



L'idéologie dans les groupes thérapeutiques pour patients psychotiques

Clarisse Vollon, Guy Gimenez

► To cite this version:

Clarisse Vollon, Guy Gimenez. L'idéologie dans les groupes thérapeutiques pour patients psychotiques . Revue de psychothérapie Psychanalytique de Groupes, ERES 2016, Cliniques groupales et idéologie 67, <<http://www.editions-eres.com/ouvrage/3952/cliniques-groupales-et-ideologie>>. <hal-01336277>

HAL Id: hal-01336277

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01336277>

Submitted on 22 Jun 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.

L'IDÉOLOGIE DANS LES GROUPES THÉRAPEUTIQUES POUR PATIENTS PSYCHOTIQUES

CLARISSE VOLLON
GUY GIMENEZ

L'idéologie peut être appréhendée comme un système d'idées générales, de représentations dans lesquelles les individus vivent leurs rapports. Dans le champ de la psychanalyse de groupe, Kaës (2005) envisage l'idéologie comme une position et une mentalisation qui permet aux membres d'un groupe de se défendre contre des menaces de destructions internes et externes, de créer et partager des représentations cohérentes, de distribuer des places dans un groupe ou encore de satisfaire des pulsions spécifiques. Véritable catalyseur du lien, elle instaure voire restaure l'unité et la pérennité entre les membres d'un groupe. Or, dans les groupes thérapeutiques pour patients psychotiques les pulsions destructrices, les angoisses de morcellement et de vidage, les scénarios de dévoration, voire d'annihilation sont particulièrement présents. Pourtant, les patients parviennent le plus souvent à rester ensemble, à développer des interactions, engageant des dynamiques groupales singulières comme a pu le décrire Resnik (1999). L'idéologie joue-t-elle un rôle dans l'instauration et la pérennisation de ces dynamiques ? Dit autrement, quelles sont les spécificités d'une idéologie dans un dispositif thérapeutique groupal pour patients psychotiques ? Notre projet est ici de décrire les conditions d'émergence et d'aménagement de la position idéologique dans la dynamique transférentielle singulière d'un groupe thérapeutique pour patients psychotiques, et d'en préciser les caractéristiques et les fonctions. Nous nous appuyons notamment sur les travaux de psychanalystes anglo-saxons comme M. Klein (1946), W.R. Bion (1967) pour appréhender les spécificités de cette dynamique transférentielle ainsi que sur les travaux de R. Kaës (2005, 2015) pour appréhender celles de l'idéologie. Ainsi, nous serons conduits à préciser dans un premier temps comment nous considérons le transfert psychotique en situation de groupe, puis dans un second temps la façon dont nous envisageons l'idéologie dans ce type de dispositif thérapeutique. Nous illustrerons enfin ces propositions par des extraits cliniques issus d'un groupe psychanalytique de paroles que nous avons mené dans une unité de soins et de réinsertion.

LE TRANSFERT PSYCHOTIQUE EN SITUATION DE GROUPE : ENTRE INVESTISSEMENTS MASSIFS ET ATTITUDES DE REPLI DEFENSIF

Nous pensons que le transfert psychotique en situation de groupe s'organise en deux temps. Dans un premier temps, les patients auraient tendance à s'investir les uns les autres dans un groupe comme des prolongements d'eux-mêmes, de façon massive. L'un de nous (Gimenez, 2010) a ainsi décrit ce premier temps dans le transfert psychotique en situation individuelle : « Dans un premier temps, le clinicien est soit complètement exclu, soit investi massivement dans le transfert comme une partie du patient ou son prolongement, un pseudopode narcissique indifférencié du patient¹. » Nous soutenons ici que ce temps s'observe également dans le transfert psychotique en situation de groupe. Freud (1911) avait déjà décrit que le transfert psychotique était en lien avec des investissements passés issus des

Clarisse Vollon, psychologue clinicienne et doctorante, laboratoire de recherche LPCLS (UA3298, Aix-Marseille-Université). 27 rue du Puits Neuf, 13100 Aix-en-Provence. vollonclarisse@gmail.com.

