



Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques

Anne Brun

DANS **CLINIQUES** 2016/1 N° 11 , PAGES 16 À 44

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 2115-8177

ISBN 9782749250380

DOI 10.3917/clini.011.0016

Date de mise en ligne : 25/02/2016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cliniques-2016-1-page-16?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



© Gustav Klimt, *Vie et mort*.

« L'intérêt de ces thérapies à médiation consiste à exploiter la sensori-motricité comme un vecteur de symbolisation. »

Anne Brun

Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques ¹

Symbolization Specificities in Therapeutic Mediations

Anne Brun

En préambule, quelques mots sur mon premier groupe thérapeutique d'écriture dans le cadre d'une prison : on m'a vivement conseillé de ne pas proposer de consignes d'écriture en appelant à l'imaginaire, au motif que les détenus sont dans le registre de l'acte, avec un déficit majeur du côté des représentations et des fantasmes, et qu'il faudrait rester dans le concret et le quotidien... Avec mon cothérapeute, nous transgressons d'emblée ces bons conseils et nous proposons comme consigne d'écriture un voyage imaginaire : « Imaginez que vous êtes un voyageur découvrant un pays inconnu ou imaginez un voyage dans le temps, vous êtes le héros du texte, vous écrivez en Je. »

Un détenu d'une trentaine d'années, est assis à mes côtés, son apparence est glaciale, il me dévore des yeux et semble boire mes paroles, je me sens rapidement « vampirisée » : il se présente au groupe en disant qu'il a commis un meurtre et qu'il attend son procès. Voici son premier voyage imaginaire en écriture :

« Il était une fois dans une province reculée d'Asie un homme qui fit trembler le monde entier, et plus particulièrement la grande Rome en Italie...

Anne Brun, psychologue, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2, directrice du Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC). CRPPC, 5 avenue P. Mendès France, 69656 Bron.
annebrunlyon@orange.fr

1. Article issu de la communication au colloque « Les médiations thérapeutiques en pratique institutionnelle », Paris, Théâtre Adyar, octobre 2015. (Consulter le lien : <http://apspi.net/prochain-colloques/2>)

Je m'appelle Attila le grand et je pars à la conquête de Rome avec mon armée d'une force de 30 000 hommes de valeureux guerriers. Ils s'appellent les Huns, je suis leur chef suprême et je me suis juré de détruire et de m'emparer de Rome... Les Romains ont peur de moi et m'ont surnommé le fléau de Dieu... Je me suis juré de devenir le maître du monde... Je crie en brandissant mon épée à la main sur mon cheval en galopant tête baissée vers l'ennemi que nous tuons un par un jusqu'au dernier... »

Le patient semble véritablement halluciné quand il lit son texte, qui à la fois impressionne le groupe et provoque un peu le rire des autres détenus ; cela signe pour le patient projeté sur la scène du groupe un début de jeu avec la destructivité totale... L'identification du détenu à Attila « le fléau de Dieu » met certes en scène un fantasme de toute-puissance destructrice, mais elle figure aussi un anéantissement radical, ce que je formule à Pierre de façon imagée en rappelant la fameuse formule d'Attila : « Après moi, l'herbe ne repousse pas ! » Derrière l'omnipotence, la terreur de l'anéantissement, derrière la politique de la terre brûlée, une figuration d'un vécu de mort psychique, une agonie primitive, dirait D.W. Winnicott. Pas d'autre moyen pour posséder l'objet que de le tuer ; détruire et s'emparer de Rome renvoie au mortifère de la rencontre première avec une figure maternelle archaïque. Tous les ingrédients de la symbolisation spécifique des médiations thérapeutiques sont là : transfert sur le médium de l'écriture, transfert sur le groupe (il est le chef des Huns du groupe), réactualisation de terreurs primitives et amorce de figuration de ces vécus impensables de destruction totale, réactualisation proche de l'hallucinatoire, apparaissant sous la forme de vécus sensori-moteurs, ici brandir son épée et galoper tête baissée...

Si j'ai commencé par une séquence avec la clinique de la criminalité (Brun, 2012), c'est que les médiations thérapeutiques sont particulièrement appropriées pour traiter ce que nous appelons, à partir d'une formulation de R. Roussillon, les cliniques de l'extrême, cliniques relevant de « situations extrêmes de la subjectivité », clinique des agirs violents, clinique de l'antisocialité grave, clinique de la psychose, problématiques psychosomatiques, clinique des pathologies du narcissisme et de l'identité...

C'est l'impasse dans laquelle se sont trouvés les soignants pour traiter de telles cliniques qui a motivé le recours aux médiations. Dans une perspective historique, la pratique des médiations s'est développée dans la psychothérapie psychanalytique de l'enfant et des psychoses, avec le constat de la radicale insuffisance des dispositifs classiques, standard, fondés sur le langage verbal.

L'essor des médiations a été considérable, en pratiques institutionnelles notamment, mais le développement des pratiques à médiation

a souffert et souffre encore trop souvent d'un déficit de théorisation ; il s'agit plutôt de se transmettre, au sein de chaque institution, des pratiques réputées avoir fait leurs preuves. Ce déficit de théorisation s'accompagne paradoxalement de la production de multiples ébauches de conceptualisations, référées à des champs théoriques très hétérogènes, regroupés souvent sous la bannière de l'art-thérapie.

Ces pratiques et théorisations en archipel apparaissent aussi liées au fait que les psychanalystes dans un passé récent et trop souvent encore d'actualité, estimaient ne pas devoir s'engager sur ce terrain, réputé comme le fief des infirmiers, des éducateurs, des artistes ou des art-thérapeutes de tous horizons, avec des formations diverses... Certains psychanalystes affirment même que les cliniciens/psychanalystes ne doivent en aucun cas participer directement à l'animation des groupes à médiation, les psychanalystes devant seulement occuper la position de supervision. Notre position, dans l'ouvrage *Manuel des médiations thérapeutiques* (Brun et coll., 2013), consiste au contraire à affirmer la nécessaire présence de cliniciens référés à l'épistémologie psychanalytique au sein même de ces groupes, et pas seulement en supervision.

Nous avons tenté de construire une théorie générale de la médiation et de sa place dans les processus de symbolisation. Nous nous sommes donc interrogés sur les fondements épistémologiques sous-tendant les pratiques de médiations thérapeutiques, référées à la théorie psychanalytique, et notre question a été de savoir s'il était possible de proposer une métapsychologie transversale de la médiation et du médium malléable.

Une seconde question fondamentale est de savoir si les médiations thérapeutiques, comme la peinture, la terre, le modelage, le théâtre, le conte, la musique, les marionnettes, peuvent être envisagées comme d'autres terrains de rencontre analytique que le dispositif analytique standard. Les dispositifs à médiation relèvent de la psychothérapie psychanalytique et non pas de ce que l'on désigne communément par art-thérapie, quand ils sont fondés sur la prise en compte du transfert et de l'associativité, au fondement de la méthode analytique : transfert sur le médium malléable, qui désigne à la fois le cadre dans sa matérialité, la matière, et le thérapeute.

Le médium malléable est un concept introduit par M. Milner en 1950, qui a été prolongé et renouvelé par R. Roussillon. L'originalité de M. Milner consiste à s'interroger sur le rapport entre une œuvre d'art

et le travail analytique : elle souligne que l'enfant en psychothérapie utilise des jouets, des objets ou des matériaux divers, comme l'artiste utilise un médium malléable. Le médium malléable désigne à la fois le matériau, la matière dans sa concrétude, et le thérapeute qui présente le médium. M. Milner ajoute que le médium malléable représente plus largement l'ensemble de la salle de jeu comme surface d'interposition. Le médium malléable renvoie donc conjointement à la matérialité du cadre et à la dimension transférentielle. L'objet médiateur n'est donc pas thérapeutique en soi, cela dépend de la mise en place d'un cadre et d'un dispositif.

