionnement psychologique des patients dont je m'occupe peut faillir momentanément ou de manière quasi permanente. Lorsqu'apparaît le corporel, c'est un indicateur de ce que le patient n'a pu contenir certaines stimulations dans les limites de l'appareil psychique. La production de changement durant le traitement vise à ce qu'apparaisse un sens, celui qui leur sert, que nous appelons sentiment fondateur. Je dirais

qu'au niveau biologique existent des causes (le pourquoi) et qu'au niveau psychologique il y a des sens (*le pour...quoi* que proposait **M. Bernard**, communication personnelle). La tâche du thérapeute et du patient ensemble consiste à déconstruire, démonter les défenses qui entravent la personne en souffrance et qui pourtant la soutiennent. C'est un travail qui peut laisser le patient dans le vide, *le rien* et dont il peut mourir. C'est pour cela qu'il faut tout d'abord construire la porte de sortie du néant qui est le sens.

Je rappellerai enfin que ce travail s'est centré sur l'étude d'un groupe de patients affectés d'asthme bronchiale et de patients souffrants de crise de panique, troubles qui s'associent simultanément ou alternent souvent avec d'autres symptômes psychosomatiques (hypertension artérielle, eczéma, psoriasis, ulcère, migraine, rhinite...) et comme j'en ai référé auparavant, ce sont des individus qui développent une problématique particulière du narcissisme.

### **3.2 Analyse des résultats**

Ma préoccupation première dans cette recherche était d'étudier la question de la possibilité ou non pour des patients aux maladies chroniques de respecter les traitements médicaux qui leurs étaient indiqués. Je voulais vérifier si la « chronicité » dépendait plutôt de la génétique ou bien du comportement vis-à-vis de la maladie marquant l'évolution et l'histoire de cette dernière chez un patient déterminé. Tout en admettant la spécificité de chaque cas, j'ai cherché des facteurs de répétitions entre ces patients dans leur chronicité. Du groupe-contrôle des 417 patients asthmatiques j'exposerai ci-dessous les résultats suivants :

#### **3.2.1 Analyse descriptive du groupe de contrôle : Phase 1A étape rétrospective. Patients au diagnostic d'asthme et sans traitement psychologique auparavant.**

L'**âge moyen** de l'ensemble de ces patients (n=417) était de 49,8 ans plus ou moins 17, 9 ans. 65% étaient des femmes (271 patientes) - tableau 1.

**La première crise** dans 31,5% des cas s'est produite dans l'enfance, dans 26.7 % des cas à l'âge adulte et 19.4% étant jeunes adultes et encore 11, 2% à l'adolescence.

En ce qui concerne le **type d'asthme**, 59,5% (248 patients) souffraient d'asthme léger, 31,2% (130 individus) d'asthme modéré, 3,6% d'asthme sévère (15 personnes) et enfin 5,7% d'asthme presque fatal (24 patients).

53% des patients consultaient pour la première fois au sujet de ce mal. 12,1% (40 patients) avaient un antécédent de délai-retard pour la consultation supérieur à huit jours et 17,2% (57 patients) une période supérieure à 3 et inférieure à 7 jours.

18,9% (79 individus) avaient pour antécédent des **consultations en service d'urgence** ayant précédé la consultation dans le service de pneumologie. 3,8% (16 patients) ont été hospitalisés en salle et 5,7% (24 personnes) en Unité de Soins Intensifs avant le traitement. Au cours du suivi postérieur seuls 2,4% (10 patients) ont eu besoin d'une hospitalisation.

Pendant le suivi, 17,3% (65 patients) ont pris un retard de plus d'un mois pour la consultation convenue avec leur médecin. Le motif de ce retard n'est pas consigné dans ce travail mais dans les actes du XXVIème Congrès de Tisiopneumologie (Santa Fe, Argentine, octobre 1997) les facteurs de l'automédication et du coût (de la consultation et des médicaments) ont été établis comme les facteurs d'influence les plus fréquents à ce sujet.

**L'observance du traitement** parmi ces patients était qualifiée de mauvaise dans 40,7% (136 patients) des cas et de bonne dans 59,3% (198 patients) - tableau 2.

Du croisement des variables type d'asthme avec le respect du traitement découle :

Pour l'**asthme léger** (201 patients), 28,4% pour lesquels le respect du traitement fut mauvais et 71,6% où il fut bon.

Dans les cas d'**asthme modéré** (102 patients) pour 55,9% l'assiduité était mauvaise et 44,1% pour qui elle était bonne.

Pour l'**asthme sévère** (12 patients) 49,9% respectaient mal le traitement contre 50,1% de bon suivi.

Dans le cas de l'**asthme presque fatal** (19 patients) 84,1% réalisaient mal le suivi de leur traitement.

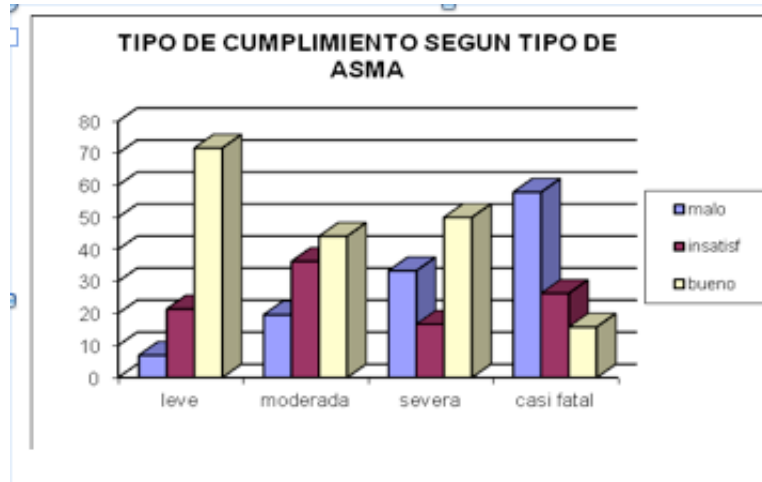
Dans tous les types ou niveau d'asthme la probabilité la plus élevée d'améliorer les symptômes correspond aux patients qui n'interrompaient pas ni ne modifiaient leurs médicaments.

On note par ailleurs un préjudice majeur à modifier la dose des médicaments que dans le cas d'une prise discontinuée.

Le plus important dans ces informations serait de relever que la probabilité d'amélioration s'élève à 87% lorsque les patients réalisent un bon suivi de leur traitement et que cette probabilité chute à 38% dans le cas des patients qui ne respectent pas bien leur traitement.

Note : Type d'asthme (modéré/sévère/presque fatal/ léger) - Phase 1A.  
Groupe de contrôle rétrospectif sans traitement psychologique.

Tableau 1



Note: Phase 1 A. Groupe de contrôle rétrospectif sans traitement psychologique.

Tableau 2. Type d'accomplissement selon le type d'asthme.

### **3.2.2 Analyse descriptive du groupe de patients asthmatiques suivis en groupe de parole : Phase 1 B prospective. Patients asthmatiques traités simultanément médicalement et en groupe de parole.**

Avec pour objectif d'évaluer un groupe de parole de patients à l'asthme sévère ou presque fatal j'ai réalisé une étude sur 33 patients ayant participé aux dits groupes. D'un point de vue médical organique, les patients ont suivi un traitement durant un laps de temps déterminé de douze mois et furent examinés à six reprises par mes soins (en tant que chercheur). Au début du traitement (T1) les informations recueillis concernaient autant leur état clinique que les aspects de leur contexte concernant leurs habitudes et croyances autour de la maladie. Lors des observations suivantes (T2 à T6) les patients étaient examinés en consultation médicale et les variables liées à leur évolution et leur respect du traitement ont été prises en compte.

Nous avons cherché à réaliser une étude statistique visant à :

- Décrire les caractéristiques du groupe analysé.

- Evaluer l'évolution des patients au long du traitement conjoint médical et en groupe de parole.

#### **Variables à analyser**

**1. Variables contextuelles.**

- 1.1. Âge
- 1.2. Sexe
- 1.3. Etat civil
- 1.4. Niveau d'études
- 1.5. Nationalité
- 1.6. Migration
- 1.7. Situation professionnelle
- 1.8. Existence d'un membre de la famille responsable ou non
- 1.9. Situation professionnelle dudit membre responsable
- 1.10. Cohabitation

**2. Variables référant à leurs habitudes et problèmes en marge de l'asthme.**

- 2.1. Consomme de l'alcool (oui/non)
- 2.2. Fume (oui/non)
- 2.3. Existence de troubles psychologiques (oui/non)
- 2.4. Allergies (oui/non)

**3. Variables concernant la maladie et les traitements précédents.**

- 3.1. Type d'asthme
- 3.2. Âge de la première crise
- 3.3. Antécédents familiaux
- 3.4. Temps d'évolution
- 3.5. Croyance au sujet de l'origine de la maladie
- 3.6. Connaissances acquises
- 3.7. Qui achète leurs médicaments?
- 3.8. Traitements précédents
- 3.9. Tests aérostatiques (oui/non)

**4. Traitement aux corticoïdes**

**5. Variables mesurées à chaque visite concernant l'évolution de la maladie au long du traitement.**

- 5.1. FEV1 (volume du flux expiratoire de la première seconde)
- 5.2. PEF initial et final (flux expiratoire pic)



5.3. Asthme nocturne

5.4. Spirométrie (en %)

5.5. Spirométrie comparée avec la précédente (amélioration/absence d'amélioration)

5.6. Diagnostic clinique comparé avec le précédent (amélioration/ absence d'amélioration)

## **6. Variables du respect du traitement mesurées à chaque visite**

6.1. Modification de la dose indiquée (oui/non)

6.2. Prise médicamenteuse discontinuée (oui/non)

### **Analyse descriptive du groupe de parole**

L'échantillon étudié compte 33 patients d'âges compris entre 20 et 73 ans ( $\bar{x} = 44.3$ ,  $s = 13.3$ ) dont 84,4% sont des femmes (28 patientes). En termes de niveau d'études, 66% des patients ont terminé le secondaire ou plus, les autres seulement le cycle du primaire.

57.6% d'entre eux sont seuls, cependant dans 90,9% des cas ils comptent sur quelqu'un de leur famille avec qui parler de leur maladie. En ce qui concerne le travail pour ces personnes, 36,4% d'entre-elles étaient sans emploi au début du traitement. Les autres étaient maîtresses de maison (15,2%), retraités (3%), ouvriers (36,4%) ou professionnels (9,1%).

La même question du travail pour la personne de la famille responsable était de 36,4% des cas sans emploi et 42,4% ouvriers ou employés.

Seule une personne de l'ensemble consommait de l'alcool (3%), 4 présentaient une allergie à l'aspirine (12, 1%) et 9 fumaient du tabac (27,3%). 60,6% des patients ont manifesté souffrir d'un trouble psychologique (tristesse, apathie, peur, anxiété).

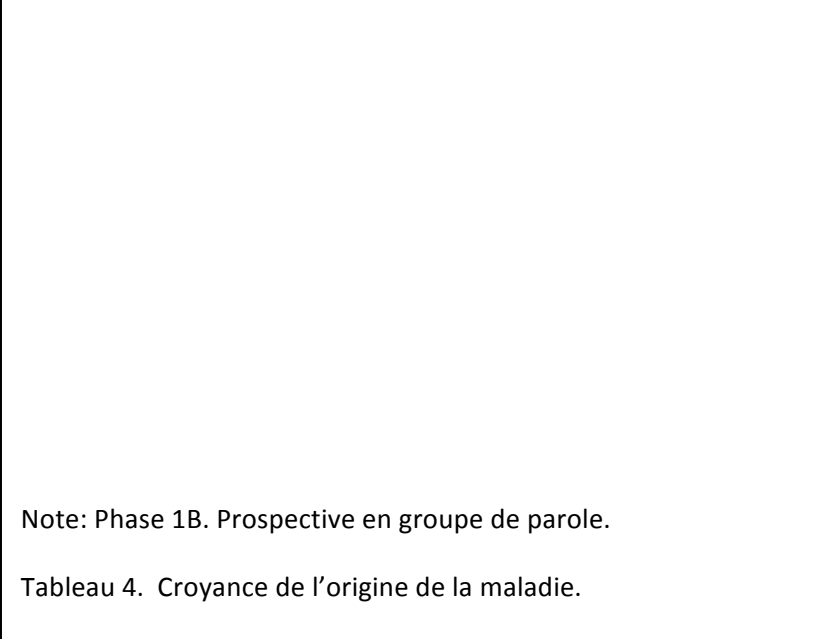
Sur les 33 patients 21 avaient un diagnostic d'asthme sévère (36,4%) - tableau 3. Seuls 9 d'entre eux (27,3%) n'avaient pas d'antécédents familiaux pour l'asthme. Pour les autres, 4 patients parmi eux avaient pour antécédents familiaux la mort par l'asthme (12,1%). L'âge de la première crise se distribue entre la première année de vie et 70 ans ( $\bar{x} = 19.4$ ,  $s = 19.3$ ). Tous ces patients ont reçu d'autres traitements auparavant, principalement par aérosol, pilules et injections.

Note: Phase 1B. Prospective avec un groupe de parole

Tableau 3. Type d'asthme. Phase 1B.

J'ai aussi réalisé une étude descriptive de cet échantillon de personnes comparant les patients au diagnostic d'asthme sévère avec ceux dont l'asthme était presque fatal. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative dans la moyenne d'âge des patients d'asthme sévère ( $\bar{x} = 49.8, s = 13.2$ ) d'avec les patients d'asthme presque fatal ( $\bar{x} = 41.1, s = 12.5$ ), ni pour aucunes des autres variables contextuelles. La seule différence entre ces deux types de patients concerne l'âge de la première crise. Dans la table ci-dessous on observe que les patients pour qui l'asthme résulte presque fatal ont eu leur première crise dans l'enfance ou l'adolescence tandis que ceux dont l'asthme est sévère ont manifestés leur première crise à des âges plus avancés ( $\chi^2=15.46, gl=2, p<0.001$ ).

## **1. Distribution de fréquences des variables contextuelles**



Note: Phase 1B. Prospective en groupe de parole.

Tableau 4. Croyance de l'origine de la maladie.

## **1. Analyse descriptive des variables diagnostiques dans les différentes consultations.**

Le tableau suivant (5) montre l'évolution des variables qui indiquent l'amélioration des patients au cours du traitement. Pour toutes on observe une évolution importante à partir de la deuxième visite : l'asthme nocturne diminue drastiquement et le pourcentage d'amélioration est important tant du point de vue clinique que pour la spirométrie. A partir de la deuxième visite on n'observe pas de mouvements significatifs dans les pourcentages ce qui permettrait de supposer que la proportion de patients qui s'améliorent se maintient constante.

**Pourcentages de patients s'améliorant selon diverses variables diagnostiques**

	Temps 1 (%)	Temps 2 (%)	Temps 3 (%)	Temps 4 (%)	Temps 5 (%)	Temps 6 (%)	Signif à 1%
Asthme Nocturne	100.0	18.8	31.3	18.8	12.5	12.5	oui
Amélioration de la spirométrie en fonction de la visite précédente	68.7	68.7	34.4	43.7	46.9	56.2	oui
Amélioration clinique en fonction de la visite précédente		78.1	75.0	78.1	68.7	81.2	non
Amélioration de la spirométrie en fonction de la visite initiale		87.2	87.5	93.7	87.5	90.6	non
Note : Phase 1B. prospective en groupe de parole- Tableau 5							

**2. Analyse descriptive des variables d'observance du traitement à l'occasion des différentes consultations.**

Dans le tableau suivant (6) sera montrée l'évolution des variables concernant le respect du traitement indiquant la façon dont le patient conduit ce-dernier. Toutes montrent que les pourcentages de patients qui n'observaient pas correctement leur traitement étaient très

élevés, fondamentalement en ce qui avait trait à la modification des doses prescrites et à la discontinuité dans la prise des médicaments. Cette situation connaît un revers à partir de la deuxième visite à partir de laquelle la proportion de patients ne respectant effectivement pas leur traitement devient très petite. A partir du temps 2 et jusqu'à la fin du traitement on n'observe pas de changement important dans les pourcentages ce qui permet d'établir que la proportion de patients qui ont effectivement suivi correctement leur traitement s'est maintenue constante.

**Pourcentages de patients qui n'ont pas respecté leurs prescriptions – Tableau 6**

	Temps 1 (%)	Temps 2 (%)	Temps 3 (%)	Temps 4 (%)	Temps 5 (%)	Temps 6 (%)	Signif à 1%
Modification de la dose prescrite	100.0	9.4	12.5	9.4	18.8	15.6	oui
Prise des médicaments discontinuée	93.9	18.8	25.0	12.5	15.6	15.6	Oui

### 3. Analyse de la signification statistique de l'évolution des variables

L'évaluation de la validité statistique des hypothèses posées sur l'évolution des patients tout au long du traitement requiert l'utilisation de modèles adaptés. Le schéma de prise d'information répond au modèle appelé « expérience de mesures répétées de données catégoriques ». Pour ce type de situation on utilise un Modèle Linéal généralisé (MLG) développé par Koch et al. (1977) ; essentiellement une extension de la plus connue « Analyse de la Variance Multi-variée par des Mesures Répétées » (résolution de la visualisation dans le temps de variables dépendantes quantitatives) dans le cas de variables dépendantes dichotomiques du type amélioration/absence d'amélioration.

#### Evolution individuelle des variables au long du traitement.

Le modèle MLG a été appliqué à chacune des variables séparément avec pour but d'évaluer s'il y avait des différences significatives dans les proportions de ces mêmes variables pour tous les temps évalués.

La diminution du pourcentage d'asthme nocturne à partir de la seconde visite est statistiquement significative de même que la proportion de patients qui ont améliorés leur résultat de spirométrie en fonction de la visite précédente ; proportion majeur dans les premières visites, diminuant dans les dernières.

Au sujet des variables d'observance du traitement, elles montrent toutes des différences entre la première visite et les suivantes, significatives donc statistiquement dans tous les cas. A partir de la deuxième visite on a pu observer un changement important de comportement chez les patients et alors qu'à la première visite la proportion d'entre eux à ne pas respecter correctement leur prescription était importantes, elle s'est maintenue stable ensuite autour des 10%.

### **3.2.3 Analyse de l'association statistique entre diagnostique d'asthme et participation en groupes de parole. Perspective organique.**

Je traite dans ce paragraphe de l'association entre le suivi du traitement et l'amélioration expérimentée par les patients. Dans les tableaux suivants figurent les tables de fréquence d'asthme nocturne selon chacune des variables d'assiduité.

#### **a)Asthme nocturne (tableau 7)**

*Relation entre le diagnostic d'asthme nocturne et la modification des médicaments par le patient.*

Au temps 1 tous les patients avaient de l'asthme nocturne et modifiaient leurs médicaments. Aux temps 2, 3 et 4 tous les patients modifiant leurs médicaments souffraient d'asthme nocturne. Au temps 5, trois des quatre patients avec de l'asthme nocturne présentaient encore des changements dans la prise des médicaments et au temps 6 tous ceux qui souffraient encore de ce symptôme modifiaient leur prescription.

*Relation entre le diagnostic d'asthme nocturne et la discontinuité du traitement*

Au temps 1 tous les patients étaient affectées d'asthme nocturne et 31 d'entre eux interrompaient la prise de médicaments. Au temps 2, six patients présentaient encore de l'asthme nocturne parmi lesquels 4 ont discontinué la prise des médicaments. Au temps 3,

huit des 10 patients souffrants d'asthme nocturne discontinuaient les médicaments, quatre sur six dans le temps 4 et tous les patients affectés dans les temps 5 et 6.

### **b) Signification statistique**

La signification statistique des relations entre les variables d'accomplissement du traitement chez des patients assistant à un groupe de parole et le diagnostic d'asthme nocturne a été évaluée à travers l'utilisation du modèle MLG de Koch décrit précédemment.

Signification du Modèle linéal Généralisé qui teste l'influence du temps et des variables d'observance des prescriptions sur l'asthme nocturne – Tableau 7

<b>Modification de la dose prescrite</b>		<b>Discontinuité dans la prise des médicaments</b>	
$\chi^2$	Signif	$\chi^2$	Signif
241.9	p<0.001	162.5	p<0.001

L'association entre l'asthme nocturne et les variables de respect du traitement est statistiquement significative dans tous les cas.

### **c) Amélioration de la spirométrie en fonction de la visite précédente - tableau 8**

Registre spirométrique à la fin du traitement en fonction du diagnostic d'asthme – tableau 8

Spirométrie	Normale	Double de l'initiale	Absence d'amélioration	Total
Asthme sévère	52.4%	28.6%	19.0%	100%
Asthme quasi Fatal	45.5%	45.5%	9.0%	100%
Total	50.0%	34.4%	15.6%	100%

Dans ce tableau on peut observer qu'indépendamment du diagnostic initial, la moitié des patients a pu atteindre une spirométrie normale à la fin du traitement. Pour les autres, 45,5% ont dupliqué leur mesure parmi les patients dont l'asthme s'avère presque fatal et

9% n'ont pas présenté d'amélioration (1 patient). Pour les patients au diagnostic d'asthme sévère, 28,6% ont dupliqué leur spirométrie par rapport au début du traitement et 19% parmi eux n'ont pas vu d'amélioration (4 patients).

#### **d) Score d'accomplissement**

On peut apprécier qu'un bon accomplissement du traitement favorisé par l'assistance à un groupe de parole s'associe à l'absence d'asthme nocturne. Dans les temps 3 et 4 tous les patients dont le suivi ne se faisait pas bien ont eu de l'asthme nocturne.

L'absence de ce dernier à la fin du traitement malgré 10% encore de patients non assidus dans l'accomplissement du traitement s'expliquerait par l'amélioration organique existante, produit de plusieurs mois de meilleur traitement anti-inflammatoire.