Guy Gimenez, Professeur de psychopathologie clinique, directeur du laboratoire de recherche LPCLS (UA3298, Aix-Marseille-Université). guygimenez@me.com

¹ G. Gimenez, *Halluciner, percevoir l'impensé*. Bruxelles, De Boeck, 2010, p. 142.

expériences infantiles, celles des stades précoces du développement marqués par l'autoérotisme. Quelques années plus tard, Melanie Klein (1946) mis aussi en exergue la nature narcissique des relations d'objets schizoïdes². Puis Bion (1967) a défini cette capacité massive du patient psychotique à investir l'autre par la notion d'« expansion ». Cette capacité maximale du patient à investir la relation dans le transfert se caractérise selon lui par une prépondérance de l'identification projective qui prend pour objet l'analyste, mais aussi les autres participants au dispositif groupal. Il s'instaure alors une relation « prématurée, précipitée et marquée par une dépendance intense³ ». Par ailleurs, des éléments haineux peuvent émailler cette dépendance. Bion souligne la prépondérance de pulsions destructrices si fortes chez le patient schizophrène que même les pulsions d'amour peuvent en être imprégnées et retournées en sadisme. Il décrit, à l'instar de M. Klein (1946), la présence d'une haine de la réalité qui s'étend à tous les aspects de la psyché du schizophrène⁴.

Dans un second temps, les patients auraient tendance, en situation de groupe, à adopter des attitudes de replis défensifs face à des angoisses de persécutions et des états de confusion induits par la massivité de leurs investissements (et dépendances) réciproques et la trop grande proximité qu'ils éprouveraient. En effet, la massivité de ces investissements qui caractérise les relations d'objets schizoïdes peut conduire à éprouver des craintes de persécutions (Klein, 1946). Durant la position schizo-paranoïde un double mouvement menace l'intégrité du premier objet extérieur (le sein) investi par l'enfant et son moi : des pulsions de destruction et de mort qui sont présentes dans son espace interne et des frustrations ressenties à l'égard du sein. Pour s'en défendre, le sujet peut avoir recours à la projection c'est-à-dire la déflexion de ces pulsions vers l'extérieur. Le retour de ce qui a été projeté peut provoquer chez le sujet la crainte d'être attaqué ou persécuté par ce dont il essayait de se débarrasser au dehors (Klein, 1946). Comme le précise Rosenfeld⁵, la sensation de confusion douloureuse qui peut alors émerger, est sous-tendue, d'une part, par la dépendance intense qui marque la nature expansive de la relation (Bion 1967) et, d'autre part, par cette crainte du patient d'être lui-même l'objet d'une intrusion dont il a été l'instigateur par l'utilisation massive de l'identification projective⁶. Afin de se défendre contre les états confusionnels éprouvés dans sa relation avec l'analyste, mais aussi avec les autres participants, le patient aura recours à *la restriction*, c'est-à-dire une attitude de repli exprimant la diminution de sa capacité à investir la relation avec l'autre et les autres : « S'efforçant d'échapper aux états confusionnels, le patient renoue avec la relation restreinte⁷. »

ÉMERGENCE ET INSTABILITE DE L'IDEOLOGIQUE DANS LES GROUPES THERAPEUTIQUES POUR PATIENTS PSYCHOTIQUES

Nous pensons que l'idéologie émerge dans le deuxième temps de l'organisation du transfert psychotique en situation de groupe, c'est-à-dire lorsque les patients ont tendance à se replier sur eux-mêmes, que leurs investissements psychiques réciproques ont tendance à diminuer. En effet, l'idéologie pourrait permettre aux patients psychotiques d'un groupe thérapeutique, lorsque les replis défensifs ne sont pas suffisants et que les mouvements pulsionnels sont beaucoup trop importants, d'organiser les liens et les interactions. C'est d'ailleurs ainsi que Kaës (2005) envisage l'idéologie, c'est-à-dire comme une défense contre

²M. Klein, « Notes sur les mécanismes schizo-paranoïdes » (1946), dans *Développement de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1980, p. 287.