Quels sont les principes organisateurs d'un dispositif à médiation référé à la théorie psychanalytique ? De façon générale, les deux fondements de la psychothérapie psychanalytique sont la prise en compte de l'associativité et du transfert.

Comment repère-t-on un processus associatif dans le cadre des médiations thérapeutiques ? On observe habituellement les associations du patient en lien avec sa production, ainsi que des chaînes associatives groupales, dans le cadre d'un groupe. C'est en effet une forme « d'associativité » non verbale qui se déploie avec le médium, une associativité liée au geste, à la succession des séquences, à l'enchaînement des formes et aux déformations que le sujet fait subir au médium.

De quoi se compose cette associativité non verbale ? Le clinicien sera attentif à la gestualité des patients, notamment ceux qui souffrent de pathologies lourdes, à leurs mimiques, à leurs postures corporelles, à toute la dynamique mimo-gestuo-posturale, mais aussi à leur choix de tel ou tel instrument pour travailler le médium, de tel ou tel matériau, de telle ou telle technique. Il sera aussi essentiel de repérer la façon dont s'enchaîne au fil des ateliers thérapeutiques toute cette dynamique sensori-motrice pour chaque patient et pour le groupe, comment s'associent par exemple un déplacement dans la pièce, une activité motrice, un trait, une mimique, une technique picturale, un choix de support ou d'instrument spécifique, ou toute forme d'expression.

Le point de départ de toute la dynamique sensori-motrice est la rencontre avec la sensorialité du médium, avec une matière à manipuler, qui met en jeu toute une dynamique sensori-motrice dans les groupes à médiation. L'intérêt de ces thérapies à médiation consiste à exploiter la sensori-motricité comme un vecteur de symbolisation.

Le clinicien se centre trop souvent sur la production finale, sur la forme produite par le sujet avec le médium. Pourtant, il est capital de suivre très attentivement tout le processus de production lui-même, l'intégralité du jeu avec les diverses propriétés sensorielles du médium. Le clinicien doit alors nécessairement ne pas se borner à l'écoute du registre verbal mais prendre en compte l'ensemble du registre sensori-moteur.

Pour pouvoir être en mesure d'observer particulièrement le champ de l'associativité sensori-motrice, nous associons souvent aux deux cliniciens qui animent les groupes thérapeutiques à médiation ce que nous appelons un observateur écrivant, position que j'ai particulièrement expérimentée : cet observateur écrivant peut aussi parfois intervenir en voix *off* ou établir quelques interactions spécifiques avec les enfants, sans toutefois sortir de sa fonction écrivante.

L'associativité s'accompagne de la formulation d'une règle fondamentale, sur le modèle de la règle fondamentale énoncée à l'orée d'une cure psychanalytique. Cette règle comporte de façon centrale la référence à l'objet médiateur, ainsi qu'à l'association libre, à la liberté. Dans le cadre de la médiation picturale avec les enfants, on peut la formuler ainsi : « On est là pour dire avec la peinture et avec les mots ce qui se passe dans notre tête, ce qui est difficile, ce qui fait mal, ce qui fait peur, et aussi ce qui fait plaisir. On peut raconter avec la peinture (ou autre) et on peut parler. Vous (ou tu) pouvez utiliser tout ce qui est là pour faire de la peinture (ou autre), comme vous voulez. » L'associativité est inséparable du transfert. La question est de savoir quelle sera la spécificité du transfert dans ces dispositifs à médiation référés à la psychothérapie psychanalytique. Il s'agit d'abord d'un transfert sur la matérialité du médium qui va devenir du coup une « matière à symbolisation » (Chouvier et coll., 2002). Le transfert est multifocal, transfert sur le médium malléable, à la fois objet médiateur et clinicien, transfert sur le cadre, transfert sur le groupe : le transfert se présente fondamentalement comme une « constellation » transférentielle (Freud, 1938).

Dans les groupes thérapeutiques à médiation, la fonction du médium sera d'être un attracteur sensoriel, qui permet le transfert d'expériences primitives sur l'objet médiateur car il réactualise des expériences archaïques souvent catastrophiques, qui concernent les états du corps et les sensations. Le transfert sur le médium apparaît aussi comme une

modalité du transfert sur le cadre au sens d'un transfert des modes de relation primitifs, comme le montrent les travaux de G. Haag.

Quand on travaille avec des patients notamment psychotiques ou autistes, on constate que l'enfant raconte par sa gestualité et son travail du médium son histoire, sa vie psychique, ses terreurs primitives, avant le langage verbal. Par ailleurs, le transfert sur le médium malléable, au double sens du matériau et du thérapeute, est le transfert de la relation première de l'enfant à l'objet.

Mon fil rouge sera que les dispositifs à médiation, référés à la psychothérapie psychanalytique, permettent d'engager des processus de symbolisation spécifiques, par cette mise en jeu de la sensori-motricité des patients dans la confrontation à un médium sensoriel, comme la peinture, la terre, la pâte à modeler, le collage, la musique. Nous allons nous interroger sur la nature de ces formes de symbolisation sensori-motrice à partir de la clinique.

De façon générale, pour des patients dans des problématiques psychotiques ou narcissiques identitaires, les sensations procurées par la matérialité du médium réactualisent, sous forme de sensations hallucinées, des éprouvés somato-psychiques impensables, des vécus psychocorporels souvent de l'ordre des agonies primitives (Winnicott, 1989) ; soit des terreurs extrêmes, sans fin et sans limites, telles que le sujet se retire de cette expérience de mort psychique pour pouvoir survivre. Ces expériences primitives catastrophiques, qui n'ont jamais pu être représentées car elles n'ont, en quelque sorte, pas été éprouvées par le sujet, peuvent justement se réactualiser et se figurer au gré de la rencontre avec tel ou tel matériau.

Elles s'imposent au patient sous la forme d'un vécu hallucinatoire, qui rencontre un écho dans la manipulation du médium malléable. En définitive, le médium sensoriel mobilise une mémoire perceptive évoquée par S. Freud, composée de traces sensori-affectivo-motrices d'expériences archaïques. Or elles peuvent justement se réactualiser et se figurer au gré de la rencontre avec tel ou tel matériau, telle ou telle technique, de façon singulière et différente, et sans qu'il soit possible d'anticiper ce qui mobilisera chaque patient.

Ainsi les expériences subjectives primitives qui n'ont jamais été intégrées, comme le souligne D.W. Winnicott (*ibid.*), expériences concernant les états du corps et les sensations, seront réactivées sur un mode hallucinatoire, par la rencontre avec le médium malléable : elles pour-

ront être transformées en « figurations scéniques » (Aulagnier, 1986) et en messages signifiants, à valeur expressive, voire narrative, à la fois par leur mise en forme dans le matériau sensible, et par les thérapeutes, présentant et représentant le médium. Il s'agira de donner sens, au sein du cadre thérapeutique à ce langage de l'acte et du corps, qui renvoie à des expériences archaïques qui n'ont pas pu être traduites en langage verbal.

C'est le médium sensoriel qui va réactiver ces traces perceptives primitives évoquées par S. Freud qui souligne en 1937, dans le contexte de la cure analytique classique, un possible retour hallucinatoire d'un « vu ou d'un entendu » dans la première enfance, pour des patients non psychotiques. Il peut s'agir aussi d'un « senti ».