#### **Définition du score d'assiduité :**

A partir de l'étude réalisée sur 33 patients affectés d'asthme sévère et presque fatal pour identifier des facteurs pronostiques nous avons pu déterminer que parmi les variables référant au mode de suivi du traitement, **la modification des doses et la discontinuité  $\geq 3$  jours dans la prise des médicaments sont les principaux facteurs pronostiques.**

#### **Conclusions Phase 1B prospective – Analyse descriptive de l'échantillon.**

##### **Perspective organique**

Sur la base des résultats de ce travail de thèse nous pourrions élaborer des conclusions en fonction des données suivantes que nous rappellerons ici en désordre :

Des trente-trois patients suivis pendant un an en groupes de parole, 36,4% souffraient d'asthme sévère, 63,6% d'asthme quasi fatal. 84,8% étaient des femmes, l'âge moyen était de 44,3 ans plus ou moins 13,5 ans ; 60,6% étaient célibataires ou séparés et cependant 87,9% cohabitait avec quelqu'un. 36,4% se trouvait sans emploi. 72,7% avaient des antécédents familiaux d'asthme dont 12,1% où l'asthme fut cause de mortalité dans la famille. 66,7% avaient atteint le secondaire dans leur niveau d'étude. 27,3% fumait. 84,8% croyaient en l'origine psychologique de la maladie. 60,6% présentaient des troubles psychologiques concomitants (angoisse, piètre estime de soi). 12,1% étaient allergiques à l'aspirine. 97% avait une nationalité sud-américaine. 42% se traitaient avec des corticoïdes



systemiques. 57,6% des patients avaient pour antécédent de consulter à retardement après l'apparition des symptômes. Le motif de ce retard chez 54,5% était lié à la croyance en une amélioration spontanée et pour 30,3% il fallait ajouter au motif précédent le facteur économique du coût des médicaments auxquels ils ne pouvaient pas toujours accéder.

La moyenne du flux-pic au début du groupe de parole était de 258.47 s=102.03

La moyenne du flux-pic après dix mois était de 295.58 s=96.04

Au début du traitement psychologique le pourcentage de patients qui n'accomplissait pas de façon satisfaisante les variables de respect du traitement était élevé surtout en ce qui concernait la modification des doses et la discontinuité dans la prise des médicaments.

La diminution du pourcentage de patients atteints d'asthme nocturne à partir de la deuxième visite au médecin et une assistance de deux mois au groupe de parole ont permis un changement favorable dans le comportement des patients en ce qui concerne l'adhérence au traitement médicale, ceci pour 90% des patients. Les 10% qui persistaient dans la non compliance (accomplissement) du traitement se sont maintenu stable jusqu'à la fin.

Indépendamment du diagnostic du type d'asthme initial la moitié des patients a pu atteindre un FEV1 (Volume du flux expiratoire dans la première seconde) à la fin du traitement ; 34,4% ont dupliqué leurs valeurs parmi les cas sévères et 15,6% n'ont pas amélioré leurs examens ventilatoires fonctionnel.

**A partir de deux mois de traitement médical et psychologique se produit une amélioration spirométrique qui augmente lentement au cours des 12 mois du traitement. L'absence d'asthme nocturne s'associe à un bon accomplissement de ce dernier et cela est favorisé par la participation aux groupes de parole.**

### 3.3 Perspective psychologique

### **3.3.1 Phase 1B Prospective. Analyse des résultats des patients asthmatiques en groupe de parole selon la perspective psychologique.**

Après l'exposition des résultats statistiques de l'échantillon groupe-contrôle de patients asthmatiques de la Phase 1A et B, j'exposerai un résumé de ce que j'ai découvert d'un point de vue psychologique au cours des années 2000 à 2005 en milieu hospitalier (avec les résultats statistiques des aspects organique de la Phase 2).

Les patients psychosomatiques souffrent de pathologies narcissiques par déficit d'estime de soi, en étayage sur l'identité de la maladie, surprotégés corporellement (intrusion-étouffement) et désemparés affectivement (désolation-vide) par des changements brusques de l'autre. Le moment du développement psychique que je prends en considération ici comme référence et qui se trouve altéré ou bloqué ou encore troué est proche du postulat de l'originnaire (y étant impliqué les fantasmes d'auto-engendrement où le corps de la mère est le produit et la création de l'enfant) ainsi que du primaire. Tout semble surgir de la problématique signalée par **P. Aulagnier**: ce qui est fondamental pour l'enfant, c'est de pouvoir situer, contrôler un objet qui lui est indispensable à ce stade de son développement.

C'est pour permettre une remise en mouvement de la complexification psychique que j'ai eu ensuite recours en plus des groupes de paroles à la médiation par le Photolangage®.

Tant lors du traitement avec des patients asthmatiques en groupes de parole homogène comme dans d'autres groupes (à médiation) ultérieurs où les maladies psychosomatiques variaient j'ai rencontré des paradoxes et des thématiques récurrents.

Voici les paradoxes observés chaque fois avec plus de clarté au long de toutes ces séances :

#### **Dedans/dehors**

Le groupe s'est institué comme une aide pour s'en sortir, une corde virtuelle pour s'extraire du puits « car quelqu'un s'est intéressé, il y a un compromis », un « projet de décollage », « d'avancer vers le haut, de ne pas rester collé ». Cependant pour certains patients c'est cette même caractéristique du groupe qui a fonctionné comme un attaque à

leur narcissisme ; proclamant qu'il était possible de s'en sortir seul par le biais de la volonté et ils n'ont pu tolérer « s'en sortir avec d'autres », ceux-là même sont ceux qui ont quitté le groupe. Le dedans-dehors fut alternativement ou successivement protecteur et affligeant : le dedans (la maison familiale) vécu à la fois comme protecteur - contenant et comme un enfermement dans la solitude, provoquant l'asphyxie à se soumettre à la volonté de l'autre et à sa sur/sous protection. Le dehors était aussi vécu de deux façons : dangereux et lâche parce qu'il est synonyme d'abandon des êtres chers ou de leur mort possible ; il n'y a pas de représentation d'un espace *pont* dans l'esprit de ces patients, seulement le clivage. L'autonomie n'est pas un espoir de sortie pour eux. Nous avons distingué deux postures dans le groupe : ceux qui peuvent sortir-ceux qui ne peuvent pas sortir. Comment vaincre cette difficulté ? (J'entends le mot sortir dans ces deux acceptions ici, au sens propre et figuré)

### **Le déni**

Eux sont les malades qui attirent l'attention à la maison par leurs symptômes corporels et qui doivent « soutenir » par leur non-dit et leur silence leur situation de souffrances pour que « les autres, sains, ne s'angoissent pas ». **Ernesto** veille sur son père sans emploi et alcoolique et nous dit combien la différence de génération est précaire : « il boit des verres avec mes amis de l'adolescence ».

Ils dénie ce qu'ils ressentent jusqu'à ce que cela s'exprime dans leur corps que ce soit par des symptômes asthmatiques ou encore d'hypertension par exemple. La famille à son tour dénie la détresse par laquelle le patient est submergé et paradoxalement l'érige dans le rôle du protecteur familial sans reconnaître sa fragilité (ces patients « doivent » à leur proches de leur faire la cuisine, le ménage, de garder les enfants des autres, de s'occuper de leurs parents, d'étudier, de travailler...). Pour eux le réduit endogame fut idéalisé, le dedans familial, projetant le danger au dehors exogame.

Leurs proches font avorter en permanence leurs tentatives de sortie pour ne rien changer (« ça ne vaut pas le coup de sortir, il fait froid » ; « ça ne te conviens pas de travailler, ils payent trop peu... »). Comment avoir confiance dans un autre au deux visages, à la morale double ? Comme cette figure circulant dans un groupe lors d'une séance d'un directeur d'école écologiste et chasseur de cerfs par goût du sport dont ils

disent : « quelqu'un trompe ». Dans leurs familles aussi fonctionnent deux discours simultanés et opposés, mécanisme paradoxal des échanges.

Dans ce contexte les rôles familiaux peuvent se qualifier d'étayage inversé. Ils disent bien qu'ils ne parlent pas de ce qui leur arrive chez eux pour ne pas angoisser les autres de leur malaise. Autour d'eux ils doivent prendre en charge la désoccupation, l'alcoolisme, le jeu compulsif, les addictions des autres. Il y a aussi la violence secondaire des parents qui ne laissent pas grandir, qui contrôlent, qui demandent attention et soins permanents, « quand ta famille ne te donne pas de place, il faut sortir et en chercher une sinon tu restes enfermée » dit une patiente à une autre ou encore « ta famille t'utilise ». Cependant comme je l'ai déjà fait remarquer ces patients conservent une croyance en des parents idéaux et insurpassables.

Ils canalisent leurs angoisses selon deux postures : restent figés à la maison ou sont en mouvement perpétuel s'étourdissant dans des sorties vers l'extérieur en permanence (église, travail, amis, cigarette).

### **Vécu de la maladie**

Les patients considèrent en général leur maladie « comme séparée du corps, périphérique, comme un autre corps « déchiré, à vif ». C'est comme si la maladie était quelqu'un d'autre lointain. Ils sentent cependant la violence d'un corps qui implose-explose : « mon asthme l'a capté ». En prenant de la distance certains patients voient ce qui arrive à ce corps, apprennent à vivre avec et à l'accepter (réalisant leur contrôle et leur traitement) d'autres « collés », ne peuvent le voir (ils ont recours au déni, ne sont pas assidus dans leur traitement et rejette la maladie) : « je ne vois pas la maladie, je n'ai jamais pu prendre de distance avec elle ».

Lorsque je travaillais en groupes de thérapie sur la tâche (groupes Ballint) je me demandais souvent quel était le lien qu'un patient entretenait avec sa maladie mais aussi avec les autres, sa famille et son travail. Dans le contexte dont nous nous occupons ici la maladie serait un autre. Le patient en appel à un autre, quel autre ? Celui qu'il appelle en général n'écoute pas et/ou on ne peut lui parler et c'est là que surviennent les attaques plus ou moins sévères d'une angoisse de se sentir inexistant, dispersé et invisible. Voici ce que dit une patiente « je me contiens seule, mes proches sont indifférents » et une autre encore :

« quand je sors, je laisse mon asthme enveloppé dans un paquet qui contient mes secrets ». Envelopper, ouvrir ou fermer la maladie comme si elle était quelque chose d'extérieur à eux.

### *Sensation d'être arrêté dans le temps*

Le passé est vécu dans le présent comme une solution de continuité qu'ils ont trouvé à leurs liens endogamiques ; pour eux tout continue pareillement, ils ne reconnaissent pas le passage du temps (**Ernesto** depuis huit ans laisse ses études du secondaire inachevées et **Sofía** rêve d'un voyage à Londres depuis quinze ans à l'époque où justement elle terminait le lycée). Ils sont incapables de constance pour mener leurs projets dont ils sentent qu'ils « s'effilochent » (**Sol, Nilda, Margarita**). Ils ne peuvent soutenir la lutte qu'implique l'effort et l'attente, ils commencent et abandonnent devant le moindre obstacle.

### *La contenance*

Elle est pensée par certains de ces patients comme des limites qui donnent forme et subjectivise : se fermer pour se discriminer – se tasser pour éviter l'inondation massive des stimulations extérieures ? La membrane de pare-excitation manque, il leur faut se protéger des projections d'un autre qui ne les distingue pas séparés d'eux ? Ne pas avoir de forme, c'est être dispersé, ouvert, totalement transparent ? Des images de collage, d'asphyxie (ce qui est fermé) circulent, ce qui est ouvert est perçu comme la sortie-le *aéré*. Ils se demandent : quelle est la limite entre prendre soin et étouffer ?

### *La transparence*

Ils décrivent des mères qui ne supportent pas une forme d'opacité chez leurs enfants qui eux-mêmes ne tolèrent pas d'utiliser certains masques pour préserver leur vie privée. L'exigence de transparence serait totale (qu'ils puissent tout dire de ce qu'ils font ou pense est ce qui est valorisé comme bon). Ils ont pour référence un miroir qui ne les reflètent pas et qui exigent d'eux transparence (**Matus, S.** 25-26).

Le bord d'avec l'autre ne permet pas de jeter de pont car il n'a pas d'espace, c'est une mince peau, sans l'épaisseur suffisante comme s'ils avaient seulement la membrane de

base, comme la roche vive <sup>142</sup> sans séparation. La peau de la subjectivité commence-t-à se former dans l'enfance grâce au registre d'une certaine opacité qui est défendue à ces patients et que plus tard, ils ne se permettent pas eux-mêmes. Il n'y a ni entre-ouverture, ni filtre suffisant tout passe directement dans le corps et c'est la maladie qui apparait. La sortie a été travaillée dans le sens du chemin, du pont où l'on peut aller et venir.

Revenons à nouveau plus spécifiquement sur l'expérience des groupes de parole dont il s'agissait juste avant cet aperçu des grands thèmes qui occupent d'après moi les patients psychosomatiques en général. Comme je l'ai déjà fait observer, au commencement des séances groupales les patients réalisent une mise à jour de leurs symptômes. Dans une seconde étape, ils commencent à reformuler leurs liens, disent qu'il faut « commencer à être une personne ». La maladie de l'asthme est reléguée pour commencer à parler de leurs problèmes, l'humour surgit comme un oubli salutaire du symptôme et une ouverture du refoulement. J'ai eu la perception de deux forces en tension : ce qu'il est possible de faire selon une attitude toute puissante et idéalisée et ce qui ne peut se faire sans conduire à l'enfermement (impuissance).

La plupart reconnaissent le climat comme facteurs déclenchant leurs symptômes et les émotions (rage, tristesse, indifférence) ces dernières ayant pour effet de réveiller en eux la sensation de dévalorisation et de détresse.

« Le regard de l'autre c'est l'enfer qui brûle ». Le groupe « corde virtuelle », est-ce pour se la passer autour du cou ? Est-elle là pour enfermer, asphyxier ? Ou pour se balancer de branche en branche à la recherche d'une sortie ? Se saisir de cette corde en mouvement leur a servi pour garder en eux la représentation d'un groupe virtuel qui les contienne et évite des situations de paniques en absence des séances. Certaines réussites furent exprimées par eux comme de pouvoir affronter un collègue autoritaire ou de pouvoir chercher du travail, pour une autre ce fut entreprendre une activité d'expression corporelle et pour un autre encore de terminer le secondaire.

---

<sup>142</sup> Fragments de roches marines formées normalement par les squelettes de coraux morts et parfois fossilisés recouverts de tout type de vie (algues calcaires rouges, macro algues vertes, polypes etc...) elles conservent dans leurs pores un ample spectre de bactéries bénéfiques.

Ils inspirent parfois chez l'autre l'impuissance lorsque ce dernier veut les aider car ils mettent des obstacles à ce qui leur est offert. Ils ont besoin d'aller(s)-retour(s) pour tolérer l'incertitude.

Certains vont jusqu'à se punir dans la culpabilité d'avoir seulement pu penser à se séparer de...

Nous avons rencontrés souvent des deuils interminables et non élaborés de la perte de proches où « la mort dévaste tout » (**Sofia**).

Les résistances dans les groupes se sont manifestées dans deux positions extrêmes et clivées :

L'une consistant à ne pas parler des aspects personnels en déposant dans l'autre ce qui ne peut (ou très difficilement) être résolu (dépôt des aspects psychotiques de la personne dans le cadre du groupe comme le proposait **J. Bleger**); l'autre à éviter les autres/le groupe, ce qu'ils expriment de la façon suivante : « je ne vais pas à la séance parce que je ne tolère pas d'écouter tous les problèmes des autres ».

C'est à pouvoir « voir » leurs productions dans le groupe et à s'en approprier (reprenant pour eux la partie qui leur revient) qu'ils ont pu prendre de la distance et aborder la séparation. Le temps nécessaire à chacun pour cela variant selon les personnes. Certains d'entre eux n'ont eu besoin que de très peu de séances, d'autres, les plus graves, beaucoup plus.

Rappelons le jeu de la bobine analysé par **S. Freud**, il figure la possibilité de se séparer sans que la perte soit absolue, l'aller-retour en étant la clef. « Jeu » contenu dans le groupe comme par exemple à l'occasion d'une absence réelle de la co-coordinatrice pour un voyage où son retour pu servir d'appui à l'élaboration de ce possible dans la question de la séparation.

Les patients qui certaines fois se sont absentes des séances provoquaient chez ceux présents la sensation d'abandon et du manque de compromis accompagnés de rage et de ressentiments. Dans les dernières séances ces émotions ont permis d'accéder à un travail sur la colère énorme qu'ils chargeaient envers les autres et envers la vie. Ils ont découvert pour beaucoup la répétition de patrons familiaux du comportement vis-à-vis de la santé ; **Celia** raconte et s'interroge : « je ne sais pas pourquoi ma mère et mon petit ami ce sont laissé mourir, je suis restée seule, sans famille, sans enfants, sans travail et avec une piètre

santé », question qui ouvre mais qui lui servait aussi d'excuse pour ne pas suivre correctement son traitement.

Le contexte social à l'époque du groupe de parole était traversé par des problèmes actuels (crise) qui les ont affecté, toile du fond transsubjective qui a participé de l'histoire de ces séances ; par exemple la désoccupation (pas de travail), la diminution des salaires du fait d'un ajustement économique ou encore l'impunité judiciaire ou l'insécurité proclamée. Ce contexte a participé de la tâche d'historisation qui avait besoin de mots et d'une mise en récit à partir des nouvelles marques des faits, dont celui d'être en groupe à ce moment-là.

C'est ainsi que se construit et se répare le noyau de base de l'identité, du soi, intégrant des parties surgies dans le groupe pour transformer des représentations déjà existantes ou pour créer de nouvelles marques non advenues encore. L'estime de soi évolue en fonction des faits au sein du phénomène d'identification réciproque entre les membres du groupe, réinterprétant, ressignifiant l'histoire de vie de chacun.

Chaque patient a pu réaliser une élaboration personnelle des situations traumatiques partagées. L'homogénéité du groupe a demandé mon attention car elle installait un paradoxe : d'une part le groupe qui étaye à différents niveaux, installant un nouveau réseau social et la création d'un espace d'entre-ouverture qui a permis à plusieurs la transcription et discrimination personnelle et d'autre part l'homogénéité du groupe les figeant dans le traumatique qui les convoquait, l'asthme. Dans ce paradoxe pour que l'homogénéité soit un outil, il faut qu'elle puisse cesser d'être.

Nous avons travaillé au niveau du semblable, la maladie et les expériences et inquiétudes qui en découlent mais aussi au niveau des différences, à reconnaître la diversité, à la tolérer, que ce soit dans l'éventail des façons d'affronter l'angoisse comme dans l'élaboration de la différence des sexes par exemple (« nous les femmes nous sommes plus résistantes et résignées, les hommes soutiennent économiquement et ils n'aiment pas qu'on leur parle trop de nos angoisses »).

**G. Roheim** selon **R. Kaës** (1993, 1999) comprenait le groupe comme une défense contre la détresse originaire et lui-même insiste surtout sur le travail à réaliser pour établir un espace intermédiaire, une distance tolérable, représentable des différences permettant l'accès au symbolique (intégration des différences, pôle homomorphique de discrimination).



La séance que je transcrirai à la fin de ce chapitre illustrera certains des concepts de **C. Neri** comme « le croisement » quand chaque participant reprend le discours de ceux qui ont parlé avant soi constituant la chaîne associative groupale et un récit efficace. Le « *genius loci* »<sup>143</sup> dont la tâche est de préserver l'harmonie de l'identité syncrétique et émotionnelle du groupe. Et aussi la responsabilité de la pensée acceptée comme propre qui induit une prise de distance du groupe dans l'acceptation tout à la fois de la solitude et de l'appartenance au groupe ; la capacité à métaboliser l'angoisse et l'anxiété que l'individu seul n'est en général pas en mesure de métaboliser. Enfin penser ensembles, penser en groupe dans le « *conmuting* », cours oscillatoire entre l'individu et le groupe.

Il s'agit de « passer des niveaux somatiques, beta, sensoriels et émotifs aux niveaux symboliques alfa (ce qui) correspond à la transformation de l'angoisse en pensée » (**W. Bion**).

En psychanalyse de groupe l'étape initiale (que j'ai pu constater dans ce groupe précisément) passe par une incertitude qui réveille « l'angoisse de non assignation » (**R. Kaës**, 1976), la peur de ne pas avoir sa place, le doute quant à la contenance du groupe. Si ses membres peuvent s'y installer correctement ils passeront alors par une « illusion groupale » (**D. Anzieu**, 1975) qui permet de sortir de cette angoisse, elle s'illustre dans les dire des patients : « c'est un paradis, une corde virtuelle ».

Dans cette illusion des commencements, les patients se voient indiscriminés « nous sommes vraiment bien », ce qui est mauvais est au dehors. C'est un moment où se produit un renforcement du pôle isomorphique et le traumatique s'y trouve dissimulé, camouflé, couvert. Autour de ce trou (de ce qui n'a pu accéder à la symbolisation) le groupe a pu promouvoir et créer les mailles d'un tissu cicatriciel à travers l'intersubjectivité qui a permis de supporter et de soutenir la désolation. Moment où l'illusion groupale a atteint son paroxysme.

Ensuite c'est la désillusion qui est apparu dans le groupe, se profilant l'insatisfaction de ne pas voir toutes leurs demandes comblées par les autres membres ou par la

---

<sup>143</sup> Esprit protecteur d'un lieu dans la mythologie Grecque fréquemment représenté comme un serpent, dans l'actualité c'est un terme qui se réfère aux aspects caractéristiques et distinctifs d'un lieu et pas nécessairement un esprit gardien ou dieu du logis. Figure utilisée par C. Neri dans « *Le groupe. Manuel de psychanalyse de groupe* ».

coordination. Le retour de la confiance survient plus tard dans la complicité de ce qui est possible d'atteindre ou de recevoir.

L'appareil psychique du nourrisson n'est pas fermé sur lui-même, ce n'est pas une table rase et sa vulnérabilité originaire le place dans le besoin d'une aide vitale de l'autre. La question mère-bébé est universelle et originaire. L'enfant est un être bio-psycho-social, fragile naturellement par sa condition et confronté à un monde adulte plein d'excès. Il est soumis à un monde où surabondent les stimulations, sa mère doit fonctionner comme membrane de pare-excitation pour amoindrir l'intensité des stimulations, pour qu'il puisse se discriminer et maintenir une homéostasie, un équilibre sur lequel construire sa subjectivité. L'angoisse de l'enfant est due au réel extérieur et à l'intensité de son désir.