³ W.R. Bion, *Réflexion faites* (1967), Paris, Puf, 2007, p. 45.

⁴*Ibid.*

⁵ H. Rosenfeld, *États psychotiques* (1965), Paris, Puf, 1976, p. 205

⁶Rosenfeld, 1976, p. 205

⁷ W.R. Bion, *Réflexion faites, op. cit.*, p. 53.

des objets externes qui seraient menaçants : « L'idéologie fournit une défense fondamentale contre l'objet externe menaçant [...] elle accomplit ainsi une fonction d'arrimage narcissique contre toutes les déceptions inhérentes à la prise en considération de la réalité. » (Kaës, 2005, p. 35). Kaës précise que l'idéologie, en tant que position, ne s'éloigne pas tout à fait des spécificités de la position schizo-paranoïde, et en serait plutôt l'un des aspects : « La configuration de l'idéologie comporte des traits qui la rapprochent de certaines caractéristiques de la position paranoïde-schizoïde et de la position dépressive décrites par M. Klein : l'ensemble formé par les angoisses de base, les relations d'objet, les mécanismes de défense et d'élaboration qui appartiennent à la position paranoïde-schizoïde apparaît dans les groupes au cours des premières phases de sa construction, et l'idéologie est un des aspects de cette construction. » (Kaës, 2005, p.34). L'idéologie se manifeste comme position chaque fois que la construction du groupe est menacée, comme lorsque les replis défensifs sont trop importants dans les groupes avec des patients psychotiques, et que du fait de la nature du lien groupal et des identifications projectives et introjectives, l'intégrité de la psyché est aussi menacée, et notamment ses idéaux (*Ibid.*, p. 34).

Dans cette perspective, l'émergence de l'idéologie dans les groupes thérapeutiques pour patients psychotiques peut ainsi assumer des fonctions structurantes, permettant la production de représentations communes et partagées, la circulation de fantasmes archaïques spécifiques et l'assignation de places pour chacun des participants. R. Kaës (2005) décrit six fonctions de l'idéologie. Tout d'abord, il évoque une fonction identificatoire (Kaës, 2005, p. 224) : l'idéologie est une fonction de l'idéal qui fonctionne comme instance d'identification, dans la position du Moi Idéal ou de l'Idéal du Moi. Ensuite, il mentionne une fonction d'adhésion, de cohésion et de cohérence (*Ibid.*, p. 231) : l'idéologie en tant que cadre, objet et processus, permet de recevoir en dépôt les parties muettes, symbiotiques et non différenciées de la personnalité de chacun, elle est emblème du groupe pour l'adhésion, signe de l'appartenance et de l'assujettissement. Il repère également une fonction de discrimination et d'assignation des places (*Ibid.*, p. 231) : les mécanismes de réduction et de surestimation permettent l'établissement du principe de discrimination. Cette fonction permet de définir les normes du groupe, « sa hiérarchie, ses procédures d'admission et de rejet, ses systèmes de régulation et de développement, etc. » (*Ibid.* p. 231). Kaës propose d'attribuer par ailleurs à l'idéologie une fonction d'externalisation cognitive (*Ibid.*, p. 233) : elle permet l'élaboration de signes qui vont prendre valeur de représentation, afin de maîtriser la réalité interne par des objets issus de la réalité externe. Il décrit aussi une fonction de défense (*Ibid.*, p. 234) : il s'agit de l'ensemble des défenses individuelles et groupales qui permettent de préserver l'intégrité narcissique et les idéaux externalisés dans le groupe. Enfin, il attribue à l'idéologie une fonction régulatrice et homéostatique (*Ibid.*, p. 236) : définie comme proche de l'utopie par Kaës, cette fonction permet d'éviter tous les conflits.