De façon générale, ce sont donc des expériences primitives catastrophiques, qui n'ont pas pu être réfléchies, reconnues et transformées dans l'interrelation avec l'environnement premier, qui vont tenter de se faire réfléchir dans le cadre des thérapies à médiation.

Les médiations thérapeutiques permettent aux patients souffrant de pathologies lourdes d'émerger de processus en quelque sorte sans sujet pour accéder à des processus d'appropriation subjective, à partir de leur travail du médium.

CLINIQUE²

Un exemple clinique permettra de saisir les processus en jeu à partir de la constitution d'un groupe thérapeutique de recherche, dans le cadre d'un centre hospitalier psychiatrique.

Description du cadre-dispositif

Le groupe est animé à la fois par une psychologue de l'hôpital psychiatrique et par un jeune psychologue chercheur, accompagnés par un observateur écrivant qui est aussi un doctorant³. Mon rôle consiste à assurer une intervision avec ces trois thérapeutes, deux fois par mois environ. Le groupe de médiation picturale a lieu dans des

2. Groupe thérapeutique de recherche, dans le cadre de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Vénissieux.

3. Stéphanie Vernay, puis Victoire Martin, Guillaume Rebollar et Jean-Pierre Mambou.

locaux de l'hôpital, une fois par semaine, les patients arrivent en taxi de leurs foyers, lieux de vie ou accompagnés par des soignants pour ceux qui sont hospitalisés.

Ce groupe thérapeutique est composé de quatre patients souffrant de pathologies très lourdes, psychoses graves sur un versant autistique ou autismes typiques. Deux patients sont sans langage, deux autres ont accès au langage verbal. Seuls Mélanie et Joris seront évoqués ici, dans le contexte des 60 premières séances.

Présentation des patients

Mélanie est âgée de 19 ans au début du groupe thérapeutique, elle est présentée avec le diagnostic d'une ancienne psychose infantile à traits autistiques. Elle séjourne dans une unité hospitalière au début du groupe, et après un an de groupe, sera dans un processus de passage en foyer. Elle parle un peu, en se désignant à la troisième personne, elle sait lire, et aime utiliser la peinture, ce qui légitime l'indication. Au début du groupe, elle s'automutile, se balance, hurle fréquemment, se plaque au sol, a des yeux exorbités et colle la langue sur sa lèvre. Les soignants qui l'accompagnent évoquent les problèmes liés aux périodes de ses règles car elle peut exposer ses protections périodiques et se barbouiller avec son sang. Mélanie lorsqu'elle était adolescente, a traversé une phase où elle allait chercher ses fèces profondément dans l'anus, puis s'en barbouillait ou les mangeait.

Joris, âgé de 27 ans au début du groupe, réside dans un foyer pour autistes. Il a un physique athlétique avec des traits très fins, il ressemble à une statue grecque, et est vécu par les cliniciens comme « une beauté fascinante ». Régulièrement, il prend une pose, souvent en miroir avec une des personnes présentes, il s'arrête et fixe l'autre. Il porte des traces d'automutilation sur la tête, avec une croûte. Il ne parle qu'en écholalie de syllabes et en chantonnant.

Le processus thérapeutique sera décomposé en trois phases (voir tableau à la fin) : d'abord l'émergence des figures de la désymbolisation, ce qui permet aux cliniciens d'en saisir ainsi le sens et d'inventer différentes formes de « réponses » aux patients ; à partir de ces boucles réflexives entre les patients et les cliniciens, s'engagent des processus d'émergence de premières formes de symbolisation. Enfin, on repère l'instauration de formes nouvelles de réflexivité, au fil du travail thérapeutique.

On reproche souvent aux pratiques cliniques référées à l'épistémologie psychanalytique de ne pas être scientifiquement évaluables,

avec des critères spécifiques. Les cliniciens ne doivent pas rester dans leur tour d'ivoire et laisser la place aux méthodologies d'évaluation des psychothérapies selon des méthodologies non cliniques qui ont bénéficié aux thérapies comportementalistes et cognitives. Dans notre centre de recherche, nous défendons l'idée qu'il est urgent d'inventer des méthodologies cliniques d'évaluation, notamment concernant les dispositifs de médiations thérapeutiques. Nous tentons de proposer des systèmes d'évaluation fondés sur les fondamentaux de l'épistémologie psychanalytique⁴, c'est-à-dire sur les différentes formes de transfert, sur le matériau du médium, sur le cadre dans sa matérialité, sur les cliniciens, sur le groupe, ou sur l'associativité verbale et surtout sensori-affectivo-motrice, sur le langage mimo-gesto-postural.

FIGURES DE LA DÉSYMBOLISATION

Séance 1

Un patient dit qu'il veut peindre la mer et tous font du bleu, la mer.



4. Ouvrages à paraître en 2016 : A. Brun, R. Roussillon, P. Attigui et al., *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs institutionnels et groupaux de médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod ; A. Brun, R. Roussillon, P. Attigui et al., *Nouvelles perspectives sur l'évaluation en psychanalyse*, Paris, Dunod.

Mélanie peint une plage de sable en jaune au pinceau, avec le bleu de la mer, puis elle choisit un rouleau, qu'elle imbibe régulièrement d'eau et non pas de peinture. Elle souhaite continuer la plage de sable mais plus elle agrandit la plage, plus le jaune est clair et gorgé d'eau. Elle semble horrifiée et captée par cette dilution et cet effacement inexorable mais elle ne peut pas arrêter ce mouvement, et elle geint de manière plaintive : « ahhhhhhhhhhh nonnnnnnnnnnnnnn ahhhhhhhhh nonnnnnnnnnnnnnn. »

Transfert sur le médium : matière picturale et associativité formelle

D'emblée apparaît le fait que les patients transfèrent sur le médium leurs modes de relation primitifs à l'objet et ils donnent figure aux processus de désymbolisation qui les animent.

Mélanie figure la catastrophe de l'effacement, avec la dilution de la couleur dans une liquéfaction qui envahit tout. Elle geint « ah, non » mais organise elle-même la dissolution de l'épaisseur et de la consistance du jaune, en plongeant sans cesse son rouleau dans l'eau et non pas dans la peinture à disposition. Mélanie nous renvoie la figuration d'un objet qui perd de sa consistance, de sa présence quand elle le touche : son toucher aboutit à une irréversible destruction de la couleur et de la forme. Avec l'effacement, la dissolution, la liquéfaction de la feuille, elle rend compte de la présence d'agonies primitives, mais elle la transpose sur le médium dans sa matérialité, elle fait vivre en quelque sorte au matériau la terreur primitive. Elle ne subit plus passivement l'effacement ou la terreur d'une néantisation, elle l'inflige activement à la feuille et cela lui permet une première emprise sur les vécus agonistiques : la figuration de ces « terreurs dissécantes » primitives (Winnicott, 1989) est possible dans la mesure où il ne s'agit pas de la répéter à l'identique mais de la transposer sur le médium. Il s'agit d'un retournement passif/actif qui constitue la plupart du temps la première forme de symbolisation pour des pathologies lourdes. Ce processus indique l'origine de cette désymbolisation, c'est-à-dire une défense contre les agonies primitives : désymboliser pour ne pas avoir à les représenter.

La première étape du processus de symbolisation consiste donc à faire advenir une figuration de la désymbolisation.

Pour Joris en revanche, il ne s'agit pas de la figuration d'une agonie primitive mais d'un lien extatique sensoriel avec le médium, souvent rencontré chez les autistes sévères.