Penser l'impensable et l'impensé pour eux et le nommer avec eux dans le groupe a permis de nouvelles liaisons pour restaurer le mot. Le lien nouveau constitue une marque psychique dont l'enveloppe groupale permet l'écriture, offrant une surface limite entre dedans et dehors où le groupe présente la différenciation en plus de la contenance nécessaire.

Nous verrons dans les extraits de séance qui suivent encore quelques caractéristiques que nous avons retrouvées fréquemment chez ce type de patients.

#### **La présence de mères mortifères :**

**Nilda:** “ma mère n'est jamais conforme: si je l'emmène se promener elle se fâche parce que je la fais marcher et elle se met en colère aussi si je ne la fais pas sortir parce que je la laisse enfermée et elle dit qu'elle va mourir, en fait pour elle je ne fais rien de bien, j'occupe une place de dévalorisation. Parfois je lui réponds et je me sens coupable parce qu'elle me menace de sa mort”.

Ils parlent de la différence de traitement des parents d'entre leurs enfants. Peuvent-ils provoquer différents regards chez leurs parents ? Eux vivent dans l'idée d'être les enfants qui ne répondent pas aux attentes de leurs parents. La satisfaction n'est ni dedans-ni dehors et leur vie est semblable à un pendule entre la famille et la société.

**Sol** dit : “La famille ce n'est pas un paradis, moi je n'ai trouvé personne plus fort que la famille. C'est comme si la vie était divisée en deux : une vie privée qui est la famille et une vie publique dans la société. Si on se réfugie en elle et qu'on ne travaille pas, ensuite

comme un pendule on revient chercher le bonheur qu'on ne trouve pas au dehors dans la famille, mais c'est illusoire, ce n'est pas bon...".

Par ailleurs leur pensée opérative leur permet de fonctionner correctement d'un point de vue automatique, ils demandent d'ailleurs souvent des formules ou des recettes sur ce qu'il faut faire au dehors et ils ne peuvent se détenir à penser et créer quelque chose de différent et personnel.

Ils sont « pleins » de sens secondaires et rationnels, c'est le sens qu'ils donnent à ce qui leur arrive.

**Gabriela** déménage chez sa fille et dit avoir de l'asthme « à cause de l'humidité » de la maison. C'est une hypothèse tout à fait possible, mais reste là sous silence la situation de dépendance inversée dans laquelle mère-fille se retrouvent.

C'est la compréhension du sens fondateur du symptôme qui manque.

LE MESSAGE non décodé (hiéroglyphe mental) est justement celui du sens qui leur permettrait de mieux comprendre ce qu'ils vivent. Connaitre la nature de ce filtre par où entrent les stimulations peut les alléger et leur permettre de passer par un autre tamis.

L'ANGOISSE insupportable, la décharge pulsionnelle-crise asthmatique- semble dire : l'autre n'est pas avec moi ou je ne suis pas dans l'autre, « *je me l'ai perdu* », « je me suis perdu » et la détresse est intolérable. Rapidement s'installe le VIDE qui est obstrué parfois par un objet fétiche (**S. Moscona**, 1995). Cependant leur donner cette explication de l'autre absent pour eux, du vide qu'il leur laisse et du désarroi en conséquence dans lequel ils se trouvent ne leur sert pas, ne leur explique pas les crises même si cela les interrompt parfois. Dans le corps, il n'y a pas de contenu psychique, leur donner mon explication répète le sens forcé de la mère (violence secondaire) puisqu'il s'agit de ma propre matière psychique. Une telle explication reste en eux comme un corps étranger, enkysté et la charge psychique apparaît par d'autres chemins pour trouver sa décharge (symptômes pulmonaires, digestifs, cardiaques...ou sur la peau). Ce qui les calme c'est la voix et le contact d'un autre, là où l'autre est. C'est pour cela que dans un premier temps, je compense, j'interromps la crise au moyen de la présence, j'établis un niveau syncrétique (celui de l'unité duelle<sup>144</sup>) et seulement ensuite il est possible de traiter de ce qu'ils pensent.

---

<sup>144</sup> Op. Cit.

**Fabiola** essaie de comprendre **Nora** en pleine crise d'asthme et lui dit: "tu as peur de rester seule si ton mari n'étais pas là, non ? ". Ils sont accompagnés par l'asthme comme s'il s'agissait d'une personne, un fétiche, une amulette qui leur donne l'illusion d'existence. Quand l'asthme, l'hypertension, l'ulcère est avec eux ils existent pour quelqu'un dont ils captent l'attention et qui se centrera sur eux.

Ces vides dont nous avons parlé sont recouvert de fétiches. Cela peut être l'aérosol (le « paf » ou « puff » en anglais, petit appareil, sorte de chambre à air mécanique utilisée dans le traitement de l'asthme) qui calme de façon transitoire à un niveau, le corporel mais non à celui de l'esprit car il ne peut restaurer ni unir dans une représentation les bords entamés du trou psychique. C'est un apaisement éphémère du corps. Quel pourrait-être l'objet transitionnel accompagnant ? S'il s'agit d'un fétiche on reste à un stade prégénital de fonctionnement, c'est seulement un raccord, une sorte de bouchon qui cèdera à la pression (asthme, aérosol, groupe). Ils ont besoin d'un traitement qui leur facilite la possibilité de trouver et de créer des sens afin de ne plus être exposés ainsi au chaos des pulsions ; un objet intermédiaire entre le dedans et le dehors qui leur serve pour construire la limite, la peau qui sépare, défend, protège et simultanément échange à travers ses pores avec l'autre.

L'asthme (et ce qui s'y associe) est donc un tampon de ce « trou de l'âme » et il attrape et donne sens à tout mais ne trouve pas le sens fondateur. Il bouche l'orifice par où s'écoule et se dissout le moi. L'alternative qui se propose à nous est celle de la représentation psychique qui donne sens au chaos des sensations non liées.

Réduire la distance à l'autre s'il n'est pas là, est-ce possible ? C'est quelque chose qu'ils ne semblent pouvoir éprouver qu'en présence de l'autre « peut-être avec des lettres ou par téléphone » entend-on circuler dans le groupe. L'autre existe seulement par sa présence concrète, ils ont besoin d'avoir l'autre en eux, symbolisé en qualité de représentation interne. C'est ce que nous avons recherché en jouant, créant des espaces transitionnels pour aider à penser.

Dans un scénario groupal peuvent se dérouler ces scènes dont le texte fut écrit dans l'esprit des années en arrière, dans le corps aussi, dans le monde extérieur et intérieur. La capacité préconsciente du thérapeute et des patients fonctionnant en série dans le groupe peuvent compenser les failles de l'élaboration psychique de chacun et permettre une

élaboration là où le biologique est condition nécessaire pour l'expression du symptôme mais non suffisante.

Le niveau psychologique, plus complexe que le biologique sert à l'adaptation mais dans les crises ou dans le cas de maladies chronique cette fonction est compromise.

Si le patient psychosomatique peut expliquer ce qui lui arrive, il est bien vite évident que cela ne lui sert pas de beaucoup puisque persiste l'excès de stimulations non élaborées et la production de symptômes organiques qui en dérive.

La production de changement pendant le traitement serait donc lié à ce qu'ils puissent trouver un sens, celui qui leur servira, celui que j'appelle sens fondateur du symptôme pour chaque patient en particulier.

Ce sens fondateur est selon moi, les mots ou situations qui ont pu mobiliser une stimulation déterminée de charge et signifiée généralement par un seul énoncé négatif et différent selon les patients : « tu es bête », « je ne t'aime pas », « personne ne va t'aimer », « tu es méchant »...

Nous pensons qu'il existe des causes au niveau biologique (le comment se produit le symptôme) et qu'au niveau psychologique il y a des sens (le pourquoi). Nous avons déjà insisté sur le passage nécessaire par la construction d'une sortie avant de pouvoir complexifier l'appareil psychique, elle sera la rencontre avec le sens, celui qui emboîtera de façon telle que le patient puisse raconter sa propre histoire, son implication, ce qu'il est et ce qu'il n'est pas et ainsi de suite sur le chemin de la complexification.

Ce sont des histoires où les rythmes de la présence-absence sont imprévisibles. C'est là l'importance du cadre de la thérapie lorsqu'il établit une alternance de présence-absence entre les séances, celle-ci prévisible, afin de pouvoir y travailler le dépassement de l'unité duelle, la reconnaissance de l'autonomie de l'autre et la distance qui se trouve au milieu sans que cela soit désespérant.

Le passage des séances hebdomadaires aux séances tous les quinze jours ont permis l'expérience d'une rythmicité de la présence source d'une confiance bénéfique.

En tant que thérapeute je me trouvais dans le règne du narcissisme primaire : tous ensembles ou seuls pour toujours, dans la logique du tout ou rien, du blanc et noir, du toujours et jamais.

**Gabriela** raconte que sa nièce et son chien vont “ensembles aux toilettes” et **Marta** qu’ils “dorment tous ensemble avec son fils dans le lit matrimonial (de Marta et son mari)”.

Les messages parentaux sont contradictoires : « Fais-sors-travaille...pour grandir et être indépendant de moi » et « si j’en venais à te manquer...que ferais tu sans moi ?...tu ne peux pas partir... sans moi tu n’es rien...tu dépends de moi ». Une explication possible serait que « la captivité résulte préférable à l’exil » selon les mots de **U. Le Guin** dans son livre « *Ceux qui abandonnent Omelas* »<sup>145</sup>. C’est le sentiment de trahison qui s’impose à tenter de sortir, par exemple **Nora** pense qu’elle trahit son mari si elle part seule en vacances bien que lui ne veuille pas l’accompagner (plus tard au cours d’une autre séance elle confiera que son époux a une maîtresse et qu’elle lui refuse le divorce). La séparation est vécue comme définitive ou comme la mort, transmission paternelle que ces patients ont appris comme sens unique de la question. La séparation angoisse autant les parents que leur enfant mais celui-ci capte la leur et elle reste avec lui. L’enfant reste donc et ainsi rien ne change, ils sont comme des boucles qui tournent sans fin dans un temps qui est toujours le même. C’est pour cela qu’il est utile pour ces patients de construire un modèle extra familial où ils puissent situer leurs projets car ils n’ont pu jusqu’alors s’approprier les transformations qu’ont provoquées inévitablement le passage du temps.

Par ailleurs pèse lourd la croyance dans le pouvoir négatif de leur pensée qui peut aller jusqu’à tuer. Penser est donc source de préoccupation permanente pour eux. Ceci non pas à un niveau fantasmatique sinon tout à fait concret où penser est équivalent à faire. C’est ainsi que tout devient menaçant, ils sont souvent assaillis d’obsessions, de peurs qui tournent autour de leurs corps (peur d’une infection généralisée par exemple).

**Mara**: “J’ai une peur irrationnelle : celle de ne pas voir, je me réveille la nuit plusieurs fois pour voir si je vois”.

**Sol**: “Moi aussi je veux parler de mon obsession. C’est épouvantable, je veux m’extirper cette pensée qui me dégoûte. J’ai des germes et ils vont sur mon corps. Je me lave les mains tous le temps parce que je vois des germes partout”.

Plusieurs d’entre eux sont agoraphobes et ils racontent leur agoraphobie « de la tombée du jour » : **Nora** toutes les fins d’après-midi reste dans son lit, **Zulema** emporte la

---

<sup>145</sup> Omelas : c’est une cité utopique du bonheur imaginée par l’auteur.

planche à repasser et son dîner dans sa chambre et n'en sort plus, **Sol** ne met plus un pied dehors...). Pour d'autre il s'agit de claustrophobie (au métro, aux ascenseurs...).

Dans ces familles existent souvent des contrats pervers<sup>146</sup> (**M. Hurmi**) : “Je veille sur toi, tu me fais vivre”.

L'identité s'étaye sur la maladie, c'est leur carte de présentation, leur papier d'identité : ils sont asthmatiques, diabétiques, obèses...La catégorie personne est échangée pour celle de malade : « JE SUIS » asthmatique...Les autres caractéristiques de leur individualité sont en retrait ou pauvres ou absentes.

C'est seulement après un processus dans le traitement que l'asthme se *discrimine* de leur identité, nous l'entendons dans la voix de Fabiola lorsqu'elle dit : « L'asthme nous unis mais aussi un tas de problèmes différents ».

Leur préoccupation principale est un pendule entre l'autonomie et la dépendance : ils préfèrent tout accepter pour ne pas rester seuls (maltraitements, disqualifications aux conséquences destructrices pour la subjectivité), c'est que l'autre pourra leur « prêter » sa toute-puissance comme un parapluie protecteur. Pour eux l'autre est le plus fort, il peut et eux non. Ils sont le plus souvent déguisés d'autonomies (pseudo-autonomie).

La dépendance à « ces autres » c'est former avec lui/eux une masse puissante, illusion sur laquelle repose le règne du narcissisme primaire (**M. Segoviano**). Ils s'offrent au désir de l'autre qui lui opère la captation de leurs désirs à eux et s'installe ainsi une dépendance mutuelle. Les deux ont besoin l'un de l'autre : l'un pour la protection, l'autre pour avoir confirmation de son pouvoir, c'est une problématique des places qui est en jeu (**Inda, N.**).

La décharge sans attente possible se produit souvent chez eux dans des situations comme par exemple dans le groupe un débordement pulsionnel d'un des membres par agression verbale et compromet le corps (bronchospasmes ou hypertension parmi les manifestations privilégiées<sup>147</sup>). Pourquoi la décharge par les cris, les pleurs, les phrases toutes faites, les ruades, serait-elle meilleure que de garder la tension à l'intérieure ? Est-ce

---

<sup>146</sup> Pervers : celui qui considère l'autre comme sa propriété et sa prolongation. Pour lui, une personne est un objet partiel que l'on doit frustrer. Le pervers est celui qui « sait » (toute puissance), il agit par les attaques de la critique pour empêcher l'autre de penser. La relation qu'il cherche est celle de domination et de dépendance sur et de l'autre. Ce dernier ayant un seuil de tolérance trop ouvert du fait d'une angoisse majeure à la séparation « physique », doute de ses perceptions et accepte les mauvais traitements comme mérités. Enfin ce partenaire croit que son amour pourra réparer le pervers (Irigoyen 14).

<sup>147</sup> Il faut en signaler la valeur transférentielle puisque je suis médecin clinicienne et pneumologue.

parce que le malaise est transformé en poison chez eux ? Poison enfermé dans le corps qui doit y être déchargé sans attente. Comment dissiper cette tension intérieure? Par sublimation ? Création ?

Les bénéfices secondaires de la maladie se manifestent dans ce que ces individus tentent de se constituer comme le centre privilégié de l'attention, c'est leur revanche sur...une mère, un père, un frère, des amis ou des pairs, le/la thérapeute... qui doivent s'occuper d'eux.

Le facteur dominant de ces troubles est l'indiscrimination physique et psychique parents-enfants (**J. Bleger**). Voyons encore un exemple sans fards de cela :

**Marita** lorsqu'elle nous dit : « j'ai une bonne nouvelle, je vais être maman » montre sa confusion, l'indifférenciation entre son corps et celui de sa fille qui est enceinte et pour sa mère une prolongation d'elle-même. **Gabriela** lui répond : « maintenant tu vas garder tes petits-enfants ». **Marita** : « je vais être la maman et travailler ». Je lui dis « vous allez être la grand-mère » et **Gabriela** justifie : « Ce qui se passe c'est qu'à vivre ensemble, elles se confondent ».

Comme je l'ai dit auparavant, le paradoxe de ce type de groupe est qu'il doit cesser d'être un groupe de patients ayant une maladie pour leur servir et passer à être un groupe de personnes ayant des difficultés et des souffrances.

Que cherchent-ils ? Une relation de réciprocité où donner et recevoir de la tendresse et ce qui nourrit soit prévisible.

Ils cherchent la connaissance d'eux-mêmes et des autres et c'est à partir d'une base plus solide qu'ils trouvent l'équilibre suffisant pour se permettre de nouvelles ouvertures dans une certaine confiance, mouvements de sorties qui ne sont plus signifiées comme une évasion ou une trahison.

Nous avons d'abord utilisé un dispositif de groupe d'orientation psychanalytique pour observer et tenter de reconnaître quelque tracé régulier avant de pouvoir introduire un élément capable de produire un changement.

Dans ce travail groupal, les patients ont fait des découvertes progressives dans la relation d'échange intersubjectif offrant une régulation et des sens « autres », nouveaux à la place des apprentissages de relations de domination auxquels ils étaient habitués.



Le groupe est une situation de rencontre propice pour installer « l'autre, pas n'importe quel autre sinon un « bon » à l'intérieur de moi, comme une photo avec ses mots, ses gestes et ses souvenirs même s'il n'est pas là dehors , concrètement, pour m'aimer, me protéger et me soutenir, qu'il puisse lier les tensions internes circulantes », cela sans exiger une dépendance et un don de soi absolu (comme Faust mettant sa vie en dette).

Le groupe est tout d'abord l'objet médiateur puis la photo qui s'y associera aura un effet de synergie avec lui pour l'association et la complexification de la pensée.

Nous avons relevé comme ces patients depuis leurs parents ou leurs substituts ultérieurs se meuvent dans un code où l'autre prend, s'approprie et ne donne pas ensuite selon un échange équitable. Code de l'abus de pouvoir : sur la communication et sur la pensée (**M. Selvatici**). Si à un moment quelconque ils manifestent la moindre intention d'autonomie, ils sont accusés d'ingratitude, d'abandon et comme ils restent ils sont qualifiés de fardeau. Impasse.

Pour dépasser ce modèle familial, pouvoir établir un nouveau modèle et étayer le narcissisme secondaire pour ne pas retourner sans cesse vers le primaire il est nécessaire que se mette en place un mécanisme d'attente du pulsionnel. Cela se fait petit à petit passant par les modèles des autres dans le groupe où ce que l'autre dit de soi peut être pris comme un apport et non comme une attaque.

Ces patients psychosomatiques abordent l'expérience depuis l'absence de métaphores et de nuances entre être et ne pas être présents.

L'autre est-il là ou pas ? Comme dans le jeu des enfants « Loup y es-tu ? » Si le loup y est, ce qui est dangereux, ils jouent à courir et à s'échapper. Pour Ces « enfants » si le loup y est, ils y restent, ils ne courent pas, les autres se demandent pourquoi ils ne partent pas ? Du masochisme...

Pourquoi sont-ils restés ? Parce qu'ils pensent que c'est tout ce qui existe. Les faibles tentatives de séparations leurs procurent une angoisse insupportable et ils retournent vite sous la protection illusoire de l'unité duelle bien que ce soit la déprotection qui absorbe toute leur vie dans l'absence de rythmes adéquats de présence-absence.

Les énoncés se résument à : « Hors de la maison tu peux mourir, reste à l'intérieur avec nous, personne ne va veiller sur toi comme tes parents », comme dans le conte du petit chaperon rouge, le loup est déguisé en bonne grand-mère.

Le contrat narcissique est bloqué, les parents critiquent leur enfant pour n'être pas « suffisamment bon » et eux ne peuvent accéder à une place libidinalisée. Situation sans issue, de désespoir, s'efforçant chaque fois plus à être « bons ». La sortie c'est trouver des personnes ou des situations alternatives et empathiques qui produisent pour eux une libidinalisation efficace et leur permette la construction de subjectivité. C'est de la métabolisation et l'élaboration que cela permet que surgissent de nouveaux sens (**R. Bozzolo, R., N. Inda**).

### **3.3.2 Résultats de la Phase II prospective. Perspective psychologique pour des patients psychosomatiques asthmatiques en groupes de Photolangage®.**

Voici ce que nous avons découvert dans ces groupes :

La différence sexuelle n'est pas clairement établie (interprétation de la photo du petit garçon nu en une petite fille – photo 200).

Ils recherchent intensément l'idéal perdu de leur famille d'origine. Ils ne peuvent voir le possible depuis leurs yeux d'adultes sinon l'idéal, le grandiose que voyaient leurs yeux d'enfants.

La transition entre la rencontre et la séparation sont vécus comme définitives et irréversibles (pour toujours) et la rupture du lien est un déchirement dont la conséquence en est la perte de l'identité (« je ne suis personne, je n'existe pas »). Ils perdent leur force dans la rupture. Ils « étaient » avec l'autre, ils ne peuvent dire « je suis ».

Certaines relations sont mortifères dans l'inversion de la chaîne générationnelle. La fonction maternelle n'est pas « suffisamment bonne ». L'embrassade d'une mère (photo 10) c'est le rejet, la critique et la honte qu'elle a pour son enfant (« je ne faisais pas ce qu'on attendait de moi et ils (mes parents) n'étaient jamais conformes »).

Il s'agit pour eux d'être parfait pour que quelqu'un puisse les aimer et la peur de faillir est relancée interminablement.

Les thèmes qui se sont imposés le plus furent : la force, la dignité, la tendresse, la connaissance enfin la sensation d'être transparent et/ou de trop pour les autres.

Ils énoncent des doubles messages : « je suis vulnérable » puis vient le déni « je suis tous les jours très forte et positive » (**Beba**).

Dans la continuité de ce paradoxe, ces patients déniaient leur vulnérabilité somatique. Ils retardent leurs contrôles et consultent appuyés sur des démentis : « je ne suis pas malade », c'est pour moi leur façon de dire que c'est leur être qui est impliqué, leur identité.

Ils choisissent souvent de se montrer dans des positions pseudo omnipotentes choisissant des figures grandes et fortes (La photo du lion) ou qui supportent tout (photo de l'ours – photo 201) conservant dans ces images leurs idéaux impossibles.

Leur monde interne est manichéen, blanc ou noir, peu de traces mnésiques de la protection maternelle y interviennent, vides coexistant avec les empreintes écrasantes de la détresse.

Du dehors on les voit adopter plutôt une attitude passive dans leur vie. Derrière cette passivité c'est la désolation qui les pénètre ; la méfiance pour ceux qui se cachent derrière le masque est un refrain qui revient tous les temps. Pour se situer face à l'autre, ils ont recours au sensoriel (ils étudient les gestes, les tons de voix).

Leur pensée est un mélange de concret et de magique entre l'opérateur et l'animique, elle nous parle de leur régression jusqu'à l'époque de l'attachement.