Nous pensons également que la position idéologique dans les groupes thérapeutiques pour patients psychotiques peut présenter une certaine instabilité. En effet, Kaës avance que l'idéologie induit la prégnance d'une relation d'objet de nature narcissique entre les membres d'un groupe : « La relation d'objet narcissique prévaut dans la position idéologique, elle exige la recherche d'objets identiques à soi et identiques à l'objet idéologique » (Kaës, 2005, p. 133). Or Klein (1946) a précisé que dans la position schizoparanoïde le Moi oscille entre des tendances à l'intégration et des tendances à la désintégration : « Je dirais aussi que le premier moi manque beaucoup de cohésion et qu'une tendance vers l'intégration alterne avec une tendance à la désintégration, une tendance à tomber en morceau » (Klein, 1946, p. 278). Plus récemment, Benedetti (1995) en a eu également l'intuition. Il a avancé que les limites du Moi du psychotique oscillent entre une grande transparence (allant dans le sens d'une dissolution du Moi) et une grande opacité (allant dans le sens d'une intégration du Moi). Ainsi, la prévalence de la relation d'objet narcissique dans les groupes de psychotiques (Kaës, 2005),

nous amène à penser que l'objet idéologique pourrait être, comme le Moi, marqué par une certaine instabilité c'est-à-dire une capacité variable à assumer ses fonctions, telle que nous les avons décrites plus haut, et ses objectifs.

ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Il s'agit des extraits cliniques issus d'un groupe thérapeutique que nous avons mené dans une unité de soin et de réinsertion ayant pour objectif de réinsérer dans la cité des patients hospitalisés depuis de nombreuses années. C'est un groupe psychanalytique de paroles, fermé, composé de huit patients schizophrènes : Louis, Pierre, Julien, Abdel, Jessica, Jean, Nathalie et Claude. Ils ont entre 40 et 50 ans et sont hospitalisés depuis plusieurs années. Chacun d'entre eux s'est engagé à venir régulièrement aux séances et à prévenir le groupe de toute absence éventuelle ; le renouvellement ou l'arrêt de leur engagement s'effectue à la fin de l'année scolaire. Le groupe se réunit de façon hebdomadaire, pendant une heure. Les règles énoncées au début de chacune des séances, sont celles de l'association libre, de la ponctualité, du respect de la parole de chacun, et de la discrétion des membres sur ce qui est dit. Tout nouveau participant doit s'engager à les respecter.

Le transfert psychotique en groupe

C'est la sixième séance du groupe de paroles. Le clinicien énonce les règles qui sous-tendent depuis maintenant plusieurs semaines le fonctionnement du groupe. Nathalie est la première à prendre rapidement la parole. Elle dit : « Il y a eu une marée haute. » Louis continue : « Tout ce qui touche à la psychiatrie c'est la mort... Moi je vous dis un truc, je vous annonce messieurs dames que je vais partir à Paris, je voulais vous dire au revoir à tous et puis c'est bon. » Julien avec beaucoup d'enthousiasme et, en regardant Louis, poursuit : « Moi j'ai été clochard et SDF. » Contre-transférentiellement, le clinicien se sent envahi par ces premiers échanges cacophoniques (Gimenez, 2006). Mais il ne peut pas s'empêcher de penser également à des éléments biographiques dont il a eu connaissance auparavant sur la vie de Louis qui lui aussi a été SDF. Le clinicien a alors le fantasme que Julien est au courant également. Ce dernier l'aurait deviné et se serait identifié à Louis, faisant référence à son ancienne vie de SDF. Nathalie intervient de nouveau : « Il y a eu une marée haute, ils ont tout balayé, l'eau qui fuit, je ne sais pas d'où elle est sortie cette eau », dit-elle. Le clinicien pense à un scénario de base (Gimenez, 2000) : un contenant ne peut être gardé au dedans. Louis intervient alors brutalement : « Vous êtes vraiment des crevards, vous êtes des petites choses, et je partirais à Paris, je dormirai dans le métro, personne ne m'en empêchera de ça. »

