

Groupes de thérapie en psychiatrie de secteur : place, méthodes et intérêt

Lundi 03 février 2025

Anastasia TOLIOU

Psychologue clinicienne formée à Athènes et à Paris. Analyste de groupe et d'institution formée à Transition (Paris). Membre formateur de Transition et de la Société Hellénique de Psychothérapie Psychanalytique de groupe. Membre de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de groupe (SFPPG). Analyste à Institut Psychanalytique de Paris.

Psychiatrie de secteur

La politique de psychiatrie de secteur développe dans les années après guerre une prise en charge « hors les murs ». En effet, après la deuxième guerre mondiale une critique de l'hôpital asilaire apparaît et un mouvement de désinstitutionnalisation commence dans plusieurs pays de l'Europe. En France sous l'action d'un certain nombre de psychiatres désaliénistes, comme L Bonnafé, G. Daumézon, Ph. Paumelle, F. Tosquelles, une nouvelle organisation des soins est proposée afin que l'hôpital psychiatrique cesse d'être le lieu de contention et d'exclusion. On parlera de « psychothérapie institutionnelle ». A partir d'une expérience pilote effectuée dans le 13ème arrondissement de Paris, l'état met en place ce qu'on appelle aujourd'hui la sectorisation : le territoire est divisé en secteurs géographiques qui disposent chacun d'un maillage de structures visant à offrir un dispositif complet de soins psychiatriques dont l'objectif est la ré-insertion du patient. Cela comprend des structures d'hospitalisation et des structures ambulatoires : CMP, HDJ, CATTP, foyer de post-cure, appartement associatif, famille d'accueil.

Je travaille dans un des secteurs parisiens depuis maintenant 20 ans et j'ai eu l'occasion de mettre en place des groupes thérapeutiques dans le cadre des foyers de post-cure, du CATTP ainsi que du CMP. La population qu'on retrouve dans les files actives du secteur comprend :

Une grande partie des patients souffrant des troubles psychotiques, une partie des patients avec des pathologies identitaires qu'on appelle largement « troubles limites ». Enfin, une partie des personnes ayant un fonctionnement plus névrotique.

Cette dernière catégorie des personnes utilise les dispositifs de soin pour un temps limité. Un passage par le CMP, quelques mois de prise en charge pour traverser une période de crise, une ré orientation en ville.

La catégorie des patients souffrant des troubles psychotiques nécessite une prise en charge importante : consultations au CMP, temps de travail en ambulatoire à l'HDJ ou CATTP ; certains patients sont suffisamment autonomes pour résider chez eux, d'autres nécessitent un appui plus important et vivent en foyer de post cure, en appartement associatif ou en famille d'accueil.

Puis la catégorie des patients ayant des pathologies identitaires. Il s'agit souvent des personnes ayant construit une vie sociale et professionnelle qui tient tant si bien que mal. Ils arrivent dans les soins du secteur par le biais d'une hospitalisation suite à un passage à l'acte ou par le biais d'une consultation au CMP suite à une souffrance dépressive importante.

Le groupe comme outil de soin

Dans le maillage de structures que je viens de nommer, il paraît assez naturel d'utiliser le groupe comme outil de soin dans tous les endroits qui accueillent essentiellement la psychose : HDJ, CATTP, hospitalisation.

Il est demandé aux professionnels de mettre en place différents dispositifs: groupes de parole thématiques dans un hôpital, ateliers créatifs dans un CATTP, ateliers de psycho éducation dans un HDJ, activités en groupe dans un objectif de socialisation dans un foyer de post cure.

Tout se passe comme si mettre en place et conduire un groupe allait de soi, attitude soutenue probablement par cette idée que le groupe a été utilisé dans toutes les sociétés comme un moyen de régulation sociale.

Or, les professionnels se trouvent confrontés à des difficultés liées aux phénomènes spécifiques qui se développent en situation groupale : comment faire participer les patients? Comment éviter la contagion d'émotions négatives ? Comment contrôler des agirs ? Comment regarder à la fois l'individu et l'ensemble ?

Précisons ce que le vocable « groupe » recouvre.

Didier Anzieu (1968) distingue cinq catégories fondamentales des groupes humains.

- *La foule* concerne les situations où se trouvent réunis en grand nombre (centaines ou milliers) au même endroit, sans avoir cherché explicitement à se réunir, des personnes qui cherchent à satisfaire en même temps une même motivation individuelle. La situation de foule développe un état psychologique propre qui inclut la passivité, le faible niveau des contacts sociaux, la contagion des émotions et la stimulation latente produite par la présence

massive des autres qui peut éclater sous forme d'actions : un concert de musique, une manifestation.

- *La bande* concerne les situations où les individus sont réunis volontairement pour le plaisir d'être ensemble, par recherche du semblable. Les individus tendent à multiplier les signes extérieurs de ressemblance dans la posture, l'habillement, les coiffures, le langage, les objets exhibés : une bande d'ados
- *Le groupement* concerne les situations où les personnes se réunissent en petit, moyen ou nombre élevé (dizaines ou centaines), avec une fréquence des réunions plus ou moins grande et une permanence relative des objectifs: académie, chapelle, club, association etc.
- *Le groupe restreint*. Il concerne les situations où le nombre (jusqu'à 10 souvent) des personnes permet d'avoir une perception individualisée de chacun, les individus poursuivent en commun et de façon active un objectifs avec permanence, les relations affectives se développent, les membres se sentent interdépendants et solidaires, il y a différenciation des rôles entre eux et se développe une certaine constitution de normes, croyances, signaux et rites propres au groupe.
- *Le groupe secondaire ou organisation* est un système social qui fonctionne selon des institutions (juridiques, économiques, politiques) : une entreprise, un hôpital, une école, un parti politique.

Ainsi, un foyer de poste cure est un groupe secondaire au sein du quel les soignants vont mettre en place des groupes restreints, (ex : un atelier pâtisserie), dans l'objectif de soutenir le projet de ré insertion du patient.