Dans les failles de leur identité, ils se défient eux-mêmes parfois à des limites extrêmes. Défiant leur vie, leur mort comme un exercice où ils cherchent la résistance, celle qui permet d'avancer.

L'autre du lien oscille entre laxité et rigidité dans sa façon de les traiter. Ces patients n'acceptent pas les différences entre eux, en eux-mêmes, entre les époques de leurs vies. Leur seuil de tolérance varie peu.

La discrimination plus qu'incomplète d'avec l'autre est patente. Le dire des autres s'introduit en eux passant une barrière de pare-excitation fragile et ils ne peuvent déterminer ce qui est de l'autre et ce qui est propre.



Photo 200 Photolangage®



Photo 10 Personnelle



Photo 201 National Geographic



Photo 2 Photolangage®

Ces patients ont en permanence à l'esprit le trop près/trop loin. Comment atteindre la distance voulue ? Comment se construit la confiance en soi ? L'autre est-il parti pour toujours ? Pouvoir garder quelqu'un en pensée permet qu'il réapparaisse, jeu de la transitionnalité, pouvoir être seul en présence de l'autre et être avec lui en son absence, ce sont les difficultés et les paradoxes de la distance entre les personnes.

Il leur coûte de focaliser sur ce qui est fondamental et ils se perdent en détails du contexte.

Leurs discours s'organisent en continuité et le discontinu de la communication n'apparaît que par éclatement-rupture. Ceci par manque des limites adéquates et manque d'un rythme qui installe la pause.

Le rejet et le rapprochement sont deux messages simultanés : deux vérités ?

Dans le passé on leur a imposé secrets, privation d'intimité, expériences extrêmes entre le blanc et le noir.

Dans la thérapie ils partent de ce qui leur est connu pour s'aventurer dans une terre inconnue. Le temps et l'espace semblent pleins de dangers du fait de la peur du non familier dans la direction qu'ils prennent.

Ils ont vécu l'excès d'un autre qui a imposé son mode de pensée et avec qui ils ont noué une dépendance pathologique et complice. Ils manifestent l'espoir d'une compensation, d'une reconnaissance pour le soutien offert et l'effort réalisé.

Ils mettent longtemps à apprendre que la souffrance ne donne pas de droits.

Ils ne peuvent décharger l'agression vers l'extérieure et telle un boomerang elle revient sur eux dans le corps.

Ils voient parfois leur besoin d'affection derrière celui de l'autoconservation réduisant leur survie aux besoins de *nourriture*.

Ils veulent penser à eux-mêmes et sur eux-mêmes mais sentent en même temps qu'ils n'en ont pas le droit. Leurs enfants, leurs parents, leurs conjoints parfois, se transforment en attaches qui empêchent une forme d'autonomie pour eux. Comment se rebeller, se séparer un peu et malgré cela recevoir une petite fleur, une démonstration d'affection ? Comment se défaire du sentiment de culpabilité et de trahison à vouloir sortir ?

La pathologie mentale dans leurs familles d'origine n'est pas reconnue, ils l'ont vécue ou y ont survécu à travers de soins opératoires automatiques et sans l'affection nécessaire.

Ils se sentent comme le vilain petit canard même lorsque de nouveaux regards actuels leurs renvoient le contraire. Certains parlent de la détresse d'avoir été élevé par d'autres (oncles), de l'enfermement, de la douleur de se séparer de leurs affects primordiaux.

Ils parlent de la dépendance de liens où existe l'excès dirigé vers soi ou vers l'autre. La confiance dans une réciprocité est impossible puisqu'ils sont restés figés dans l'asymétrie de l'enfant avec ses parents. Comment être dépendant et suffisamment autonome ?

Il y a des frères et sœurs qui occupent la fonction maternelle ou paternelle, d'autres qui étouffent ou ne laisse pas voir, d'autres qui dénoncent, font se sentir coupables ou provoquent du ressentiment. La place qu'ils occupent depuis des années ensembles avec leurs frères et sœurs, ils n'ont toujours pas pu la modifier.

D'autres fois ce sont des pères violents qui de fait ne « voient » pas leurs enfants et il leurs faut se rendre visible dans leur corps (obésité). Cependant quoi qu'ils rejettent cette part de leurs parents, d'autres (parts) deviennent des identifications qui agissent comme une compagnie en remplacement de l'absence. Le compagnon du vide peut-être l'asthme, l'hypertension...au même titre que le parent.

Avec le traitement une porte s'ouvre, un espoir de futur sans catastrophes, des modèles différents au dehors de la famille et la vision d'un possible changement en soi-même.

Parfois ils font référence à leur sentiment d'enfermement comme « d'être derrière les barreaux », dans un intérieur qui les suppose inclus mais où ils se sentent soumis à une volonté étrangère et à un contrôle externe. *On ne les lâche pas* ou encore ils sont comme des cerfs-volants tenus par un autre, ils vivent sur les rails des voies ferrées, « le chemin de l'autre ». Ils montrent dans le groupe ce sentiment de dépendance à un autre qui impose.

Un sujet prend des décisions, se soutient par ce qui lui est propre et échange avec les autres. Il se fait une place même quand l'autre ne la lui cède pas (lutte pour la niche décrite

par **K. Lorenz**). Naître à la nouveauté réclame une solide confiance en soi et en l'autre, dans le cas contraire comme pour ces patients, ils vivent expulsés sous l'orage, exilés du paradis comme des traitres.

Dans le groupe à médiation s'ouvre l'opportunité d'un changement et d'un détachement de leurs histoires.

« Paix et tranquillité » dans la photo d'un (photo 174 ) campe tout seul à laquelle ils opposent une autre photo « les manifestations de beaucoup de gens, les guerres, les discussions » comme ce qui les blesse, provoque chez eux un rejet, des confusions et des déséquilibres.

Enfermement seul et en paix ? Sorties dans la multitude dangereuse et déstabilisante ? C'est la paralysie qui prend le dessus dans cette tension permanente. Ils ont peur aussi du dedans car ils y sont enfermés avec la figure d'un autre qui trompe, escroque ou profite d'eux sans sortie possible. Intérieur et extérieur se constituent en dangerosité.

C'est un travail difficile pour les thérapeutes dans une époque où prédominent par ailleurs les pathologies narcissiques.

Il devient nécessaire de médiatiser par quelque outil thérapeutique l'intérieur d'avec l'extérieur, l'extérieur d'avec l'intérieur afin que ces patients puissent les sentir un peu plus fiables.



Photo 174. Personnelle

Quoi qu'ils fassent ils sentent l'échec ou l'erreur car leur niveau d'exigence de perfection pour eux et pour les autres est porté à l'extrême sans quoi ils ne valent rien, ils ne sont pas dignes d'amour. Parfois ce sont eux qui maltraitent l'autre, ils secouent leur haine face à cet autre qui asphyxie.

Ils se demandent souvent si on peut anticiper correctement les choses, cherchent à prévenir. L'échec représente des risques énormes et insurmontables pour leur vie.

Toute situation est évaluée et valorisée selon leur sceaux personnels.

Anticiper pour se préparer et s'ouvrir à une situation agréable est un fait étrange pour eux, habités qu'ils sont par le sentiment de l'erreur qu'ils sentent sous la pression interne d'un mandat émotionnel (« toi tu te trompes toujours »).

Ils ont besoin de conquérir et de soutenir un espace psychique pour confirmer et réaffirmer le sentiment d'eux-mêmes, continuellement, jour après jour car la reconnaissance de la veille s'est déjà évanouie.

Il est fréquent qu'ils soient plus intéressés de savoir ce que ressent et pense l'autre à leur sujet que de comprendre ce qu'ils pensent et sentent eux-mêmes. Parfois cela leur est impossible consciemment (savoir ce qu'ils pensent et ressentent) et ils fonctionnent par mimétismes avec l'autre le plus souvent. Soutenir leur vérité leur coûte au milieu de leurs vécus de vide et de déprotection.

D'après **J. Tesone** laisser derrière soi la langue maternelle (je le reprends dans ce travail dans le sens des mandats familiaux) équivaut à sortir d'une relation fusionnelle, de la confusion des voix qui s'expriment à l'unisson. C'est seulement par l'excision et le refoulement, source de nostalgie de l'exil de la langue maternelle, que l'on peut recourir à une autre langue acquise secondairement : la propre langue. **C. Vacheret** affirme que si l'on parvient à établir les conditions de figurabilité, telles qu'elles sont décrites par **S. Botella** dans la cure en groupe, il est possible d'accéder à une pensée métaphorique avec les autres du groupe sans oublier pour autant que la guérison est individuelle. La chaîne associative groupale permet de tisser les « non souvenirs » ou expériences traumatiques que le préconscient n'était pas en condition d'en favoriser l'élaboration.

### **3.3.3 Résultats de la Phase III prospective avec des patients atteints de crise de panique en groupes de Photolangage® selon une perspective psychologique.**

Le cadre aigu d'angoisse que présentent ces patients est lié dans leur esprit à une menace de mort imminente ou d'enfermement, de folie ou encore d'humiliation publique. Leur altérité a été attaquée durement par les autres de leur entourage (« si tu penses différemment tu seras abandonné ») et par eux-mêmes (« je suis froid et distant »). Les tentatives de séparations sont là aussi pensées comme une mort et c'est pour cela qu'ils supportent et tolèrent à l'excès un autre qui les disqualifie, les ignore ou parfois les maltraite. Les processus de détachement et tentatives d'autonomie sont bloqués. Le contexte qu'ils vivent est le seul possible pour eux, ils sont « adaptés ». Cependant ils sont pleins de colère et de rage mais ne la manifestent pas elle se retourne contre eux et ils se sentent dépendants, déplacés, impuissants, distordus, enfermés écoutant des voix internes dans un



vécu de double moi : l'un fort, sûr de lui et extrovertis et l'autre vulnérable, timide et faible pour qui toute situation est insurmontable. Une menace pèse sur eux, celle de la perte : de la santé, économique, de l'affection, de la vie... et ils se sentent lâches de ne pouvoir prendre de décisions. Ils se décrivent parfois comme deux personnes : l'une véritable (« j'aime parler et rire ») et l'autre inventée (« je suis sérieux, de peu de paroles pour me défendre »). L'opération résultante de ces antagonismes internes, entre les menaces et les propres ressources est en négatif (déficit) pour ces patients. Ils maintiennent leur dualité : cachent leur intériorité et montrent une image qu'ils sentent ne pas leur correspondre, discordance entre comment ils se voient et comment ils sont vus. C'est qu'à l'intérieur ils se sentent vulnérables et déséquilibrés. Ces deux moi que l'on écoute dans leurs discours pourraient être l'un celui de la voix maternelle/paternelle/de l'autre et la voix propre. Ils deviennent des miroirs qui portent et supportent les images de l'autre, organisés en faux self. La reconnaissance de ces deux moi provoque en eux la colère car ils s'y voient fractionnés et faibles dans une tension constante d'une dualité non pas séquentielle mais qui se donne en simultané, sans répit ni trêve, sans paix ni tranquillité.

Ils ont une interprétation des faits qui se présentent dans une image négative précédant le déclenchement de la crise. L'angoisse est catastrophique : « sans les autres tu ne vaux rien, personne ne t'aimeras et tu seras seul pour toujours ». Ils consultent tard alors que leur qualité de vie est déjà très éprouvée (seuil de tolérance trop élevé), en souffrance et leur entourage avec eux.

Pour eux la perte de contrôle c'est la peur de s'évanouir, de la folie, de crier, de perdre tout contrôle sur soi. C'est l'autre d'après eux qui a le contrôle et doit leur dire que faire et penser.

Dans leur colère plutôt que se confronter aux autres, ils les évitent. Leur impuissance se répète dans chaque situation et ils insistent à s'exposer à un autre « idéal » et fort.

On peut retrouver la piste des mandats identificatoires au travers de leurs faux-liens cognitifs qui se manifestent tout d'abord comme quelque chose qui fait du bruit dans l'esprit du thérapeute alors que les patients l'expriment de façon naturalisée.

Leurs faux-liens concernent les séparations, les changements et la mort.

Ils ont le désir d'être différents, de ressortir et de se détacher du lot. Comment montrer qui ils sont en réalité et être acceptés ? Comment faire partie du groupe tout en soutenant son projet personnel ?

Ces patients sont exposés au paradoxe d'un autre qui fait et leur fait faire en fonction de son désir et de sa volonté sans les prendre en compte comme sujets. Ils se sentent manipulés comme des marionnettes ou des toupies, s'ils s'opposent ils trahissent et se sentent coupables.

Ils ne trouvent pas leur place et celle qu'ils occupent est petite et étroite.

Ils veulent complaire et être agréable à l'autre mais ils cèdent des parties d'eux dans le processus. Ils se sentent souvent comme la brebis galeuse (rebelles, laids, sans dons et sans valeur) pour leur entourage et ne peuvent choisir le chemin de leur liberté.

La vie est pour eux l'exigence d'efforts et de sacrifices sans autres alternatives.

Par ailleurs remettre l'autre en question revient presque à le tuer pour eux. Dans l'enfance de certains d'entre-deux contredire leur valût d'être niés et punis.

Ils ont la nostalgie et le désir de réparer ce qui est resté loin dans le temps. Ils accumulent ce qui leur fait mal et se sentent seuls et pleins de leurs problèmes.

Ils pourraient « rassembler leur force » en intégrant les parties déliées de leur histoire passée et présente, les fragments et morceaux (les coupures et faiblesses infligées par le non amour et le non choix de l'autre).

Dans un lien thérapeutique ou simplement en suivant les fils de leurs vies il est possible de trouver d'autres figures plus désintéressées et fiables, c'est par elles qu'ils pourront s'ouvrir au plaisir, vivre les erreurs sans la terreur qu'elles leur inspirent, discriminer ce qu'ils sentent et pensent eux.

Comme je l'ai dit auparavant, le danger fait allusion à quelque chose de plaisant ainsi qu'à « s'éloigner de... ». Se séparer de quelqu'un qui est une référence entre en conflit avec **ce qu'il faut faire** et qu'ils entendent comme : ne pas partir. Ils sont en constante oscillation entre se séparer et ne pas se séparer.

Dans la prise de décision, il leur est inabordable la perte que représente la partie non choisie. Se refuser à perdre quelque chose, c'est ce qui les immobilise dans un espace/temps perpétuel, comme congelé, quand un choix ou une décision implique un avant et un après. Ils

sont coincés dans leur rôle de fils et fille de...et ne peuvent assumer le **renouveau générationnel**.

Quel serait le bénéfice de se maintenir dans le passé ? La sécurité de l'inamovible quand le changement apporte lui incertitudes et qu'il pourrait même être fatal ? (**E. Pichon Rivière**). Le futur n'est pas chargé de curiosité, il n'est pas investi sinon par le désarroi et le sentiment d'enfermement (ils ne peuvent sortir du cercle fermé du reproche quotidien). Ils essaient de réduire le deux en un ou, en d'autres termes de supprimer l'altérité de l'autre.

Par exemple, cette patiente (**Sol**) qui se voit elle-même comme faible, bête, peureuse et dépendante tandis que sa sœur est à ses yeux forte, intelligente et autonome, à tant diviser, ne chercherait-elle pas à se confondre avec sa jumelle ? (Les opposés s'attirent...et ne font qu'un ?).

S'opposer, se rebeller, penser différemment portent l'ombre de la disparition et de la mort. Penser « pareil » c'est comme deux corps et un seul esprit du stade prégénital prédominant dans cette logique où l'autoconservation se joue à un stade très archaïque de l'appareil psychique.

**Edgardo** sur une photo (repas en famille) a exprimé son malaise à trop vouloir complaire à ses parents, ce « je n'étais pas moi ». Dans le groupe un peu comme une revanche, il tente d'imposer sa vérité, sa façon de voir les choses et parfois les autres participants s'en éloignent par antipathie, cependant il y montre aussi sa faiblesse et se présentent en séances ces deux moi et le problème identificatoire où le narcissisme est douloureux et en déficit.

Lorsqu'ils laissent s'exprimer en eux la colère, celle-ci les éclate un peu plus, les fractionnent en de multiples petits bouts d'eux-mêmes. Ils ne peuvent affronter ainsi entiers et forts des diverses situations de leurs vies (depuis un moi qui intègre les ambivalences).

Le groupe est une aide pour cette intégration. La colère non explicitée est bien présente, il leur faut découvrir laquelle est la leur face à ces différents moi (voix des autres), qui enferment, emprisonnent, parasitent à l'intérieur d'eux. La fragmentation de soi-même pour les autres les perd et les angoisse (le moi propre est enfermé dans les autres sans pouvoir s'exprimer, les fragments des autres sont enfermés en eux...). Ils sont ces miroirs dont nous avons parlé qui renvoient le reflet des autres.

Ils se montrent souvent comme des enfants morts de peur pris au milieu des conflits des adultes. Que faire ? Ils ne font pas cas du passage du temps à ce niveau du lien et cependant ils se projettent dans la vieillesse de leurs parents, seront-ils comme eux ? Seuls ou accompagnés ?

Qu'est-ce qui pousse cette patiente qui a des vertiges dans la rue et se sent si vulnérable à soutenir cette image de toute puissance que les autres reçoivent d'elle (forte, équilibrée et même...complète) ?

Nous supposons que les doubles messages (doubles images) qu'ils utilisent parfois sont l'écho de ceux qu'ils ont reçu enfants. Le mandat de la famille est de ne rien dire, de tout accepter de ce qui arrive sans poser de questions.

C'est ce que semble respecter une patiente du groupe : silencieuse, tolérante à l'excès de tout ce qui circule dans le groupe, elle est vue par ses pairs comme tranquille, paisible et cependant elle rougit (et pense à s'en aller...). Son désir d'être, de se détacher et se montrer différente pourra après un temps émerger dans la scène du groupe.

Mais le désir de l'autre parasite leur esprit et il leur est plus que difficile de défaire la toile d'araignée des désirs et opinions étrangères à eux pour trouver les leurs.

L'imposition venue du dehors s'est faite leur et ils en sont prisonniers. Ils ne peuvent rien remettre en question car cela implique pour eux « le meurtre » de leurs parents comme s'il s'agissait d'une lutte pour l'existence. Ils ont besoin d'aide pour déjouer le piège où ils sont pris.

Dans la groupalité se travaille cette tendance à vouloir conformer, contenter et complaire à l'autre où ils y cèdent leur personne. Ils ne peuvent choisir librement leur chemin pour en même temps appartenir au groupe et c'est pourtant à la construction de la propre place que ce dernier contribue. C'est l'exigence de l'idéal qui les paralyse et dans la polyphonie des voix celui-ci baisse d'un ton.

Dans la disjonction entre le moi et l'autre, c'est le ni trop-ni trop peu qui sera éprouvé et mesuré dans le groupe.

Leurs ressentis affectifs se transforment en ressentis sensoriels : froid (absence) et chaud (présence), sautant par-dessus la pensée pour passer dans leurs corps sans être mentalisé (ou si peu). L'intermédiaire manque, le semblable et le différent sont des catégories opposées où le différent est associé à l'inconvenant et au mal depuis la sévérité de leurs

surmoi. C'est le passage progressif (et partiel) des liens d'asymétrie (dans lesquels ils insistent à se situer) à des liens de parité dans le groupe qui construit peu à peu cet intermédiaire que posent et proposent tout d'abord les photos et les consignes du Photolangage®.

Il leur faudra entre autre dégeler l'idéalisation<sup>148</sup> qu'ils ont maintenue bloquée pour éviter la souffrance de la désillusion car ils ont en fait éprouvé de façon catastrophique la chute de parents idéalisés (refaire le travail de l'adolescence qui de fait s'appuie sur le groupe pour se transformer ?).

### **3.3.4 Similitudes et différences entre les deux populations de patients considérés**

Dans les deux catégories de patients on constate des antécédents de traitements médicamenteux, une douleur physique installée et une souffrance psychique intense.

Le patient psychosomatique manifeste une douleur à base organique. Ils n'ont pas peur qu'il leur arrive quelque chose à eux sinon aux autres. Il y aurait un déplacement intense vers l'extérieur. Les patients atteints de crises de panique sentent la douleur associée à un important composant d'angoisse de mort ou de folie imminente, la peur est centrée sur eux, peur qu'il leur arrive quelque chose de grave dans un déplacement massif vers l'intérieur. Le patient psychosomatique exprime sa souffrance avec froideur tandis que les patients aux attaques de panique la dramatisent plus.

Chez le patient psychosomatique la douleur est plus archaïque que pour les patients aux crises de panique car la marque d'une contenance qui apparaît et disparaît brusquement est plus précoce pour eux et donc pour le développement de leur appareil psychique.

Lorsqu'un patient psychosomatique montre une amélioration, on constate une diminution de ses symptômes organiques et un retour de l'angoisse.

---

<sup>148</sup> J'utilise entre autre la conception de D. Lagache au sujet de l'idéalisation : L'Idéal du moi est une fonction du Surmoi qui représente la manière dont on doit se comporter pour qu'en identification à l'autorité parentale le sujet puisse accorder son approbation. Tandis que le Moi idéal est l'expression du narcissisme de la toute-puissance. Lorsque D. Lagache parle de structure de la personnalité il précise qu'à certaines occasions l'unité du Moi se fragmente en une pluralité de Moi(s) virtuels qui rend le sujet dépendant mais relativement autonome. C'est le Moi-ici et maintenant qui régule le sentiment d'identité (à un certain niveau de symbolisation).

Les patients souffrants de crises de panique ont eu des expériences de ruptures et/ou de châtiments dont le souvenir s'exprime par la douleur du corps mais leur niveau de symbolisation est plus que complexe que pour les autres.

Dans les deux cas on constate qu'ils ne peuvent utiliser les nuances, l'intermédiaire, tout est blanc ou noir dans quelque situation que ce soit. Ils ont chacun reçus des messages contradictoires, voir antagoniques dont les revirements s'effectuaient brutalement et nombreux sont-ils à avoir vécu la superposition de la vie et la mort.

Les deux populations vivent en déficit d'estime de soi et on rencontre souvent dans leurs histoires des antécédents de migrations ou de catastrophes et la chute des appuis sociaux consécutifs.

