

Les groupes à médiations : un dispositif pour traiter la violence

Conférence du 29 Septembre 2018, journée annuelle de l'ARPAG – Lausanne
Par Claudine Vachert Vivier, Pr. Émérite de l'Université Lumière-Lyon2,
psychanalyste IPA, membre de la SFFPG et de l'EATGA

Je vous propose de découper ma conférence en 3 parties :

- 1) Quelles sont les raisons théorico – cliniques pour lesquelles nous proposons des groupes à médiation**
- 2) Quelle est la spécificité d'un groupe à médiation**
- 3) En quoi un groupe à médiation est –il un dispositif apte à prendre en charge les mouvements violents**

Première partie : quelles sont les raisons théorico cliniques pour lesquelles nous proposons des groupes à médiation ?

Il nous faut explorer les raisons théorico-cliniques pour lesquelles nous faisons appel aux dispositifs groupaux à médiation, et ce en référence à un modèle, en l'occurrence le modèle psychanalytique en tant que théorie et en tant que modèle de pratique également. En effet, le champ social, les pratiques sociales et ce que nous nommons souvent en terme de nouvelles pathologies sociales, nécessitent de notre part une autre approche et la mise en place d'autres dispositifs que celui de la cure. Lorsque je parle de pathologies sociales, je pense à tous les terrains où les praticiens de la psychologie que nous sommes rencontrent des sujets en grande difficulté et en grande souffrance psychique et morale. Je pense, par exemple, aux cliniciens qui interviennent en prison avec des patients psychopathes, ou avec des pervers sexuels. Je fais aussi référence aux centres de lutte contre l'alcoolisme et contre les toxicomanies. Bien sur cela concerne les Hôpitaux psychiatriques et les centres qui accueillent les patients psychotiques, et les patients en hôpital de jour, et ce que nous appelons en France les CATTP Centres d'Accueil thérapeutiques à temps partiel. Cela s'adresse également aux adolescents délinquants et aux patients âgés, dans les maisons de retraite, ceux qui ont encore de bonnes capacités à s'exprimer et ceux qui sont atteints de démence, comme la maladie d'Alzheimer.

Mais Il ne faut pas oublier les équipes soignantes, celles qui travaillent avec tous ces sujets en grande souffrance et qui ont elles-mêmes souvent de très grandes difficultés à faire face à leur tâche quotidienne et qui, de ce fait, ont besoin du clinicien ou du psychanalyste. Je pense aussi aux soignants, qui sont dans des services de soins palliatifs avec des personnes atteintes de cancer en fin de vie mais également les équipes qui travaillent en périnatalité avec des enfants nouveaux nés gravement malades, ou encore des patients atteints du sida. J'évoque aussi les groupes mis en place dans les hôpitaux généraux, avec des malades somatiques ou psychosomatiques.

Ce ne sont que quelques exemples des institutions dans lesquelles nous faisons des groupes à médiation et en particulier du Photolangage qui est ma spécialité comme vous le savez sans doute. Il y a une multitude d'autres contextes et certainement je ne doute pas que parmi vous déjà certains aient déjà mis en place des groupes avec des médiations. En somme nous faisons appel à ce genre de dispositif avec ce que nous appelons les **cas difficiles**.

Devant la souffrance psychique, ses arcanes et sa complexité, il nous faut une théorie de l'inconscient mais nous savons aussi que le dispositif de la cure ne peut pas répondre à ce type de prise en charge. La psychanalyse va nous servir de modèle théorique et nous allons nous appuyer sur ce modèle, pour voir en quoi il ne peut pas être mis en place avec ce type de patients et en même temps en quoi il nous sert de référence. Nous allons nous référer au modèle psychanalytique tout en sachant que nous ne pouvons pas mettre en œuvre une pratique psychanalytique.

Pour cela voyons ce que nous propose le modèle psychanalytique :
Il présente un certain nombre d'invariants, c'est-à-dire de constantes que j'appelle le trépied psychanalytique, constantes qui rendent le travail possible : ces invariants sont :

**la règle fondamentale de l'association libre,
le transfert analysable
et l'interprétation.**

Or, nous allons voir en quoi et comment ces invariants ne peuvent pas fonctionner avec les patients difficiles que je viens d'évoquer.

