



HAL
open science

Création et objet de relation

Guy Gimenez, Clarisse Vollon

► **To cite this version:**

Guy Gimenez, Clarisse Vollon. Création et objet de relation. Revue de psychothérapie Psychanalytique de Groupes, 2022, n° 79 (2), pp.33-46. 10.3917/rppg.079.0033 . hal-04273112

HAL Id: hal-04273112

<https://hal.science/hal-04273112v1>

Submitted on 7 Nov 2023

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.

Création et objet de relation

Guy Gimenez, Clarisse Vollon

DANS **REVUE DE PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHANALYTIQUE DE GROUPE** 2022/2 (N° 79), PAGES 33 À 46

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0297-1194

ISBN 9782749275659

DOI 10.3917/rppg.079.0033

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2022-2-page-33.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

CRÉATION ET OBJET DE RELATION

GUY GIMENEZ
CLARISSE VOLLON¹

Le travail clinique nous confronte parfois à la présence d'objets concrets externes. Une série de termes sont venus qualifier ces objets : objet transitionnel, objet relationnel, objet médiateur, objet intermédiaire, objet de relation, objet transitoire, objet malléable, objet brut, objet contra-dépressif, objet contra-phobique, fétiche, objet autistique... Il peut s'agir d'objets que le clinicien propose comme médium à la rencontre (il s'agit alors d'objets médiateurs), mais cela peut aussi être des objets utilisés de façon tout à fait imprévue dans la dynamique de la relation, c'est ce que nous avons appelé les objets de relation. Cet article a pour objectif de faire le point sur les objets de relation, à partir des recherches menées depuis vingt-cinq ans par le groupe de travail COR (clinique des objets de relation). Nous présenterons sept caractéristiques et neuf fonctions principales des objets de relation, en illustrant les points les plus importants (Thaon, 1988 ; Gimenez, 2002, 2003, 2006). Puis nous focaliserons notre attention sur la dimension créative dont ils sont le support à partir d'une séance de groupe de parole.

SEPT CARACTÉRISTIQUES DE L'OBJET DE RELATION

Première caractéristique : objet concret

L'objet de relation est tout d'abord un objet (au sens étymologique : « qui est jeté devant soi »). C'est ensuite un objet « concret ». Ce terme, du grec « se solidifier », précise qu'il a une consistance propre, il peut être perçu par les sens, et n'est pas abstrait. Il n'est ainsi pas réductible à un objet interne ou à nos activités fantasmatiques ou de pensée. De par sa concrétude, l'objet de relation est, la plupart du temps, le support d'une expérience sensorielle pour au moins l'un des deux interlocuteurs, patient ou thérapeute.

Guy Gimenez, psychologue clinicien, professeur en psychopathologie clinique, Aix Marseille université, LPCPP, INCIAM, Aix-en-Provence ; guygimenez@me.com
Clarisse Vollon, psychologue clinicienne, maître de conférences en Psychopathologie clinique, Aix Marseille université, LPCPP, INCIAM, Aix-en-Provence ; clarisse.vollon@univ-amu.fr

Seconde caractéristique : l'objet de relation appartient au champ de l'intermédiaire

Cet objet concret appartient au champ de l'intermédiaire tel qu'il a été défini par G. Roheim (1943), D.W. Winnicott (1951) et R. Kaës (1983, 1985). Il s'agit d'un objet qui n'a le statut ni d'interne ni d'externe, mais d'« entre-deux » ou d'entre plus de deux : entre deux espaces, entre deux psychés ou plus, entre deux temps, entre deux générations, etc. Le statut d'intermédiaire implique deux éléments (ou plus) séparés et reliés ou articulés : c'est une formation articulaire¹. Comme l'a montré R. Kaës, l'intermédiaire « résulte d'une séparation entre éléments qu'il s'agit de réarticuler par une sorte de pontage² ». Les rencontres médiatisées par un objet intermédiaire peuvent être nommées « médianes », selon la terminologie de B. Chouvier (1997), par opposition à la relation frontale, directe, avec un interlocuteur.

Troisième caractéristique : objet de partage

L'objet de relation est un objet de partage qui doit pouvoir être utilisé par deux personnes en même temps, bien que ces deux personnes puissent l'utiliser de façon différente³. En cela il s'oppose à l'objet transitionnel qui est un objet privé (Winnicott, 1951), non partageable avec un tiers, ni support d'un jeu ou d'un échange avec autrui. Quelquefois cette expérience s'effectue dans deux registres différents pour le clinicien et le patient. C'est ce que nous avons décrit à partir de séquences cliniques dans lesquelles des hallucinations de patients psychotiques devenaient, dans la dynamique de la relation transférentielle, des objets de relation (Gimenez, 1995, 2010) : expériences vécues comme perceptives par le patient, et en même temps, comme rêveries pour le clinicien.

