



**HAL**  
open science

## Mise en groupe, psychose et porosité des enveloppes psychiques

Clarisse Vollon, Guy Gimenez, Christian Bonnet

► **To cite this version:**

Clarisse Vollon, Guy Gimenez, Christian Bonnet. Mise en groupe, psychose et porosité des enveloppes psychiques. *Revue de psychothérapie Psychanalytique de Groupes*, 2015, L'identité à la croisé des chemins, 64, pp.256. 10.3917/rppg.064.0203 . hal-01362209

**HAL Id: hal-01362209**

**<https://hal.science/hal-01362209>**

Submitted on 12 Sep 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# MISE EN GROUPE, PSYCHOSE ET POROSITÉ DES ENVELOPPES PSYCHIQUES

Clarisse VOLLON, Guy GIMENEZ, Christian BONNET

Clarisse Vollon, psychologue clinicienne, Laboratoire de recherche Ipcls (UA3298, Aix-Marseille-Université). 23 boulevard Eugène Pierre, 13005 Marseille ; [vollonclarisse@gmail.com](mailto:vollonclarisse@gmail.com).

Guy Gimenez, professeur de psychopathologie clinique, directeur du laboratoire de recherche Ipcls (UA3298, Aix-Marseille-Université) ; [guygimenez@me.com](mailto:guygimenez@me.com)

Christian Bonnet, maître de conférences en psychopathologie clinique, Aix-Marseille-Université, membre du laboratoire Ipcls (UA3298).

## Introduction

Les premiers temps d'une séance d'un groupe thérapeutique et le processus de mise en groupe sont des moments cruciaux durant lesquels des mouvements affectifs forts, parfois empreints d'angoisses, peuvent traverser chacun de ses membres, patients et thérapeute(s) compris. R. Kaës (2006) avance qu'à cette période, les membres mettent en place de façon tacite des mécanismes de défense conjoints et communs, de nature le plus souvent archaïque et terreaux des alliances inconscientes. Que se passe-t-il spécifiquement pour le thérapeute au-delà de ces mécanismes de défense conjoints et communs ? Que se passe-t-il dans son appareil psychique individuel ? Que se passe-t-il au niveau de ses enveloppes psychiques ?

Est-il possible que le groupe, lors de sa formation, fasse effraction et laisse en lui des traces indélébiles, mais nécessaires pour pouvoir accéder à un positionnement adapté à la dynamique du groupe qu'il lui est donné d'investir, de réguler et de penser ? Toujours selon R. Kaës (2006), la présence simultanée des personnes lors d'une rencontre groupale peut provoquer des effets de « co-excitation interne » et de « co-excitation mutuelle ». Ces effets ont pour conséquence de créer chez les membres du groupe (et donc chez le clinicien) des débordements et des mises en faillite de la capacité d'associer les stimulations excitatrices avec des représentations qui peuvent être traumatisantes. Quel est l'impact de ces éventuels traumatismes sur le clinicien et son positionnement psychique ? Notre hypothèse est que, lors de la mise en groupe, les enveloppes psychiques du clinicien se modifient et tendent vers une plus grande porosité au fil des rencontres groupales qui peuvent être traumatisantes. Quel est l'impact de ces éventuels traumatismes sur le clinicien et son positionnement psychique ? Notre hypothèse est que, lors de la mise en groupe, les enveloppes psychiques du clinicien se modifient et tendent vers une plus grande porosité au fil des rencontres groupales.

C'est cette porosité, spécifiquement activée par la mise en groupe, qui va permettre au clinicien de trouver un positionnement psychique adapté pour pouvoir être à l'écoute de ce qui se joue spécifiquement dans le groupe thérapeutique qu'il

anime. Après avoir clarifié ce que nous entendons par « porosité des enveloppes psychiques » ainsi que la façon dont nous envisageons le positionnement psychique du clinicien, nous présenterons un travail mené lors des toutes premières séances d'un groupe psychanalytique de paroles pour patients psychotiques adultes dans un service d'ergo-sociothérapie.