Dans le premier temps de cette séance, nous pouvons observer l'intensité et la violence des échanges entre les patients comme dans une polyphonie discordante (Gimenez, 2006). L'enchaînement rapide de ces échanges et leur charge affective intense laissent penser que les patients psychotiques s'investissent à ce moment-là de façon massive, protoplasmique (Gimenez, 2006) et aussi expansive (Bion, 1967). L'agressivité de Louis qui parle de « crevards » semble être l'expression des éléments haineux et des pulsions destructrices. Nous repérons également la présence d'états « confusionnels » et des angoisses d'intrusion décrits par Rosenfeld (1969, p. 205) dans le scénario de Nathalie et, en écho, dans les réactions contre-transférentielles du clinicien. En effet, le scénario « un contenant ne peut garder au-dedans » se repère dans les associations internes du clinicien (il a l'impression que le patient connaît ses pensées qu'il n'est pas apte à garder en lui), et fait référence à celui énoncé par Nathalie : comme l'eau qui a fui dans le pavillon, les pensées du clinicien ont fui dans la tête de Julien, le conduisant à devenir comme Louis.

Après que Louis a insulté les autres patients, le clinicien souligne la violence de ses propos sans être à ce moment-là capable de faire des liens apaisants pour les patients, en effet, l'intervention de Louis a alors attaqué sa capacité de penser les pensées (Bion, 1976). Il invite les membres du groupe à exprimer ce qu'ils ressentent. Seulement, Nathalie répond très sèchement en regardant au sol : « Ça ne nous regarde pas, c'est personnel. » Louis poursuit sur un ton énigmatique : « J'ai un cœur de pierre » et Robert conclut : « Moi je n'arriverai pas à parler, je me sentirai pas. » Les autres patients ne disent rien, leurs visages paraissent fermés. Le clinicien repère après-coup que son intervention, qui a nommé l'agressivité sans la contenir, a augmenté l'angoisse dans le groupe, et les participants semblent alors se recentrer sur leurs espaces psychiques individuels, face à leurs difficultés à exprimer ce qu'ils ressentent, et qui les envahit. Contre-transférentiellement, le clinicien ressent une profonde solitude, et un certain découragement face à ce qu'il considère comme son incapacité à traiter les éléments difficilement élaborables et destructeurs qui circulent dans le groupe.

Nous pouvons ici repérer alors qu'en l'absence d'une intervention apaisante du thérapeute, les patients ont tendance à ne pas investir les espaces inter- et transsubjectifs de l'environnement groupal, et de se replier dans leurs espaces intrasubjectifs respectifs. Cette attitude peut être envisagée comme une attitude de défense et de protection de la part des membres du groupe face à l'expression de la destructivité de Louis, de ses attaques sadiques, mais également contre de potentiels états confusionnels qui nous ont été accessibles à travers les ressentis contre-transférentiels du clinicien et surtout de son intervention qui n'a pas permis une élaboration de la tension groupale. Ainsi nous pouvons observer qu'une forme de restrictivité des investissements psychiques (Bion, 1967) s'opère dans le groupe. Tout semble se passer comme si les patients s'excluaient les uns les autres, personne ne souhaitant participer aux échanges.

Émergence de la position idéologique

Après que Nathalie, Robert et Louis eurent exprimé leurs désirs de ne pas participer aux échanges, les patients poursuivent chacun leurs élaborations respectives sans se regarder ni s'adresser directement la parole, renforçant l'apparence cacophonique de la chaîne associative groupale. Le sentiment de solitude du clinicien va perdurer. Louis exprime sa frustration à l'égard des membres du groupe : « Vous ne me rendez pas hommage, pas autant que l'hommage que je me rends, vous ne servez à rien. » Nathalie intervient : « Mince, c'est pas encore l'heure de manger, je ne sais pas ce qu'on mange ce midi, la dernière fois on s'est régalé. » Contre-transférentiellement, le clinicien se sent un peu débordé et impuissant dans sa capacité à permettre aux patients une élaboration commune et partagée autour des propos emprunts de destructivités de Louis. Nathalie reprend la parole : « Je suis trop bonne, trop conne »... Un scénario étonnant se présente dans les associations internes du clinicien, celui d'être dans un nid où les oisillons s'attaqueraient, se dévoreraient les uns les autres ou tomberaient du nid sans qu'il ne puisse rien faire pour les rattraper ou les protéger. Alors qu'il allait intervenir pour verbaliser quelque chose de son impuissance face à la possibilité pour les patients de s'attaquer les uns les autres, Robert prend la parole : « L'autre fois, une aide soignante m'a aidé à faire mes tartines de pain, mais il n'y a pas qu'elle qui est bien, tous les membres du personnel sont bien. » S'ensuit une salve d'interventions rapides et intenses. Pierre dit, en s'adressant à Robert : « Oui ils sont bien ici », Julien poursuit : « Le personnel s'occupe très bien de nous » et Pierre conclut : « Le personnel nous comprend. »