Quatrième caractéristique : il émerge dans la surprise

L'objet de relation émerge le plus souvent dans la surprise. Il est « trouvé-crée » dans la rencontre avec l'autre. En cela, l'objet de relation s'oppose à l'objet de médiation qui est préinvesti et présenté préalablement par le clinicien comme médium à la relation. Évoquons ici un patient qui avait de très grandes difficultés à traduire en mots ce qu'il vivait, et qui amenait parfois, en entretien, des lettres à son thérapeute. Ce dernier refusait systématiquement de les regarder, de les ouvrir, de les lire, signifiant à son patient « que tous deux n'étaient là

1. R. Kaës, « La catégorie de l'intermédiaire et l'articulation psychosociale », *Bulletin de psychologie*, t. 26, n° 360, 1983, p. 587.

2. *Ibid.*

3. M. Thaon, « Caractéristiques et fonctions des objets de relation », dans *Après Winnicott*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, 1988, p. 16.

pour ne rien faire d'autre que parler ». Ce refus d'accueillir ces lettres provoquait une grande souffrance chez ce jeune homme en thérapie.

Cinquième caractéristique : l'objet de relation représente l'état de la relation à un moment donné de la rencontre

L'objet de relation « représente l'état de la relation à un moment donné de la rencontre : c'est sa caractéristique principale⁴ ». Il est une figuration (mise en forme sensorielle) externe et commune du lien. L'objet de relation est alors le porteur (au sens de la fonction phorique décrite par R. Kaës, 1993, 1994) de ce qui, de l'histoire du patient, se rejoue dans la relation. En voici une courte illustration.

Un patient, que nous nommerons Paul, se présente à un entretien en centre médico-psychologique avec une grande boîte d'allumettes qu'il garde précieusement sur ses genoux. Il la fixe alors qu'il raconte à son thérapeute ses difficultés relationnelles avec sa famille. À la fin de l'entretien, il sort de sa boîte d'allumettes un tout petit objet recroquevillé, marron foncé, difficile à identifier, un objet énigmatique. Il précise : « Je les garde dans cette boîte depuis bien longtemps. » Il tend, avec délicatesse, ce petit objet étrange et le place dans la main du clinicien, et c'est alors, au contact de l'objet, que ce dernier comprend qu'il s'agit d'une crotte de nez. Il reste assez saisi qu'il lui donne ainsi une production (sécrétion) de son corps, objet relativement personnel, qui, d'habitude est destiné à être jeté. Paul parvient alors à dire combien, dans sa vie, il sent une profonde solitude de ne se sentir accueilli par personne. Il parle alors de ce que son père lui disait, quand il était petit, qu'il était un déchet, un détritrus, et que personne ne pourrait jamais l'aimer. Nous comprendrons, tranquillement, comment ces petits objets pouvaient le représenter et représenter une facette du lien thérapeutique : il pouvait être, enfin, au moins en partie, accueilli, dans sa souffrance et dans son image de lui si dégradée.

Sixième caractéristique : support d'un espace d'illusion efficace de compréhension

Comme l'a soutenu Marcel Thaon, l'objet de relation permet de construire « une sorte de micro-culture intermédiaire entre le clinicien et le patient⁵ ». Celle-ci permet de développer « une illusion efficace de compréhension », c'est-à-dire, une illusion au sens winnicottien, étayée sur la croyance que l'on partage la même toile de fond (culture ou micro-culture), qui rend possible la construction du lien avec notre

4. *Ibid.*, p. 16.

5. M. Thaon, « Présentation de l'association COR », dans *Rencontres cliniques*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, 1985, p. 5.

interlocuteur. Il s'agit d'une illusion parce que cette culture est en fait à construire ou à co-construire : elle est en devenir.

Septième caractéristique : nature biface

L'objet de relation a une nature biface : l'une tournée vers le patient, l'autre vers le clinicien. Cette dimension biface permet que se nouent des chaînes associatives et/ou des éléments de l'histoire des interlocuteurs. Il peut s'agir d'un objet qui se trouve dans le cadre : un tapis, un morceau de moquette (Granjon, 1997), une lampe, une balle utilisée par un enfant dans un entretien (*ibid.*) Cela peut être un objet porté par le clinicien (par exemple les lunettes du thérapeute, ou un collier que l'enfant va essayer d'utiliser ; *ibid.*) ; il peut s'agir d'un objet que le clinicien a perçu ou dont il a fait l'expérience (Guérin, 1990b). Cela peut être, enfin, un objet culturel. M. Thaon (1985b) a ainsi montré comment un mythe (celui de Thésée) a été le support pour représenter le lien à un de ses patients et a rendu possible l'élaboration de ce qui se jouait dans la rencontre.

NEUF FONCTIONS DE L'OBJET DE RELATION

Nous proposons de présenter maintenant neuf fonctions des objets de relation.