Commençons par le premier invariant : la règle fondamentale

Examinons ce que produit l'énoncé de la règle fondamentale pour voir ce qui la rend efficiente ou pas. Dire à un patient : « dites tout ce qui vous vient à l'esprit » suppose qu'il puisse effectivement associer, c'est-à-dire penser et dire ses pensées. Cette première contrainte à dire rencontre, en effet, une première impossibilité. C'est la plupart du temps l'expérience traumatique qui a mis à mal le préconscient. A cela s'ajoute l'absence de refoulement. Tous les praticiens que nous sommes ont fait l'expérience du sentiment d'incapacité, d'incompétence et de frustration à tenter de faire un travail thérapeutique individuel avec un adolescent ou un adulte incapable d'associer et de formuler des éprouvés et des pensées. C'est dans ces cas là que nous pensons souvent, plus ou moins intuitivement, à un groupe. Il arrive même que nous pensions à une médiation, introduite dans le dispositif individuel.

Je propose donc de voir en quoi et pourquoi les dispositifs groupaux sont facilitateurs et quelles sont les raisons profondes pour lesquelles nous les mettons en place. Vous savez que j'appelle *médiations* les objets concrets qui sont proposés au groupe comme : le masque (je pense à l'institut du masque à BA), la marionnette avec les enfants ou le dessin, le son ou la musique en musicothérapie, le découpage – collage, la sculpture ou la pâte à modeler, le conte, le texte littéraire ou la photo comme c'est le cas dans le Photolangage©. Si nous proposons ces dispositifs c'est parce que *les conditions de figurabilité* de la cure ne conviennent pas et qu'il est bon d'en trouver d'autres. Les conditions de figurabilité peuvent être comprises comme la possibilité d'accéder à une pensée métaphorique, ce qui est le modèle de pensée du névrosé et en particulier de l'hystérique, dont on sait par ailleurs grâce au travail de R.Kaës sur « Le groupe Dora » que l'hystérique a un fonctionnement psychique régi par le principe de *groupalité*. Par conséquent, je vous propose **l'hypothèse que lorsque la groupalité psychique du sujet est en souffrance, le dispositif de la cure étant mis en échec ou non envisageable, alors le dispositif groupal, en particulier avec une médiation, pourrait permettre une restauration de la groupalité psychique ou des groupes internes du sujet.** Le dispositif groupal va faire que la *chaîne associative groupale* va prendre le relais d'une chaîne associative individuelle défaillante. Le patient ne peut livrer des contenus représentatifs ni les lier entre eux. Le plus souvent c'est le corps et l'inscription dans le champ perceptif et sensoriel qui garde la trace de ce que le patient a oublié ou réprimé par un clivage plus ou moins radical. Les expériences de terreur, d'angoisses extrêmes voire d'agonie primitive mobilisent les pulsions de telle sorte que ces patients redoutent

leur propre destructivité et bien sûr redoutent d'endommager l'autre ou en tous cas, la pensée de l'autre. Dans un groupe à médiation, l'**objet médiateur** va constituer un filtre, un carrefour comme un passage obligé qui **va dériver les pulsions** ce qui va les modérer, **les pondérer dans leur intensité**. On verra en quoi cet aspect est important dans la gestion de la violence. De plus, la diversité, la richesse et la pluralité des contenus imaginaires exprimés par les membres du groupe sur l'objet médiateur produisent des associations suffisamment nombreuses et plurielles pour que le sujet en difficulté expérimente en groupe le fait qu'associer par les pensées est possible que cela ne le menace pas de destructivité, ni la sienne ni celle des autres. Penser ne tue pas, ne détruit pas et laisser venir librement des pensées ne menacent ni le sujet, ni le groupe, ni le thérapeute. Il est important de faire l'expérience que penser ensemble peut être source de plaisir. La libre association à plusieurs que René Kaës nomme *chaîne associative groupale* est un travail psychique collectif qui constitue et fait exister *une aire intermédiaire d'échanges d'imaginaires*. En résumé, concernant ce premier invariant quand la chaîne associative du sujet singulier est en panne alors on fait appel à la chaîne associative groupale, à sa diversité, à sa pluralité.