Les cliniciens doivent beaucoup solliciter Joris pour qu'il s'assoie et commence à peindre ; il superpose alors sa feuille à celle de son voisin, peint en bleu comme lui, dans un mouvement d'identification adhésive. Il alterne les moments de peinture avec des moments où il chantonne des mots difficilement compréhensibles mais le mot « tétille, tétine » peut être reconnu car il prend les tubes de gouache et les porte à la bouche comme une tétine. Quelque chose semble se passer de fort en lui lorsqu'il « découvre » une mousse ; il a plaisir à enfoncer ses doigts avec douceur dans la mousse et à la tamponner ensuite doucement sur sa feuille enduite de peinture. Au contraire de Mélanie, Joris jubile avec sa plongée dans le mou de la mousse, et le grattage en miroir de sa feuille et de son front écorché.

Il peint en chantant et dansant, avec un battement assez soutenu, style rap : « Héé peing, té néhing, téhing néhing. Hendada ndaha ndaha. Doho doho. »

Chez Joris se figurent aussi des modalités premières du lien à l'objet. Rencontrer le médium consiste à s'enfoncer dans le mou de l'objet mousse, à toucher délicatement l'objet, avec jubilation. Il vit la rencontre avec le dispositif comme la rencontre avec une tétine / gouache. Lors de la deuxième séance, Joris reprendra cette même peinture et il donnera un aspect de croûte à sa peinture. Sa peinture alternera entre liquidité et croûte.

On repère, dès la première séance, des éléments matriciels de l'activité de symbolisation qui renvoient à une irréversibilité et à une destruction de la forme. Cela pourrait s'exprimer de la manière suivante : « Ça se dilue et s'efface » ; « Ça se dissout » ; « Ça se noie » ; « Un corps liquide s'écoule » ; « Ça s'écoule sans fin » ; « Un corps se liquéfie » ; « Ça se liquéfie sans fin » ; « Ça part et ne revient pas » ou « Traces sans retour » ; « Ça se déforme et se détruit ».

Ce sont des vécus sans sujet, des impressions corporelles, qui s'imposent sous la forme d'un vécu hallucinatoire et correspondent à une sensation de mouvement et de transformation. Il s'agit donc de signifiants formels (Anzieu, 1987), où la forme est ressentie comme étrangère, ce qui implique une formulation sans sujet humain : c'est une action se déroulant dans un espace bidimensionnel, sans spectateur, différent du fantasme, présentant une action se déployant dans un espace à trois dimensions.

On peut regrouper ici certains signifiants formels autour de l'idée « une peau commune est arrachée », « ça tombe », « un appui s'effondre, un morceau de chair est arraché ». On repère donc les premiers linéaments de ce que j'ai proposé d'appeler l'associativité formelle (Brun, 2014), soit l'hypothèse d'une chaîne associative composée de signifiants formels,

à l'œuvre dans le processus thérapeutique, repérable non seulement dans l'enchaînement des formes au niveau des productions proprement dites, mais aussi dans l'ensemble du langage sensori-moteur des patients confrontés au médium. La première figuration possible des processus de désymbolisation à l'œuvre chez ces patients dans une problématique psychotique, s'effectue dans le langage sensori-moteur des formes primaires de symbolisation.

Transfert sur le cadre

Comment Mélanie a-t-elle utilisé le cadre pour figurer le non-symbolisable de son histoire mais aussi pour en amorcer la représentation ? On va découvrir ensuite un transfert sur le cadre des modes de relation primitifs et notamment d'une situation extrême.

À partir de la séance 5, les patients découvrent le fait qu'une des cliniciennes est enceinte. Chez Mélanie alternent un regard noir vers le ventre accompagné d'un « non, pas le bébé, non » et une sorte de jubilation associée à l'idée de bébé. Elle répète : « Il est en colère le bébé. » Une ébauche de fantasmagie groupale apparaît dans les séances suivantes avec notamment un patient qui va peindre à répétition le collier d'un dalmatien, on pense bien sûr aux *101 Dalmatiens*, et à ce groupe ventre plein de bébés. Mélanie fait le bébé, refuse par exemple d'aller chercher du matériel et dit aux cliniciens : « poupon », en mimant un poupon désarticulé, sans tonus musculaire. C'est l'évocation de la relation mère/bébé qui l'amène à sa première représentation humaine (elle donne la main à sa mamie) et de la relation mère/fille.



À la séance suivante, il est beaucoup question du bébé, elle va aux toilettes, tire et gratte au niveau de son sexe et de l'anus. Les cliniciens ont l'idée qu'elle est allée aux toilettes pour tirer les fèces de son anus, une sorte de figuration de naissance anale, qui ne se manifeste pas au niveau du fantasme, mais au niveau de l'agir corporel.

Organisation d'une situation limite

Puis tout semble se déconstruire, les séances sont envahies de plus en plus par les hurlements de Mélanie, notamment au moment du départ de la psychologue enceinte après trois mois. Cela devient progressivement invivable, insupportable. Elle déverse un flot de cris stridents et interminables et elle saute, elle tape violemment des pieds par terre, elle montre son ventre, particulièrement au moment des règles, elle ne cesse de donner des coups de pied dans une porte qu'elle tente de défoncer, et elle casse des objets... Les cliniciens en intervision associent sur des images de fraiseuse infernale, sur leur envie de la baillonner, de l'empoigner et de la jeter dehors, de la secouer violemment, de lui hurler dans les oreilles jusqu'à ce qu'elle se taise enfin. Son cri qui perce horriblement les oreilles se fond à leur propre cri muet d'exaspération, de désespoir. Surtout, Mélanie découvre qu'elle peut actionner le bouton d'alarme, ce qu'elle réussit à faire deux fois : elle jubile quand tous arrivent : « Elle est seule... elle boude... elle a appuyé sur l'alarme... ça fait du bruit... les renforts y viennent, y sont pas contents... ils crient très fort... » Les animateurs du groupe s'épuisent en stratégies d'organisation spatiale pour la contrôler, mais ils souffrent de cette épouvantable tyrannie. Même de ma place en intervision, elle m'empêche de penser, je me sens coupable d'avoir imposé le choix de patients extrêmes et je suis profondément inquiète pour la survie du dispositif.

Nous résistons tant bien que mal avec l'idée que cette situation extrême, cherche à représenter quelque chose de terrifiant et réactualise un pan de son histoire. Nous pensons évidemment au bébé hurleur qu'elle a été, à la porte, dehors, et elle, seule dans les cris et ses fèces.

Le transfert sur le cadre consiste ici dans l'organisation progressive d'une situation limite (Roussillon, 1991), dont la clinique ci-dessus retrace les principales étapes. Ces situations limites qui menacent ici de faire exploser le cadre thérapeutique s'organisent pour Mélanie autour de la sirène d'alarme, de la casse et des cris. Il s'agit donc paradoxalement d'un processus positif, même si cette situation met en difficulté les soignants, car il signifie que Mélanie a pu projeter une partie de sa problématique sur le cadre thérapeutique, ce qui permet

non seulement de la mettre en scène, mais encore, comme on le verra, d'organiser des modes de réponse qui pourront avoir un effet mutatif pour la patiente. Cette situation extrême tente de représenter des terreurs violentes, ainsi que l'urgence d'un appel de détresse, mais aussi sa terreur que tout soit cassé et/ou qu'elle ait tout cassé.