Les soignants conduisent souvent ces groupes restreints de manière assez empirique. Ils sont rarement formés durant leurs études d'infirmier ou d'aide-soignant ou même de psychologue et de psychiatre à la compréhension des phénomènes qui se produisent en situation groupale lorsqu'on réunit « plus que deux personnes ». Ils sont encore plus rarement formés à la conduite de ses espaces.

Quels sont les bases conceptuelles de l'utilisation du groupe en tant qu'outil ?

Nous savons bien que S. Freud a centré ses investigations sur l'organisation interne de l'individu. En 1921 dans Psychologie des foules et Analyse du Moi, il s'est intéressé au fonctionnement non pas du

groupe restreint mais de la foule: les individus projettent leur idéal du Moi sur une même personne (ou idée) et par ce biais ils s'identifient les uns aux autres en effaçant leurs différences. Dans une foule on constate des mouvements de régression qui produisent une perte momentanée de la capacité propre à penser. Dans une foule le JE s'efface au profit du ON. A lire Freud, nous retrouvons par moments les plaintes des soignants lorsqu'ils se trouvent devant un groupe « qui ne fonctionne pas » : « personne ne parle malgré nos efforts » ou alors « ils étaient tous excités et on ne pouvait pas les canaliser » ou alors « il y en a un qui commence et tout le monde suit »

Les recherches sur le fonctionnement des groupes commencent aux Etats-Unis dans le cadre de la psychologie sociale avec K. Lewin et ses collaborateurs. Selon Lewin (1959), un groupe est un champ de forces qui cherche l'homéostasie et résiste à tout changement. Quelle recherche d'homéostasie peut-on observer dans telle ou telle séance de travail avec des patients psychotiques par exemple ? Parallèlement aux recherches de Lewin, J. Levy Moreno (1987, 2ème édition) découvre l'effet thérapeutique de la catharsis et met en place la méthode du psychodrame basée sur deux principes fondamentaux : la spontanéité et la créativité. Il s'agit pour l'être humain d'accéder à une aire de jeu qui lui permet d'être libéré intérieurement. Nombre d'ateliers culturels mis en place en HDJ, CATTP, foyer, hôpital utilisent (parfois sans le savoir) les principes moréniens. Parallèlement aux recherches aux Etats Unis, deux psychanalystes londoniens W. Bion et S.H. Foulkes sont confrontés, aux insuffisances de la cure individuelle pour faire face aux problèmes des névroses traumatiques durant la deuxième guerre mondiale. Ils testent alors le groupe comme outil de travail. W-R Bion insiste sur l'importance de la mobilisation en groupe d'états émotionnels collectifs qui renvoient aux formations archaïques de l'inconscient. Un groupe de travail qui a une tâche (réunion soignant-soignés où on doit aborder la vie quotidienne au foyer) est souvent envahi par ce que Bion appelle « le groupe de base » qui se manifeste par trois tonalités émotionnelles : durant la réunion les patients ne parlent pas, il n'y a qu'un patient qui parle et qui monopolise l'espace (dépendance) ; ou alors, un soignant établit un dialogue avec un patient et tout le monde les regarde passivement (couplage) ; ou alors une tension éclate et deux patients quittent la réunion en claquant la porte (attaque-fuite). De son côté Foulkes (1970) est influencé, comme K. Lewin, par les principes de la psychologie de la forme (gestalt théorie) : il considère le groupe comme matrice psychique et le symptôme comme une formation - chez l'individu – due à un réseau groupal pathogène. Il s'agit alors de donner l'occasion au patient de vivre l'expérience d'un réseau groupal moins pathogène afin qu'il se découvre « différent ». Tout patient a une partie saine de sa personnalité qui fonctionnerait si le réseau groupal le permettait. Je me souviens de l'étonnement des soignants de voir Victor en sortie à

Trouville : au lieu de retrouver le Victor délirant et désorganisé, insupportable en grande partie au sein des espaces du foyer, ils étaient face à un Victor calme, posé, organisé, voire soucieux des autres durant tout le WE de la sortie en mer.

Du côté de la France, D. Anzieu (1999), tout en maintenant l'idée d'un inconscient individuel, a travaillé sur l'imaginaire groupal et a proposé le concept d'enveloppe groupale, en métaphore du moi-peau : « Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe [...]. Si l'enveloppe groupale est constituée, le groupe devient le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes ».

R. Kaes, élève de D. Anzieu poursuit cette recherche et développe une théorisation singulière en mettant l'accent sur la dimension groupale du psychisme individuel. Freud dans son article sur le narcissisme en 1914 présente le sujet comme tiraillé entre la « nécessité d'être à soi-même sa propre fin » et l'exigence que lui impose le fait qu'il est en même temps assujéti à une chaîne inter générationnelle dont il est un maillon. Kaes poursuit cette lignée : parce que le sujet individuel est tout à la fois le serviteur, le bénéficiaire et l'héritier de cette chaîne, il se construit en dans les liens et les alliances, dans les ensembles dont il est partie constituée et partie constituante : la famille, les groupes, les institutions. Ce sujet, en tant qu'il est sujet du lien, est un sujet « singulier pluriel ». Le groupe externe (groupe thérapeutique par exemple) est un lieu de mise en scène des groupes internes de l'individu, un lieu où cette pluralité interne sera projetée, diffractée, condensée, figurée. Kaes (2007) développe ainsi plusieurs concepts : appareil psychique groupal, groupes internes, fonctions phoriques, alliances inconscientes.