À ce moment-là de la séance, nous pouvons observer une modification importante dans la dynamique groupale. Dans un premier temps, la restrictivité des investissements psychiques dans l'espace groupal officiel et l'expression de la frustration de Louis peut être appréhendée comme la manifestation d'attaques sadiques envers les autres membres du

groupe : les patients ne servent à rien puisqu'ils ne répondent pas à la demande de Louis qu'on lui rende hommage. La capacité de penser les pensées du clinicien est attaquée également. Elle s'exprime par une sensation de « débordement » ainsi qu'une difficulté pour le clinicien à formuler une intervention sur la fonction de maintenance et contenance psychique du groupe puisqu'il est « impuissant dans sa capacité à permettre au groupe de se rassembler ». Nous pouvons envisager ces difficultés comme une impossibilité du clinicien à traiter les éléments bêtas qui circulent dans le groupe (Bion, 1967), et, en écho, ceux qui circulent à l'intérieur de lui. Dans un second temps, nous pouvons observer l'émergence d'un fantasme de dévoration et de vidage dans les réactions transférentielles du clinicien avec l'image de ces oisillons qui se dévorent entre eux, et l'image du nid qui se vide des oisillons qu'il peut contenir. Enfin, Robert évoque les soignants, leurs actions bienfaitrices, faisant basculer le groupe dans une nouvelle dynamique, celle de l'idéologie. Pierre et Julien se remobilisent et réinvestissent les espaces intersubjectifs, ils renouent des liens autour de représentations communes et partagées. Le groupe recourt à une imago maternelle tel que Racamier (1980) a pu le définir dans les psychoses, c'est-à-dire une imago avec qui à peu près tout est possible, ici une imago bienfaitrice et bienveillante, incarnée par le personnel soignant. Tout semble alors se passer comme si le groupe, pour restaurer sa corporéité dans le sens où l'entend Kaës (2005), mobilise chez chacun de ses membres des représentations partageables d'expériences corporelles et sensorielles réparantes, bordantes et contenant : un soignant qui fait à manger à un patient, un soignant qui fait du bien, un soignant qui comprend. Ces premières représentations partagées peuvent être envisagées comme l'émergence d'une idéologie. Celle-ci aide le groupe à s'extraire de la dynamique restrictive des mouvements transférentiels et des attaques sadiques dues à l'émergence de pulsions destructrices de certains participants, mais également contre les fantasmes de dévoration et de vidage qui circulaient dans le groupe et qui étaient accessibles dans le contre-transfert du clinicien. Ainsi, l'idéologie émerge lorsque des attitudes défensives de repli prédominent dans la dynamique du groupe, et a pour fonction de permettre aux participants de ne plus s'attaquer les uns les autres, et d'organiser leurs liens autour de représentations communes et partagées.

Instabilité de la position idéologique

C'est la septième séance du groupe de paroles, Abdel est le premier à prendre la parole : « Je vais vous dire ce que j'aimerais, j'aimerais sortir de l'hôpital mais j'ai un projet, alors je me languis qu'il puisse se mettre en route », « Oui moi c'est pareil » lui répond Louis, et Alain conclut : « Moi aussi j'ai un projet, c'est Quissac dans le Gard. Peut-être que bientôt on me proposera une maison de retraite. » Contre-transférentiellement, le clinicien n'est pas très à l'aise avec ces échanges parce qu'il lui vient une image désagréable et un peu anxigène, celle de se retrouver tout seul dans cette pièce après le départ des patients vers d'autres institutions. Puis Alain reprend : « Ici, on est bien à l'hôpital, c'est comme un cocon », Nathalie poursuit : « ici, on mange bien, on mange des pâtes. »