Ce sont dans l'ensemble des pathologies qui nous plongent dans le règne du narcissisme primaire (**S. Freud**) où l'on rencontre les manifestations des concepts associés à cet univers : de l'unité duelle (**I. Hermann**), du noyau agglutiné (**J. Bleger**), du pictogramme bouche-sein (**P. Aulagnier**), du pôle isomorphe et de l'indiscrimination moi/non moi (**R. Kaës**), du tous ensembles, du tout ou rien ou blanc et noir, du toujours ou jamais. C'est le processus primaire qui domine ignorant le temps, suivant le cours du sensoriel, des représentations de choses et d'affects. Le lien se maintient à un stade fusionnel où la totalité inclus chaque partie.

Ils se trouvent tous sous l'emprise d'un surmoi archaïque, exposés à une exigence excessive des autres et d'eux-mêmes dans la recherche d'un idéal de perfection dont la contrepartie est la perception qu'ils ont d'eux, laids, distordus, sans valeur.

Ils se sentent dans les deux cas contrôlés, manipulés comme des marionnettes (ou des cerfs-volants) et ont peur de leur propre perte de contrôle à ne pouvoir manœuvrer la colère et l'agression qui les habite vis-à-vis de l'extérieur et qui se retournent systématiquement contre eux. Leur aire d'expression est étroite et rare.

Le plus souvent ces deux types de patients vivent et craignent l'enfermement tout en associant le changement à quelque chose de mortifère. Ils sont tenus par un mandat familial de ne pas « lâcher » leur groupe primordial et de ne rien remettre en question.

Ces sujets éprouvent comme une dissolution de leur être, leurs sentiments d'être sans défense et déracinés fait constamment irruption en eux impliquant une dépendance à l'autre et des troubles sévères quant à leur capacité d'autonomie.

A la suite de **R. Kaës** nous considérons nécessaire de construire avec eux par le biais du traitement en groupe une réidentification vitale et complexe là où les étayages ont été insuffisants ou encore ont fracassé.

Le groupe restitue certains niveaux d'étayages et en construit d'autres, il peut « rendre possible la constitution de chaînons non advenus du psychisme » (**R. Kaës**<sup>149</sup>). Le groupe facilite les processus de transcription puisqu'il crée les liens préconscients nécessaires pour faciliter la capacité de penser. La photo, elle, accède « au statut d'image » (**C. Vacheret**) inscrite dans la chaîne associative des images internes du sujet allant de la conscience à l'inconscient.

Le travail s'est fait à deux niveaux simultanés celui du groupe et ses effets sur celui individuel. Le processus associatif groupal donne accès à des signifiés encryptés, occultes qui n'apparaîtraient probablement pas dans un processus associatif singulier en séance individuelle puisque c'est dans les autres qu'ils retrouvent semés tout ou partie de ces sens cachés à eux-mêmes. La diffraction du transfert est un des phénomènes essentiels en cela puisque chacun dans le groupe en assume une partie et prend en charge un fragment de ce qui est transféré ce qui permet que chaque membre du groupe reconnaissance dans le miroir des autres ce qui lui est propre ou non. L'identité est un processus mobile et dynamique, c'est entre l'isomorphie et l'homomorphie, les pôles discriminé et autonome, ce « entre » nuancé, que le sujet prend conscience de sa subjectivité naissante (ou renaissante).

### **3.4 Validation ou non des hypothèses.**

Au début de cette étude j'ai voulu montrer un problème clinique chez des patients qui expriment leur souffrance dans le corps, leur préconscient n'étant manifestement pas effectif et qui présentaient des altérations dans leurs distances à l'autre. J'ai cherché à vérifier les effets possibles d'associer à leur traitement un outil adapté, capable de complexifier leur appareil psychique.

J'ai pu établir que le Photolangage® est une méthode de médiation très efficace et productive dans des groupes de patients psychosomatiques ainsi que de patients souffrants de crises de panique. Il permet la construction d'un pont par l'effet du processus tertiaire

---

<sup>149</sup>149 Kaës, R., 2000, *“Les théories psychanalytiques de groupe”*, Amorrortu Editores.

(A. Green) ou association préconsciente qui installe une distance optimum, la confiance, entre les berges de l'*infraprotection* (protéger peu, parfois oui et parfois non, ou déprotection occasionnelle ou protection inadaptée) et la déprotection archaïque dont ils sont partis (par appauvrissement de la capacité alpha de la mère ou déficit de l'autre primordial) et celles de la surprotection (sentiment d'intrusion ou d'excès de l'autre). Ceci pour que le Moi identitaire ne se dilue pas à travers les « trous de l'âme » et que puisse surgir la subjectivité non advenue dans sa complexité par un plus grand nombre de représentations préconscientes.

J'ai observé qu'un groupe de Photolangage® peut retrouver la capacité d'associer affectée par la persistance de deux inscriptions non intégrées et opposées de la mère (protectrice et menaçante) permettant de les accepter, de les alterner, de les assimiler à travers un objet médiateur puisqu'il est plus facile de parler avec et de celui-ci que de soi-même. Dans le processus de la cure les patients perdent la peur de tomber dans l'abîme et créent l'illusion du possible : se retrouver dans les vertes prairies de la fantaisie créatrice et accepter les peines de ce monde avec joie pour pouvoir danser avec elles (selon une expression indoue).

La croyance rationnelle colore la lecture des faits des interprétations que nous leur donnons, de ce que nous écoutons, de ce que nous percevons en général. C'est ce qui fait nos différences et qui explique les comportements variés vis-à-vis de la santé et de la maladie. Pour pouvoir motiver le patient à se soigner et au traitement de ses maux, j'ai voulu connaître les raisons et les doutes qui les poussaient à ne pas respecter correctement leurs prescriptions. Pour modifier leurs habitudes je leur ai tout d'abord offert d'incorporer un groupe de parole qui n'a pu atteindre l'objectif proposé de manière satisfaisante (une meilleure prise en charge de la maladie). C'est alors que j'ai proposé de former des groupes de Photolangage®.

Nous préciserons ici qu'il y a peu de temps encore, il était fréquent de classer les patients comme porteurs d'asthme *d'abords difficiles* ou d'hypertension *maligne*...à présent en ajustant mieux le problème, nous pouvons identifier la difficulté de tels patients dans le non-respect de leur traitement. Il faut aussi lui associer le manque de mise en mots



des situations personnelles, familiales de leurs contextes quotidiens qui les perturbent et affectent.

Suite à la première étape de ma recherche j'ai pu établir comme premier signal d'alarme diagnostique le fait qu'un patient avec ces caractéristiques discontinuait et/ou modifiait les doses médicamenteuses prescrites. Il s'agissait donc d'intensifier ma tâche de prévention.

La question avec l'asthme ou avec toute maladie qui se prolonge dans le temps est celle de la vie avec la chronicité, la maladie cesse de surprendre puisque les patients s'adaptent ou s'habituent à ne pas se sentir très bien ou mal ou pire.

C'est donc la nouveauté ou la surprise de se sentir bien qui captera leur attention et dans ce sens le médecin doit aller contre la sous-estimation, le manque dans les traitements et leurs contrôles et offrir des outils avec lesquels il puisse rompre avec le risque, éduquer un patient pour construire l'inattendu.

Survient alors l'évidence, celle de la négation qui se constitue dans le facteur de risque ; la difficulté d'accéder vient de ce que derrière elle il y a une situation de grande douleur.

La négation interagit avec les facteurs médicaux et psychosociaux et lorsqu'elle est mise en évidence on doit chercher la manière d'aborder la maladie plus favorablement au moindre risque.

Dans un groupe comme je l'ai déjà affirmé (avec l'appui d'autres auteurs et celui de ma clinique) il est possible d'accéder à de nouvelles identifications et à des échanges intersubjectifs qui favorisent les liaisons préconscientes.

A l'usage du Photolangage® les participants peuvent trouver ce qu'ils ont de semblables et de différents des autres dans les photos choisies. Les photos en extériorité reflètent les images internes et peuvent ainsi servir d'appui et donner lieu à la pensée. La médiation permet l'articulation entre les processus psychique du sujet et la réalité. Elle mobilise le préconscient, confronte les différences et retrouve les similitudes facilitant en conséquence les échanges identificatoires et l'accès à un temps différé.

C'est un dispositif qui permet un travail personnel de prise de conscience permettant à chacun de penser et de se connecter dans le lien à sa propre histoire.

A travers de l'objet médiateur la scène traumatique peut se lier, contenue dans le discours de la chaîne associative groupale. Sur le chemin de la cure une porte s'ouvre, un espoir, à se désidentifier des identifications morbides et dévaluées pour ces patients, ils peuvent visualiser un futur qui ne soit pas catastrophique, des modèles extérieurs à ceux de leurs familles d'origine et un changement possible en eux.

L'incorporation de cette méthode dans ces pathologies (psychosomatiques et crises de panique) favorise aussi le respect du traitement médical. Nous avons constaté que les patients qui suivaient bien leur ordonnance diminuaient le coût des médicaments du fait de leur amélioration, les doses en étant réduite cette fois-ci par indication d'un professionnel ; et du point de vue de la santé que ce soit en institution publique ou privée les coûts sont réduits par la baisse du nombre d'hospitalisation ou de recours aux services d'urgences. Socialement l'amélioration se mesure entre autre à un moindre absentéisme au travail. Enfin et le plus important un traitement correcte abaisse considérablement le risque de présenter des attaques d'asthme qui pourraient être fatales et la qualité de vie du patient s'améliore.

Pour les patients psychosomatique nous relèverons aussi la valeur de fabriquer un temps discontinu qui permet des séparations progressives, les différenciations et discriminations successives, les mouvements entre l'attachement et l'autonomie, entre l'illusion et la réalité et l'instauration de la confiance réciproque. Autant d'éléments propices à la construction de l'identité. Le groupe devint un outil thérapeutique et un espace transitionnel de jeu, s'y travaille avec le préconscient de l'autre. Il donne les éléments, les liens tertiaires pour accéder au processus secondaire, penser en images est un premier pas vers une symbolisation postérieure.

Pour les patients atteints de crises de panique on peut parler d'amélioration clinique et thérapeutique (niveau d'évidence quatre) soit un consensus sur l'amélioration de leurs symptômes dans l'avant-après groupe de Photolangage®. Les symptômes se sont affaiblis et l'appareil psychique s'est complexifié comme en témoigne la clinique des séances présentée auparavant.

Inclure dans le traitement médical de patients qui expriment la souffrance dans le corps, un traitement psychothérapeutique sous cette forme (Photolangage®) est une

variable capable d'influencer l'évolution et le pronostic de la maladie par la force de l'évidence.

L'hypothèse principale de l'efficacité de l'usage d'un outil médiateur comme le Photolangage® dans un dispositif groupal pour des patients dont la souffrance psychique est exprimée dans leurs corps est amplement validée.

Il leur est plus facile de parler de la photo que de leurs personnes et ils y trouvent d'autres voix aux discours semblables et différents qui encouragent les échanges intersubjectifs capables de produire une augmentation des représentations préconscientes et en conséquence permettent la désidentification des critiques et du mortifère pour des réidentifications plus vitales.

Un étayage psychique s'installe qui répare leurs parties malades.

Ces patients partent du contexte familial et temporel où les dommages se sont produits et où ne se sont pas développées les représentations préconscientes ; ceci associé à des facteurs de prédispositions génétiques qui marquent le début de leur souffrance et de leurs symptômes.

Dans un groupe à médiation les conditions sont réunies pour produire réparation et création vitale, les patients cessant d'utiliser uniquement leurs expériences antérieures pour reconnaître de nouvelles situations qu'ils peuvent rapprocher ou différencier des précédentes. Ceci rend possible une transformation et un changement dans l'appareil psychique de chacun.

## **Partie IV : Conclusions générales**

Dans un scénario groupale peuvent se dérouler ces scènes dont les arguments furent écrits des années en arrière dans l'esprit, dans le corps, dans les mondes extérieur et intérieur d'une personne.

Nous savons que la biologie est condition nécessaire pour l'expression des symptômes mais pas suffisante. Dans un groupe la capacité préconsciente du thérapeute ainsi que celle des patients agissent en série et tentent de compenser les failles et les vides de l'élaboration psychique.

C'est à un autre niveau que l'organique que travaille l'appareil psychique, un niveau plus complexe. Pour les patients aux maladies chroniques le fonctionnement du niveau psychologique qui sert à l'adaptation se voit en crise ou défaillant en permanence.

Le respect d'un traitement médical est complexe quant à ses raisons et ses avatars. Autours de certains patients on distingue un contexte familial et psychosocial difficile qui conduit souvent à un suivi lacunaire des prescriptions qui aggrave leur situation. C'est de ce point de vue qu'aborder aussi un traitement psychologique est utile et devient par ailleurs extrêmement productif dans un dispositif de groupe de Photolangage®. Nous pouvons fonder une telle affirmation sur ce que nous a permis d'établir cette recherche d'améliorations constatés : disparition de l'asthme nocturne et amélioration de la fonction ventilatoire pulmonaire, quasi-absence d'hospitalisations et respect des indications médicales.

Nous soutenons donc la démarche d'une approche simultanée médicale et psychologique selon laquelle le médecin cherchera à intervenir sur des aspects thérapeutiques non traditionnels comme la question de l'accomplissement du traitement où il lui faudra vérifier si le patient modifie ou discontinue ses médicaments (interruption  $\geq 3$  jours). D'autre part dans la perspective psychothérapeutique, les groupes à médiation par le Photolangage® ont nettement montrés leur plus d'efficacité sur celle d'un groupe de parole ou d'une approche individuelle.

**Il s'agit donc d'influencer positivement le patient qui présente une maladie chronique par la synergie que permet un meilleur suivi de son traitement médical en lien avec une approche psychologique pour signifier et comprendre ses symptômes dans son histoire individuelle.**

Quand le corporel apparait chez de tels patients nous considérons qu'ils n'ont pu contenir certaines stimulations dans les limites de l'appareil psychique. Le patient psychosomatique peut expliquer ce qui lui arrive, il a une explication pour ses symptômes mais ce sens ne lui sert pas puisque persiste l'excès de stimulations non élaborées qui produisent des symptômes organiques.

Les patients souffrant de crises de panique eux ne peuvent expliquer ce qui leur arrive, c'est la peur qui domine tout. Ils se retrouvent paralysés par l'inondation de sensations corporelles et psychiques négatives et douloureuses. Ils se voient eux-mêmes vulnérables et chaque fois plus faibles et impuissants sans aucune confiance pour leurs propres ressources. Ils s'installent alors dans une dépendance supposée protectrice, l'estime de soi est attachée à la valorisation de l'autre et sa non reconnaissance les fait se sentir rejetés, exclus, invisibles, inexistants, ignorés en somme.

Nous avons relevés des similitudes entre les patients psychosomatiques et ceux atteints de crises de panique :

L'autre n'est pas de pair avec eux, il se constitue ou bien est investi comme le fort, l'idéal qui sait tout (relation asymétrique qui rappelle le narcissisme primaire). Lorsque dans certains moments ils se sentent forts, pris en compte et regardés, ils ont peur de blesser l'autre qui est à son tour perçu comme faible et ils dissimulent donc leurs « succès ». Ils se « mettent en boîte » ou portent des masques. Ils ne semblent pas avoir d'alternatives différentes comme si le lien se conformait selon deux places ou rôles possibles et uniques, antagoniques et opposés : celle/celui du fort- celle/celui du faible. Parfois abusé par la perversion d'un autre qui s'approprie les ressources du patients (savoir, savoir-faire...), ce dernier manifeste sa colère mais contre lui-même et non pas contre l'autre pour se sentir si peu sûr de soi ou faible au point de ne pouvoir défendre ce qui lui est propre.

La question de la distance est essentielle, ils la gèrent tous mal et ont des difficultés à anticiper les situations.

Trop près, c'est l'indiscrimination, s'efface leur propre peau, leur limite et à réduire les distances, l'autre s'installe en eux car leurs membranes poreuse ou déchirée laisse trop entrer l'extérieur ils en sont pénétrés et règnent alors la confusion, l'impuissance, le mélange et l'incapacité de penser.

S'ils s'éloignent trop, ils s'isolent comme dans un château fort médiéval et lorsque c'est l'autre qui s'éloigne, incapables de construire leur autonomie, ils le vivent comme un abandon entre la culpabilité et la haine.

La séparation étant si difficile et ambiguë, le simple fait d'entrer et de sortir de chez eux a un impact considérable.

Ce qui distingue ces deux populations de patients c'est l'âge auquel s'initie le traumatisme. Il fait irruption beaucoup plus précocement chez les patients psychosomatiques.

La production de changement dans le traitement est passée par l'apparition et la rencontre d'un sens, celui qui servirait au patient, celui que nous appelons sens fondateur du symptôme chez ce patient en particulier et qui permet de modifier son faux-lien pour en construire un nouveau efficace.

J'ai déjà défini le sens fondateur comme les mots ou les situations qui ont pu mobiliser une stimulation déterminée de charge qui est signifié en général par un seul énoncé : « tu es bête », « je ne t'aime pas », « personne ne va t'aimer », « tu es méchant »...qui sous-tend les énoncés des patients en réponse tels que : « je me trompe toujours », « je ne vauX rien »...

Je pense qu'au niveau biologique, il existe des causes des symptômes (le comment se produit-il ?) tandis qu'au niveau psychologique il y a des sens (le pour quoi ?).

La tâche conjointe du thérapeute et des patients consiste tout d'abord à décomplexer, désarmer les défenses qui les bloquent et les soutiennent tout à la fois. Ils ne peuvent s'en défaire complètement se retrouvant sinon face au vide et peuvent tout aussi bien en mourir. C'est pour cela qu'il faut construire d'abord une porte de sortie qui est la rencontre avec ce sens qui emboite et leur permet de raconter leur histoire, leur implication. A partir de là ils peuvent distinguer ce qui leur revient et ce qui n'est pas à eu, c'est en cela que se complexifie l'appareil psychique où la construction de l'altérité est un chaînon fondamentale. Ce fut dans le Photolangage® que je trouvais la méthode adaptée à un tel travail.

La photo facilitatrice pour parler en situation groupale provoque la rencontre avec l'image puis la rencontre avec d'autres voix et d'autres discours semblables ou différents qui permettent les échanges intersubjectifs. C'est à travers eux qu'augmentent les

représentations préconscientes et en conséquence donnent aux patients les moyens de se désidentifier de leurs identifications critiques et/ou morbides pour des réidentifications plus vitales.

Dans un groupe à médiation sont réunies les conditions pour réparer et créer car au lieu d'utiliser leurs expériences antérieures les patients peuvent connaître de nouvelles situations et les comparer à celles qu'ils ont vécues auparavant. Ce sont les éléments pour une potentielle transformation de l'appareil psychique de chacun.

Durant tout le traitement en groupe à médiation, nous avons constaté un net affaiblissement des réponses somatiques pour les patients psychosomatiques. Ils ont pu accéder à une forme d'autonomie par étayage sur le groupe mettant en jeu leur subjectivité et s'exerçant à la discrimination. Leur qualité de vie s'en est vue améliorée de pair avec un bon suivi du traitement médical.

Le groupe de Photolangage® a fonctionné avec les photos en objet médiateur parmi les membres du groupe et leur a permis de développer une certaine capacité à tolérer le désarroi, le vide de sens, la souffrance sans mots et à penser la non permanence de telles sensations. La technique a enlacé l'expérience de vide primordiale à une stimulation visuelle (la photo) à laquelle chacun a pu mettre des mots. Les patients sont rassurés par l'existence de la photo qui semble dire qu'un autre a vu ou senti la même chose qu'eux. Le dispositif permet aussi la mise en place d'une distance adaptée à la mobilisation et à la création de liens préconscients favorables à la capacité de penser et aux processus de transcription.

L'acceptation de l'altérité de l'autre crée la subjectivité, de même que l'absence est un moteur du développement de l'appareil psychique, lorsqu'elle répond à une régularité qui la rend prévisible. Accéder à cette acceptation est une des réussites majeures en situation groupale.

Les patients dans le groupe ont pu tolérer la séparation et la distance, leurs ajouter d'autres sens et leurs imprimer des rythmes plus prévisibles. Donner et recevoir a pu s'organiser dans des liens d'échanges mutuels et réciproques, chacun accédant à la construction de ses propres limites dans ces allers retours. Certains ont trouvé un sens fondateur et/ou la confiance en d'autres options possibles sur leur chemin. Ces alternatives



pourrait se signifier de la façon suivante : Lorsque l'autre me pense, qu'il veut mon bien (ce qui pour eux équivaut à « j'existe ») je suis en mesure de décider si c'est ce que je veux et sinon de le laisser de côté...

J'ai pensé l'amélioration de ces patients<sup>150</sup> comme la sortie de la protection illusoire de l'unité duelle où ils étaient installés dans l'indiscrimination, le toujours ou jamais plus, la solitude insupportable en l'absence de l'autre, la décharge pulsionnelle harassante. Cette sortie s'opère dans la construction de l'attente, du temps différé rendu possible par des représentations qui contiennent et ouvrant vers une subjectivation, un Moi perméable à la complexification des modèles extrafamiliaux et aux relations d'échanges régulatrices.

J'ajouterai que la nouveauté et la possibilité de voir l'autre dans son altérité contribuent à construire des espaces intersubjectifs multidirectionnels entre la pulsion et le lien. Ce qui signifie pour ces patients : ni se séparer, ni être trop ensembles, trouver derrière la pierre rigide et figée de leurs défenses ce qu'ils sentent de la détresse, du désamour ou de la mort.

Le chemin parcouru est celui qui passe par un sentier qui part de l'abîme psychosomatique vers l'élaboration de sens et son énergie vitale : désirs, projets, amour au sein du refuge du groupe.

Finalement je dirai que l'histoire naturelle de la maladie (comme il est traditionnel de dire en médecine) dépend de multiples variables : tant médicales (accomplir un traitement correctement) que celles de la compréhension des gouffres dont la personne est affectée. Une santé et une subjectivité plus saines peuvent émerger de la construction et la complexification avec les autres en situation groupale.

---

<sup>150</sup>Je continue de recevoir un certain nombre de ces patients actuellement, ils ont pu maintenir l'observance de leur traitement et n'ont pas présenté à nouveau de situations à risque ou de décompensations.