Première fonction : d'interface

La nature biface de l'objet de relation que nous avons évoquée, rend possible sa fonction d'interface entre les sujets qu'il mobilise à des niveaux différents. En tant qu'interface⁶, l'objet de relation permet l'articulation entre deux mondes hétérogènes, celui du (ou des) patient(s) et celui du clinicien. Il est un « entre-deux appareils psychiques », « un point de relais pour une rencontre », support d'un lien intersubjectif.

Deuxième fonction : d'appareillage et d'accordage

Investi de part et d'autre, l'objet de relation permet l'appareillage des psychés et l'accordage des inconscients⁷ dans un mouvement de résonance affective (Sandler, 1976). Nous avons émis l'hypothèse que « l'objet de relation peut émerger à l'endroit du contact entre les parties infantiles de deux psychés⁸ ».

6. C. Guérin, « Présence de l'objet : du travail de l'envie à l'expérience du partage », dans *L'objet et l'enfant*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, 1990, p. 13.

7. C. Seys, « Selim ou l'impensable violence », *op. cit.*, p. 39.

8. M. Thaon, « Présentation de l'association COR », *op. cit.*, p. 5.

Troisième fonction : d'organisateur et d'articulateur intra- et interpsychique

L'objet de relation a une fonction d'organisateur intra- et interpsychique au sens de Kaës (1993). Il est un articulateur entre le thérapeute et le patient. Comme l'a montré Christian Guérin, il est un « articulateur relationnel/émotionnel » qui fournit des points de jonction et un nouage aux psychés en présence, pour peu qu'elles fonctionnent sur le modèle de la métaphore chez au moins l'un des deux interlocuteurs. En fait, il rend possible une double articulation entre interne et externe et entre soi et l'autre. Il est ainsi un « révélateur », un « précipitateur », un « catalyseur » de la relation transféro-contre-transférentielle. Cette fonction d'articulation et de liaison permet que se nouent les chaînes associatives individuelles et groupales.

Quatrième fonction : figuration ou mise en forme

Comme nous l'avons dit, l'objet de relation est une figuration de l'état de la relation entre les deux interlocuteurs à un moment donné. On pourrait préciser que l'objet permet ici de « figurer sans trop de risque » les enjeux d'une relation, ou d'une problématique : ce qui y est enclos, gelé, déposé en négatif, et ce qui reste « en attente de sens » dans la relation clinique (Granjon, 1997 ; Guérin, 1992). Le passage par l'objet permet le partage de ce qui était jusqu'alors impensable⁹. Nous avons observé que le clinicien repère plus facilement certaines problématiques à partir d'objets qu'il a lui-même investis préalablement. E. Granjon (1988) a mis en évidence comment, dans un entretien familial, le passage par un objet important pour elle, investi dans son histoire familiale (un collier hérité de sa grand-mère) et choisi par le patient comme support de jeu a rendu possible le développement de la chaîne associative familiale, qui semblait en suspens...

Cinquième fonction : support du lâcher-prise et de la capacité à jouer

L'objet de relation permet au clinicien, dont l'attention est momentanément centrée sur l'objet, de lâcher prise (Gimenez, 2000) et ainsi de mieux tolérer le processus de « devenir O » dont parle Bion (1970), c'est-à-dire la transformation de son « état d'être » en écho à celui du patient. Support du lâcher prise, l'objet de relation permet au clinicien de moins se défendre contre les strates de résistances mises en place pour endiguer le processus de la rencontre. Dans ce mouvement, le clinicien peut mieux tolérer certains mouvements identificatoires, empathiques, contre-transférentiels et régressifs. C'est ce que Bion

9. C. Seys, « Selim ou l'impensable violence », *op. cit.*, p. 41.

décrit dans ce qu'il nomme la transformation dans O : « Il faut que l'analyste concentre son attention sur O, l'inconnu et l'inconnaissable. [...] ; le vertex [c'est-à-dire le point de vue] psychanalytique est O, avec lequel l'analyste ne peut être identifié car il faut qu'il soit cela¹⁰. » Consécutivement au lâcher prise, on peut dire que l'objet de relation réveille, attise, aiguillonne la capacité du clinicien à jouer au sens du *play* (le jeu créatif) : à jouer avec ses pensées, à jouer avec ses images intérieures et à jouer avec ses affects contre-transférentiels... En voici une courte illustration.

Aïcha, jeune patiente schizophrène de 31 ans, se présente à notre rendez-vous avec un bocal de marmelade. Elle le pose sur le bureau. Le clinicien la regarde puis regarde le bocal en se demandant ce qu'il peut bien lui apprendre sur ce qui se joue dans la thérapie ou sur l'état de la relation. Aucune association ne se présente à lui.