Nous pouvons observer que le début de cette septième séance est marqué par la présence de la thématique du départ dans la chaîne associative groupale. Elle permet aux patients d'investir les espaces intersubjectifs et de s'identifier entre eux : chacun des membres du groupe exprime la même intention similaire de quitter l'hôpital. Toutefois, les patients ne se détachent pas complètement de la représentation d'une imago maternelle bienveillante et protectrice comme en témoigne la comparaison d'Alain de l'institution soignante à un cocon. Tout semble alors se passer comme si la fonction de discrimination et d'assignation des places (*Ibid.*, p. 231) ainsi que la fonction d'adhésion, de cohésion et de cohérence (*Ibid.*, p. 231) de l'enveloppe idéologique de ce groupe étaient défailtantes. En effet, les patients expriment le désir contradictoire de partir de l'hôpital (et donc du groupe) alors qu'ils s'y

sentent bien, introduisant alors une confusion dans la place qu'ils souhaitent chacun occuper au sein du groupe. Par ailleurs, la cohésion du groupe lui-même est menacée comme en témoigne le fantasme de vidage dans le contre-transfert du clinicien qui pense se retrouver seul après les départs des patients vers d'autres institutions. Tout semble se passer comme si le groupe perdait en cohésion et menaçait de se morceler, de se désintégrer à l'instar du Moi dans la position schizo-paranoïde. L'expression de ces défaillances va perdurer durant la séance.

Après un long silence, Jessica s'adresse au groupe : « J'ai beaucoup de trous de mémoires et j'ai du mal à me rappeler ce que l'on dit pendant les séances. » Le clinicien pense à un scénario de base « un corps ne contient pas » et Alain intervient en s'adressant aux autres membres du groupe : « Nan, mais là dans le groupe on peut lui dire, on peut lui dire de ce qu'on a parlé » et Louis ajoute : « Oui, il faut bien se souvenir. » Le clinicien est touché par la proposition d'Alain et il repère que les membres du groupe ne s'attaquent plus les uns les autres comme c'était le cas lors de la séance précédente. Robert poursuit : « Je suis un peu ailleurs », Nathalie continue : « Si ma tête ne se repose pas, je tombe par terre, j'ai toujours des vertiges. » Contre-transférentiellement, le clinicien se surprend à être un peu lui aussi ailleurs, pris dans des rêveries diurnes. À ce moment-là du groupe, les participants semblent réinvestir leurs espaces intrasubjectifs, le clinicien y compris, à défaut d'être maintenus par un processus de liaison, donc une idéologie stable.

Nous pouvons envisager la difficulté de Jessica à retenir ce qui se passe comme l'expression de la représentation d'un corps-groupe qui ne contient pas suffisamment, malgré l'absence d'attaques sadiques ou de pulsions destructrices. En d'autres termes, l'impossibilité pour Jessica à garder à l'intérieur d'elle des éléments appartenant au groupe, peut également être envisagée comme l'expression du groupe à avoir des difficultés à garder ses membres et peut s'appréhender comme la défaillance de la fonction de cohérence et de cohésion de l'enveloppe idéologique. Les rêveries diurnes du clinicien et la manifestation chez certains patients d'une difficulté à investir l'espace groupal (Robert dit être un peu ailleurs) pourraient exprimer une impossibilité pour les patients d'élaborer autour de signes favorisant l'émergence de représentations communes et partagées, donc la manifestation de la défaillance de la fonction d'externalisation cognitive.