## **Partie V. Résumé**

## **LIAISONS THÉRAPEUTIQUES CHEZ DES PATIENTS PSYCHOSOMATIQUES ET DES PATIENTS ATTEINTS DE CRISES DE PANIQUE EN GROUPES DE PHOTOLANGAGE®**

**Mots clefs :** Patients asthmatiques – Patients atteints de crises de panique – type d’accomplissement (ou de compliance) – groupes à médiation par le Photolangage® - thérapie médicale et psychologique-sens fondante - faux liens.

C’est une recherche en trois phases qui a été menée. Phases 1A et B / Phase 2 et Phase 3.

### **5.1 Phase 1A rétrospective**

**Le groupe contrôle** a été sélectionné à partir de 417 patients asthmatiques en cabinets extérieurs de la Division de Pneumologie de l’Hôpital des Cliniques « José de San Martín ». Selon le type d’asthme nous avons distingué 248 patients d’asthme léger (59,5%) ; 130 patients d’asthme modéré (31,2%) ; 15 patients d’asthme sévère (3,6%) et 24 patients d’asthme presque fatal (5,7%). Nous avons étudié la distribution des fréquences des types d’observances avec un instrument de mesure créé à cette fin. A pu être établi l’association entre type d’asthme et type d’observance ( $X^2=53.42$  significatif à 1 %). Nous avons mis en évidence que pour tous les types d’asthme la probabilité la plus faible de s’améliorer correspondait aux patients discontinuant de trois jours ou plus et modifiant les doses de leur médicament. Les patients accomplissant correctement leur traitement ont 87% de probabilité de voir s’améliorer leur trouble tandis que les patients dont la compliance (l’accomplissement) est mauvaise cette probabilité ne s’élève qu’à 38%.

### **5.2 Phase 1B Prospective. Patients asthmatiques en groupe de parole.**

**Phase prospective.** 33 patients asthmatiques sévères et presque fatals ont été évalués cliniquement sur douze mois dans un programme qui incluait le groupe de parole. Les patients d’asthme sévère (12 soit 36,4%) avaient un âge moyen de 49,8 ans  $s=13.2$  et les patients d’asthme presque fatal (21 soit 63,6%) avaient pour âge moyen 41,1 ans  $s=12.5$ . la différence ne s’étant pas révélée significative.

60,6% des patients présentaient des troubles émotionnels, 36,4% étaient sans emploi, 72,7% avaient des antécédents familiaux d'asthme et 12,1% de devant à l'asthme la mort d'un parent.

84,8% attribuaient à l'origine de leur maladie une cause psychologique. 27,3% étaient fumeurs. 30,3% avaient vécu un déménagement. 57,6% avaient des antécédents de retard pour la consultation à un professionnel. Le motif du délai avant de consulter était la croyance en une amélioration spontanée pour 54,5% des cas.

Tous les patients ont reçu sous forme gratuite les médicaments antiasthmatiques (budesonide-fluticasona comme anti-inflammatoires et comme bronchodilatateurs de longue durée salmeterol-formoterol) ainsi que les consultations sur douze mois de façon à ce que la variable du coût des traitements n'influence pas sa compliance.

Au début du groupe thérapeutique tous les patients présentaient un mauvais niveau d'observance du traitement. A la fin de l'année la proportion de patients n'accomplissant pas correctement leur traitement est descendu à 10%. L'asthme nocturne s'est vu associé aux variables de compliance et statistiquement significatif ( $p < 0.001$ ). L'absence d'asthme nocturne est de ce fait liée à une bonne observance du traitement.

L'association directe entre amélioration de la spirométrie et des variables de compliance est significative ( $p < 0.001$ ).

Indépendamment du type d'asthme au départ, au bout d'un an, 50% des patients ont normalisé les valeurs du FEV1 (volume du flux expiratoire à la première seconde), 34,4% ont dupliqué leurs valeurs et 15,6% ne s'est pas amélioré.

Nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre le type d'asthme et les variables du contexte psychosocial (migrations-déménagements, habitudes tabagiques, antécédent familiaux d'asthme, situation professionnelle du patient et/ou du parent responsable, croyance autour de la maladie et antécédents d'allergie à l'aspirine).

On constate l'absence d'hospitalisation pour les pathologies organiques de ces patients au cours de cette prise en charge.

### **5.3 Phase II prospective. Patients asthmatiques en groupe de Photolangage®.**

Dans cette phase j'ai incorporé une technique de médiation par des photos dans des groupes (dans l'Institute d' Investigations Médicales Prof. A. Lanari) pour favoriser l'association

libre, la croissance du préconscient et la symbolisation. L'approche psychologique en groupe de Photolangage® pour un traitement intégral de patients asthmatiques est une variable capable d'influencer favorablement l'évolution et le pronostic de la maladie car s'améliore l'observance du traitement médical et la morbidité du patient diminue. Est évité la progression des complications de la maladie car le comportement se modifie améliorant la qualité de vie du patient et de son entourage. Les patients ont vu se complexifier leur appareil psychique et n'ont pas eu recours aux services d'urgence ni à des hospitalisations. Je continue de recevoir la moitié d'entre eux actuellement, ils ont pu maintenir l'observance de leur traitement et n'ont pas présenté à nouveau de situations à risque ou de décompensations. La souffrance psychique du patient psychosomatique est archaïque. Ils ont subi les effets d'une contenance maternelle brusquement changeante. Ces patients après cette expérience groupale avec la médiation ont pu construire une identité plus autonome, dépasser les batailles de l'ambivalence et réaliser une réorganisation dans la valorisation des situations vécues/à vivre où la désidéalisation propre a pu être relativisée tout comme la sur-idéalisation de l'autre.

#### **5.4 Phase III prospective. Patients atteints de crise de panique en groupe de Photolangage®**

L'approche psychologique en groupes de Photolangage® pour un traitement intégral de patients aux crises de panique est une variable capable d'influencer favorablement l'évolution et le pronostic de la maladie en plus des indications pharmacologiques nécessaires. Ces patients ont subi des châtiments, humiliations, et douleurs psychiques alors que l'appareil psychique était déjà formé et avait atteint un certain niveau de symbolisation. Ils ont eux aussi au bénéfice du dispositif pu complexifier leur appareil psychique cessant de présenter des crises d'angoisse dévastatrices pour la pensée et après cette expérience ont pu poursuivre leur vie selon les vicissitudes du devenir et sans médicaments. Ils ont pu construire un plus grand nombre de représentations préconscientes et bloquer, dépasser ou amoindrir le quantum d'angoisse insupportable vécu en d'autres temps en réaction à une angoisse de non assignation équivalente à la détresse originare. Après avoir traversée l'expérience groupale par le biais de la médiation ils ont pu établir la différence entre une

situation particulière à caractéristiques mortifères et les autres, entre l'avant et le maintenant.

Le groupe de Photolangage® permet d'établir la distance nécessaire pour mobiliser et créer les liaisons préconscientes qui favorisent la capacité de penser facilitant les processus de transcription à deux niveaux simultanés celui du groupe et celui de l'individu. Ce travail permet le déroulement de la scène traumatique à travers la chaîne associative groupale et la diffraction des transferts (processus décrits par **R. Kaës**). La photo accède au « statut d'image » (**C. Vacheret**) s'inscrivant dans la chaîne associative des images internes du sujet et permettant le travail du conscient à l'inconscient. Depuis l'étayage sur le groupe ces patients ont vu augmenter le nombre de leurs représentations préconscientes, ils ont pu construire une plus grande autonomie et ont accédé à certains niveaux d'altérité par des identifications vitales et un degré d'idéalisation intermédiaire et possible.

## **Partie VI. Bibliographie**

ANDERSEN, C. (1830), *Le Rossignol*, Paris, Garnier Frères, France. Traduit de l'espagnol par García Ramón. Biblioteca Selecta para niños. 1926.

ANZIEU, D. (1975), *El grupo y el inconsciente*, Biblioteca Nueva, Madrid, España. Deuxième édition, 1986.

ANZIEU, D. (1986), *El Yo piel*, Biblioteca Nueva Madrid, España. Deuxième édition 1987.

ANZIEU, D. (1971), La ilusión grupal: un yo ideal común. *El grupo y el inconsciente*, Ed. Labor, Madrid, España 1986.

ANZIEU, D. (1972), *El monitor y su función interpretante*, En El trabajo psicoanalítico en los grupos. Siglo XXI. México, 1978.

ANZIEU, D, BÉJARANO, A., KAËS, R., MISSENARD, A. (1972), El trabajo psicoanalítico en los grupos. Siglo XXI, México, en *El trabajo psicoanalítico en los grupos*, Siglo XXI, México, 1979.

AULAGNIER P., CASTORIADIS P (1975), *La violencia en la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina. Troisième réimpression 1993.

BALLINT, M. (1961), *El Médico, el paciente y la enfermedad*, Première et deuxième partie, Libros Básicos traducción Leal, A. Buenos Aires, Argentina.

BARANGER, M., BARANGER, W. (1961), *La situación analítica como campo dinámico. Problemas del campo psicoanalítico*, Ediciones Kargieman, Buenos Aires, Argentina 1969.

BARTHES, R. (1964), *La Torre Eiffel-La civilización de la imagen*, Editorial Paidós, Buenos Argentina. 2002.

BEJARANO, A. (1972), “Resistencia y transferencia en los grupos”, *El trabajo psicoanalítico en los grupos*, Siglo XXI. México, 1978.

BÉKEI, M. (1984), *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*, Ediciones Nueva Visión, Première édition, Buenos Aires, Argentina 1985.

BERGERET J. (1974), *La personalidad normal y patológica*, Editorial Gedisa Barcelona, España réimpression, 1996.



BERNARD, M. (1990), *El trabajo psicoanalítico en grupos*. Travail présenté lors d'un panel organisé en l'honneur de la présence de J. Laplanche en la Argentina Bs. As. 1990. Publié dans *Psychanalytique de Groupe* n 16, France, 1991.

BERNARD, M. (1981). Mecanismos básicos de la dinámica grupal: las fantasías incestuosas, in Puget, J. y col. *El grupo y sus configuraciones*, Lugar Editoriale. Buenos Aires, Argentina 1982

BERNARD, M. (1988) *Grupo interno, transferencia horizontal y vertical*, Séminaire dicté au SEMEN, Mar del Plata, Argentine, 1988. Publication interne du département de groupe de la Association Argentine de Psychologie et Psychothérapie de Groupe (AAPPG), Buenos Aires, Argentine, 1990.

BERNARD, M (1991), *Introducción a la lectura de la obra de René Kaës*. Publication de la AAPPG, Editions Publicar, Deuxième édition, Argentine, 1991.

BERNARD, M. (1991), *Pertenencia y configuraciones vinculares*, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tome XIV, N°3 y 4, octubre 1991.

BERNARD, M. (1999), *Los organizadores del vínculo. De la pulsión al otro*. Revista Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. T. XXII, N° 1, 1999.

BERNARD, M (1995), *Desarrollos sobre Grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica*, Lugar editoriale. Buenos Aires, Argentine, 1995.

BERNARD, M. y GAMES CHAVES, G. (1965), "Incidencia de una fractura institucional en la tarea terapéutica", in Puget, J., Bernard, M., Games Chaves, G. y Romano, E., *El grupo y sus configuraciones*, Lugar Editoriale, Buenos Aires, Argentine, 1982.

BERNARD, M.; EDELMAN, L.; KORDON, D.; L'HOSTE, M; SEGOVIANO M.; y CAO, M. (1996), *Desarrollos sobre Grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica*, Lugar Editoriale Buenos Aires, Argentine, 1996.

BERNARD, M., CUISSARD, A. (1977), *Temas de psicoterapia de grupos*, Helguero Editeurs. Buenos Aires, Argentine, 1979.

BICK E. (1968) La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. Int. J. Psychoanal; 49(1):10-6.1968.

BION, W. R. (1948), *Experiencias en grupos*, Paidós. Buenos Aires, Argentine, 1963.

- BLEGER, J. (1966),“Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico”, in *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, Argentine, 1967.
- BLEGER, J. (1967),*Simbiosis y ambigüedad*, Paidós Buenos Aires, Argentine, 1967.
- BLEGER, J. (1971),“El grupo como institución y el grupo en las instituciones”, in *Temas de Psicología Social*, Nueva Visión. Buenos Aires, Argentine, 1971.
- BLEICHMAR H. (1997),*Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*, Editoriale Paidós Ibérica, Barcelone, Espagne, 1999.
- BLEICHMAR, H. (1998),*El narcisismo: estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*, Editions Nueva Visión, Buenos Aires, Argentine ,1998.
- BLEICHMAR, H. (1999),“El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque “modular-trasformacional” ”,*Revista de psicoanálisis*, n°3, Buenos Aires, Argentine, 1999.
- BOTELLA, S.; BOTELLA, C. (1996),*Más allá de la representación*, Editoriale Promolibro, Traduction J. Alarcón y col, première édition, Valence, Espagne, 1997.
- BOURGUIGNON, O. et coll. (1999), *Le Fraternel*. Editions Dunod, Paris, France, 1999.
- BOWLY, J. (1960),*El vínculo afectivo*, Paidós, Buenos Aires, Argentine, 1976.
- BOZZOLO R., L' HOSTE M. (1993),*Grupo homogéneo: alienación encubierta y autonomía posible*, Journées annuelles de l'AAPPG, 1993.
- CAMPBELL, J. (1949),*El Héroe de las Mil Caras. Psicoanálisis del Mito*, Fondo de Cultura Económica, deuxième réimpression, Buenos Aires, Argentine, 1997.
- CAMPOS AVILLAR, N. y col. (1980),*Psicología dinámica grupal*, Editoriale Fundamentos, Madrid, Espagne, 1980. Chapitre 1- J.Campos Avillar, pag 11-45.
- CASCARDO, E., RESNIK, P.E. (2007),*Guía práctica para la detección y tratamiento del trastorno de pánico*, Centre de recherches médicales sur l'anxiété, Buenos Aires, Argentine, 2007.
- CHAPPA, H. J. (2006),*Tratamiento integrativo de la crisis de pánico*, Paidós, première édition, Buenos Aires, Argentine, 2006.
- CASTIGLIA, V.C. (1995),*Principios de la investigación biomédica*, Atelier Gráfica Sur,Buenos Aires, Argentine, 1995.

EDELMAN L., KORDON D. (1995), *Desarrollos en Grupalidad, una perspectiva psicoanalítica*, Lugar Editoriale, Buenos Aires, Argentine, 1995.

ESOPO FABULAS (300 a de c), *El león y el ratón*, Fable XIX, Collection Cosmos. Editoriale S.A., Espagne, 1998.

FAIN, M. (1981), *Diachronie, structure, conflit oedipien*, Revue Française de Psychanalyse, XLV 4 985-997, France, 1981.

FINKELSTEIN, C.N. (2003), *El cumplimiento clínico: su prevalencia en pacientes asmáticos y score de medición*, Rev. Argentina de Medicina Respiratoria 2004-nº1:30-37.

FINKELSTEIN, C.N., SEMENIUK, G. (2004), *Clinical and Psychological Articulation in Asthmatic Patients*, Institut de Recherches Médicales A. Lanari, Faculté de Médecine UBA, Buenos Aires, Argentine, 2004.

FINKELSTEIN, C.N., (2003), *Articulación médico-psicológica en pacientes asmáticos*, Revue de l'AAPPG, N°1 XXVIII, 2005.

FINKELSTEIN, C.N., (2007), *Presentación del trabajo Crisis de Pánico y grupos Fotolenguaje®*, 9º Journée annuelle fondation Prosam, (2 novembre 2007), Sheraton Libertador, Buenos Aires, Argentine, Publié in revue Prosam, 2008.

FINKELSTEIN, C.N., (2008), *Representaciones de grupo en los terapeutas de PROSAM. Parte 1*, F. Trevisan, L. Teitelbaun, L. Yankelevich, C. Barenboin. Publié in revista Diagnosis n 4 pag: 295-306, Buenos Aires, Argentine, 2008.

FINKELSTEIN, C.N., (2009), *Enlace preconciente en una paciente psicósomática*, Publié in, revista Prosam, Buenos Aires, Argentine, 2009.

FINKELSTEIN, C. N., TREVISAN, F., TEITELBAUM, L., YANKELEVICH, L., BARENBOIN, C., (2009), *Representaciones de grupo en los terapeutas de PROSAM. Parte 2*, Publié in revue Diagnosis n 5 pag: 295-306 Buenos Aires, Argentine, 2009.

FINKELSTEIN, C. N., *Abordaje psicomédico de pacientes asmáticos en Grupos Fotolenguaje®*, Publié in, la Revista de Asma e inmunología Buenos Aires, Argentine, octubre 2010.

FINKELSTEIN, C.N., VACHERET, C. (2010), *Groupes de Photolangage® avec des patients psychosomatiques et souffrant de crises de panique*, Revue de Psychothérapie de Groupe. N° 59, France, 2012.

FOULKES, S. H.; ANTHONY, E. J.,(1957),*Group Psychotherapy: the Psychoanalytic Approach*,Penguin Book, Londres, Angleterre,1965.

FREUD, S. (1895),“Psicoterapia de la histeria”, in Breuer, J. y Freud, S,*Estudios sobre la histeria.*, Oeuvres Complètes, Amorrortu Editeurs, Tome II, Buenos Aires, Argentine, 1993.

FREUD, S.,*Obras completas*, López-Ballesteros y de Torres, Editoriale Biblioteca Nueva, Espagne, 1948.

FREUD, S. (1914),*Recordar, repetir y elaborar*,Oeuvres Complètes, Amorrortu, Tome XII, Buenos Aires, 1986.

FREUD, S., (1916),*Los caminos de la formación de síntomas. Conferencias introductorias*, Oeuvres Complètes, Amorrortu, Tome XVI, Buenos Aires, Argentine, 1984.

FREUD, S., (1921),*Psicología de las masas y análisis del yo*, Oeuvres Complètes, Amorrortu, Tome XVIII, Buenos Aires, Argentine, 1984.

FREUD, S., (1925),*La Negación*, Oeuvres Complètes, Amorrortu, Tome XIX, Buenos Aires, Argentine, 1984.

GARMA, A., (1950), *On the pathogenesis of peptic ulcer*, Internat. J. Psycho-Anal., 31: 55-125.

GASPARRI, R. C. (1998), *Montaje vincular asubjetivo. Acerca de los saberes instituidos*, Revue de l’AAPPG, Buenos Aires, Argentine, vol 21 N 1 1998.

GREEN, A., (1993),*El trabajo de lo negativo*, Amorrortu editeurs, Buenos Aires, Argentine, 1995.

GREEN, A., (1983),*Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Amorrortu editeurs, Buenos Aires, Argentine,1986.

GREEN, A., (1982), *La folie privée*, Gallimard, France,1982.

HERMANN, I., (1950),*On counter-transference*,International Journal of Psychoanalysis, Vol. 31: 81-84.

HIRIGOYEN, M. F., (1998), *El acoso moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana*, Paidós, Barcelone, Espagne, 1999.

HORNSTEIN, L., (2003),*Intersubjetividad y Clínica*, Editoriale Paidós, Buenos Aires, Argentine, 2003.

HORNSTEIN, L., (2000), *Narcisismo, autoestima, identidad, alteridad*, Editoriale Paidós, Buenos Aires, Argentine, 2001.

HURNI M., STOLL G. (1995), *L'amour de la haine. La perversion du lien*, Harmattan, Paris et Montreuil, 1996.

INDA N., SEDLER P., TESONE R., ZADUNASKY A., (1993), *Los grupos homogéneos y sus destinos*, Département de groupes de l'AAPPG, Buenos Aires, Argentine, 1993.

INDA N., SELVATICI. M., ZADUNASKY A., (1993), *Los grupos homogéneos como recontrato narcisístico*, Département de groupes de l'AAPPG, Buenos Aires, Argentine, 1993.

JAQUES, E., (1955), "Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva", in Klein, M., Meimann, P. y Money Kirlé, R.E., *Nuevas direcciones en Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, Argentine, 1965.

JOUVERT, C., « Effets de la transmission transgénérationnelle et ses effets sur le lien d'alliance ». *Le divan familial*, 2007, 18, in Press, 69-79. Paris. trad. du français de Ezequiel Jaroslavsky.

KAËS, R., (1976), *El aparato psíquico grupal*, Gedisa, Barcelone, Espagne, 1976.

KAËS, R., (1979), *Crisis, ruptura y superación*, Editions Cinco, Buenos Aires, Argentine, 1988.

KAËS, R., (1984), *Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo*, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tome XV, N° 3 y 4 y XVI, N° 1 y 2. Buenos Aires, Argentine, 1991 y 1992.

KAËS, R., (1985), *La difracción de los grupos internos*, Revista Argentina de Psicodrama, Año 3, N° 2, Buenos Aires, Argentine, 1987.

KAËS, R., (1985), *La cadena asociativa grupal*, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tome IX, N° 2, Buenos Aires, Argentine, 1986.

KAËS, R., (1985), *Lugar, función y saber del psicoanálisis en el grupo*, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tome X, N°1, Buenos Aires, Argentine, 1987.

KAËS, R., (1989), "El pacto denegativo en los conjuntos trans subjetivos", in Missenard, A. y col., *Lo negativo*, Amorrortu Editeurs, Buenos Aires, Argentine, 1991.

KAËS, R., (1993), *El grupo y el sujeto del grupo*, Amorrortu Editeurs, Buenos Aires, Argentine, 1995.

KAËS, R., (1999), *Las teorías psicoanalíticas del grupo*, Amorrortu éditeurs, Buenos Aires, Argentine, juillet 2000.

KAËS, R., (1993), *La invención psicoanalítica del grupo*, Publication de l'AAPPG, Buenos Aires, Argentine, 1994.

KAES, R., (1985), *Lugar, función y saber del psicoanalista en el grupo*, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tome X, N° 1, Buenos Aires, Argentine, 1987.

KAES, R., (1989), "El pacto denegativo en los conjuntos transobjetivos", in Missenard, A. y col., *Lo negativo*, Amorrortu Editeurs, Buenos Aires, Argentine, 1991.

KANCYPER, L., (1992), *Resentimiento y remordimiento*, Paidós, Buenos Aires, Argentine, 1992.

KANCYPER, L., (2003), *La Confrontación Generacional*, Editoriale Lumen, Buenos Aires, Argentine, 2003.