– Elle : « Eh, bibi, ça vous arrive d'être constipé ? »

– Le clinicien (surpris et un peu décontenancé) : « Vous me trouvez constipé ? »

– Elle : « C'est mieux que la prostitution, ça dégage bien. »

– Le clinicien : « La marmelade dégage bien, je garde à l'intérieur ? »

– Elle : « C'est vos angoisses que vous gardez à l'intérieur. »

– Le clinicien : « Vous trouvez que je suis angoissé, on peut imaginer ce qui pourrait m'angoisser ? »

Elle parle alors de ce qui l'angoisse, elle, et en particulier, de ce qui, de la relation au clinicien, la touche, la perturbe, l'inquiète profondément. Elle reparle de cette relation qui est pour elle à la fois une relation parentale (il est son père), fraternelle (il est son frère), filiale (il est son fils), amoureuse (il est son mari). Ils peuvent alors travailler sur les différents personnages à qui elle parle quand elle s'adresse au thérapeute, dans un transfert diffracté : lui-même (le psychologue), son papa, son mari, son amant, son frère, et, quand elle est triste, « Gimenez Blues ». Le passage par l'objet, le bocal de marmelade, permet à la patiente de commencer à exprimer (et figurer) au sujet du clinicien, ce qu'elle sent encore confusément à son propos : la nécessité urgente de se dégager, de laisser sortir au dehors, les angoisses et les tensions maintenues et contrôlées au dedans... La multiplicité des positions et places que le thérapeute prend dans le lien renvoie à sa propre multiplicité, sur laquelle il sera possible de travailler longuement : elle-même change d'identité, de nom, de prénom, d'origine et même de genre. Nous repérons ici, comment, à travers le bocal de marmelade, elle peut commencer à figurer et se représenter le lien au clinicien et aux différentes parts d'elle-même.

10. W.R. Bion, *L'attention et l'interprétation*, Paris, Payot, 1970, p. 63.

Sixième fonction : fonction d'externalisation pare-excitative et de mise en dépôt

L'objet de relation permet de déplacer au-dehors, d'externaliser, d'extra-territorialiser, sur un objet concret, ce qui se joue entre les protagonistes. L'objet est ainsi investi comme une sorte de « double [externalisé] de la relation patient-thérapeute » (Thaon, 1988). Cette externalisation a un effet pare-excitatif (filtrant) qui permet aux interlocuteurs de ne pas être submergés par l'intensité affective d'une relation trop frontale et trop directe et d'explorer « sans trop de risque » (ou avec moins de risque) la relation en train de se construire. L'objet de relation devient alors un lieu de dépôt du sens potentiel en attente de signification qui y est enclos et la charge d'affect qui lui est liée. Pour rendre la rencontre possible, l'objet de relation a une fonction pare-excitative. Il filtre la violence fondamentale sous-jacente à toute rencontre et il permet au patient et au clinicien de se pare-exciter réciproquement¹¹. L'objet de relation permet ici au patient et au clinicien de se pare-exciter réciproquement (Gimenez, 2001). Le clinicien peut ainsi se laisser « affecter » et repère en lui-même un écho contre-transférentiel des éléments de la problématique du patient à travers l'objet concret externe qui, sans cela, auraient risqué de déborder le clinicien (et le patient) et « auraient rendu impossible le travail psychique¹² ».

Septième fonction : réactivation des processus préconscients

Le co-investissement, dans le lien clinique, de l'objet de relation, déclenche (et réactive) les processus préconscients, favorisant le travail de liaison symboligène. Le travail clinique nous apprend qu'il est d'ailleurs préférable ne pas trop prêter attention à l'objet lui-même pour le laisser fonctionner au niveau préconscient. Support de la rêverie du clinicien¹³, l'objet de relation n'a d'ailleurs pas comme fonction de donner du sens, mais d'activer les processus préconscients qui permettront au sens potentiel dont il est porteur (muet), de s'actualiser (et d'être trouvé-créé) dans le lien thérapeutique. Ce sens peut différer dans un premier temps pour les interlocuteurs, ce qui nous a fait parler de la dimension polyphonique (Kaës, 1994) de l'objet de relation. L'objet peut, ainsi, à travers l'une de ses caractéristiques, relancer la fonction métaphorique et permettre la mentalisation d'une problématique en suspens. Il devient ainsi un point de relance de la chaîne associative pour les interlocuteurs en présence. Il est un support d'interfantasmatisation.

11. G. Gimenez, « Objet de relation et gestion du lien contre-transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre », dans *Objet et contre-transfert*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, 1995, p. 61.

12. M. Thaon, « Caractéristiques et fonctions des objets de relation », *op. cit.*, p. 16.

13. J. Guillaumin, « Alliances et mésalliances du contre-transfert », *op. cit.*, p. 81.

Huitième fonction : de contenant de négatif

Du point de vue de la transmission, et en reprenant la terminologie proposée par E. Granjon, l'objet de relation contiendrait « concrètement » le négatif transmis de façon trans-générationnelle et le relierait à une forme. Il serait un « contenant de négatif » (Granjon, 1988, 1997). Les objets de relation occupent, à ce titre, une place privilégiée dans l'élaboration des problématiques traumatiques dans lesquelles le non-dit a pris une place importante¹⁴. Dit autrement, l'objet de relation peut être pensé comme un support qui peut aider le passage d'une modalité de transmission trans-générationnelle à intergénérationnelle (Granjon, 1997).