### *La notion de « porosité des enveloppes psychiques »*

D. Anzieu (1995) a défini plusieurs fonctions du Moi-peau : nous pensons que certaines d'entre elles, notamment la fonction de contenance mais aussi d'intersensorialité et d'inscription de la trace, émergent, s'étayent et agissent grâce à l'existence d'une qualité poreuse composant les enveloppes psychiques d'un individu. Cette qualité renvoie à la fois à la perméabilité d'une surface donnée, aux influences, aux échanges qu'elle permet mais également à une certaine étanchéité c'est-à-dire la capacité qu'elle aura de retenir, de maintenir à distance, de part et d'autre de l'environnement qu'elle borde, des éléments inconscients.

### *Apports épistémologiques*

Il est possible d'appréhender la notion de porosité des enveloppes psychiques à partir des travaux de S. Freud (1895) et de W.R. Bion (1962) qui, sans employer le terme « d'enveloppes psychiques », évoquent une « barrière de contact » permettant de séparer, pour le premier, l'environnement interne du sujet et l'environnement externe et, pour le second, l'inconscient et le conscient. Selon S. Freud (1895), il existe une « barrière de contact » constituée de neurones et présentant diverses caractéristiques qui permet de délimiter les stimuli provenant du monde extérieur et les différents processus internes qui les traitent, les filtrent avec plus ou moins de succès. Plusieurs types de neurones constituent cette barrière : des neurones perméables servant à la perception (qui n'opposent aucune résistance et ne retiennent rien) et des neurones imperméables (résistants et rétenteurs de quantité). La « barrière de contact » est ainsi constituée d'éléments hétérogènes, certains perméables, sensibles aux stimulations extérieures, et d'autres imperméables permettant la construction et le maintien de processus psychiques internes comme la mémoire. Puisque présentant alors à la fois la capacité de laisser circuler des éléments mais également de les contenir, nous pouvons avancer que la barrière de contact, telle que S. Freud l'envisage, présente une qualité fondamentalement poreuse.

S. Freud (1895) montre également que ces éléments, définis comme imperméables, n'ont pas pour destin de le rester. Selon lui, la construction de la mémoire dépend également de l'intensité de l'impression reçue et aussi de la répétition plus ou moins fréquente de cette dernière : de ce fait, les éléments nécessairement imperméables pour permettre l'émergence de la mémoire ne le restent

pas puisqu'elle aurait accès, lors de sa construction, aux différentes intensités des éléments perçus à l'extérieur. Dans cette perspective, la qualité poreuse de la barrière de contact à l'époque de S. Freud serait plastique et évoluerait au fur et à mesure du développement de l'appareil psychique. W.R. Bion<sup>1</sup> (1962) décrit une autre « barrière de contact » qui nous permet d'aller plus loin dans la définition de la notion de porosité. La « barrière de contact » est ce qui permet, selon lui, de séparer le conscient et l'inconscient tout en offrant un espace d'échanges possibles entre ces deux environnements : « Le terme de barrière de contact entend souligner l'instauration d'un point de contact entre le conscient et l'inconscient et le passage sélectif des éléments d'un plan à un autre. C'est la nature de la barrière de contact qui déterminera la transposition des éléments du conscient à l'inconscient et vice-versa. » Mais cette barrière dépend étroitement de la relation entretenue entre la fonction alpha et les éléments bêta. La fonction alpha permet à l'individu d'être réceptif aux sensations et aux émotions éprouvées pour pouvoir les penser, les éléments bêta sont des faits non digérés et emmagasinés sans être mis à la disposition de la pensée. Ainsi, entre contenance d'éléments inélaborables pour l'individu dans son inconscient et circulation d'éléments élaborables, nous trouvons alors peut-être des processus comparables, de circulation et de rétention, d'une qualité fondamentalement poreuse des enveloppes de l'appareil psychique individuel. Cette proposition rejoint alors en partie les travaux de S. urwand (2001), qui considère que les limites de l'appareil psychique individuel (mais également des instances psychiques) se construisent à partir de la distinction entre amour et haine, entre bon et mauvais : entre ce qui est élaborable et source de contenance et de maintien psychique et ce qui ne l'est pas.