LAGACHE, D., (1968), *El psicoanálisis y la estructura de la personalidad*, Revista Uruguay de Psicoanálisis, Tome x n 1 y 2, Montevideo, Uruguay, 1968.

LAPLANCHE, J., (1970), *Vida y muerte en psicoanálisis*, Amorrortu Editeurs, Buenos Aires, Argentine, 1973.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B., (1964), *Fantasia originaria, fantasia de los orígenes, origen de la fantasia*, Editoriale Gedisa, Buenos Aires, Argentine, 1983.

LE GUIN U., (1971), *Los que abandonan Omellas*, Editoriale Almagesto, Buenos Aires, Argentine, Traduction, C. Gandini, 1995.

LE GUIN U., (1968), *Las tumbas de Atuan*, Editions Minotauro, Espagne, deuxième édition, traduction, M. Horne, 1994.

LE GUIN U., (1968), *Los desposeídos*, Editions Minotauro, troisième édition, Espagne, traduction, M. Horne, 1992.

LEVI STRAUSS, (1985), *El mito: Su significado y funciones en la antigüedad y otras culturas*, Paidós, Kurk, G.S, Première édition.

LÉVI- STRAUSS, (1947), *Les structures élémentaires de la parenté*, Mouton, Paris, France, 1967.

LUCCHINA, I. L. y col., (1977), *La Interconsulta Médico-Psicológica*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentine, 1978.

MAHLER, M., (1975), *El nacimiento psicológico del infans humano*, Marymar, Buenos Aires, Argentine, 1977.

MARTY P., (1990), *La psicósomática del adulto*, Amorrortu éditeurs, Buenos Aires, Argentine, 1995.

MARTY P., (1961- 1995), *El orden muerte desorganizaciones y regresiones. Los movimientos individuales de vida y de muertes*, Editorial Promolibro, Valence, Espagne, 1995.

MATUS, S., BIANCHI, G., GASPARI, R.C., GOMEL, S.K., GUTMAN, J., ROJAS, M. C., (1996), *Familia e Inconciente*, Editoriale Paidós - Psicología Profunda, Buenos Aires, Argentine, 1996.

MATUS, S., MOSCONA, S., (1995), *Acerca de la desmentida y la vincularidad*, Journées de l'AAPPG, pag.75-78, Buenos Aires, Argentine, 1995.

MCDUGALL, J., (1978), *Alegato por cierta anormalidad*, Editoriale Paidós - Psicología Profunda, Buenos Aires, Argentine, 1996.

MCDUGALL, J., (1990), *Los Teatros del Cuerpo*, Julián Yébenes, Madrid, Espagne, 1991.

MENEN, A., (1953), *The Ramayane*, The Scribner Library, Etats-Unis, 1954.

MILLER, A., (1979), *El drama del niño dotado*, Editoriale Tusquets, Barcelone, Espagne, 2001.

NASIO, J.D., (1996), *El Libro del Dolor y el Amor*, Gedisa, Barcelone, Espagne, Première impression, trad. Viviana Ackerman, 1999.

NASIO, J. D., (1986), "Edipo", séminaires psychanalytiques de Paris, *El niño del espejo*, co-auteur avec Dolto, F., Buenos Aires, Argentina.

NASIO, J. D., (2007), *El dolor de amar*, Trad. Aleira Bixio, Gedisa, Barcelone, Espagne, 2007.

NERI, C., (1995), *Grupo. Manual de psicoanálisis de grupo*, Nueva Visión, Buenos Aires, Argentine, 1997.

PICHON RIVIERE, E., (1977), *El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social*, Nueva Visión, Buenos Aires, Argentine, 1985.

PICHON RIVIERE, E., (1956), *Teoría del vínculo*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, Argentine, 1980.

POPPER, K., LORENZ, K., (1992), *El porvenir está abierto*, Editorial Tusquets, Espagne, 1992.

PRATT, J., (1905), "TERAPIA DE GRUPO", Cité in BERNARD, M., (1995), *Desarrollos sobre Grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica*, Lugar editoriale, Buenos Aires, Argentine, 1995.

PONTALIS, J. B., (1968), « Le petit groupe comme objet », in *Après Freud*, Gallimard, Paris, France, 1968.

PUGET, J. y col., (1982), *El grupo y sus configuraciones*, Editoriale Lugar, Buenos Aires, Argentine, 1982.

PUGET, J., (2003), *Intersubjetividad. Crisis de la representación. Psicoanálisis* Association de Psychanalyse de Buenos Aires (APDEBA), vol XXI N° 1, Buenos Aires, Argentine, 2003.

PUGET, J., BERNARD, M., (1985), *Aspectos de curabilidad en los grupos terapéuticos*, Travail présenté au 2° congrés international de psychopathologie et santé mentale, Buenos Aires, Argentine, Août 1985.

RACAMIER, P.C., (1989), *L'Antoedipe et ses destins*. Apygée, France, 1989.

ROBERT, P. (1998), Les expressions non verbales en thérapie de couple, in dir. Lemaire J., *Les mots du couple*, Payot, 183-212.

ROBERT, P. (1996), Comment pensent les thérapeutes de famille ?, *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de groupe*, 27, 101-108 (INIST, PsycINFO).

ROUSILLON, R., (1989), "El pacto denegativo originario, el domeñamiento de la pulsión y la supresión", in *Lo negativo*, Amorrurtu éditions, Buenos Aires, Argentine, 1991.

SAMI-ALI, M., (1969), « Étude de l'image du corps dans l'urticaire », *Revue Française de Psychanalyse*, 31: 121-125 1969.

SEGOVIANO, M., (2001), *El primer narcisismo y el grupo*, Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo XXIV, Tome 2, Buenos Aires, Argentine, 2001.

SELVATICI, M., Chebar, N., Sztein, C., Arroyo, N., Feldman L., Fontenla, M., Rodriguez, M. C., Weizer, G., (2002), *Los disfraces de la violencia*, présenté à l'AAPPG, Département de couple et à Apdeba, Buenos Aires, Argentine, 2002.



SELYE, H., (1950), *The story of the adaptation syndrome. The stress of life*, Vienne, Autriche, 1952.

SHAH, I., *Cuentos de los derviches*, Paidós orientalia, España, 1981.

SHAKESPEARE, W., (1594), *Hamlet, Prince of Denmark*, The Oxford and Cambridge Edition, Londres, Grande Bretaña, 1967.

SPITZ, R., (1954), *El primer año de vida del niño, Génesis de las primeras relaciones objetales*, Madrid, España, 1971.

TESONE, J.E., (2001), *Conmemorar, recordar y olvidar*, Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), Buenos Aires, Argentina, Tomo 59, N 2, 2002.

TESONE, J.E., (2000), *El recorrido del afecto a través de las lenguas*. Revista de la AEAPP, N 26, Buenos Aires, Argentina, 2000.

VACHERET, C., (2000), *Photo, groupe et soin psychique*, Presses Universitaires de Lyon, France, 2000.

VACHERET, C., BAPTISTE, A., BELISLE, C., PECHENART, J.M., (1991), *Photolangage, une méthode pour communiquer en groupe par la photo*, Les Éditions D'Organisation, France, 1991.

VACHERET, C., (2000), *La imagen: mediación en el sueño, mediación en el grupo*, Revista de l'AAPPG, vol 23 n° 2, Buenos Aires, Argentina, 2000.

VACHERET, C., (2002), *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Dunod, Paris, France, 2002.

WINNICOT, D., (1971), *Realidad y juego*, Gedisa Barcelone, España, 1991.

## Annexe I. Index de concepts

**Pathologie des limites** Structures qui se situe *entre* la névrose et la psychose et dont la problématique est celle des *bords* de l'appareil psychique. Dans ces pathologies les limites ou bordures ne sont pas clairement installées. C'est une relation massive que transfère le patient sur le thérapeute et que certains auteurs de l'école anglaise ont appelé un excès d'identification projective. **Leon Grinberg** nomme ce phénomène contre-identifications projectives, impact contre-transférentiel qui affecte le thérapeute. C'est un débordement tel du patient sur l'analyste que **J. Bleger** recommandait que ce dernier se centre, plus que sur le transfert sur le contre-transfert. C'est fonction du thérapeute que de veiller constamment à sa place de soutien du cadre symbolique dans le contexte des séances. **Janine Puget** parle d'une arme à double tranchant cependant parce qu'il peut être attribué aux patients ce qui provient du monde narcissique de l'analyste. Dans les pathologies limites le conflit n'est pas exactement *intrapsychique* sinon qu'il chevauche entre une part intrapsychique et une autre qui se joue au dehors.

**Névrose** Le névrotique a un conflit intrapsychique, il souffre parce qu'il vit une lutte entre le Moi, le Surmoi et le Ça. Ce conflit est internalisé et la problématique se plante entre les instances si on utilise le modèle de la deuxième topique freudienne.

**Désétiage** La problématique du désétiage s'exprime chez les patients aux pathologies limites. Ceux-ci dépendent du lien pour le soutien de leur identité, de l'autre comme élément étiage et toute vicissitude survenant dans le contexte relationnel produit un désétiage critique. Un traitement face-à-face favorise un ré-étiage provisoire sur la figure de l'analyste ; il ne s'agit pas seulement de compter sur le regard de l'autre sinon d'offrir toutes les stimulations possibles de cet autre. Le regard concerne cette stimulation primaire, lorsque l'enfant est accroché au sein de sa mère où il se reconnaît lui-même et se constitue à partir du regard maternel. Il faudra un deuxième temps pour évaluer de quelle manière cet étiage pourra se réinstaller avec plus d'autonomie.

**L'Unité duelle** Le sujet humain naît biologiquement au moment de l'accouchement mais poursuit sa naissance psychologique encore un certain moment. La naissance psychologique se produit tout au long d'une période prolongée pour l'enfant et il en est ainsi aussi pour la mère. Juste après la naissance biologique s'installe cette formation, cette figure si particulière que propose **I. Hermann** au sujet de l'*unité duelle*. Il qu'il y aurait un instinct de base, celui de l'*agrippement* qui fait que les bébés singes nouveau-nés s'accrochent aux poils de leur mère. Il peut être mis en doute l'existence d'un tel instinct chez l'homme mais il est possible d'affirmer que si le bébé humain ne compte pas sur une mère à laquelle il puisse s'accrocher psychiquement et avec laquelle établir cette unité duelle, sa survie sera en jeu. L'unité duelle est la base, la prémisse, le modèle de tous les liens ultérieurs. Ce qui ne veut pas dire que c'est le seul ni le dernier. Dans tout lien on retrouve l'infrastructure de cette problématique narcissique primaire : par-dessus, se construira ce que chaque lien a de spécifique. A parvenir au « plus profond » du psychisme on retrouve cette problématique de fusion, indiscrimination qui correspond à la roche dure dont parlait **S. Freud**.

**Attachement** **J. Bowlby** définit l'union comme la condition par laquelle un individu est lié émotionnellement à une autre personne perçue comme plus forte et sage que soi. L'être plus petit et plus faible pouvant être certain d'avoir une « base sûre » est en mesure d'explorer l'environnement. Une des preuves de l'existence du lien d'union se trouve dans la protestation exprimée à vérifier une séparation.

**Fantasme** Pour les psychanalystes français le « fantasme » n'est pas seulement une fantaisie sinon un scénario imaginaire dont fait partie le sujet où se joue la réalisation d'un désir inconscient. Le sujet est toujours présent dans le fantasme.

**Symbiose** La symbiose mère-bébé tout d'abord où la première met à disposition de son enfant son appareil adaptatif et l'installation ensuite chez l'enfant d'un appareil, d'abord peuplé de fantasmes et progressivement de contenus proches du processus secondaire, ils remplacent, à travers un processus d'apprentissage ce qui manque en tant

qu'« équipement ». C'est la *rencontre* qui se produit au sein de l'unité-duelle dans ce lien particulier nommé *symbiose* par **J. Bleger**. La mère a un préconscient déjà formé, ce n'est pas le cas de l'enfant. De nombreux auteurs soulignent l'importance de *traces verbales* depuis le début du lien mère-enfant. Ces traces ou *empreintes* verbales sont pourvus par le préconscient d'une mère qui traite son enfant, entre autre, en fonction du projet qui a été préparé pour lui avant même sa naissance (*contrat narcissique* de **P. Aulagnier**).

**Œdipe** Le complexe d'Œdipe amène le sujet à se situer vis-à-vis de la différence des sexes et des générations.

**Mentalisation** Le *processus de mentalisation* peut se définir comme ce que subi une stimulation dans l'appareil psychique pour se transformer en une partie de lui ; ses possibilités d'être transformé en une représentation, sa complexification, sa relation avec d'autres contenus se fait à travers du travail du Préconscient. Le but final de ce travail (qui ne s'atteint pas nécessairement) est l'accès au processus secondaire. Ce processus induit une série d'hypothèses. La première étant que le groupe précède historiquement le sujet singulier. Ce dernier ne peut émerger s'il n'y a pas un groupe qui le recoit par l'établissement du contrat narcissique (P. Aulagnier). L'autre hypothèse est celle de « pas un sans l'autre ». la présence du sujet, inclus dans le groupe, tend à fonder l'appareil psychique qui à son tour interviendra dans l'organisation des liens dans lesquels le sujet s'insèrera à partir de là. « Pas un sans l'autre » proposé par R. Kaës implique un processus dialectique dans lequel un sujet émerge d'un groupe qui le forme et qui organisera à partir de là et selon les structures acquises, les groupes et liens auxquels il participera. Il s'établit un processus d'étayages réciproques et complexes.

**Transcription et Entrouverture** Selon les termes de la première topique freudienne, ce qui est transcrit serait un reflet de ce qui est au dehors. La problématique de la transcription se pose en ce que ce qui est dedans *n'est pas identique à ce qui provient du dehors* : entre la perception et la représentation il y a un travail qualitatif ; ce qui amène à une expression employée fréquemment par **R. Kaës**, « à l'occasion de », c'est-à-dire que ce qui se forme dans *à l'intérieur* se produit *à l'occasion de* l'expérience mais n'en est pas le

reflet à l'identique. Cela rejoint la fonction des *espaces transitionnels* proposés par **D.W. Winnicott**. L'enfant *crée* ce qu'il vient de *trouver* mais ce qu'il crée *n'est pas identique à ce qu'il a trouvé*. L'espace transitionnel a une fonction, une qualité créatrice (produite par ce que **R. Kaës** décrit comme l'*entrouverture*, le *maintien d'un espace de transcription de l'étayage*) qui produit des contenus originaux de la part de l'enfant à l'occasion de sa rencontre avec la mère.

**Objet transitionnel** Il est décrit par **D. W. Winnicott**, entre les 4 et les 18 mois d'un enfant, un objet peut recouvrir une importance vitale pour lui surtout au moment de s'endormir et est en cela un « objet transitionnel ». Il représente la première possession « non-moi » d'un enfant. L'objet transitionnel est en premier lieu un objet réel mais il est en même temps un substitut symbolique maternel.

**Etayage** **R. Kaës** soutient que l'étayage est multiple : l'appareil psychique s'étaye sur ses propres représentations, dans le lien, avec les objets du monde extérieur etc... *Plus avancé est la complexification de l'appareil psychique, plus proche sont les étapes définitives d'un sujet, plus il pourra s'étayer sur ses propres contenus psychiques*. Le Moi (de la deuxième topique) a dit **S. Freud** est la conséquence du « précipité d'anciennes relations d'objet ». L'appareil psychique expérimente une poussée à ce moment par laquelle sa structure névrotique se constitue avec l'acquisition du Surmoi. Si l'étayage sur les éléments internes fait défaut (par déficit de complexification), il dépendra plus des étayages sur les objets et les structures externes. « L'idée d'un étayage multiple trouve ses racines chez **S. Freud** lorsqu'il suggère avec force un quadruple étayage que je suppose fondamental : sur le corps, sur la mère, sur le groupe et sur soi-même (auto-étayage). Un manquement d'un de ces appuis mobilise toujours depuis **S. Freud** un mouvement de dépression et le recours ou le retour à un étayage plus solide à partir duquel reprendre appui et modèle pour créer (**Kaës. R.**, *Crise, rupture et dépassement*. Dunod, Paris, 1979, pag. 9.).

**Intrasubjectif-Intersubjectif et transsubjectif** Relation *intersubjective* est celle où ce qui vient du dehors respecte la capacité d'assimilation de l'appareil psychique, *les bords* du sujet qui participe de cette relation. Tant qu'il y a un processus de transcription dans l'un et l'autre pôle du lien, il existe la possibilité d'un échange réciproque.

L'*intrasubjectif* est ce qui reste déterminé quand se produit une *relation intersubjective* où existe l'affirmation de : « celui-là c'est moi » et où donc existe également le : « celui-ci c'est toi ». Une violence se produit quand des stimulations déterminées qui viennent du dehors ne respectent pas les barrières de la subjectivité et qu'il s'opère alors un type d'échange que **R. Kaës** définit comme *transsubjectif*, c'est-à-dire ce qui se déroule *au travers de* la subjectivité. C'est une modalité qui peut à certain degrés conduire à une abolition totale de la subjectivité.

Lorsque prédomine l'*isomorphie*, le modèle de l'*unité-duelle* entre en vigueur organisant le lien. Les projections entre les membres du groupe se produisent à partir de contenus qui proviennent spécialement des niveaux des noyaux clivés. Cela donne lieu à des relations *transsubjectives*, c'est-à-dire, ce quelque chose qui s'échange *au travers des* sujets du groupe. Le *transsubjectif* est un type de lien qui évite (à les prendre comme une évidence) les aspects plus complexes des appareils psychiques qui participent du lien et qui rejoint le primaire et souvent l'originaire. Est transsubjectif ce qui passe à travers la subjectivité mais n'est pas transitionnel. **R. Kaës** définit le cadre groupal comme un espace transitionnel et cet *appareil isomorphe*, concernant, lui, la *transmission transsubjective*, permet, dans ce cas oui, la création d'espaces transitionnels.

### **Violence Primaire et violence secondaire**

**P. Aulagnier** appelle *violence primaire*

ce qui ne constitue pas un conflit au sens strict du terme puisque la *violence primaire* qu'exerce la mère est destinée à générer une structure qui n'existait pas avant elle. La *violence secondaire* est aussi décrite par l'auteure et elle, constitue bien un conflit parce que c'est une violence exercée sur une structure que la violence primaire a déjà créée. Une *violence primaire excessive* de la part de la mère pourrait conduire à un effacement ou un empêchement de la constitution des espaces transitionnels. Dans ce cas la mère ne permettra pas à l'enfant de jouer selon l'aspect créatif qui produit l'espace transitionnel et le *trouvé* prédominera sur le *créé* puisque le monde représentationnel ne se constituera pas « à l'occasion de » sinon qu'il *sera une copie textuelle de son modèle*. Paradoxalement, on peut aussi qualifier une situation d'*abandon* de *violence secondaire* puisque là non plus une mère ne permet pas que se produise un espace transitionnel dans lequel l'enfant pourra percevoir et élaborer selon son propre rythme l'idée de son altérité. L'*abandon* constitue

une invasion disruptive dans le psychisme en formation, incapable de la tolérer. De ce point de vue, une mère *absente* est paradoxalement une mère *envahissante* (figures du *sein absent-mauvais sein* de **M. Klein** et du *pictogramme négatif* de **P. Aulagnier**).

**Transmission transpsychique** **R. Kaës** (1993) considère que la « transmission transpsychique » présuppose l'abolition des limites et de l'espace subjectif, tandis que dans la « transmission intersubjective » ces éléments sont conservés.

**Faux self** Expression employée par **D. W. Winnicott**. C'est l'imposition d'un monde extérieur dans l'appareil psychique. Si la mère n'a pas établi un processus de refoulement efficace, elle prendra inévitablement sa progéniture comme une extension de son propre corps et agira en conséquence dans la confusion de ses pensées avec celles de son enfant. Ce qui prédominera dans l'appareil psychique en formation sera le *trouvé* sur le *créé*. Il faut pouvoir différencier le *Faux-self* de la *peau mentale*.

**Peau mentale** Concept proposé par la psychanalyste anglaise, **E. Bick**, à partir de l'observation systématique des nourrissons. Sous leur forme la plus primitive, les parties de la psyché ne sont pas encore différenciées des parties du corps et sont perçues comme privées de cette force coercitive (*binding force*) capable de leur assurer un lien. Elles doivent être maintenues ensembles sous forme passive par la peau qui fonctionne en une limite périphérique. La fonction interne de contenir les parties du Soi est la résultante de l'introjection d'un objet externe capable de contenir les parties du corps. Ce contenant se constitue au cours des tétés dans une double expérience que fait l'enfant du mamelon maternel contenue dans sa bouche et de sa propre peau contenue par la peau de la mère qui soutient le corps du petit de sa chaleur, de sa voix, de ses odeurs familières.

**Narcissisme primaire et secondaire** Le *narcissisme primaire* dérive sur l'apparition du *narcissisme secondaire* au long du développement. La présence-absence de la mère produit dans le psychisme de son enfant une séquence d'internalisations, de représentations du lien établi avec elle, chaque fois plus complexe dans sa structure produisant la base identificatoire du moi de l'enfant qui constituera *le socle du narcissisme secondaire*. Le moi est conséquence d'un précipité de relations d'objet anciennes et l'hallucination optative du sein marque le début du processus.

Le *narcissisme primaire* est celui de la dyade, de l'unité-duelle et le *narcissisme secondaire* culmine avec la fin de la traversée du complexe d'Œdipe (internalisation du Surmoi, prototype de la présence de prohibitions et de limites). La castration génitale propre de la problématique œdipienne est représentée comme telle dans les fantasmes secondaires (**J. Laplanche et J.B. Pontalis**) mais elle est préfigurée dans l'hallucination optative du sein en tant que représentation d'un sein absent qui a cessé de faire partie du sujet, une prolongation de son corps qui va se transformer en un objet extérieur qu'il faudra manipuler d'une façon ou d'une autre.