Neuvième fonction : d'éveil (et défocalisation) de l'attention

En écho contre-transférentiel, l'objet « éveille » l'attention du clinicien (au sens de Bion, 1990), c'est-à-dire au sens de « pré-investissement de ce qui n'est pas encore arrivé ». L'objet excite ainsi le clinicien dans un mouvement épistémophilique et lui permet de focaliser son attention sur des processus passés jusqu'alors inaperçus, ou à l'inverse non gérés à cause d'un trop-plein d'excitations. Il semble que ce soit sa capacité à produire des effets (des échos) chez les deux interlocuteurs qui favorise son investissement comme objet de relation. L'objet de relation éveille les parts muettes du clinicien et du patient et figure le négatif déposé dans la relation transférentielle. Dans cette perspective, il y aurait donc ainsi une « présignifiante » potentielle de l'objet qui permet au clinicien de trouver ce qui est déjà là mais non encore visible. Par cette défocalisation de l'attention, le clinicien peut alors saisir ce qui demeurait pour lui invisible, ou inaudible, auparavant.

PRÉSENTATION D'UNE SÉANCE CLINIQUE DE GROUPE AVEC L'ÉMERGENCE D'OBJETS DE RELATION : LA POUPÉE

Pour illustrer comment ces neuf fonctions sont le support d'un processus créatif, nous allons maintenant décrire l'émergence d'objets de relation dans un groupe de parole constitué de patients schizophrènes. Il s'agit d'une séquence d'un groupe qui s'est déroulé en centre hospitalier spécialisé, groupe qui a déjà été évoqué, différemment, dans le cadre de la Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe, il y a plusieurs années. Ce groupe hebdomadaire et semi-ouvert a fonctionné pendant deux ans et demi. Il est constitué, à la période que nous allons présenter, par six patients schizophrènes. Les séances durent une heure et demie. La règle de la libre association (on laisse venir ses pensées et on les traduit en mots dans le respect de chacun)

14. C. Seys, « Selim ou l'impensable violence », *op. cit.*, p. 41. Voir également Granjon (1997).

et la règle de la discrétion (ce qui est dit dans le groupe reste dans le groupe) sont énoncées de façon explicite au début de groupe. Chacun s'engage également à participer de façon assidue aux séances.

Éléments éparpillés et position paranoïde-schizoïde du clinicien

Il s'agit d'une séance un peu particulière. En effet, un patient a quitté l'unité de soins après avoir tenté d'y mettre le feu. Le conducteur de groupe indique, au début de la séance, qu'une chaise a été enlevée, car Jean-Paul a quitté le pavillon et ne participera plus au groupe de parole. Suit un moment de silence. Le clinicien fait l'hypothèse que le groupe est confronté à la question de la douleur du retour au pavillon d'origine, à la perte et à la séparation. Il repense aux lignes associatives des dernières séances, dans lesquelles les participants évoquaient leurs difficultés à penser leur sortie de l'hôpital qu'ils ne parviennent plus à quitter et qui est devenu comme une maison d'adoption pour eux.

Catherine semble focalisée sur le mouvement monotone de balancement de sa chaise. Rachida, patiente schizophrène de 33 ans, a l'air, comme souvent, préoccupée par sa poitrine opulente, et la soulève à plusieurs reprises. Elle la touche et demande comment on la trouve. Personne ne lui répond. Elle sourit. Le clinicien répond paisiblement à son sourire. Rachida précise alors : « C'est important la poitrine, pour les hommes. Les hommes adorent. »

Isabelle reprend sur un thème central de son délire : « Les hommes sont obsédés, même les médecins. Mon gynéco a abusé de moi pendant mon accouchement... »

Philippe, lui, jeune schizophrène à l'aspect négligé et présentant une étonnante inertie dans la vie quotidienne, malgré sa vive intelligence, reste immobile sur sa chaise. Il ne dit rien.

Rachida, qui continue à se palper la poitrine, ponctue ses mouvements d'éclats de rire maniaques. On la sent sans véritable contact avec les autres, qui ont du mal à la tolérer.

Catherine murmure, en faisant de petits mouvements saccadés de la tête : « Elle n'a pas appelé, ma mère... elle n'a pas appelé. »

Philippe prend la parole : « Moi, je positive et je négative, je positive et... »

Gérald sourit, mais ne dit rien.

Isabelle, qui a essayé de parler à plusieurs reprises, dit enfin : « Il y a cinq ans, je prenais du Loxapac et mon chien n'était pas content. » Elle éclate de rire. Suivent quelques interventions du même type.