Mélanie fait aussi le bébé, identifiée au bébé de la psychologue, mais elle exprime aussi en quelque sorte sa colère contre le bébé, et aussi sa propre colère de bébé, sa rage destructrice. Sur le versant positif, le lien mère/bébé au centre de la dynamique groupale, en appui sur la présence des cliniciens, lui permet d'amorcer une représentation de son lien à sa « mamie ».

Ces processus repérables de transfert sur le cadre de Mélanie représentent des indicateurs précieux de sa problématique, en lien avec son histoire : histoire de ses liens avec l'objet et de ses modalités premières de symbolisation, mises en acte par différentes formes de récit, par la peinture, mais aussi par des scénarisations corporelles, le grattage de son sexe et de son anus, la casse, les coups de pied dans la porte...

Contre-transfert des cliniciens : affects extrêmes, formes de transfert négatif et partage d'expériences sensori-motrices traumatiques

Les affects des cliniciens apparaissent comme des affects extrêmes et mobilisent des fantasmes de passage à l'acte violents contre la patiente. La tentation est grande d'exclure cette patiente du groupe, pour en préserver l'existence. La pensée est sidérée, les cliniciens ne parviennent plus à penser à autre chose qu'à échapper à tout prix à cette situation insupportable.

Les vécus des cliniciens renvoient moins dans ce contexte à des affects qu'à des sensations de douleur corporelle et à une sorte de partage en miroir des actes violents de la patiente, sous la forme de fantasmes d'actes violents à son égard (l'empoigner, la jeter dehors, la secouer violemment, lui crier dans les oreilles...). Il s'agit là de ce qu'on pourrait appeler des formes de contre-transfert corporel des thérapeutes, qui en sont réduits à imaginer des réponses en langage sensori-moteur. C'est ce partage d'expériences sensori-motrices, proches de sensations hallucinées, partage en quelque sorte d'images motrices selon le concept de S. Freud (1895), qui permet aux cliniciens de se représenter les expériences subjectives traumatiques des patients, qui relèvent souvent de ce que D.W. Winnicott nomme agonies primitives (1989).

RÉPONSES DES CLINICIENS ET PROCESSUS D'ÉMERGENCE
DE LA SYMBOLISATION

Les actes destructeurs de la patiente ne contiennent en effet pas de messages préformés qu'il suffirait de déchiffrer en les traduisant en langage verbal. Ce sont des messages sans messages et il faut en construire progressivement le sens. Il s'agit de tenter de déchiffrer des messages corporels énigmatiques, messages sans contenu ni sujet, en attente de traduction.

Co-figuration et mise en sens

Certains des comportements de Mélanie, comme taper à l'infini du pied par terre, apparaissent fréquemment dans les problématiques psychotiques ou autistiques, et sont souvent interprétés comme des stéréotypies dénuées de sens ; nombre d'auteurs relèvent alors la valeur autocalmante de ces répétitions gestuelles, souvent associées pour les autistes à la nécessité de se donner un « sentiment continu d'exister », par une gestualité rythmique. Loin de dégager la valeur répétitive, défensive, autocalmante de ces stéréotypies gestuelles, je propose dans le cadre de l'intervision d'aborder toute la mimo-gestualité des patients comme un récit corporel et gestuel, et de nous interroger sur la façon dont ce récit en acte retrace les rencontres antérieures avec l'objet et les ratés du lien.

Alors que les stéréotypies autistiques apparaissent trop souvent dénuées de sens, nous tentons au contraire de penser leur lien avec l'objet, à rebours de la théorisation classique qui interprète ces stéréotypies autistiques en termes d'auto-sensualité ou d'angoisses catastrophiques, sans aucun lien avec l'objet, selon une théorie solipsiste qui témoigne d'une pénétration agie (Donnet, 1995) de la problématique solipsiste des autismes dans la théorie.

Quand la patiente tape violemment du pied dans la porte, dans le sol, ne tente-t-elle pas de faire en quelque sorte son trou dans un objet porte fermée, objet dur, sans giron, sans possibilité de refuge, sans espace d'accueil ?

Ces questions ainsi posées vont conditionner les réponses des cliniciens et enclencher une dynamique intersubjective.

Les cliniciens essaient différentes réponses : quand elle tape violemment sur la porte, ils disent d'un ton enjoué « toc, toc, qui est là », tentant un accordage modérateur, transposant le geste en sonore, avec une diminution de

l'intensité, tout en montrant que son appel est entendu. Ou bien ils tentent d'introduire une fonction réflexive en théâtralisant la colère de Mélanie, par les mimiques et la voix, comme les parents peuvent théâtraliser la colère de leur bébé, lui reflétant son propre affect.

Le travail thérapeutique consiste donc d'abord à relancer les accordages premiers entre l'enfant et ses premiers objets : l'ensemble de la clinique du premier âge montre en effet l'importance du partage de sensations corporelles entre le bébé et son environnement pour constituer un fond sur lequel s'établit la possibilité d'un accordage émotionnel : D. Stern (1989) désigne comme une chorégraphie première, l'ajustement des gestes, des mimiques et des postures entre l'enfant et l'objet primaire. Dans la clinique des bébés, le destin des sensorialités primitives dépend donc de la réponse de l'environnement. C'est l'articulation entre la sensorialité du bébé et les réponses de l'environnement qui se trouve à l'origine de la potentialité d'un avènement de formes primaires de symbolisation.

Seconde modalité du travail thérapeutique dans cette dernière séquence, le recours à la théâtralisation pour relancer un processus de composition de l'affect. Ce registre d'intervention des thérapeutes correspond aux découvertes récentes de la psychologie du développement : les travaux de G. Gergely et ses collaborateurs (1999) ont ainsi montré que le bébé prend conscience de ses émotions à l'occasion des renvois théâtralisés des parents, qui lui permettent de saisir que ses parents lui reflètent sa propre émotion, qu'il peut du coup identifier et s'approprier. Tel est le travail effectué par les cliniciens avec Mélanie.

Le clinicien est donc confronté à des actes sans adresse, apparemment sans signification, à des actes qui vont l'affecter, comme on l'a vu, et aussi à des actes qui laissent des traces dans le cadre thérapeutique, comme la casse ; ces formes de langage constituent en fait des tentatives d'échange et de communication avec l'objet, comme la séquence suivante va le montrer.

Deuxième type de réponse autour du cassé

Spatialisation : création d'une topique du clivage

Quand elle casse un objet, souvent des petits bols pour la peinture, le psychologue balaie d'abord les morceaux mais la patiente tente à nouveau de casser un autre bol. On constate que la seule fois où elle n'a pas tenté de casser un autre bol après le balayage du premier est une séance où les cliniciens ont laissé les morceaux par terre. Par ailleurs, une fois où la

psychologue avait dit que le bol que Mélanie venait de jeter n'était pas cassé, elle l'avait aussitôt jeté une seconde fois par terre. Nous formulons l'hypothèse qu'elle est identifiée à l'objet cassé et qu'il faut que les psychologues reconnaissent la casse pour qu'elle n'ait pas besoin de casser à nouveau. Encore une fois, la problématique de ces patients s'exprime d'abord dans un langage sensori-moteur, tout se passe comme si Mélanie représentait ici une expérience primitive, celle d'« être un bébé cassé en morceaux ». Il ne s'agit donc pas pour la patiente de faire disparaître le cassé mais, au contraire, de l'exposer.

Je suggère alors de créer une topique dans l'espace de la thérapie : dans la même pièce, un lieu où on regroupe le cassé et un lieu où on met le cassé. De même s'organise peu à peu un lieu où on crie, une petite pièce à côté de l'atelier, un où on ne crie pas et où on peint. Il s'agit de mettre en scène, par une spatialisation dans le cadre thérapeutique, un clivage possible entre une partie de la patiente cassée et hurlante, sa partie psychotique, et une partie qui émerge de l'autisme.