**Moi-peau** Concept développé par **D. Anzieu** (1985). Le *Moi-peau* formation qui étaye le développement vers la formation du Moi, trouve appui sur les différentes fonctions de la peau. Je remarquerai d'eux d'entre-elles. La première est celle d'un sac qui *contient et maintient* en son intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain sonore des mots ont permis d'accumuler. La seconde fonction est celle de *surface de séparation* (interface) qui marque la limite avec le dehors et qui le maintient à l'extérieur. C'est la barrière qui protège de la pénétration.

**Groupe** L'usage du mot « groupe » renvoi à un ensemble d'éléments ; vers le milieu du dix-huitième siècle ce vocable désignait non seulement un ensemble de choses mais aussi une réunion de personnes. Le premier et plus ancien sens du mot était « nœud ». **D. Anzieu**, définit le groupe comme un ensemble qui s'organise autour de normes, de règles déterminées par la tâche que le groupe s'est fixé. Ces normes, règles, traditions, mythes etc... distribuent des places, déterminent des rôles et sont rapidement chargées de contenus de l'inconscient des membres du groupe. Cette structure particulière qui s'organise dans le groupe établit une différence entre ceux qui partagent cette structure et ceux qui ne le font pas. Cette limite entre *le versant interne* et ce qui reste du *côté du dehors* est définie par **D. Anzieu** comme une *peau* pour le groupe. Peau, dit l'auteur, qui a deux faces : une *externe* représentée par les aspects adaptatifs de l'ensemble de règles et de normes et l'autre *interne* qui sert d'écran pour les projections inconscientes des membres du groupe. **J-B. Pontalis** dans « *Le petit groupe comme objet* » (1963) pose le groupe comme un appareil adaptatif qui, du point de vue psychologique, est un fantasme, *une représentation*. Il y a donc une



représentation du groupe à l'intérieur du sujet qui a un pouvoir organisateur sur le groupe « à l'occasion de » la réunion groupale.

**Archigroupe-Groupe bureaucraté** Ils sont synonymes l'un de l'autre. Cependant, ce qui intéresse **R. Kaës** lorsqu'il parle de l'*archigroupe* (*archi* selon la racine grecque signifie premier, début) est ce que les fantasmes qui soutiennent ce groupe ont d'originaire, d'archaïque. **J. Bleger** pour les *groupes bureaucratés* en revanche met l'accent sur la *rigidification* de sa structure et sur la perte de la *capacité adaptative*.

**Appareil psychique groupal** **R. Kaës** (1993) le définit comme « la construction psychique commune des membres d'un groupe pour constituer un groupe. Son caractère principal est d'assurer la médiation et l'échange de différences entre la réalité psychique dans ses composantes intrapsychiques, intersubjectives et groupales, et la réalité groupale dans ses aspects sociétaux et culturels ».

**Présupposés de base** Se réfèrent au contenu de la « mentalité de groupe » (opinion commune, unanime et anonyme d'un groupe à un moment donné), c'est **W. R. Bion** qui a développé ces concepts. Le *présupposé de dépendance* : où le groupe est soutenu par la conviction secrète et inconsciente d'être réuni par quelqu'un dont il dépend de manière absolue et qui pourra satisfaire tous ses désirs et besoins. Le *présupposé d'attaque-fuite* : y domine le fantasme de l'existence d'un ennemi qu'il faut attaquer ou fuir. Le *présupposé de couplage* : c'est la croyance collective inconsciente que les problèmes et besoins actuels du groupe se résoudreont quels qu'ils soient par un événement messianique à venir ; la naissance d'un fils pas encore conçu et qui sera le sauveur du groupe.

**Angoisse de non assignation** Elle est une reviviscence dans un nouvel agroupement de la détresse originaire (*hilflosigkeit*) de l'enfant juste après sa naissance ; celle qui le pousse à s'agripper à sa mère selon le modèle de l'unité-duelle. C'est le fantasme redouté et redoutable de ne pas avoir de place dans le désir de l'autre.

**Urgence identificatoire** Conséquence de l'angoisse de non assignation. Plus un sujet est proche de l'unité-duelle dans son fonctionnement plus il dépendra de son appartenance à un groupe déterminé. L'appareil psychique produira en lui une représentation qui englobera non une partie sinon presque l'intégralité des contenus dudit appareil et le sujet

établira alors avec son groupe une *identité par appartenance* pathologique. Dans de tels cas, l'identité s'étaye presque exclusivement sur l'appartenance à un appareil psychique groupal isomorphe, qui a besoin pour fonctionner de *la présence concrète du groupe*. Le sujet dans ces termes lorsqu'il sera *hors du groupe* ne pourra utiliser sa représentation de l'appareil psychique groupal et il se retrouvera *pratiquement dépourvu d'identité*, dans un état d'*urgence identificatoire*, selon le concept d'**A. Missenard**. Cela explique le besoin impérieux de certains sujets d'être en permanence en présence de ses objets significatifs. Les sujets pour lesquels l'étayage prédominant repose sur la présence d'un lien réel externe sont confrontés à l'alternative d'établir un lien ou d'entrer dans l'urgence identificatoire, l'angoisse croissant instantanément à des niveaux insupportables. La présence de l'autre (ou l'effet de présence) produit une régression au moment originnaire, espace psychique qui est l'expérience corporelle du pictogramme positif ou négatif (d'attraction ou de rejet).

**Idéal du Moi**            A considérer le modèle que propose **S. Freud** dans « *Pour introduire le narcissisme* » (1914), l'*Idéal du Moi* y est une instance pourvue par la société à laquelle appartient le sujet canalisée au travers des idéaux des parents qui sont transmis à l'enfant. **R. Kaës** propose en fonction de cette perspective, dans les années quatre-vingt, les *formations bifaces* qui appartiennent tant au groupe comme tel qu'au sujet singulier en tant que membre du groupe. Le modèle de **R. Kaës** focalise particulièrement sur cette *articulation entre le sujet singulier et le groupe auquel il appartient*. Hors si pour constituer un groupe est nécessaire une forme de renoncement, dans ces moments où il faut passer par les étapes du narcissisme primaire (état amoureux, illusion groupale et ses équivalents), il faut considérer qu'il est possible de *faire masse* seulement si sont laissées de côté les capacités qui permettent de discriminer.

**Sociabilité syncrétique**        Concept établi par **J. Bleger**. Un aspect de la « sociabilité syncrétique » est de pouvoir être ensembles sans avoir besoin des mots. **Isabel Allende** dans « *La maison aux esprits* » raconte l'histoire de Clara, une petite fille, puis femme et épouse du sénateur Duarte, qui cessait de parler périodiquement. La première fois que cela arriva fut dans son enfance à la mort de sa sœur dont elle se sent coupable du fait de ses pouvoirs paranormaux. Ensuite cela se produit durant son mariage : Clara est en conflit permanent sur le plan politique et idéologique avec son mari qu'elle aime cependant

tendrement et passionnément. Le sénateur, après une séparation d'avec Clara qui lui fut particulièrement douloureuse, lui propose : « je ne veux pas que tu me parles mais j'aimerais beaucoup pouvoir être où tu es ». C'est ce qu'ils feront. En évitant la parole (ils communiqueront seulement de façon indirecte, par tierce-personne) ils parviennent à préserver pour un certain temps un niveau de relation (la relation syncrétique : ils vivent sous le même toit, dans la même chambre). Mais cette tentative finira par échouer. La « sociabilité syncrétique » de fait ne peut se maintenir stable et isolée de la « sociabilité par évolution ». Cependant pour que le *narcissisme secondaire* puisse œuvrer et permettre l'élaboration de l'appareil psychique complexe à un niveau névrotique, le *narcissisme primaire* doit être déposé, situé, fixé quelque part (c'est la sociabilité syncrétique).

**Clivage** Quand **J. Bleger** fait référence au *noyau agglutiné* (et au contenu des niveaux de sociabilité syncrétique du groupe où ce noyau est déposé), il parle d'un *clivage radical* ; non pas d'un mécanisme de refoulement sinon d'un processus ou s'opère une séparation entre les parties psychotiques et non psychotiques de la personnalité. Ce qui est névrotique reste d'un côté et ce qui est psychotique est maintenu séparé de l'appareil psychique cohérent, entretenant avec lui une relation particulière. Le *clivage* peut être pathologique, il est cependant dans cette acception indispensable pour la constitution du psychisme. Selon la ligne de séparation entre le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire (résultat des identifications œdipiennes) se constitue le *clivage naturel* propre du refoulement originaire.

**Transmission transgénérationnelle** Elle renvoie à un fondement isomorphe de l'appareil psychique familial (**A. Ruffiot**) qui permet la transmission des contenus ne passant pas nécessairement par le processus secondaire. **C. Jouvert** développe ce concept dans les liens d'alliances (1997).

**Valence** **F. Fornari** rapporte comment **W.R. Bion** réfute la théorie libidinale collective, substituant au concept de libido celui de **valence**. **W.R. Bion** l'utilise pour indiquer la disponibilité du sujet à des niveaux qu'on peut difficilement qualifier de mentaux ; caractérisés par la présence dans l'humain d'un comportement plus proche du tropisme des plantes que d'un comportement motivé. L'automatisme en est une de ses caractéristiques. La *valence* peut encore se définir comme la capacité et la possibilité qu'a

le sujet de travailler les strates les plus primaires de son appareil psychique. Les niveaux les plus régressifs (ou les moins progressifs) se combinent et renvoient au *noyau agglutiné* (**J. Bleger**) ou au postula de l'*originnaire* (**P. Aulagnier**). Lorsqu'un sujet entre dans un lien, il se produit un *désétayage* des appuis qui reposaient sur des liens antérieurs et le sujet doit se réétayer sur le nouveau lien extérieur. Certains sujets supportent plus facilement les nouveaux liens parce qu'ils disposent d'une structure psychique interne suffisante pour qu'un étayage (interne lui aussi) soit possible et efficace.

**Illusion groupale** **D. Anzieu** (1976) propose d'appeler « illusion groupale » le sentiment d'euphorie et de grande confiance en soi-même et en la bonté de l'expérience qu'expérimentent les groupes en général aux moments initiaux de leur formation. L'auteur le considère comme un phénomène en partie nécessaire pour que puisse se développer un groupe. Pour que cette régression au narcissisme primaire s'établisse il faut qu'il y ait une perte relative des facteurs qui relèvent de l'identification secondaire (du narcissisme secondaire). Pour que se rétablisse le narcissisme primaire propre d'un premier moment groupal instituant, doit agir un mécanisme de refoulement de tout ce qui implique l'établissement des différences. Ce *mécanisme de dénégation des différences* est condition nécessaire à l'avènement de l'*illusion groupale* et des phénomènes associés comme l'excision du transfert, la projection etc...

**Contrat narcissique** **P. Aulagnier** (1975) dans « *La violence de l'interprétation* » prête attention au fait que chaque sujet naisse au monde dans la société avec pour mission d'assurer la continuité du groupe social auquel il appartient. Cette communauté, pour assurer sa suite, doit investir narcissiquement le nouveau sujet. La notion de « *contrat narcissique* » correspond à l'assignation pour chacun d'une place déterminée, offerte par le groupe et indiquée par la communauté des voix qui, avant même l'apparition du sujet, a eu un certain discours conforme au mythe fondateur du groupe. En d'autres termes, l'auteur se réfère par cette acception à l'espace désigné par la société, au travers des parents qui agissent comme son porte-voix, destiné à être occupé par l'enfant à venir. Les deux parties garantissent l'investissement libidinal de ce dernier au prix pour le nouvel arrivant de prendre en charge l'accomplissement de certaines attentes déléguées en lui par la société et/ou les parents. **S. Freud** décrit aussi un prototype de *contrat narcissique* dans « *pour*

*introduire le narcissisme* » (1914). Un exemple de *pacte narcissique* paradoxal est décrit par **J-P. Racamier** dans « *l'antoedipe* » où une mère interdit la naissance psychologique de son enfant.

**Transmission** On peut parler de *transmission de contenus* qui s'échangent dans un appareil psychique groupal *homomorphique* ; lorsqu'elle s'opère au travers d'un appareil psychique groupal *isomorphique*, il n'y a pas de transformation (soit lorsque les *bords* entre les appareils psychiques de qui va participer de cette transmission ne sont pas établis ou précaires). Cette question peut être abordée aussi selon la perspective de l'*étayage*. Une transmission depuis un étayage qui se produit avec un hiatus, une entrouverture où s'installe un espace transitionnel. Ou bien un étayage où cet espace ne peut se produire et renvoi à l'*ouverture indéfinie* ou à la *fusion* entre les parties s'étayant réciproquement.

**Préconscient** Le modèle utilisé dans ce travail admet que la formation de l'appareil psychique commence dans la situation de rencontre entre la mère, porte-voix de la culture, et le bébé qui vient de naître. Un travail laborieux doit pouvoir se réaliser au travers des espaces transitionnels, depuis une mère qui est le prolongement de son *self* (postula de l'originaire) jusqu'à une mère qui se sépare progressivement (postula du primaire). Qu'entendons-nous par *préconscient* ici ? Depuis la première topique freudienne on peut considérer le préconscient comme cette instance qui se situe par-delà des limites du refoulement et qui implique le travail du processus secondaire dans les représentations. La présence de la barrière du refoulement divise les champs de l'inconscient refoulé et du *préconscient passible de conscience*. Pour appartenir au préconscient, les représentations de chose doivent être liées aux représentations de mot. Dans la deuxième topique le modèle observe un changement substantiel puisque **S. Freud** découvre que certains éléments du Moi sont aussi inconscients avec les mécanismes de défense moiïques. Dans son nouveau modèle, ce qui était caractéristique de l'Inconscient se superpose avec l'espace destiné au Ça et le reste occupera l'aire du Moi. Dans l'interprétation d'**A. Green**, *le Moi* engloberait presque tout ce qui avant représentait *l'Inconscient et le Préconscient*. La *problématique du préconscient* peut se penser aussi depuis la perspective des *processus de mentalisation* : le travail produit par l'appareil psychique pour transformer les stimulations hétérogènes à lui en quelque chose d'homogène à ses contenus. Travail qui se produit à partir de l'effet de la

structure psychique obtenue à partir des stimulations qui viennent, soit du soma, soit du monde extérieur. C'est ce qui correspond au *processus de transcription* qui s'opère dans cette *double limite*. **S. Freud** décrit la membrane de *pare-excitation* (*reizschutz*) qu'il situe entre l'appareil psychique et le monde extérieur.

**Transfert**                    *Les transferts* sont les rééditions, les créations des motions et fantasmes qui, à mesure que l'analyse avance, ne peuvent pas moins que se réveiller et devenir conscients. La caractéristique commune à tous en est la substitution d'une personne antérieure à celle du thérapeute. Une série de vécus psychiques précédents n'est pas revécue avec la personne du thérapeute comme quelque chose de passé sinon d'actuel. *Tout transfert implique une certaine lecture de la réalité actuelle à partir des structures de perception produites antérieurement*. Une « lecture en transfert » induit inévitablement une transcription de sens dans laquelle, un sens précédent nuancera ou changera le sens que la situation actuelle aurait eu « ingénument » avant ce *travail transformationnel*. C'est le transfert qui occupe la tâche d'interpréter, depuis les débuts même de la constitution de l'appareil psychique ce qui « vient après » la constitution de cette *structure interprétative*, dont la fonction primordiale est la transformation de la diversité en homogénéité, en ce qui contribue à la qualité des représentations psychiques dans un *processus d'assimilation ou de métabolisation* comme celui proposé par **P. Aulagnier** (1975). Cette structure adopte aussi la forme et la fonction d'une membrane de pare-excitation, de peau qui recouvre et protège l'appareil psychique. Dans *le transfert narcissique* prédominent les mécanismes projectifs, base des phénomènes les plus typiquement de liens « normaux » (illusion groupale, état amoureux par ex.). Il est indispensable de prendre en compte la *relation entre les pathologies des limites et le transfert narcissique* (et ses mécanismes de projection correspondants). Le *transfert névrotique* peut, lui, se limiter relativement à un conflit intrapsychique tandis que dans le transfert narcissique prédominera toujours des manifestations des liens.

**Diffraction du transfert**                    Des groupes internes du sujet que les expériences de liens antérieurs ont conformés dans son appareil psychique, la diffraction s'opère sur l'écran des liens actuels dont participe le sujet.

**Figurabilité** A établir une différence trop radicale, il y aurait un pôle de l'appareil psychique où prédomine seulement le processus primaire, avec son chaos, sa tendance à la décharge immédiate et un autre pôle où seule interviendrait la pensée logique. Dans une conception où n'existe pas seulement le blanc et le noir, on peut considérer un continuum tout en nuance où progressivement s'atteignent des types d'organisation qui culminent dans le processus secondaire. : *Les processus de figurabilité*. Prennent-ils une phrase verbale et la transforment-ils en quelque chose passible d'être représenté en images ou bien y a-t-il des fantômes, des arguments qui sont représentés en images avant d'avoir accédé à une forme verbale ? Les caractéristiques des contenus du préconscient sont l'union de la représentation de chose avec la représentation de mot (transformer des images en images associées à des mots). Le *processus de figurabilité* est aussi comme dans les rêves, le résultat d'un *travail onirique*. C'est le *travail du préconscient*.

**Langage gestuel** Un geste est produit pour que quelqu'un le perçoive et en tire ses conclusions. Ce n'est pas la même chose qu'une dramatisation où tout n'est pas posé pour être communicatif, du moins depuis la conscience. Faire un geste à l'autre ou vers l'autre est destiné à être interprété par lui. Il pourra se tromper parce que le *langage gestuel* contient une marge d'*ambiguïté* importante propice au malentendu mais c'est cependant un geste communicatif. Dans les traitements des liens, il se joue dans le *face-à-face* qui modifie les canaux de communication de façon décisive. Ce n'est pas la même chose d'*écouter* une chaîne associative dans le défilé du *temps* que d'*observer* un déroulement fantasmatique qui se réalise dans l'espace. Tous les éléments sont *déjà là ensembles*. Dans la chaîne associative il faut comme son nom l'indique attendre que chaque chaînon apparaisse. Dans la scène dramatique tout y est.

**Association libre** Méthode qui consiste à exprimer sans discrimination toutes les pensées qui passent par l'esprit, que ce soit par un élément donné (mot, numéro, image d'un rêve, une quelconque représentation), ou de manière spontanée. Elle permet de mettre en évidence un « ordre », une « logique » déterminée de l'Inconscient.

**Commuting** Le terme utilisé par C. Neri, désigne l'oscillation de la dimension individuelle à celle de groupe et vice versa. Une modalité intentionnelle et particulièrement

efficace du *commuting* en est le « récit efficace ». Une deuxième modalité de *commuting* non intentionnelle et inconsciente, est la propagation transpersonnelle ».

**Récit efficace**            C. Neri. Le « langage de l'effectivité » prend souvent la forme d'une « narration efficace » : un récit capable de faire que celui qui écoute entre en relation avec les pensées, les émotions et les sentiments présents dans le champ du groupe.

**Disposition en étoile**            C. Neri. C'est le fait que l'intérêt des membres du groupe s'oriente vers un objet commun. Le discours agit par opposition entre différents points de vue et par superposition d'images relatives à un même thème (amplification thématique). Ces opérations visent à mettre en lumière une signification présente, mais implicite, qui autrement serait peu évidente car elle n'est pas située sur un fond qui lui permet d'être perçue.



## Annexe II. Index des auteurs

S	Ali:	71
	Ancona:	20
C	André:	39
O	Andronidou:	39
D	Anzieu:	21,25,26,33,35,43,45,46,63,83,139,151,324,333,360,415,419
S	Araujo:	41
P	Aulagnier:	31,51,68
R	Averbuj:	47
M	Ballint:	8,20,355
R	Barthes:	49
I	Berenstein:	31
J	Bergeret:	43,48,65,79,335
M	Bernard:	9,11,28,31,37,71
C	Bernard:	60
E	Bick	26
W	Bion:	20,25,32,33,37,66,110,139,142, 332,360,416,418
J	Bleger:	21,28,31,65,82
H	Bleichmar:	18,95
S	Botella et C.	49,119,375

	Botella	
O	Bourguignon:	144
J	Campos Avillar:	36
W	Cannon:	60
O	Carre:	41
H	Chappa:	95
P	Cuynet:	40
M	Donaz :	39
B	Duez:	54
L	Edelman:	43,44
M	Fain :	73
C	Finkelstein:	15,17
S	Foulkes:	20,27,36
S	Freud:	22,28,30,34,43,48,51,63,64,95
	Galli:	20
A	Green:	31,48
C	Guerin:	41
C	Guerrero:	41
O	Heinroth:	60

I	Hermann:	47,61,62,68,268,381
L	Horstein:	18
N	Inda:	15,35,366,369
E	Jaques:	26
C	Joubert	253
		10,11,20,21,22,25,28,29,30,34,35,37,43,45,52,65,66,67,69,71,7
R	Kaes:	9,85,86,87,89,94,121,133,344,330,360,381,382,397,411,412,41 3,414,416
L	Kancyper:	37
M	Klein:	20,26
D	Kordon:	44
D	Lagache:	72,380
E	Lecourt :	39
K	Lewin:	26
I	Lucchina:	8,135
P	Marty:	43,65,77,78,80,81,333,335,336
J	Mc Dougall:	61,64,65,70,71,72,77,88,236
J	Méry:	40
A	Miller:	66
A	Mitsopoulou:	41
M	Molho:	39

D	Musetti:	41
	Napolitani:	20
J	Nasio:	34,67
K	Navridis:	40
C	Neri :	43,85,134,138,139,142,334,335,360,422,423
I	Pavlov:	60
M	Petrous:	40
G	Piccolo:	41
E	Pichon Riviere:	21,27,41,134,378
J	Pontalis:	21,68,415
K	Popper:	10
J	Pratt:	44
J	Puget:	31,89,138,330
P	Racamier:	10,62,420
M	Ravit:	39,41
P	Robert	331
R	Rousillon:	53
N	Schmidt:	39
M	Segoviano:	35,39,86,89,334,335,366
M	Selvatici:	15,34,71,117,368

W	Shakespeare:	134
D	Stavrou:	41
B	Taillander :	39
D	Tsepelis:	40
C	Vacheret:	9,10,16,37,38,39,48,51,52,53,54,81,85,114,331,375,382,397
D	Winnicott:	12,25,53,63,66,69,99,100,171,412,414
M	Zurlo:	39