Commentaires

Dans ce premier temps, les associations des membres du groupe s'enchaînent, mais sans prendre vraiment en compte le contenu des

autres, sans s'articuler vraiment, comme en pointillé. C'est ce que nous avons nommé, avec E. Granjon (1997), les pointillés associatifs, marqués par le délire, la dissociation, le morcellement de chacun. Si on observe précisément les associations des membres du groupe, on repère une succession de signifiants formels qui sont des représentations de mouvement ou des représentations de transformation tels que D. Anzieu les a décrits. Cette succession de signifiants formels renvoie à ce qu'A. Brun a nommé « chaîne associative formelle ». Citons-en quelques-uns : un corps se balance de façon rythmique, une poitrine est soulevée répétitivement, une enveloppe est effractée, un corps est pénétré, une tête bouge de façon saccadée, les courtes phrases répétées de façon rythmée (« je positive et je négative ») peuvent aussi être considérées comme des équivalents mis en son, mises en voix de signifiants formels ressentis corporellement. En fait, dans ce début de chaîne associative en cours de création, apparaissent aussi des pictogrammes tels que Piera Aulagnier les a définis (représentations de sensations) fort difficiles à mettre en mots et des scénarios (ou représentations scéniques) (Aulagnier, 1986). Dans le modèle que l'un de nous a construit (Gimenez, 2010), les traces psychiques s'organisent en trois niveaux : le niveau pictogrammique (pictogrammes ou représentations de sensations), le niveau des signifiants formels (ou représentation de mouvement ou de transformation, constitués par un sujet, identifié à une partie du corps et un verbe le plus souvent réflexif), et les représentations scénarisées (ou figurations scéniques).

Nous faisons l'hypothèse que cette focalisation d'une partie du fonctionnement psychique de chacun sur les signifiants formels se répondant et se relançant les uns les autres, implique une mise en phase régressive, d'accordage de l'ensemble des membres du groupe et du clinicien dans un mouvement de résonance affective telle que Sandler (1996) l'a décrite. Les participants construisent, structurent et organisent les pointillés associatifs de cette première partie de la séance. On peut imaginer que, dans ce mouvement organisateur, des parts douloureuses, infantiles, archaïques, des participants, voire des parts traumatiques de chacun, sont particulièrement sollicitées et mises en contact. Il s'agit, nous le pensons, de l'étape préalable nécessaire au processus créateur en groupe.

L'apparition d'objets organisateurs et création en groupe : des signifiants formels aux scénarios communs

Reprenant un mouvement rythmique, Philippe tapote alors répétitivement, avec son pied, sur un sac en plastique qu'il a apporté et posé devant lui. Ces petits bruits de crissements, insistants, semblent agacer quelques membres du groupe. Au bout d'un moment, il saisit le sac en plastique, et l'ouvre. Il en sort une cassette vidéo abîmée dont le boîtier est écrasé (il s'agit d'*Au-delà du réel*). Le clinicien se dit intérieurement

que c'est bien ce qu'il ressent parfois dans ce groupe. Il en sort ensuite un CD-ROM qui, dira-t-il, ne fonctionne plus. Puis il en sort une bande dessinée cartonnée. Sa couverture est abîmée. Elle présente de larges taches d'humidité ou d'eau, de grandes auréoles sur la couverture. Les feuilles semblent collées, et tachées. Philippe fixe ces objets abîmés comme un trésor. Le conducteur du groupe se dit intérieurement que ces objets sont un peu comme une partie du patient et comme les participants de ce groupe, abîmés.

Philippe dit, en regardant son livre : « Les Amazones sont des guerrières. Pour mieux tirer à l'arc, elles se font couper un sein. » Rachida réagit aussitôt et s'exclame, très tendue : « Quelle horreur ! » Elle se met à rire aux éclats, de façon maniaque, déchargeant un trop-plein d'excitation.

Gérald prend le livre et le feuillette. Les feuilles, sales, humides et collées entre elles par l'humidité, rendent sa tâche difficile. Il s'applique, d'abord seul, puis aidé de sa voisine, à séparer les feuilles. Ils sont aidés par d'autres membres du groupe, alors que le livre circule de main en main. Je suis touché en observant ce mouvement de réparation de l'objet abîmé effectué par une partie du groupe. Les participants font remarquer que les Amazones « sont très fortes » mais aussi cruelles et sans cœur. Sur une planche de la BD, on remarque qu'un ennemi a été laissé à moitié mort sur le sol. À l'agonie. On ne l'achève pas, on ne l'aide pas.

Le clinicien pense aux membres du groupe, qui peuvent se sentir seuls et abandonnés, et quelquefois ni vraiment morts, ni vraiment vivants... mais il ne dit rien. Suit un silence plein et habité, dans lequel chacun semble attentif aux autres.