Le deuxième invariant concerne la question du transfert

En effet, avec les patients difficiles se pose de façon très aigüe la question du type de transfert auquel ils nous confrontent. Ils sont dans l'incapacité à accéder à une pensée métaphorique, celle qui caractérise le patient suffisamment névrosé qui peut faire une cure car non seulement il associe mais aussi parce ce qu'il accède à ses affects transférables sur l'analyste. Dire à son analyste, *c'est comme si* vous étiez mon père, ma mère, mon frère ou ma sœur témoigne d'une capacité à jouer avec les mots, les images et les affects, les situations, les lieux et les temps de son histoire, sur un mode que j'ai appelé **le transfert métaphorique**. Or, les pathologies lourdes nous maintiennent en dehors de ce champ transférentiel. Certains patients font vivre au thérapeute en individuel, des affects extrêmement difficiles qui ne lui appartiennent pas.. C'est ce *transfert par retournement pulsionnel* dans l'autre dont parle R. Roussillon (1991), qui est qualifié par B. Duez de *transfert topique*¹. Le sujet met au dehors, dans l'autre l'éprouvé innommable qui lui revient, *in fine*. Le thérapeute n'est ni à l'origine du ressenti, ni le vrai destinataire des mouvements pulsionnels et des affects du patient. Vous sortez d'une séance en vous sentant honteux, incompetent, limité, en colère, déprimé, lâché, abandonné.. et cela ne vous appartient pas. Ces affects appartiennent au patient qui les dépose en vous comme pour s'en débarrasser. Seul un transfert dans la psyché de l'autre, par transfert topiquement externalisé, peut permettre un retour à l'envoyeur grâce à l'analyse du contre-transfert. C'est un transfert que je peux qualifier de parachuté dans notre psyché. C'est la raison pour laquelle je l'ai appelé : **transfert par dépôt**. Ce qu'il faut bien repérer c'est que ce dépôt est toujours violent, il nous fait violence, car il ne nous appartient pas. Or, dès que l'on est en groupe le transfert est automatiquement diffracté nous dit René Kaës. Le groupe est donc dépositaire des parties diffractées du sujet, de chacun, des groupes internes de chacun. La présence physique matérielle et plurielle des autres membres du groupe favorisent à l'extrême la mise en œuvre de ce mode de transfert.

¹ Duez B., 2002.

Projeter sur plusieurs autres ses motions pulsionnelles diffère de l'expérience d'une violence exprimée dans une relation duelle, dans un dispositif de thérapie en face à face. Le sujet violent, physiquement ou psychiquement, est un sujet qui est engagé dans une lutte vitale à la vie, à la mort. Il ne peut *que* dire sa violence, en paroles, en gestes, en comportements ou en imaginaire, et en même temps, il attend désespérément d'être rassuré sur sa destructivité, celle-ci étant à l'origine soit d'un sentiment de honte, de haine, de rage, de colère... soit d'un inconfort permanent qui malmène sa vie et son insertion sociale, parfois aux limites de l'anti-socialité.

En résumé, lorsque le transfert se caractérise par un transfert par dépôt, le groupe offrant d'office une diffraction du transfert, favorise la possibilité de contenir les projections violentes du patient. A plusieurs on supporte mieux la violence du transfert, le groupe supporte mieux les éclats de cette violence qu'un thérapeute seul. Le groupe vient à notre secours. La violence adressée en groupe est davantage contenue, comme si, en somme chaque membre pouvait tolérer d'en accueillir une petite part, une fraction, les autres étant là pour signifier que "*l'union fait la force*". Un groupe résiste infiniment mieux qu'un sujet confronté seul à la violence destructrice de l'autre. La question demeure de savoir de quelle violence il s'agit ? Est-ce une violence à caractère fondateur pour le sujet celle que J. Bergeret² appelle *la violence fondamentale*, ou est-ce une violence agressive, sadique, alliée à une jouissance libidinale mortifère et destructrice ? La plupart du temps, il s'agit bien de la première et nous verrons en quoi, à la diffraction du transfert, bien favorable pour le sujet et pour le groupe, vient s'ajouter la permanence de l'objet médiateur, autre élément qui contribue à favoriser la contention d'abord, puis la transformation ensuite, des mouvements pulsionnels primitifs violents du sujet, en état de souffrance psychique.