De la 12^e à la 17^e séance, Mélanie effectue une peinture de taches très pauvres, sans personnages humains, elle se barbouille les mains de rouge en parlant de sang : on est dans le registre de l'équation symbolique, la peinture est le sang. Par ailleurs, elle passe d'un cri strident, à des modulations autour du cri.



À la 18^e séance elle se représente en peinture avec une bulle de pensée.

On assiste à l'émergence de la possibilité de se représenter en train de représenter dans sa tête. C'est une étape mutative, annonciatrice du développement de la potentialité réflexive. Ce qui permet l'apparition de cet espace de pensée, matérialisé par la bulle sur la peinture, semble

incontestablement lié aux modalités d'intervention des thérapeutes qui l'accompagnent avec une résonance affective dans ses actes, sur le mode d'un véritable chœur émotionnel.

Co-éprouvé, chœur émotionnel

Voici l'exemple d'une séance de rentrée de vacances, peu après la séance où Mélanie s'est représentée avec une bulle de pensée issue de sa tête. À l'entrée dans le groupe, elle échappe aux infirmiers, se précipite et brise une vitre de la main : le psychologue intervient immédiatement en lui prenant la main. Elle se montre contrariée, recule, puis se balance en gémissant, évoquant aux cliniciens une scène condensant coït et pleurs de bébé. Le psychologue verbalise à haute voix, à l'intention des accompagnants qui restent muets, sidérés, qu'il est important de lui parler et de ne pas la laisser seule et il décrit tout ce que cet épisode de casse fait vivre au groupe. Mélanie se calme et l'écoute attentivement, elle se met par terre et gémit. Le psychologue tente de relier la situation avec ce qu'avait pu lui faire vivre la séparation des vacances. Il lui dit que peut-être elle avait besoin d'être un bébé qui trouve une maman qui s'occupe de lui, le soigne, le berce, lui fait sa toilette. Immédiatement Mélanie lui parle de sa « colère » puis de « Joris » avec une expression nuancée cette fois de tristesse. Elle lui montre son ventre, puis sa tête : il se rappelle sa dernière peinture avec un personnage qui pense à l'intérieur d'une bulle, et lui dit qu'il y a peut-être des pensées qui lui font des choses dans son ventre. Elle secoue activement la tête en signe d'accord puis lui montre son poignet qui a saigné après avoir pénétré violemment la vitre. Ensuite elle mime la scène du carreau cassé. Le psychologue dit en intervision avoir été habité par des images d'une obscure, sordide chambre où un bébé hurle et disparaît, pendant qu'une mère fantomatique et cadavérique gît sur le sol, un bras pendante.



Quelques séances plus tard, elle se représente pour la première fois en train d'appuyer sur le bouton d'alarme.

Les thérapeutes ont créé ici une sorte de chœur émotionnel, avec co-éprouvé, et la patiente a ensuite pu reprendre à son compte et scénariser son passage à l'acte destructeur : elle peut accéder au faire semblant. Elle représente la scène de façon mimogestuelle, et apparaît là une « figuration scénique » avec vu partagé, selon l'expression de P. Aulagnier (1986), et ce processus signe la possibilité de faire semblant, immense conquête pour une problématique avec un versant autistique. La figuration scénique passe ensuite dans la représentation picturale.

DES FIGURES DE LA DÉSYMBOLISATION À L'ÉMERGENCE DE LA SYMBOLISATION

À partir du cas de Mélanie, il est possible de modéliser les processus qui permettent aux patients dans des problématiques psychotiques, voire autistiques, d'accéder à des potentialités symbolisantes.

De façon générale, le patient sort de l'asymbolisation par l'organisation d'une situation extrême qui met en danger le cadre et la prise en charge. La survie du cadre et des cliniciens dépend de la cocréation de réponses spécifiques à ces différents types de situations limites.

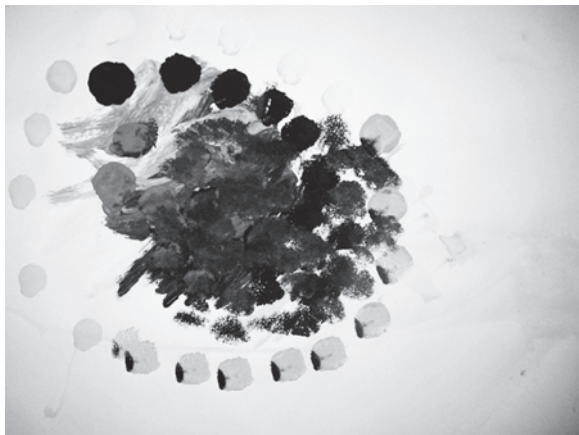
Du côté des affects, le chœur émotionnel ; on passe d'un déchaînement extrême et solipsiste, grâce notamment à des accordages modérateurs, à un co-éprouvé, cosenti. En ce qui concerne le vécu d'ordre contre-transférentiel, il s'agit pour les psychologues de survivre aux violents affects de haine, au sentiment de non-existence, à la glaciation et à la sidération : la réanimation se marque souvent par la survenue d'images quasi hallucinatoires, comme celle du bébé hurleur avec cadavre de la mère. C'est la capacité de figuration des cliniciens, sous une forme hallucinatoire, et la mise en scène de telles images dans le cadre de l'intervision, qui permettent d'une part aux thérapeutes de « survivre », d'autre part aux patients d'amorcer une scénarisation.

Comment cette deuxième phase du groupe, s'est-elle traduite chez Joris ?

Évolution de l'associativité formelle à partir du travail de Joris

À la différence de Mélanie, Joris effectue une peinture non représentative, multisensorielle ; plusieurs indicateurs de symbolisation sont repérables à partir de l'évolution des formes et de son rapport à la matière picturale.

Lors de la 23^e séance, s'annonce une étape mutatrice dans la peinture de Joris qui inclut dans sa figuration picturale les traces des liens qu'il commence à engager dans le groupe.



Il sautille et chantonne en tournant autour d'un cercle formé avec des chaises, puis il chantonne et danse avec la feuille. Il saute et virevolte au-dessus de l'atelier, semble défier la pesanteur et son chant et ses petits cris accompagnent la rythmique de ses pas de danse. Alors pour la première fois, il ne représente pas des traces sans retour mais il matérialise un contour. Il effectue des traces rythmiques et pointillage, qui dénotent selon G. Haag, un renvoi possible de l'objet. Il associe sa gestualité, sautiller, à son chant rythmé comme les sautilllements et à la rythmicité du pointillage. Il fait aussi une ronde rythmique avec les mots du groupe.

Ce qui confirme cette hypothèse, c'est qu'il apparaît de plus en plus fasciné par l'écho, le rebond... du pinceau, de la mousse, rebond qu'il fait aller crescendo ou decrescendo. Il transpose la question du rebond du vocal au pictural. Il reprend en différé les cris de Mélanie mais en débutant plus bas, puis va *decrescendo* « comme un écho qui se perd ». Il effectue une sorte d'accordage modérateur puis matérialise la dissolution du cri dans le rien, le silence. De son côté, Mélanie le cherche. Joris reprend dans son chant la première syllable d'un mot dit par un autre, c'est une façon d'entrer dans la chaîne associative groupale par le sonore.