Après ce silence, quelqu'un dit, ému : « Keltoum a pleuré toute la journée... » Un autre reprend : « Oui, elle a cassé sa poupée. » Et le groupe se met à évoquer le cri sans fin de cette patiente, inconsolable depuis qu'elle a brisé sa poupée de porcelaine que lui a offerte une autre patiente. Sa première poupée. Son premier jouet. Et devant ce partage de souffrance, dans lequel tous les membres du groupe semblent soudain se reconnaître, tout semble se passer comme si la toute-puissance de la pensée, souvent si présente, avait laissé la place à une émotion partagée habitée par chacun.

Les voilà, chacun présent. Là. Se regardant. À l'écoute. Ils ne semblent plus délirants ni hallucinés, mais juste présents à la souffrance de l'autre. Nicole raconte alors, avec beaucoup d'émotion, comment, toute petite, elle a passé une nuit dehors, alors qu'il neigeait, après que son père saoul l'avait battue sauvagement... Il ne lui restait plus alors qu'un morceau de poupée en tissu auquel elle s'accrochait comme ce qu'elle avait de plus précieux au monde. Le groupe écoute avec beaucoup d'attention et beaucoup de respect.

Nicole évoque alors la relation avec son mari qui buvait, tout comme son père. Et son arrivée à l'hôpital, il y a des années. Elle dit

que maintenant elle est seule. Pour la vie certainement, parce que personne ne voudra d'elle. Une partie du groupe peut alors évoquer son arrivée à l'hôpital, le dénuement et l'inquiétude, voire la terreur, face à la sortie, et plus encore face à un possible retour dans un pavillon d'entrants.

Le clinicien reparle de Jean-Paul qui est reparti dans son pavillon, et dont l'absence aujourd'hui réveille dans le groupe de fortes inquiétudes : inquiétudes de ne pas réussir à trouver sa place dans ce monde après une si longue hospitalisation, inquiétude de retourner dans un pavillon d'entrants... Il parle aussi de la cassette, du CD et du livre, abîmés, malmenés, et qui font écho à la part abîmée de chacun, ici, dans le groupe, et que l'on craint ne plus pouvoir réparer, penser, cicatriser. Et il dit, que, comme Keltoum qui a cassé sa poupée et qui était inconsolable, une part de nous, qui nous semble inconsolable, a envie, comme elle, de pousser un cri dont on se demande s'il pourra s'arrêter un jour... Et qu'on est dans ce groupe pour, ensemble, essayer de trouver les mots pour partager certaines choses qu'on pensait devoir garder pour soi, tout seul, toute sa vie. Le groupe a un moment silencieux intense. C'est la fin de la séance. Il est important de préciser que, quelques jours après cette séance de groupe si intense, un des participants ira, en ville, utilisant son peu d'économie pour acheter une nouvelle poupée en porcelaine pour l'offrir, à Keltoum, dans un mouvement de réparation. Elle en sera très bouleversée... et le groupe aussi.

REPRISE ET CONCLUSION

Les souffrances individuelles, d'abord muettes, mais réactivées par l'absence du patient qui a quitté le pavillon, se cristallisent à partir d'une excitation sensorielle auditive produite par le mouvement répétitif d'une jambe contre le sac en plastique (signifiant formel). L'aspect abîmé, dégradé, sali, des objets sortis du sac (livre, cassette, CD) éveille la présence attentive du clinicien qui appréhende ces objets comme porteurs potentiels de signification. Ce préinvestissement semble favoriser leur utilisation comme support d'une mise en forme (figuration) possible de la part abîmée des membres du groupe. La tentative de réparation à plusieurs, du livre abîmé, semble mobiliser l'investissement de chacun dans un mouvement créatif. On sépare les feuilles collées. Cet objet révèle alors son intérieur, son contenu, que le groupe découvre ensemble.

Les participants peuvent se retrouver et se relier identificatoirement, dans un personnage à l'agonie, attaqué par les Amazones, laissé sur le sol, seul, perdu, abandonnés, sans aide... Le groupe, en attente, et peut-être même en appel d'un organisateur, peut ici trouver-crée une forme apte à contenir le vécu subjectif profondément douloureux de perte et d'abandon de chacun.

Cette émotion du groupe peut alors prendre forme, s'objectaliser, s'articuler et s'organiser autour d'un objet absent mais évoqué, chargé émotionnellement et particulièrement sensoriel : la précieuse poupée qui se casse, et le cri de détresse qui ne semble pas avoir de fin... Cet objet (la poupée), qui apparaît dans la surprise, est ainsi porteur (au sens de la fonction phorique décrite par R. Kaës, 1993, 1994) de l'émotion du groupe et de scénarios partagés. Cette expérience émotionnelle, commune et partagée par les membres du groupe, est le support d'« une illusion efficace de compréhension » qui crée un espace commun entre les participants. L'attention et la réceptivité de chacun sont mobilisées, et les membres du groupe font l'expérience de ce qu'Ophélie Avron (2004) a appelé « l'effet de présence ». C'est alors que le vécu, la parole et l'expérience de chacun peuvent être écoutés, trouver leur place, et être reçus dans le groupe. Cette expérience semble fondatrice.