La porosité des enveloppes psychiques : un héritage des expériences précoces avec la peau de la mère ?

Selon D. Anzieu (1995), l'appareil psychique éprouve dès les tout premiers mois de la vie le besoin d'une enveloppe narcissique pour lui assurer la certitude et la constance d'un bien-être fondamental. A ce besoin, va être apportée comme réponse la construction d'un Moi-peau à partir des premières expériences perceptives de la peau comme surface, « à l'occasion des expériences de contacts de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle<sup>2</sup> ». Il définit, par la notion de Moi-peau, une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme un Moi contenant les contenus psychiques. En s'appuyant sur le travail de T. Brazelton (1994), il avance par ailleurs que cette dynamique constitue une interface,

---

<sup>1</sup> W.R. Bion, *Aux sources de l'expérience* (1962), Paris, Puf, 2010, p. 35.

figurée sous la forme d'une peau commune à la mère et à l'enfant qui a pour conséquence d'assurer entre eux une communication sans intermédiaire.

Les travaux de D. Anzieu sur le Moi-peau nous permettent de constater que dans les tout premiers mois de la vie de l'enfant, son appareil psychique s'étaye sur l'appareil psychique de la mère via l'utilisation d'une même peau psychique<sup>2</sup>. Nous pouvons penser que ces capacités d'interface, de partage et de circulation entre ces deux appareils psychiques contribuent à l'émergence d'une qualité poreuse de l'enveloppe psychique d'un individu et qu'elles peuvent se réactiver tout au long de sa vie. Elles se manifesteraient alors dans le cadre d'interactions avec d'autres individus (notamment en groupe et en situation d'entretien clinique individuel) par une tendance à l'échange et au travers de leurs enveloppes psychiques contribuant à la persistance et/ou à l'accentuation de leur qualité poreuse. Dans cette perspective, la situation clinique entre le patient et le clinicien pourrait être une modalité de ce genre de réactivation, proposant alors l'expérience de l'interface, du partage et de la circulation entre la peau psychique du clinicien et la peau psychique du patient comme équivalente, ou a minima comparable à celle vécue entre la peau de la mère et celle de l'enfant.

De facto, nous pensons que la notion de porosité des enveloppes psychiques est à appréhender comme une qualité qui émerge dès le départ au niveau des enveloppes de l'appareil psychique individuel, trouvant ses origines dans les expériences précoces d'échanges, de mouvements de circulation entre la peau du bébé et celle de la mère. Cette qualité permettrait de rendre compte à la fois de la perméabilité et des capacités de contenance des enveloppes psychiques de l'adulte, plus spécifiquement du thérapeute, et de certaines fonctions du Moi-peau. En outre, la porosité des enveloppes psychiques semblerait évoluer au fur et à mesure du développement de l'appareil psychique individuel, de son expansion et de ses expériences vécues plus ou moins structurantes.

Le positionnement psychique du clinicien en situation de groupe afin de pouvoir observer les effets des premiers temps du groupe sur la texture de l'enveloppe psychique du clinicien, nous avons tenté de réfléchir plus profondément son positionnement psychique interne en situation de groupe, en tentant d'aller plus loin dans la définition de son cadre interne mais également de sa position dite « méta ». Nous entendons par cadre interne la capacité que le clinicien va avoir de créer un espace dans son vécu psychique permettant d'accueillir celui du patient et de faire interagir avec lui ses mouvements internes les plus adaptés. En situation de groupe, le

---

<sup>2</sup> D. Anzieu, *Le moi-peau*, Paris, Dunod, 1995, p. 59.