- *Un groupe de parole en foyer de post cure regroupe 6 patients depuis maintenant 2 ans. Un nouveau patient intègre le groupe. Matthieu manifeste de l'agressivité à chaque séance. Il part souvent en claquant la porte. Il ne supporte pas le nouveau. Les autres patients regardent Matthieu faire. Il est trop malade pour ce groupe mme Toliou, il faut le virer. Si on suit Kaes on s'interroge : Quel jeu d'alliances entre les patients ? Matthieu est il porte parole d'un désir dans le groupe et le quel ? Qu'est ce que Matthieu rejoue sur la scène du groupe de son propre monde interne ?*

Enfin, J-C Rouchy (2008) a beaucoup travaillé avec le concept « groupe d'appartenance ». Il souligne que le JE existe et évolue au regard d'autrui et dans le rapport de soi à soi, situé à un place dans un réseau groupal. Le groupe d'appartenance primaire (famille élargie) est le socle de l'individuation, là où l'individu intériorise des relations d'objet, des manières de faire, de tout ce qui va de soi et qui ne

sera visible que dans la confrontation à l'alterité. L'individuation se poursuit dans les groupes d'appartenance secondaire (école en premier) là où les relations sont organisées, où de nouvelles normes à intérioriser sont proposées. Les structures de soin deviennent pour les patients des groupes d'appartenance secondaire qui viennent prendre le relais du groupe primaire souvent défaillant ou déstructuré dans l'histoire du patient.

Le temps de cette communication obligeant à faire des choix, je me centrerai sur la partie de la population présentant des pathologies narcissiques - identitaires pour partager avec vous la manière dont on peut penser l'action thérapeutique d'un groupe restreint.

Pourquoi utiliser le groupe thérapeutique d'orientation psychanalytique

Dans leur article « pourquoi la psychothérapie de groupe », Privat, Rouchy et Quelin-Souligoux (2001) soulignent : le patient névrosé peut avoir une fonction passive d'observé tout en gardant une fonction active d'observant. En d'autres termes, son psychisme est habité par une groupalité interne, faite de conflictualité entre les différentes instances. Au contraire, dans les pathologies identitaires, on note une attaque importante de la fonction observatrice du moi, ce qui entraîne le sujet dans une recherche d'un double narcissique extérieur qui pallie l'absence du miroir interne. Ces patients ont souvent des carences et traumatismes réels qui n'ont pas pu être élaborés, la capacité à faire des liens avec l'histoire propre semble laborieuse ou opératoire. Ainsi, le patient a souvent recours à l'acte pour éviter un effondrement interne ne pouvant pas élaborer la dépression par son activité fantasmatique.

Pour ces patients, le groupe psychothérapeutique peut être envisagée comme une méthode intéressante de travail.

Un groupe thérapeutique :

- peut devenir un groupe d'appartenance secondaire au sein duquel vont se déplacer les réseaux des liens intériorisés des groupes d'appartenance primaires des individus. Rouchy-Privat-Quelin (2001) notent : le développement progressif du sentiment d'appartenance et de la dimension contenante du groupe amènent à vivre les autres participants comme des doubles et le groupe comme une mère. L'objet groupe peut alors être investi, représenté, pensé. Le groupe, en suscitant un certain niveau de dépendance, va de ce fait remplacer la

dépendance à la mère. Les participants vont pouvoir « mettre en scène » toute sa dangerosité mortifère, actualiser sa dimension rejetante.

- peut devenir un espace où les identifications vont se croiser : voir ce qui se passe chez l'autre permet parfois de mieux voir ce qui se passe à l'intérieur de soi ; le sentiment d'isolement existentiel peut être diminué, de nouvelles facettes de soi peuvent être découvertes. Rouchy-Privat-Quélin (2001) notent : le groupe psychothérapeutique d'orientation analytique garantit une sécurité de base. Ainsi, le miroir de l'autre dans le groupe amène la permanence de l'identité, identité pourtant mise à mal par le regard d'autrui lorsque ce regard n'est pas étayé par le sentiment d'appartenance.
- Peut devenir un espace transitionnel : lorsque l'activité préconsciente est défaillante, la pluralité des personnes permet une circulation multiple des images, des sensations, des affects qui ouvre de manière inattendue la voie vers l'élaboration. Le groupe peut devenir ainsi un support à la fonction pare-excitante.

Néanmoins, réunir des personnes ne suffit pas pour que la fonction thérapeutique d'un groupe advienne. Il s'agira pour le thérapeute de conduire de manière à ce que ce potentiel puisse éclore.

J. Falguière, me disait lors d'une supervision : « je propose aux patients de venir dans le groupe pour apprendre à se défendre du groupe ». J'avais trouvé sa formulation étonnante et paradoxale. Avec le temps j'ai pu la comprendre de la manière suivante : dans un groupe ce qui se produit assez naturellement c'est l'état de foule que S. Freud a décrit. Les individus ont tendance à devenir un, à effacer leurs différences, à vouloir être soudés pour devenir un « bon groupe », pour vivre cet état d'illusion groupale qui ressemble à l'état amoureux, et donne le sentiment d'une unification interne. Tout conflit est évité dans un premier temps. L'envers de la médaille est le sentiment de perdre son individualité dans une symbiose avec l'autre. Le risque est à ce moment de « partir en éclats » pour se différencier, à la place de supporter la mise en place d'une conflictualité : le groupe s'arrête par faute de participation .. on quitte le navire les uns plus vite que les autres ..

Quel objectif de travail alors ?

Rouchy, Privat, Quélin -Souligoux notent (2001) : Le travail analytique de groupe porte autant sur les interactions, dans l'ici et maintenant, que sur le contenu des échanges. L'analyse intersubjective va permettre de tolérer à la fois les moments de fusion momentanée avec toutes les angoisses que la fusion implique, et la différenciation progressive. Il s'agit d'apprendre à se vivre « soi » différent d'un

autre au sein d'un groupe tout en restant connecté avec lui. Tolérer la différenciation et la conflictualité au sein d'un groupe permet d'aborder la conflictualité interne.

Dispositif groupal et cadre institutionnel

Penser une action thérapeutique revient à penser « le cadre ».

J-C Rouchy (2008) utilise le terme « dispositif groupal » pour parler de l'outil-groupe qu'on va mettre en place et « cadre institutionnel » pour parler de la structure de travail au sein de laquelle nous travaillons. Il insiste sur l'interdépendance entre dispositif groupal et cadre institutionnel.