Sont alors évoquées des situations émotionnelles, intimes et émouvantes, en écho au partage dans le groupe : la petite fille dehors dans la neige avec un morceau de poupée en tissu, la patiente battue et abandonnée par son mari alcoolique, le dénuement de chacun face à la terreur de sortir de cet hôpital protecteur dont on aimerait enfin s'affranchir. Ces associations individuelles, intimes, par lesquelles chacun se livre et s'engage émotionnellement, participent à la figuration groupale, co-créée, de ce qui était en suspens, en attente, et même en appel d'un travail psychique.

L'objet, comme organisateur relationnel/émotionnel, permet l'appareillage des psychés, dans un mouvement de résonance affective, et l'avènement du mouvement dépressif dans le groupe...

BIBLIOGRAPHIE

- AVRON, O. 2004. *La pensée scénique. Groupe et psychodrame*, Toulouse, érès.
- BION, W.R. 1970. *L'attention et l'interprétation*, Paris, Payot.
- CHOUVIER, B. 1997. « Ouverture des journées d'études », dans *L'objet, la figuration et le lien*, Actes des Journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph Imbert, p. 13-16.
- GIMENEZ, G. 1995. « Objet de relation et gestion du lien contre-transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre », dans *Objet et contre-transfert*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 51-77.
- GIMENEZ, G. 2000. *Clinique de l'hallucination psychotique*, Malakoff, Dunod.
- GIMENEZ, G. 2002. « Les objets de relation », dans B. Chouvier (sous la direction de), *Les processus psychiques de la médiation*, Malakoff, Dunod, p. 81-102.
- GIMENEZ, G. 2003. « Les objets de relation dans la thérapie individuelle et groupale de patients schizophrènes », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupes*, n° 41, p. 41-62.

- GIMENEZ, G. 2006. « Les objets de relation en relation individuelle, groupale et familiale », *Le Divan familial*, n° 16, p. 77-96.
- GIMENEZ, G. 2010. *Halluciner, percevoir l'impensé : approche psychanalytique de l'hallucination psychotique*, De Boeck.
- GRANJON, E. 1988. « Des objets bruts aux objets de relation », dans *Après Winnicott*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 23-26.
- GRANJON, E. 1990. « Sensorialité et bande de Moebius : la dimension familiale dans l'expérience sensorielle », dans *L'expérience sensorielle de l'enfance*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 15-44.
- GRANJON, E. 1997. « Figuration du traumatisme en thérapies familiales psychanalytiques », dans *L'objet, la figuration et le lien*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 45-78.
- GUÉRIN, C. 1990a. « Présence de l'objet : du travail de l'envie à l'expérience du partage », dans *L'objet et l'enfant*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 8-28.
- GUÉRIN, C. 1990b. « La poésie ou l'expérience sensorielle mise en mots », dans *L'expérience sensorielle de l'enfance*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 167-184.
- GUÉRIN, C. 1992. « L'objet de relation ou la transparence de l'obstacle, à propos du film de W. Wenders *Paris, Texas* », dans *Objet culturel, travail psychique*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 117-147.
- GUILLAUMIN, J. 1995. « Alliances et mésalliances du contre-transfert », dans *Objet et contre-transfert*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph Imbert, p. 79-108.
- KAËS, R. 1983. « La catégorie de l'intermédiaire et l'articulation psychosociale », *Bulletin de psychologie*, t. 26, n° 360, p. 587-593.
- KAËS, R. 1985. « La catégorie de l'intermédiaire chez Freud : un concept pour la psychanalyse ? », *L'évolution psychiatrique*, vol. 50, n° 4, p. 893-926.
- KAËS, R. 1993. *Le groupe et le sujet du groupe*, Malakoff, Dunod.
- KAËS, R. 1994. *La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*, Malakoff, Dunod.
- ROHEIM, G. 1943. *Origine et fonction de la culture*, Paris, Gallimard, 1972.
- SANDLER, J. 1976. « Contre-transfert et rôle en résonance », *Revue française de psychanalyse*, n°3, mai-juin, p. 403-412.
- SEYS, C. 1995. « Selim ou l'impensable violence », dans *Objets et contre-transfert*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 15-50.
- THAON, M. 1985a. « Présentation de l'association COR », dans *Rencontres cliniques*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 5-6.
- THAON, M. 1985b. « De Thésée à Dédale », dans *Rencontres cliniques*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 49-58.
- THAON, M. 1988. « Caractéristiques et fonctions des objets de relation », dans *Après Winnicott*, Actes des journées d'études du COR, Arles, hôpital Joseph-Imbert, p. 13-17.
- WINNICOTT, D.W. 1951. « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p. 7-39.