clinicien devra alors faire une place en lui pour chaque vécu psychique des membres du groupe ainsi que pour leurs interactions réciproques. Cette définition s'appuie sur le travail de G. Benedetti (1995) qui souligne que l'inconscient du thérapeute se trouve aussi devant la tâche importante de recevoir l'autre, le non-compréhensible, en l'incorporant, ainsi que le travail de W.R. Bion (1983) qui a mis en évidence l'existence de personnalité psychotique et non psychotique chez le thérapeute. Cette conception du cadre interne permet de porter une attention permanente aux mouvements transféro-contre-transférentiels en jeu dans les situations cliniques de groupe car son cadre est aussi « la partie la plus primitive de la personnalité, la fusion moi-corps-monde ». Cette définition s'appuie également sur les travaux de H. Searles et de J. Guillaumin sur le contre-transfert<sup>3</sup>. en effet, il s'agira pour le clinicien d'être suffisamment lucide sur ses mouvements internes afin de mieux maîtriser leur portée ou, à défaut, de pouvoir mieux en mesurer l'impact car « à certains moments, ou même pendant de longues périodes d'angoisse particulièrement intenses dans son travail, l'analyste régresse : son orientation analytique devient primitive et se retrouve ramenée au niveau de poussées agressives et sexuelles assez brutales »<sup>4</sup>, cette lucidité étant au service d'une attitude spécifique que J. Guillaumin (1976) appelle le contre-transfert à fonds perdu et qui correspond à l'aptitude de l'analyste à se tolérer et à s'investir lui-même, en réponse à la demande transférentielle du patient. La position « méta » est à appréhender comme un positionnement psychique incluant le cadre interne, et permettant de repérer avec une certaine distance les mouvements internes du clinicien, de les analyser et les interpréter. Nous pensons que cette position est également en lien avec la capacité que le clinicien aura de mettre en place, en lui, un certain nombre d'enveloppes souples et malléables permettant le passage d'éléments appartenant à l'environnement groupal, à son environnement intrapsychique, tout en offrant une certaine résistance aux attaques extérieurs.

Ces enveloppes devront border et séparer un certain nombre d'espaces : un espace réservé à l'accueil des éléments extérieurs (le cadre interne) et un espace réservé à sa singularité psychique, lui permettant ainsi de se préserver et de se protéger tout en pouvant circuler de son lieu intime à celui propice aux interactions avec l'extérieur (en l'occurrence avec le groupe de paroles). La position « méta » est une position psychique dans laquelle le clinicien pourra trouver différents espaces pouvant communiquer tout en étant séparés par des enveloppes garantissant des étanchéités nécessaires au recul clinique, à l'observation et à l'analyse.

---

<sup>3</sup> J. Bleger, « Psychanalyse du cadre psychanalytique » (1967), dans R. Kaës (sous la direction de), Crise, rupture et dépassement, Paris, Dunod, 1989, p. 291.

<sup>4</sup> H. Searles, L'effort pour rendre l'autre fou (1965), Paris, Gallimard, 1977, p. 153.

Cette définition s'appuie sur le concept de vertex de W.R. Bion (1965). L'auteur entend par vertex un point de vue, bien que ce terme soit réducteur selon lui pour définir ce concept qu'il envisage plus comme un terme mathématique permettant de récréer des équivalents mentaux utilisables par l'analyste simultanément ou successivement. Ensuite, notre définition du cadre interne s'appuie également sur les travaux de P. Casement (1988) qui parle de « P. Casement (1988) qui parle de « superviseur interne » pour définir une approche et une écoute bifocale de la rencontre clinique, celle où le clinicien est plongé dans la rencontre et celle où il parvient à être observateur et analyste de cette rencontre. Il conçoit l'instauration de cette instance par un cheminement particulier permettant d'opérer ce qu'il appelle une « dissociation thérapeutique du moi »<sup>5</sup> : les espaces cités précédemment correspondent donc à ces morceaux du moi du clinicien nécessairement dissociés pour permettre une écoute clinique adaptée à un cadre et dispositif du groupe thérapeutique.