Ces processus rendent compte de l'activation d'un mode de symbolisation par transmodalité sensorielle : Joris établit en effet des liens entre différentes modalités sensorielles, à l'appui du groupe, avec notamment une transposition sensorielle du vocal et du mimogestuel au pictural.

Du côté de l'associativité formelle, Joris, en tant que porte-figuration du groupe, si l'on peut proposer ce terme, dans le registre des fonctions phoriques décrites par R. Kaës (1976), passe d'une matière intransformable à une transformabilité des états de la matière : la production picturale évolue d'un magma de matière à une différenciation des textures, de signifiants formels du type « un corps liquide s'écoule » à « ça se solidifie, ça sèche, croûte, ça s'agglomère, ça s'agglutine, ça se transforme en pâte ». On passe d'une irréversibilité et d'une destruction de la forme à une réversibilité de la transformation, de « ça se lèche, ça se dilue » à « ça s'imprime et ça s'efface, ça glisse et ça s'accroche, ça apparaît, ça disparaît ».

Contre-transfert des cliniciens et signifiants formels partagés

Cette évolution de l'associativité formelle s'effectue en lien avec les réponses des cliniciens, caractérisés par des affects extrêmes, des formes de transfert négatif, et un partage d'expériences sensori-motrices traumatiques. Une attention particulière est requise pour repérer et interpréter les réponses toniques, souvent inconscientes, des thérapeutes. Les projections identificatoires, caractéristiques du vécu contre-transférentiel provoqué par la confrontation à des patients psychotiques, touchent ici le thérapeute dans sa corporéité même et renvoient aux vécus corporels des patients et au repérage d'échos entre les éprouvés corporels des patients et ceux des thérapeutes. C'est ce partage d'expériences sensori-motrices, proches de sensations hallucinées, que j'ai proposé d'appeler signifiants formels partagés (Brun, 2015). Ces formes de contre-transfert corporel des thérapeutes, permettent aux cliniciens de se représenter les expériences subjectives traumatiques des patients, et contribuent à leur figuration dans l'espace du groupe.

Évolution de l'associativité formelle : de l'irréversibilité et de la destruction de la forme à la réversibilité de la transformation

Joris, à partir de la 20^e séance, peint régulièrement une forme de grosse croûte molle-fragile-ensanglantée. Jusque là, les formes qu'il ajoutait sur la première couche se diluaient inexorablement et retournaient dans le magma primitif. Mais il colle désormais le sable à sa peinture, c'est une matière qui tient sur un fond. Cela lui permet de repeindre (toujours et uniquement avec le rouleau) sur le sable, qui devient non plus uniquement

la couche externe granuleuse de sa peinture – qui gratte et démange comme les zones de sa peau qu’il arrache – mais un support sur lequel peut tenir une forme. Le fond commence à se constituer même si pour l’instant cela fait penser à des marécages, des sables mouvants asséchés... un début d’îlot qui sort de la mer.



Technique d'échoïstation par le médium et par une autre modalité sensorielle

À la séance 26, le psychologue remarque que s’il s’avance près de Joris, ce patient se gratte-pince la jambe et le bras, voire le front. Il a le sentiment que ses brusques apparitions lui font vivre une intrusion corporelle, comme une épine ou une écharde sous la peau, qu’il tente d’éjecter par le pincement-grattement. Peu à peu, le psychologue est admis plus près pour une courte durée, en quelque sorte en tant que visiteur.

Pour l’aborder, le psychologue choisit alors une modalité sensorielle privilégiée, l’aérien, il rythme et souffle sur les grains de sable. Sans intrusion, il matérialise l’impact très léger du clinicien sur le médium qui devient partagé. La réponse passe par le médium, par l’invention et la transposition d’une modalité sensorielle privilégiée, l’aérien, pour éviter d’être vécu comme une épine irritative dans la peau. Il rythme et souffle sur les grains de sable comme pour donner vie à la feuille, matérialiser son impact très léger sur le médium qui devient partagé.

Cet exemple montre comment les réponses des cliniciens, à partir notamment des signifiants formels partagés, permettent aux patients du groupe d’accéder à la figuration des traces perceptives de vécus archaïques, grâce à leur transformation en formes primaires de symbolisation (Brun, 2014).

NOUVEAUX PROCESSUS DE RÉFLEXIVITÉ

Ce qui permet l'émergence de la potentialité réflexive, au sens de la possibilité « de se voir, de s'entendre, de se sentir », selon une formulation de R. Roussillon, semble incontestablement lié dans cette clinique groupale aux modalités d'intervention des thérapeutes. On a précédemment dégagé dans la peinture de Mélanie une étape mutative, annonciatrice du développement de la potentialité réflexive, soit l'émergence de la possibilité de se représenter en train de représenter dans sa tête (illustration ci-dessous), avec l'espace de pensée matérialisé par une bulle. On assiste ensuite progressivement à un processus pictural de constitution du double, dans la peinture de Mélanie.

Autoreprésentation et figuration du double

À travers les productions picturales de Mélanie, nous observerons ainsi un passage par la dynamique du double, par une représentation en double avant la figuration de trois personnages, puis du groupe entier. C'est le passage par le lien en double, correspondant à la reconstitution du lien primordial avec l'objet, qui permet l'accès à la figuration de scènes à plusieurs. Dans le processus de construction au semblable, nous sommes entre l'identique et l'hétérogène, le pareil et le pas pareil, comme l'écrit R. Perron (1997), à propos de la clinique des autismes.



À la 28^e séance, Mélanie parle de maison et dit de manière un peu confuse qu'elle ne peut pas aller chez elle si elle était pénible et criait, et aussi qu'elle était fatiguée. Sur la peinture, elle s'est peinte en double et rajoute une maison (avec deux fenêtres, une porte, et un long toit sous lequel semble se réfugier un personnage). Le psychologue lui demande ce que sont les petits points, et, après quelques secondes de perplexité, elle répond: « C'est dans sa tête ! » Les psychologues comprennent qu'il s'agit d'une bulle de BD. Cette peinture correspond au moment où les cris s'atténuent. Elle peut figurer la maison de sa famille d'où elle ne serait pas exclue, en même temps qu'elle peut figurer un espace de pensée maison/groupe/refuge.



La séance qui suit la figuration miniature de la maison de sa famille, Mélanie peint un autre patient, qu'elle nomme, avec lequel elle a l'habitude de se chamailler constamment, dans une bulle. Dans sa peinture, cela donne l'impression d'une poupée miniature qui se débat pour échapper à une mère omnipotente, tyrannique. C'est aussi elle, prise dans la bouche de l'autre, enfermée.



Mélanie décrit une scène où elle aurait appuyé sur l'alarme (le rouge dans sa peinture), mais la sécurité ne serait pas venue et un infirmier l'aurait arrêtée... Le bouton rouge de l'alarme a démesurément gonflé... En intervention, les associations concernent un sexe gonflé et débordant de sang, du fait du rapport de Mélanie aux règles. Les psychologues rapportent aussi les propos d'infirmiers qui se plaignaient de la période de menstruation de Mélanie car elle faisait « n'importe quoi avec les protections ».

Sur la peinture, l'infirmier semble la « prendre de dos ». En même temps, apparaît ici une sorte de dédoublement, avec l'intrusion d'une sorte de fantôme : cette représentation de Mélanie évoque un « signifiant formel » décrit par D. Anzieu (1987) : « Un double me contrôle et me persécute », « Un double approche et me quitte » (car je le représente). La patiente représente à la fois l'intrusion de l'objet, qui participe presque du même corps et la prise de distance avec l'objet.