Un cadre institutionnel est une organisation régie par des règles de travail, soutenue par des valeurs instituanes, portant une histoire. Un dispositif groupal (setting en anglais) est composé des coordonnées spatio-temporelles donnant une architecture à l'intérieur de laquelle des interactions vont avoir lieu et un processus va se développer.

Toute organisation de travail n'est pas propice à « accueillir » la mise en place des « dispositifs de groupe ». Il y a des services qui fonctionnent d'emblée avec « des dispositifs de groupe » (un cattp, un hôpital de jour) et d'autres non.

Voilà que de nombreux thérapeutes à qui un chef de service a confié la mise en place d'un groupe thérapeutique voient leur espoir déçu lorsqu'aucune indication n'arrive vers eux. Comment se fait-il ? Je ne fais que ce qu'on m'a demandé de faire !

Rouchy (2008) note que nombre d'échecs dans l'instauration de groupes thérapeutiques dans des structures collectives sont dus à la méconnaissance des enjeux institutionnels, de l'implication personnelle du thérapeute et de son rapport aux collègues.

Il faut un village pour élever un enfant dit un proverbe africain. Je dirais qu'il faut une équipe pour mettre en place et soutenir un groupe thérapeutique.

Car tout dispositif groupal restreint qui réunit des patients et un ou deux thérapeutes au sein d'un service éveille des fantasmes archaïques importants : angoisses de persécution (quelque chose se trame en dehors de nous), rivalités envieuses (ils s'amusent sans nous), angoisses d'abandon et d'exclusion (je suis dehors et je ne sais rien de ce qui s'y passe). Il s'agit alors pour le professionnel de travailler en amont, avec l'équipe à la quelle il appartient (avec son groupe d'appartenance secondaire) afin de « créer une place mentale » pour le dispositif groupal. Il s'agit pour lui de le rêver avec d'autres, de le faire vivre dans la représentation des autres, de faire en sorte que ce dispositif devienne utile à ses collègues.

Tout dispositif (qu'il soit individuel ou groupal) comporte des coordonnées spatio temporelles ainsi que des règles en rapport à un objectif.

Le dispositif analytique de Freud comportait 6 séances par semaine pendant 6 mois à 1 an. Règles : association libre, confidentialité, pas forcément d'abstinence comment on la conçoit aujourd'hui.

Le dispositif analytique aujourd'hui en France comporte trois séances par semaine pendant plusieurs années (plus que 3). Règles : association libre, confidentialité, abstinence ..

Quel dispositif alors pour une thérapie de groupe ?

Il en existe plus que un et il s'agira de le définir selon les questions suivantes :

Tout d'abord : pour quoi faire ? Qu'est ce que ce dispositif groupal cherche à accomplir ? Aider à la socialisation .. ou proposer une psychoéducation .. ou favoriser la création .. ou soutenir psychologiquement .. ainsi de suite.

C'est en rapport à cette question que nous allons nous poser plus de questions :

Combien de temps, combien de fois par semaine, combien de personnes dedans ? Dans quel espace ? En utilisant la parole ou avec quelle autre médiation ? Avec un thérapeute, deux ou plusieurs ? Et puis un groupe sans durée limitée ou avec durée limitée ?

Nous différencions alors :

Les groupes lentement ouvert (slow open groups) : 1h30 par semaine, avec une durée pas définie à l'avance, 8 participants maximum, chaque personne évolue et peut arrêter sa thérapie quand cela sera opportun pour elle. De nouvelles personnes peuvent rentrer.

Les groupes fermées. 1h30 par semaine, 8 participants maximum, la durée n'est pas déterminée à l'avance mais une fois le groupe constituée, on clôt les entrées, il va évoluer ensemble et il va décider de la fin de son travail (ces groupes durent aux alentours de 3 ans).

Les groupes ouverts. La fréquence et la durée des séances est défini au départ par le professionnel en fonction de la structure où il travaille. Le groupe a un thème. Les participants peuvent varier à chaque séance. Typiquement les groupes qu'on peut mettre en place en hospitalisation de crise.

Illustration clinique

Je vous parlerai d'un groupe de psychothérapie analytique mis en place au CMP de secteur. Il s'agit d'un dispositif lentement ouvert, hebdomadaire, les séances durent 1h30 et on peut accueillir un maximum de 8 patients qui s'engagent à participer pendant un certain temps.

Le dispositif a commencé en 2007 et s'est clôturé en 2023. Durant ces années il a accueilli des patients qui avaient tous entre 40 et 60 ans, orientés par leurs psychiatres. La période sélectionnée se situe fin 2018 – début 2019.

Les protagonistes d'une histoire

Jacqueline a une 50aine d'années, elle a travaillé comme ATSEM dans les écoles et vit seule. Elle souffre des états dépressifs qui la poussent à dormir plus de 36 heures, et ne cesse de répéter : « de toute façon je suis bipolaire on me l'a dit, je ne guérirai jamais, pas la peine de vouloir comprendre ce qui m'arrive ».

Alicia a 40 ans, elle ne travaille pas et vit avec sa mère vieillissante, elle n'a aucune autre activité quotidienne que celles proposées par sa mère. Une patiente sage qui fait ce qu'on lui dit, incapable d'exprimer des pensées ou désirs qui lui sont propres. On lui a dit qu'elle est bipolaire aussi.

Paul a plus que 50 ans, il a travaillé dans sa vie, fut marié à une femme mais vit actuellement avec un homme. Il avait l'habitude de s'alcooliser, depuis quelques années il fait des tentatives de suicide à répétition qui désespèrent les soignants.

Jacqueline, Alicia, Paul font partie de ces patients ayant une activité préconsciente défaillante qui ne permet pas la circulation fantasmatique, une grande inhibition et passivité au quotidien ou alors des troubles du comportement et impulsivité qui remplacent l'activité de pensée ou bien une grande émotivité sans possibilité de la prendre en charge mentalement.

Ces patients ont souvent des histoires traumatiques importantes.