Le groupe psychanalytique de paroles que nous avons mis en place et conduit sur un an dans un service d'ergo-sociothérapie avait lieu tous les quinze jours pendant 45 minutes. Il se composait d'une psychologue clinicienne et d'une stagiaire psychologue ainsi que de dix patients psychotiques adultes, soit stabilisés et ayant connu au moins une hospitalisation, soit en cours d'hospitalisation. Le groupe avait pour objectif de promouvoir la rencontre et l'échange de paroles, via la méthode de l'association libre, d'expériences et de ressentis, mais également d'offrir un espace et un temps exclusivement réservés à l'écoute de l'autre et de soi-même entre patients hospitalisés et patients non hospitalisés. Nous avons élaboré avec les patients cinq règles constituant le cadre : la ponctualité (chacun vient à l'heure aux séances), le respect de la parole de l'autre (chacun respecte celui qui parle sans le gêner ou lui couper la parole), la présence régulière aux séances, la discrétion à l'extérieur du groupe de ce qui était dit à l'intérieur (cette règle étant d'autant plus importante à respecter que certains des membres du groupe partageaient par ailleurs dans le service d'ergo-sociothérapie d'autres activités thérapeutiques) et l'interdit pour les patients et les cothérapeutes de se toucher entre eux. Comme nous partageons avec D. Anzieu (1995) l'idée que le travail psychanalytique en petit groupe peut apporter également une expérience enrichissante sur la fluctuation des limites entre Moi psychique et Moi corporel, nous avons fait le choix de rendre ce groupe semi-ouvert, afin d'en réguler le flux et la taille mais aussi d'offrir aux patients un cadre de travail plus stable et plus contenant. Cela eut pour conséquence de favoriser des échanges plus intenses et plus poussés dans le groupe, en limitant l'apparition d'angoisses archaïques de morcellement et de vidage dues aux modifications éventuelles de sa

---

<sup>5</sup> P. Casement, À l'écoute du patient, Paris, Puf, 1988, p. 41.

constitution. Ainsi, les patients ayant déjà participé à une séance avaient leur place réservée dans les séances suivantes et ça n'est que lorsqu'un patient souhaitait arrêter de participer au groupe que nous proposons à un nouveau patient de venir (sous réserve que les membres déjà présents soient d'accord). Nous avons tenté de favoriser un environnement contenant via également le choix de la salle dans laquelle se tenaient les séances : circulaire et à l'écart du service d'ergo-sociothérapie, les formes incurvées de cet espace ainsi que son isolement spatial et sensoriel vis-à-vis du reste du bâtiment en faisaient une sorte de matrice singulière permettant de créer un environnement sécurisant et contenant pour les patients.

Nous avons tenté de faire respecter dans le cadre de ces séances la règle des trois unités proposée par D. Anzieu (1999), à savoir l'unité de temps (un groupe doit se tenir régulièrement au même moment), de lieu (un groupe doit se tenir au même endroit) et d'action (le groupe doit avoir le même objectif au fur et à mesure des séances) et nous avons élaboré avec les patients un certain nombre de règles dont celles énoncées plus haut. Elles avaient pour objectif d'aider les patients à mieux s'approprier le dispositif groupal, mais également l'investir comme un lieu leur appartenant et dans lequel ils puissent être en confiance. Enfin, afin de pouvoir traiter le matériel clinique issu de ces rencontres, nous avons eu recours à la méthode en quatre colonnes, construite par G. Gimenez et S. Barthélémy (2011) qui permet de prendre des notes dans l'après-coup des situations de groupe. Ce choix a été motivé par le fait que nous partageons avec ces auteurs l'idée que la prise de notes recouvre plusieurs fonctions : tout d'abord une fonction de mémoire et d'inscription des faits issus de la séance, une fonction d'articulation des cliniciens dans la situation d'une cothérapie, mais également une fonction d'élaboration et de traduction du matériel clinique.

### *Première séance : la perte du cadre interne et de la position « méta »*

C'est la première séance du groupe, trois patients seulement sur dix sont présents : Maria, 32 ans, Julien, 24 ans, et Lucien, 59 ans. Nous décidons, cothérapeutes, malgré tout, de mener cette séance. Maria se présente : « Je suis schizophrène, boulimique et anorexique », Julien poursuit : « Moi aussi, je suis schizophrène, cette maladie est terrible, ça me fait peur, mais j'espère m'en remettre. » Nous nous interrogeons sur l'impact de la présentation de Maria sur la façon dont Julien s'est lui-même présenté à Lucien, ce que nous comprenons comme une tentative des membres de « faire groupe ». Nous invitons les patients à associer sur ce qu'est « être schizophrène » afin de faire émerger l'individualité et la spécificité de chacun. Lucien répond en premier : « Moi je ne dirais pas que je suis schizophrène, je dirais plus que j'ai une psychose. La psychose et la schizophrénie ça n'est pas pareil,