Nous en arrivons au troisième invariant : l'interprétation

Cette dimension de l'interprétation recouvre à la fois la technique, la méthode et le modèle même mis en œuvre dans le processus et le travail analytiques. De ce fait, elle joue un rôle central, mutatif pour ne pas dire curatif tant elle peut être génératrice de changements. Pour ce faire, elle doit répondre à un certain nombre de conditions d'énonciation.

En effet, pour l'analyste, formuler une interprétation c'est produire un travail psychique de liaison dont la phrase formulée est la résultante. Ce travail psychique convoque plusieurs niveaux et plusieurs instances où s'opèrent les liens et c'est ce qui le rend à la fois complexe et pourrait-on dire efficace. Lorsqu'il formule une interprétation, l'analyste a en tête un modèle, sans doute celui de ce que J. Guillaumin (1987) a appelé "*la grande et belle interprétation*", celle qui relie en une seule et même formule, la scène contemporaine de la vie et de la névrose actuelle, la scène du passé de la névrose infantile, et la scène de la névrose de transfert *ici et maintenant* dans la cure.

Ces trois scènes convoquent trois temps différents et sont hétéromorphes du fait même que les personnes évoquées ne sont pas les mêmes, les lieux ni les époques non plus. Pourtant, un lien fort cimente et relie entre eux ces trois temps et ces trois lieux, c'est l'affect qui se réactualise dans le transfert. L'affect, en tant que représentant de la pulsion, donne à l'interprétation toute sa force, son impact, sa valeur évocatrice et émotionnelle, celle qui présentifie l'éprouvé et qui actualise et vivifie le ressenti. On pourrait dire : tout a changé et tout est différent, sauf l'affect dont l'isomorphie est telle qu'il signe l'authenticité du processus analytique. L'affect demeure intact et identique à lui-même dans le temps, figé ou fixé à la scène et au trauma originaires. Or avec les patients difficiles dont nous parlons, l'affect est réprimé et non pas refoulé comme chez un patient en cure qui connaît le

² Bergeret J., 1984 ; 1994.

refoulement et le retour du refoulé. Ici il s'agit d'affect réprimé c'est à dire totalement enfoui, clivé, forclos, inaccessible à la conscience. Seuls les perceptions sensorielles inscrites dans la mémoire du corps peuvent être convoqués par le biais d'une perception sensorielle véhiculée par l'objet médiateur qui en est porteur. Les images sensorielles, que Freud dans *Le Moi et le ça* appelle *la pensée en images*, sont accessibles et elles sont toujours associées à un affect demeuré inconscient.

Le couple inséparable image/affect permet d'atteindre l'affect qui accompagne une image visuelle, auditive, olfactive, tactile, gustative.