Telle l'histoire de Chloé, 47 ans, dont la mère est morte sous les coups violents de son père biologique. Placée à la naissance, elle a subi les maltraitances et viols du père de la famille d'accueil jusqu'à son adolescence. Elle a pu construire une famille et avoir un métier, mais « quand les crises me prennent, j'ai le diable en moi, je casse tout, ma maison, ma fille et moi même. Ou je fais des tentatives de suicide. On me dit que je reproduis ce que j'ai vécu durant mon enfance ». Chloé raconte tout d'une voix opératoire qui vous glace le sang. Comme d'autres personnes qui ont vécu des traumatismes importants, Chloé n'a pas développé une confiance suffisante dans un environnement stable, fiable et prévisible et tentera à tout prix de vérifier la présence perceptive d'autrui.

Jessen a une quarantaine d'années, il travaille comme agent mais entretient une activité délirante à bas bruit qu'il tente de garder hors portée, afin de rester intégrée dans le réseau social.

Nadia a une cinquantaine d'années, elle souffre de dépression chronique, le centre de ses préoccupations concerne son fils handicapé vivant en foyer.

Aucun d'eux n'a demandé une thérapie et encore moins une thérapie de groupe. Ils sont venus déposer leur souffrance auprès d'une équipe cherchant soutien et réconfort. Autant dire qu'il s'agit des patients qui cherchent à externaliser leur demande d'aide, comme si le fait même de reconnaître qu'ils ont besoin d'aide constituerait une subjectivité trop lourde à assumer pour eux. « Qu'on vienne me chercher ou que je disparaisse autrement ».

Groupe : objectif et règles de fonctionnement

Je propose aux participants d'échanger dans l'espace du groupe à partir de tout ce qui est présent pour eux durant la séance, y compris leurs émotions, sensations, images en donnant la priorité à la parole afin de se mettre en lien avec autrui et réussir à penser l'expérience émotionnelle qui se produit dans le lien. Les séances sont souvent occupées par des démonstrations de la souffrance de chacun à tour de rôle, par des récits des faits divers, par des discussions thématiques rationalisées mais aussi par des agirs comme les absences fréquentes, les retards. Il s'agit pour nous de suivre à la fois ce qui se dit et ce qui se passe et tenter de lui donner un sens, en allant au delà des interactions sociales connues et familières. Alicia dira à une de ses premières séances: « il est difficile de venir ici, il faut parler de soi et être disponible pour les autres, il ne faut pas décevoir, ce n'est pas évident ». Je demande également aux participants de respecter la régularité de présence afin de favoriser l'établissement d'une continuité dans le lien, la discrétion quant au contenu des échanges afin de favoriser la confiance. La règle la plus complexe est celle qui concerne les frontières entre dedans et dehors : je leur propose de limiter nos échanges aux séances du groupe. Nadia dit : je ne comprends pas pourquoi on ne peut pas échanger nos numéros de téléphone, ou est le mal de s'appeler si on se sent seul ? Il est difficile de faire entendre aux participants qu'il ne s'agit pas d'un accompagnement social qui vise à rompre l'isolement relationnel. Si tel était l'objectif, retrouver un groupe d'amis suffirait pour aller mieux. Il s'agit de créer un groupe qui offrira un sentiment d'appartenance de base et deviendra au fur et à mesure un objet d'exploration et de connaissance. *En essayant de regarder et de comprendre ce qui se déroule ici et maintenant entre nous, peut être que nous pourrions comprendre quelque chose de ce qui se déroule à l'intérieur de soi.*

Le récit clinique qui suit et qui se déroule durant 5 mois a été sélectionné en suivant les péripéties des participants dans leurs tentatives de rentrer en relation et arriver à penser ensemble.

Apprendre à partager l'intime dans une communauté des frères

Nous sommes un peu avant les vacances de Noël 2017. Jessen est un homme grand et costaud, de peau mate, et vient parce que son psychiatre le lui demande. Durant ces 6 mois de participation il a souvent occupé les séances en parlant de son travail d'agent de sécurité dans le moindre détail, ce qui a souvent obligé les autres membres du groupe de l'écouter passivement. Jessen se protège du groupe, comme du reste du monde, en montrant une carapace qui cache son délire. Ce jour là Paul et Chloé sont absents. Seules Alicia, Jacqueline et Nadia sont présentes. Nadia est nouvelle et découvre encore le fonctionnement du groupe. Jessen va parler de son projet de partir dans différents pays du monde pour faire un stage auprès professionnels de l'armée (il nomme Mossad, KGB, CIA) et s'engager par la suite en tant que mercenaire. Son récit, très structuré et contenant plusieurs éléments réalistes provoque un sentiment d'étrangeté et de peur. Cela entraîne un mouvement d'opposition de la part de Nadia et Jacqueline. Elles essaient pendant toute la séance de le convaincre de ne pas s'engager dans une telle démarche. Jacqueline lui rappelle « quand tu es arrivé au groupe, tu ne voulais pas dépasser la ligne rouge, là tu vas le faire ». Nadia a vécu dans son pays d'origine, la présence des mercenaires lors d'un coup d'état et garde un souvenir traumatique. Les deux femmes sentent la part délirante dans le récit de Jessen et s'en défendent activement. Seule Alicia, dont le père décédé était aviateur dans l'armée et a fait plusieurs missions sur des terrains de guerre, se montre curieuse et finit par nous parler d'une de ses interrogations restées sans réponse : « mon père a forcément tué des gens dans sa vie, mais il ne l'a jamais dit ».

Claudio Neri (2011), analyste de groupe italien, souligne que pour participer à la pensée de groupe, il faut être capable de se rendre disponible en tant que point d'élaboration des pensées d'autrui, accepter ce qui circule sans se sentir envahi. Jessen est un homme très fragile et pour la première fois, il communique au groupe sa part délirante. Nadia et Jacqueline, réceptacle de ses projections, ne peuvent pas lui offrir cette disponibilité psychique pour le moment. Le récit de Jessen témoigne à la fois de sa violence interne mais aussi de la violence et de l'effraction potentielle que comporte le fait de « se mettre psychiquement en lien ». Il est en ce sens porte parole dans le groupe.