Devenir sujet dans le groupe et par le groupe



Durant la 56^e séance, Mélanie sépare sur sa peinture un des personnages du reste du groupe, personnage en noir à l'intérieur d'un cadre, qui la représente car elle le désigne comme elle-même.

Mélanie se représente donc en train de peindre ce qui se joue et se rejoue dans la séance du groupe peinture, il s'agit d'une représentation de la représentation, typique de l'accès à une position réflexive. En se représentant peignant l'ensemble de la scène, elle reprend à sa façon l'activité du psychologue observateur écrivant du groupe, dont elle s'est beaucoup rapprochée. Notons aussi qu'à chaque groupe de

personnages (il y a trois scènes, trois plans différents) est associé un rectangle de couleur (qui nous semble représenter une feuille de peinture). Chacun peint (comme dans le groupe peinture) et est représenté, figuré à l'intérieur de Mélanie.

Il est remarquable que la patiente puisse se représenter comme sujet de sa représentation, au moment même où elle peut représenter le groupe : elle est devenue sujet dans le groupe et elle représente comment devenir sujet passe par la représentation du groupe dans le sujet (Kaës, 2015, p. 87-98).

CONCLUSION

Le groupe thérapeutique de recherche présenté ici a montré comment les médiations thérapeutiques permettent aux patients souffrant de pathologies lourdes, d'émerger de processus en quelque sorte sans sujet, pour accéder à des processus d'appropriation subjective, à partir de leur travail du médium et de leur lien au groupe. Les expériences traumatiques archaïques sont reconfigurées dans la peinture et dans la dynamique groupale, avec leur possible intégration dans la trame associative groupale, notamment *via* le jeu, initié par les thérapeutes. Le tableau reproduit ci-dessous vise à synthétiser dans une modélisation à portée générale, les processus en jeu dans le groupe à médiation, permettant un passage de la désymbolisation à une figuration de cette désymbolisation, puis à l'émergence de processus de symbolisation en lien avec les réponses des cliniciens, pour aboutir à la représentation de figures de la réflexivité, un des enjeux les plus cruciaux de la problématique psychotique.

	<i>Figures de la désymbolisation</i>	<i>Réponses des cliniciens et émergence de la symbolisation</i>	<i>Figures de réflexivité</i>
<i>Transfert sur le médium</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Une peau commune est arrachée - États de base de la matière intransformable 	<ul style="list-style-type: none"> - Fantasma de peau commune - Transformabilité de la matière 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'une enveloppe différenciée - Je acteur et sujet des transformations de la « matière à symbolisation »
<i>Associativité formelle (voir tableau 2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Irréversibilité et destruction de la forme 	<ul style="list-style-type: none"> - Réversibilité de la transformation 	<ul style="list-style-type: none"> - Formes représentatives avec contenu figuratif

	Équations symboliques	Figuration picturale du cadre	Figuration du double et du sujet pensant
Transfert sur le cadre	– Organisation d’une situation limite	– Cocréation d’une réponse spécifique – Spatialisation : création d’une topique du clivage	– Cofiguration scénique – Projection de topique interne
Transfert et contre-transfert (groupe)	– Affects extrêmes – Formes de contre-transfert négatif	– Chœur émotionnel – Théâtralisation – Accordages : transmodalité sensorielle – Images contre-transférentielles quasi hallucinatoires	– Capacité de survie au transfert et de réanimation – Cofantasmatisation – Figuration scènes

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (1987). *Les signifiants formels et le Moi-peau, Les enveloppes psychiques* 22. Paris : Dunod.
- Aulagnier, P. (1986). Le droit au secret, condition pour pouvoir penser. In *Un interprète en quête de sens* (pp.219-238). Paris : Ramsay.
- Aulagnier, P. (1986). Du langage pictural ou langage de l’interprète. In *Un interprète en quête de sens* (pp.329-358). Paris : Ramsay.
- Brun, A. (2012). Groupe thérapeutique d’écriture en situation extrême, la prison, avec des pathologies extrêmes de l’agir. In V. Estellon et F. Marty (dir.), *Cliniques de l’extrême* (pp.245-263). Paris : Armand Colin.
- Brun, A., Chouvier, B., et Roussillon, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- Brun, A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l’enfant*, 58, (2), 437-464.
- Brun, A. (2015). Processus créateur et figuration des traumas corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91, 9-26.
- Chouvier, B. (dir.), (2002). *Matière à symbolisation*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Freud, S. (1895). *Esquisse d’une psychologie scientifique*. Paris : PUF, 1998.
- Freud, S. (1937). Constructions dans l’analyse. In *Résultats, idées, problèmes* (pp.269-281). Paris : PUF, 1985.
- Freud, S. (1938). Le clivage du moi dans le processus de défense. In *Résultats, idées, problèmes* (pp.283-286). Paris : PUF, 1985.
- Gergely, G., Koofs, O., et Watson, J. S. (1999). Perception causale et rôle des comportements imitatifs des parents dans le développement socio-émotionnel précoce. In J. Nadel, et J. Decety (dir.), *Imiter pour découvrir l’humain*. Paris : PUF.
- Kaës, R. (1976). *L’Appareil psychique groupal: constructions du groupe*. Paris : Dunod, 2000.
- Kaës, R. (2015). *L’extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie du troisième type*. Paris : Dunod.

- Milner, M. (1955). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. In B. Chouvier, *Matériau à symbolisation, art, création et psychanalyse* (pp.23-27). Paris : Delachaux et Niestlé, 1998.
- Perron, R. (1997). Fantasma et processus de pensée dans les autismes et psychoses infantiles. In D. Rybas, R. Perron (dir.), *Autismes de l'enfance* (pp.115-128). Paris : PUF.
- Roussillon, R. (1991). Le médium malléable. In *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse* (pp.130-146). Paris : PUF.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.
- Stern, D. N., (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : PUF.
- Winnicott, D.W. (1989). *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000.

Résumé

Les médiations thérapeutiques ont connu un essor considérable ces dernières années. Elles sont souvent pratiquées en groupe, mais encore trop peu par des psychologues et des psychanalystes. À partir de l'exercice d'intervision d'un atelier de peinture rassemblant des patients psychotiques et autistes adultes, l'auteure analyse en quoi la médiation artistique est une psychothérapie analytique, à condition d'être fondée sur l'associativité et le transfert : associativité non verbale autour de la dynamique sensori-motrice et des signifiants formels et prise en compte du transfert sur le médium malléable (matériau, cadre, thérapeute) d'expériences archaïques catastrophiques. À travers les réponses des cliniciens, leur co-éprouvé et leur travail de mise en sens, s'instaure un processus d'émergence de la symbolisation que l'auteure modélise en dégageant notamment une première phase de désymbolisation, pour aboutir à la représentation de figures de réflexivité.

Mots-clés

Signifiants formels, médium malléable, sensori-moteur, réflexivité, angoisses catastrophiques.

Abstract

In the past few years, therapeutic mediations have not stopped developing. They are often practiced in group, but only rarely by psychologists and psychoanalysts. From the intervision of a painting workshop regrouping psychotic and autistic patients, the author analyses how the artistic mediation is an analytical therapy, as long as it is based on association and transference : non verbal association on the sensorimotor dynamic and formal signifiers, and considering transference upon the malleable medium (material, framework, therapist) of catastrophic archaic experiences. Through these responses, the co-felt and the sense given by the clinicians, a symbolization process appears which the author models by liberating a first phase of unsymbolization, leading to the representation of reflexivity figures.

Keywords

Formal signifiers, malleable medium, sensorimotor, reflexivity, catastrophic fears.