la psychose c'est quand on a peur, la schizophrénie c'est autre chose. » Nous repérons alors que la peur en tant qu'affect circule parmi les membres du groupe mais également dans les ressentis contre-transférentiels des cothérapeutes et nous nous demandons dans quelle mesure elle peut avoir un lien avec le processus de mise en groupe lui-même et cette expérience nouvelle du groupe psychanalytique de paroles pour ces patients. Soudain, Maria prend la parole brutalement et siffle : « Parfois j'ai envie de tuer des gens, mais je ne le fais pas », nous sommes surpris par ce changement de ton et de thème, nous sommes déstabilisés et nous ne savons pas comment accueillir en nous et dans le groupe ces propos.

Dès ce premier temps de la séance, nous pouvons observer comment de notre côté, les cothérapeutes, nos mouvements internes se modifient rapidement, allant d'une capacité plus ou moins efficiente à élaborer sur ce qui se passe dans le groupe de paroles, à une incapacité à élaborer sur ce qui est dit par Maria, vivant comme sidérante cette association surprenante et venant mettre à mal notre cadre interne et, plus globalement, notre position « méta ». Cette incapacité va se renforcer lorsque Maria dit à l'un de nous deux : « J'ai souvent des hallucinations, là par exemple j'ai une hallucination, je vous vois avec un foulard. » Le thérapeute à qui elle s'adresse ne portant pas de foulard, nous nous rendons compte, dans l'après-coup de la séance, qu'engagés par un mouvement contre-transférentiel défensif, nous ne croyions pas que Maria hallucinait, préférant y voir plutôt une manifestation hystérique.

Tout semblait alors se passer comme si nous ne parvenions pas, durant cette mise en groupe, à accepter la dimension pathologique de nos patients, trop violente et trop déstabilisante à ce moment du groupe où il était déjà bien difficile pour nous de donner du sens à ce qui s'y passait. En effet, traversés par des sentiments d'attaques, il nous était difficile d'avoir recours à notre capacité de penser, nous laissant volontiers traverser par des mouvements archaïques. Ainsi, lorsque Maria évoque son hallucination, Lucien pousse un long sifflement en croisant ses bras. Nous interprétons sa réaction corporelle comme une défense face à ce qu'il observe, mais dans l'après-coup nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas plutôt de la projection sur lui de notre propre position défensive face à la souffrance de Maria qui pouvait, d'un point de vue groupal, être porteuse pour le groupe d'une tension particulière, peut-être celle de faire groupe pour l'ensemble de ses membres.

À l'issue de cette première séance, nous repérons alors l'émergence progressive d'une difficulté à investir un cadre interne et, plus globalement, une position « méta », se manifestant chez nous, cothérapeutes, par une fluctuation dans notre capacité de penser et contenir les événements qui se produisaient dans le groupe. Tout semblait se passer comme si nous subissions une véritable perte d'étanchéité psychique et comme si nos enveloppes internes ne parvenaient plus à définir leurs espaces du fait d'un apport trop massif d'éléments externes excitants et/ou chaotiques. Les propos de Maria, venant faire effraction dans notre

environnement psychique, nous empêchaient de faire une distinction entre ce que nous devons accueillir en nous et ce que nous étions censés préserver de nous-mêmes pour pouvoir spécifiquement penser la chaîne associative groupale qui se déployait devant nous.

### *Deuxième séance : l'augmentation de la porosité des enveloppes psychiques du clinicien*

Maria et Lucien sont présents lors de cette seconde séance, Julien nous a prévenus de son absence, et Boris, 48 ans, et Franck, 34 ans, nous ont rejoints.