Penser et transformer cette violence potentielle nécessite d'établir une relation mentale avec l'expérience émotionnelle et cela provoque de la douleur selon Bion. Les agirs et les absences des séances tentent d'évacuer cette douleur et éviter la mise en route du processus de pensée.

Jessen s'absentera pendant 3 mois sans prévenir laissant une chaise vide et pleine d'interrogations.

Durant cette période d'autres événements viennent signifier que « partager sa souffrance peut faire effraction ». Nadia, la dernière arrivée du groupe, venant d'une fratrie de 12 avec des relations complexes, elle a un fils âgé de plus de 20ans, handicapé mental qui vit dans un foyer en dehors de la France. Une femme accablée sous le poids de la culpabilité, remplie de colère non exprimée, incapable de rentrer dans un réel processus de deuil de l'enfant idéal qu'elle aurait aimé avoir. Vers la fin du mois de janvier 2018, elle apprend que son fils est passé par une fenêtre du foyer dans une tentative de fuir et il a survécu sans séquelles. Nadia dit au groupe qu'elle souhaite porter plainte contre l'équipe soignante qui a mal fait son travail et qui ne lui a même pas donné un rdv avec le directeur du foyer. Ce récit scinde le groupe en deux : d'un côté les femmes la soutiennent montrant une identification à la figure maternelle enragée ; de l'autre côté Paul, seul homme car Jessen est toujours absent, voit dans sa démarche, une recherche exagérée de justice : « on ne peut pas porter plainte contre des gens qui font ce qu'ils peuvent pour soigner ton fils, c'est quand même toi qui l'a mis là bas ». Paul soutient qu'il est impossible d'attaquer une figure maternelle – soignante dont on dépend. Paul est le seul participant du groupe depuis 2009. Durant les 8 années de sa participation au groupe, les tentatives de suicide ainsi que les différentes conduites à risque se sont arrêtées. Son opposition à Nadia parle de sa difficulté d'attaquer ce qui a contribué à l'amélioration de son état. Le conflit intense qui anime le groupe est une figuration extériorisée du conflit intrapsychique qui anime chaque participant. Une interprétation au niveau du transfert pourrait être : vous avez besoin de dépendre du groupe pour aller mieux et en même temps vous lui en voulez de vous être aussi indispensable.

Durant cette séance chaque pôle du groupe soutient ses arguments de manière féroce, revendicative et cela témoigne de ce que les anglais nomment « entitlement ». Un mode de pensée narcissique où le sujet revendique le droit de choisir comment, si et quand on va penser ainsi que le droit de juger ce que l'autre pense. Cela implique le contrôle des émotions et protège de l'angoisse suscitée par le conflit intrapsychique. En effet, personne dans le groupe ne peut exprimer les émotions d'effroi mais aussi de désarroi que provoque le récit de l'homme handicapé qui passe par la fenêtre pour fuir une institution.

Dans les séances qui suivent Nadia inhibe sa parole, elle dira plus rien à ce sujet. Jessen est toujours absent. D'autres s'absentent aussi. Paul revient régulièrement avec des chocolats ou autres gâteaux pour les membres du groupe. Je sollicite souvent les participants à s'exprimer sur ce que les absences font vivre, sur ce que les chocolats disent ou sur ce qu'on peut vivre en recevant les gâteaux. « Pourquoi voulez vous que cela dise qqch ? C'est juste gentil. Ça veut dire qu'on pense à l'autre »

exclame Paul. Les patients ne veulent pas forcément « trouver un sens », « comprendre », ils cherchent à réparer réellement. Partager des gâteaux reviendrait à annuler l'attaque ressenti par le conflit dans le groupe.

En mars 2018 un nouveau membre intègre le groupe. Didier a une soixantaine d'années portant l'étiquette du trouble bipolaire et dont la souffrance s'exprime ainsi : « je n'ai pas réussi à couper le cordon ombilical avec ma mère, elle est toujours dans ma tête, il faut que j'y arrive avant sa mort ». En même temps Jessen revient au groupe vers la mi-mars après multiples sollicitations de ma part et met en avant ses engagements professionnels pour justifier son absence. Jacqueline et Chloé s'adresseront à lui cette fois-ci sans peur : « peut être tu es parti à cause de nous, on t'a vexé le jour où tu as voulu parler de tes projets ». Didier fraîchement arrivé et qui ne sait rien de ce qui s'est passé commente : « eh bien, tu étais présent par ton absence, visiblement elles ont tout le temps pensé à toi ». Nadia qui avait exprimé avec véhémence son désaccord avec le projet mercenaire dira à la fin de la séance : « tu sais, on est pareils toi et moi, le groupe est difficile pour nous, moi je viens et je ne parle pas vraiment de moi et toi tu t'absentes pendant longtemps pour ne pas parler ». Nadia semble comprendre quelque chose d'elle même à travers le miroir que Jessen lui offre.

Revivre ici et maintenant

A la fin du mois de mars, 6 participants sont présents dans la séance, Nadia s'absente. Les échanges s'engagent sur l'actualité comme souvent. Tout passe par l'extérieur dans un premier temps : un terroriste avait pris des otages, un gendarme est rentré pour discuter avec lui (négociateur) et la femme a été libérée, le gendarme est resté 3h en discutant avec le terroriste, il avait des câbles sur lui et les autres gendarmes suivaient la discussion, à la fin le terroriste a tué le gendarme, les autres ont fait un assaut et ils ont tué le terroriste.

Chloé est en retard et rate cette partie des échanges. Aussitôt qu'elle arrive les participants arrêtent de parler d'actualité, se tournent vers elle. Elle nous annonce qu'elle devra peut être arrêter le groupe pour des raisons professionnelles.

Personne ne commente vraiment cette annonce. Elle va nous abandonner, no comment, on l'abandonne avant !