EN GUISE DE CONCLUSION

Notre projet a été de décrire les conditions d'émergence et d'aménagement de la position idéologique dans la dynamique transférentielle singulière des groupes lorsqu'ils s'adressent à des patients psychotiques. Nous avons alors formulé trois propositions. Tout d'abord, nous avons proposé d'envisager l'organisation du transfert psychotique en situation de groupe en deux temps : un premier temps où les patients auraient tendance à s'investir les uns les autres comme des prolongements d'eux-mêmes, de façon massive et un second temps où les patients auraient tendance à adopter des attitudes de repli défensif face à des angoisses de persécutions et des états de confusion induits par la massivité de leurs investissements (et dépendances) réciproques. Ensuite, nous avons envisagé l'émergence de l'idéologie dans ce type de groupe dans le deuxième temps de l'organisation du transfert psychotique, c'est-à-dire lorsque les patients ont tendance à se replier sur eux-mêmes, que leurs investissements psychiques réciproques ont tendance à diminuer. Enfin, nous avons été conduits à penser que l'idéologie dans les groupes de patients psychotiques pouvait présenter une certaine instabilité compte tenu de la prévalence de la relation d'objet narcissique dans ces groupes (Kaës, 2005) : l'objet idéologique étant, comme le Moi de ces patients, marqué par une certaine instabilité, c'est-à-dire une capacité variable à assumer ses fonctions et ses objectifs. Cependant, à la lumière des extraits cliniques, nous nous interrogeons sur les difficultés que le clinicien a pu parfois

éprouver à élaborer autour de la violence qui circulait dans le groupe de paroles, notamment lorsque les patients exprimaient des attaques sadiques. En effet, quels liens entretiennent l'émergence de la position idéologique dans ce type de dispositif thérapeutique et l'impossibilité du clinicien à maintenir active sa fonction alpha ? Pour répondre à cette question il serait alors intéressant d'interroger ultérieurement et plus spécifiquement, le contenu et l'organisation d'une idéologie dans ces groupes, notamment l'articulation qu'elle peut permettre entre les positions schizo-paranoïde et dépressive, le traitement d'affects dépressifs et de culpabilité jusque-là non élaborés pour ces participants.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. 1972. « La fantasmagorie orale dans les groupes », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 6, p. 203-213.
- BENEDETTI, G. 1995. *La mort dans l'âme, psychothérapie de la schizophrénie : existence et transfert*, Toulouse, érès.
- BION, W.R. 1967. *Réflexion faites*, Paris, Puf, 2007.
- FREUD, S. 1911. *Le président Schreber*, Paris, Puf, 2008.
- GIMENEZ, G. 2006. « La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à une possible polyphonie » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupes*, n° 47, p. 79-91.
- GIMENEZ, G. 2010. *Halluciner, percevoir l'impensé*, Bruxelles, De Boeck.
- KAËS, R. 2005. *L'idéologie*, Paris, Payot.
- KAËS, R. 2015. *Extension de la psychanalyse, pour une métapsychologie de troisième type*, Paris, Dunod.
- KLEIN, M. 1946. « Notes sur les mécanismes schizo-paranoïdes », dans *Développement de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1980.
- KLEIN, M. 1952. *Le transfert et autres écrits*, Paris, Puf, 2007.
- RACAMIER, P.-C. 1980. *Les schizophrénies*. Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque », 2001.
- RESNIK, S. 1999. *Le temps des glaciations*. Érès, Paris.
- ROSENFELD, H. 1965. *États psychotiques*, Paris, Puf, 1976.

RÉSUMÉ :

Cet article a pour objectif d'étudier les conditions d'émergence et d'aménagement de la position idéologique dans la dynamique transférentielle d'un groupe thérapeutique pour patients psychotiques, et d'en préciser les caractéristiques et les fonctions. Dans un premier temps nous reviendrons sur les apports théoriques permettant de spécifier le transfert psychotique en situation de groupe ainsi que la notion d'idéologie telle qu'a pu la définir Kaës (2005). Dans un second temps, et à la lumière d'extraits cliniques d'un groupe psychanalytique de paroles, nous illustrerons plusieurs propositions relatives aux spécificités des mouvements transférentiels dans ce type de dispositif, ainsi qu'à la stabilité de l'idéologie au fil des échanges entre les participants.

MOTS CLEFS :

Psychose, groupe thérapeutique, idéologie, transfert psychotique.