Avant de commencer, nous ressentons une certaine appréhension, que nous relierons après-coup à la fragilisation momentanée des cliniciens provoquée par le travail de préparation interne de la mise en groupe, et d'ouverture psychique à l'autre et à plus d'un autre. Nous invitons Franck à se présenter au groupe qui a préalablement accepté sa présence : « Je m'appelle Franck, je viens du Havre, c'est pour ça que j'ai un peu l'accent du nord, je n'ai jamais réussi à prendre l'accent du sud, d'ailleurs des copains me le font souvent remarquer. Sinon j'ai passé un bac G, je n'ai pas réussi à passer le bac D. » La porte de la salle s'ouvre, Boris rentre, nous sommes quelque peu déstabilisés par cette entrée, bien que prévenus de ce retard, nous nous sommes rendu compte dans l'après-coup qu'avec l'appréhension de la séance nous avons oublié que Boris devait nous rejoindre. C'est avec difficulté que nous tentons de nous recentrer sur la parole de Franck. Nous reprenons maladroitement ses propos en lui demandant pourquoi il se présente à partir de ses études, ce à quoi il répond avec un léger sourire en regardant les autres patients : « enfin oui, non pas tellement, je n'ai pas réussi à faire des études supérieures. » Cette attitude de la part de Franck provoque en nous, cothérapeutes, un mouvement contre-transférentiel défensif marqué notamment par l'agacement à l'égard du patient, nous repérons alors dans l'après-coup que nous avons le sentiment en réalité d'être exclus de la dynamique du groupe lorsque Franck s'adressait aux patients et non à nous pour nous répondre. À ce moment de la séance, il est intéressant de souligner comment nous sommes, contrairement à la première séance, confrontés dès le départ à la défaillance de notre capacité de penser. Nous sommes très rapidement traversés par des mouvements affectifs violents, ce qui montre selon nous une fragilisation de notre enveloppe pare-excitante. Ce phénomène est encore plus accessible lorsque Franck dit : « Normalement dans les groupes il y en a toujours un qui dirige pour dire qui doit parler. Il faut que je fasse ça [lève le doigt en l'air] si je veux parler ? à la radio, c'est comme ça que ça se passe, il y a toujours quelqu'un pour donner la parole, sinon tout le monde parle en même temps et on ne comprend plus rien. » Nous repérons alors que nos mouvements contre-transférentiels défensifs

s'accroissent d'avantage l'égard de Franck ainsi que notre sentiment d'être progressivement évincés de la dynamique du groupe de paroles. Ce qui est alors intéressant de souligner c'est notre incapacité à pouvoir adopter un autre positionnement psychique, à avoir accès à un autre « vertex » (Bion, 1965) qui nous permettrait de nous décentrer de ces mouvements internes. Ainsi, lorsque Boris se présente, il nous dit : « Moi aussi je n'ai pas fait d'études, j'ai vécu dans la rue, mais dans la rue on apprend des choses. J'ai beaucoup bu, et puis je suis tombé malade. J'ai été marié quatre fois, j'ai eu deux enfants qui sont morts et puis je me suis encore marié et j'ai eu un garçon qui a maintenant 8 ans. » Nous sommes envahis par une grande tristesse et nous culpabilisons de ressentir autant d'agressivité dans ce groupe où certains de ces membres rapportent un vécu terrible.

Nous nous sommes aperçus que ce contraste émotionnel fort nous permettait progressivement de faire une distinction entre des mouvements contre-transférentiels violents (empreints soit d'agressivité, soit d'empathie), en réaction à des éléments extérieurs qui effractaient notre enveloppe pare-excitative, et des mouvements internes présents dès le début du groupe (en l'occurrence, nos angoisses et notre inquiétude à ne pas être suffisamment contenant) qui pouvaient avoir une influence dans notre façon de penser le groupe en phagocytant notre capacité de penser. Dans cette perspective, nous pensons qu'avoir accès avec autant d'acuité à ces deux mouvements antagonistes montrait une modification de nos enveloppes psychiques à cette période de la mise en groupe, allant vers une diminution de l'efficacité à la fois de notre enveloppe pare-excitante et de notre capacité de contenance caractérisée par une augmentation des lieux de passages de l'environnement groupal à notre environnement psychique interne et inversement. Nous pensons que la porosité de nos enveloppes augmenta alors considérablement à cette période de la mise en groupe favorisant une sensibilité spécifique et non accessible lors de la première séance, marquée d'avantage par des mouvements sidératifs internes.