Les échanges s'orientent vers les ressources dont chacun dispose réellement, des allocations, des pensions. Cela me fait penser aux ressources internes que le groupe dispose, aux ressources internes que chacun d'eux dispose pour continuer à vivre.

Mais la discussion est opératoire. J'interviens en me demandant « de quoi cette actualité peut parler pour nous ici, pour chacun aussi ». Un silence s'installe. Paul dit que ça parle de nous et il remarque que Nadia est absente. Il se souvient de leur conflit, est ce que c'est pour ça qu'elle ne vient pas ? Je me demande intérieurement si les conflits dans le groupe sont comme une confrontation entre un gendarme et un terroriste. Je pense à Jessen et ses missions militaires. Est ce que le négociateur c'est le thérapeute ?

Didier, le nouveau, critique Paul lui disant qu'il « casse du sucre sur le dos de quelqu'un ». Un conflit éclate entre Didier et Paul.

Chloé fait diversion en parlant des idées suicidaires, comme si elle disait à sa manière : tout conflit peut amener un risque de mort.

Jaqueline revient sur sa bipolarité : « on m'a dit que ça peut s'améliorer, mais non ». Chloé énonce : il faut garder espoir. D'un coup, Chloé change l'orientation des associations en parlant du « coup que sa fille de 18 ans lui a fait » : elle s'est mis en conflit avec le mari de Chloé (qui n'est pas son père biologique), elle s'oppose à tout, laisse la cuisine en vrac, empêche le mari de se reposer. Ce récit sollicite tout le monde sauf Paul qui plonge progressivement dans un état léthargique. Et puis elle raconte un événement : Chloé a fait un gâteau, qu'elle a jugé comme raté, mais le mari l'a presque fini, preuve qu'il a aimé. Sa fille a exclamé : « ah voilà, il ne reste plus rien de ton gâteau, avant quand tu faisais un gâteau, cela durait 2 jours, on n'était que 2, maintenant il n'y a plus rien ! ». Didier et Jessen interprètent l'attitude de la fille comme une attitude de jalousie : elle veut sa mère pour elle même, elle ne veut pas laisser de part à l'autre. Je commente alors que « cette histoire semble parler à tous ». Jessen qui ne se dévoile jamais, partage un souvenir d'enfance : « quand j'avais 8 ou 9 ans, j'étais en colonie de vacances, tout le monde recevait des colis et des lettres de ses parents, moi je n'ai pas reçu de colis de la part de mon père, j'ai appelé ma mère et je lui ai dit, je n'ai pas de père ou quoi ? Mon père biologique était noir comme moi, mon beau père est aussi noir ; quand j'étais adolescent j'étais très rebelle, je ne l'aimais pas du tout, j'allais toujours contre, mais avec le temps j'ai pu le remercier de ce qu'il fait pour nous ». Suite à ce récit il parlera des relations dans la fratrie, du fait qu'on peut se sentir jaloux de l'autre. Derrière le récit du gâteau et du souvenir d'enfance, il y a une reviviscence dans le transfert : « dans le groupe le gâteau doit être partagé, alors que tout le monde peut vouloir la plus grande part pour lui ». Je ne partage pas cette pensée avec eux mais je commente que les différents récits peuvent parler d'un vécu présent aussi durant les séances. Il s'agit pour moi de solliciter le plus possible leur capacité d'observation et de réflexivité.

Chloé finira par dire : « c'est vrai que ça change de parler à un grand groupe ». Alicia ajoute : « on se demande effectivement comment se positionner et trouver sa place » et Chloé rebondit en parlant de ses absences : « il m'est arrivé de m'absenter ici et de me demander, est ce que j'ai perdu ma place, ou alors comment je vais faire pour la reprendre ? ».

Ce qui se produit dans le groupe est une réactualisation des vécus importants dans les groupes d'appartenance primaires des uns et des autres. Chloé, souvent absente des séances pour se réfugier sous sa couette, ou pour « faire une bêtise », comme elle dit elle même, teste la capacité du groupe de la recevoir encore et encore, en lui accordant la place qu'elle n'a jamais eu ni dans sa famille biologique, ni dans la famille d'accueil maltraitante.

Élaborer ensemble

Fin avril 2018, soit 5 mois après la séance où mon récit a démarré, Nadia et Jessen sont absents à nouveau. Didier, Jacqueline, Paul, Alicia et Chloé commencent leurs échanges avec les nouvelles de la semaine jusqu'au moment où Didier interrompt et dit : « je traverse une période difficile, un changement de cycle, on m'a dit qu'il faut prendre du lithium, vous connaissez des personnes qui en prennent ? ». Didier se montre très accablé et adresse la question à moi en me regardant dans les yeux comme le seul repère sur lequel il pourrait s'appuyer. Les participants prennent le relais rapidement : Alicia parle des médicaments qu'elle prend et des personnes qu'elle connaît et qui prennent le lithium. Chloé parle de ses changements d'humeur et Jacqueline évoque ses états dépressifs en ajoutant « je sais maintenant que je ne vais pas guérir, il faut attendre que ça passe ». Puis les échanges virent vers d'autres thématiques : le réaménagement des placards; les tâches domestiques qui aident pour se sentir mieux; les plats qu'on mange, frais ou surgelés, préparés par soi même ou par quelqu'un d'autre ; le récit d'un moment où un plat en fonte plein de nourriture préparé est tombé par terre et il a cassé.

Je pense intérieurement que toutes ces échanges ancrés dans le quotidien reflètent l'effet que l'annonce de Didier a fait. Les participants voient en lui et dans son accablement une partie d'eux-mêmes qui s'interroge : est-il possible de réaménager un placard intérieur, est-il possible de s'identifier à une figure maternelle qui prend soin de l'autre et de ce fait prendre soin de soi, est-il possible de préparer son propre plat ou alors sur qui on peut s'appuyer pour être nourri mentalement, peut-on créer ensemble un groupe-contenant solide qui ne casse pas?

Je n'interprète pas le contenu des échanges mais la manière dont les choses se sont passées : vous avez des échanges très riches après l'annonce de Didier. Je me demande si cette annonce a provoqué une certaine inquiétude.

Paul dira: « je l'ai vu tout à l'heure et ça m'a rappelé la fois où je voulais me suicider et vous m'avez retenu ». Jacqueline : « on ne sait pas comment l'aider, vous savez quand on a l'espoir d'aller mieux et après on chute c'est pire ». Chloé parle des moments où elle chute « c'est comme un gouffre ». Didier relève alors la tête, ses yeux sont pleins d'émotion et dit : « je suis ému, je voulais aujourd'hui réussir à pleurer devant vous, juste pour avoir la preuve que je peux communiquer mon mal être, mais même cela je n'y arrive pas ». Sa phrase laisse place à un silence plein d'émotion que chacun prend le temps d'éprouver.

En m'appuyant sur une rêverie interne je commente: « il a été dit qu'il est difficile d'avoir un espoir car la chute risque d'être encore plus douloureuse. Pourtant si vous venez dans ce groupe c'est que vous avez un espoir. Peut être c'est celui d'un dépôt-vente => réussir à déposer – communiquer ici un mal être afin que les autres le revendent à un prix intéressant, lui donnant de la valeur, comme ça vous pourrez gagner quelque chose ».

Mon intervention fait sourire et les regards s'ouvrent. Jacqueline commente : « oui je viens ici pour pouvoir parler de ce mal être et du fait que je ne guérirai jamais ». Cette phrase reste incomplète dans sa bouche. A la séance d'après elle trouvera l'occasion de la compléter : « vous m'avez demandé pourquoi je viens ici si je n'ai pas d'espoir. Eh bien je viens pour vivre tous les jours ».

Conclusion

Je reviens sur les débuts de la psychiatrie de secteur. Un des problèmes rencontrés dans les institutions qu'on appelait « asilaires » était l'immobilité, la chronicisation qui rendait la relation soignant-soigné une relation dominant-dominé. Un des principes de la désinstitutionnalisation et valeur fondatrice de la psychiatrie de secteur fut : redonner au patient sa part d'humanité, sa part alors de responsabilité, lui permettre d'être acteur de sa vie.

Jacqueline, Chloé, Paul ne sont pas des patients psychotiques chroniques, asilaires. Néanmoins, ils sont animés par un profond désespoir, une non croyance au potentiel de vie. Vivre rassemble à subir passivement un sort qui leur tombe dessus. Je pense aujourd'hui que s'ils ont réussi à venir pendant plusieurs années dans ce type de groupe psychothérapeutique, s'ils se sont accrochés, c'était pour trouver l'espoir de redevenir à minima « un acteur de sa propre vie ».

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. (1968), La dynamique des groupes restreints, PUF, Paris
- ANZIEU, D. (1999), Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal, Dunod, Paris
- BION, W-R, (ré-edition 2002), Recherches sur les petits groupes, PUF, Paris
- FOULKES, S-H, (1970), Psychothérapie et analyse de groupe, PAYOT, Paris
- FREUD, S. (1921), Psychologie des foules et analyse du Moi
- FREUD, S. (1914), Pour introduire le narcissisme
- GARLAND, C. (2015), La psychanalyse de groupe. De la psychothérapie au travail de groupe, Erès
- KAES, R. (2006), « En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ? », dans RPPG, no 46, Erès
- KAES, R. (2007), Un singulier pluriel, Dunod, Paris
- LEWIN, K. (1959), Psychologie dynamique. Les relations humaines, PUF, Paris
- MORENO, J-L. (2eme édition, 1987), Psychothérapie de groupe et psychodrame, PUF, Paris.
- NERI, C., (2011), Le groupe. Manuel de psychanalyse de groupe, Erès
- PIERRE PRIVAT, DOMINIQUE QUELIN-SOULIGOUX, JEAN CLAUDE ROUCHY, (2001), « Psychothérapie psychanalytique de groupe », dans RPPG, no 37, Erès
- ROUCHY, J-C, (2008) Le groupe, espace analytique, Erès

Publications A. TOLIOU sur les groupes thérapeutiques en psychiatrie de secteur.

- TOLIOU, Anastasia (2009) Penser la fonction du groupe psychanalytique en psychiatrie, *Connexions*, Vol 92, numéro 2
- PAPATHANASIOU, Evgenia, TOLIOU, Anastasia (2012) Perdre et se perdre : le travail analytique de groupe avec des patients psychotiques au long cours, *Revue Cliniques*, Vol 4, numéro 2, p.66-83
- TOLIOU, Anastasia (2015) Agirs et actions en psychothérapie psychanalytique de groupe : transgression ou médiation. *Revue Cliniques*, Vol 10, numéro 2, p. 206-220
- PAPATHANASIOU, Evgenia, TOLIOU, Anastasia, (2015) Processus psychotiques et conduite de groupe en institution, *Connexions*, Vol 104, numéro 2, p.41-56
- TOLIOU, Anastasia (2017) Un étranger en soi. Groupe analytique en cothérapie et psychose au long cours. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Vol 69/2, 131-145.
- PAPATHANASIOU, Evgenia, TOLIOU, Anastasia (2017) L'archaïque à l'œuvre. Psychothérapie

analytique de groupe pour patients psychotiques. *Connexions*, Vol 108, p. 43 – 54

- TOLIOU, Anastasia (2018) De l'étrange à l'étranger : voyage au sein d'un groupe de psychothérapie pour patients psychotiques. *Psychanalyse et psychose*, no 19
- TOLIOU Anastasia (2019). Comment conduire un groupe de parole ? Santé Mentale, no 236.
- TOLIOU, Anastasia, PAPATHANASIOU, Evgenia (2021) La capacité d'être ensemble : grossesses dans un groupe de patients psychotiques. *RPPG*, Vol 76, p. 103 – 114
- TOLIOU Anastasia, PAPATHANASIOU Evgenia (2024) . La pensée groupale et le psychotique. *Psychanalyse et Psychose*, no 24, p.191-206