### *En guise de conclusion*

La mise en groupe, notamment avec des patients psychotiques, est un moment délicat, porteur d'interrogations, de doutes, où les places occupées par les différents membres vont se modifier et évoluer rapidement. À travers l'illustration de nos deux premières séances, nous avons tenté de montrer comment les mouvements psychiques qui ont traversé les thérapeutes ont été nombreux, souvent contradictoires et parfois violents. Ces mouvements attestent, selon nous, de la possibilité de l'évolution de la texture des enveloppes psychiques du thérapeute en situation de groupe : allant vers une plus grande porosité, elles permettent l'émergence d'une sensibilité différente chez lui aux éléments provenant de l'environnement extérieur

ainsi qu'à certains vécus internes progressivement accessibles et mentalisables. Cette plasticité structurale est alors à envisager comme le support d'un travail clinique, dont le thérapeute va pouvoir se saisir pour adapter son positionnement psychique, redéfinir son cadre interne et plus globalement sa position « méta » avec l'ensemble de ses enveloppes bordant ses espaces internes. Cette proposition nous permet d'envisager différemment la façon dont le thérapeute construit son écoute clinique, oriente son observation et compose avec les mouvements transféro-contre-transférentiels en situation de groupe. En effet, chaque mise en groupe est différente, empreinte de la singularité de chacun de ses membres. Nécessairement, l'augmentation de la porosité des enveloppes psychiques du thérapeute ne sera pas la même suivant les groupes qu'il conduit, ce qui amène à une redéfinition toujours différente pour lui de son cadre interne et de sa position « méta ». Cette nécessaire et permanente adaptation implique un « appareillage des subjectivités » (Gimenez, 2010) avec les patients psychotiques dans la rencontre clinique. Cet appareillage correspond à la capacité que le clinicien va avoir de tolérer de se placer dans une position psychique où il pourra être investi narcissiquement par le patient, mais également de s'appareiller à la gestion de son contre-transfert, aux modes de fonctionnement interne du patient. Nous pourrions parler ici spécifiquement d'appareillage des subjectivités groupales pour définir ce temps dans la mise en groupe où le clinicien, grâce à l'augmentation de la porosité de ses enveloppes, adopte un positionnement psychique lui permettant d'investir le groupe et d'être investi par lui.

## Bibliographie

- Anzieu, D. 1995. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod. Anzieu, D. 1999. *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.
- Benedetti, G. 1995. *La mort dans l'âme, psychothérapie de la schizophrénie : « Existence et transfert »*, Toulouse, érès. Bion, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 2010.
- Bion, W.R. 1965. *Transformations, passage de l'apprentissage à la croissance*, Paris, Puf, 2010.
- Bleger, J. 1967. « *Psychanalyse du cadre psychanalytique* », dans R. Kaës (sous la direction de), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1989.
- Brazelton, T. M. ; Cramer, B. 1994. *Les premiers liens*, Paris, Calmann-Lévy.
- Casement, P. 1988. *À l'écoute du patient*, Paris, Puf. Freud, S. 1895. « *Esquisse d'une psychologie scientifique* », dans *Introduction de la psychanalyse*, Paris, Puf, 2004.
- Gimenez, G. 2010. *Halluciné, percevoir l'impensé*, Bruxelles, De Boeck.
- Gimenez, G. ; Barthélémy, S. 2011. « *Le temps de la prise de notes. Propositions d'une méthode de notations dans les groupes cliniques* », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 56, p. 171-185.
- Guillaumin, J. 1976. « *L'énergie et les structures dans l'expérience dépressive, le rôle du préconscient* », *Revue française de psychanalyse*, vol. 40, p. 1059-1072.
- Kaës, R. 2006. « *En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ?* », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 46, p. 9-25.
- Searle, H. 1965. *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard, 1977.
- UrWand, S. 2001. « *Psychose, groupe et institution* », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 36, p. 99-131.