Les autres en groupe évoque des images sensorielles à partir de l'objet médiateur, que le patient a perçue autrefois, dans un climat affectif lié à l'enfance, au traumatisme aussi le plus souvent. Le groupe favorisant la diffraction du transfert sur la pluralité des autres, du même coup modifie les conditions de production de l'interprétation. De même qu'il revient à l'analyste d'analyser son contre-transfert pour transmettre au patient ce qu'il lui fait vivre, à défaut de pouvoir le penser et le formuler, de même il revient au groupe de supporter les projections et les mouvements pulsionnels sur l'ensemble de ses membres afin de pouvoir adresser au sujet une parole qu'il puisse se réapproprier. Il ne s'agit plus d'interpréter, tel que nous l'avons décrit selon le modèle analytique, mais plutôt de laisser advenir *les interventions* nombreuses et variées que ne manquent pas de susciter les effets de la diffraction pulsionnelle. Les objets de médiation offrent une surface de projection, résistent aux attaques envieuses, haineuses et violentes, mais surtout ils permettent que ce qui est dit de l'objet puisse être modifié, remodelé et transformé par le jeu des échanges intersubjectifs. Le groupe constitue un réservoir de sens et de significances diverses et variées, mises à la disposition du sujet grâce à la chaîne associative groupale et grâce à la diffraction du transfert (R. Kaës, 1985). Ces propositions de sens sont tissées grâce à la chaîne associative mais surtout sont tissées grâce aux échanges intersubjectifs dans *l'ici et maintenant*. Les échanges d'imaginaires sont supportés (étayés - tolérés) par les objets médiateurs. *Les médiations sont, dans le groupe, l'occasion de déposer, échanger et transformer les imaginaires* du sujet et du groupe, l'objet médiateur fonctionnant comme *medium malléable* qui se transforme. Nous parlons d'imaginaire et non d'inconscient. Le clinicien utilisant le groupe à médiation comme modèle alternatif, pour toutes les raisons évoquées, travaille sur l'imaginaire, avec l'imaginaire, dans l'imaginaire. L'imaginaire révèle, il se donne à voir par l'inter-médiaire, l'inter-médiation de l'objet médiateur choisi. Les médiations servent de support et de déclencheur de l'imaginaire, elles servent de surface de dépôt des représentations conscientes et préconscientes, elles sont des opportunités à échanger des représentations intermédiaires qui peuvent avoir une fonction de liaison. C'est ici que se départira le travail du clinicien et de l'analyste, alors que le clinicien utilisera cette évocation de l'imaginaire pour ouvrir le sujet au travail du préconscient, l'analyste attendra que cette valence soit suffisamment constituée et consistante pour que l'articulation aux groupes internes et particulièrement aux fantasmes originaires des sujets puissent par son interprétation être ré-appropriés par le sujet singulier.

En résumé lorsque nous ne pouvons pas formuler d'interprétation ce sont les interventions des autres sur l'objet médiateur qui peuvent avoir à un moment une valeur interprétative. Le sujet s'en saisit ou pas selon ses défenses du moment.

Deuxième partie: la spécificité du groupe à médiation.

Parmi tous les dispositifs groupaux que nous connaissons, les groupes à médiation tiennent une place particulière. J'ai choisi la notion *d'objet médiateur* (proposé par Sylvie Roussillon dans sa thèse) dans le dispositif groupal pour le différencier de l'objet transitionnel dont parle D.W. Winnicott (1971) qui renvoie à la relation duelle mère/enfant.

al L'objet médiateur a pour fonction d'être partagé entre plusieurs personnes en groupe. (Gimenez, 2002).

J'ai emprunté au domaine de la physique et en particulier de la dynamique des forces la notion de *synergie*. Elle est utilisée en physique pour parler des conjonctions de forces qui s'additionnent ou des forces qui s'opposent. Ce modèle a été déjà utilisé par Kurt Lewin lorsqu'il étudiait aux Etats Unis *la dynamique de groupe* en psychologie sociale. Il parlait de forces d'attraction et de répulsion entre les membres du groupe. Pour ma part, je considère que les forces du groupe c'est-à-dire ses capacités, ses compétences et ses fonctions peuvent être additionnées aux forces de l'objet médiateur, c'est-à-dire aux fonctions spécifiques qu'il apporte dans le groupe. Cette synergie entre le groupe et l'objet médiateur peut permettre comme un renforcement du cadre et de sa *fonction de contenance* et un renforcement de la *fonction de conteneur* c'est-à-dire de la fonction de transformation du groupe.

Je pars de l'idée qu'il y a une *synergie*, c'est-à-dire une conjonction entre ces deux éléments : le groupe d'une part et l'objet médiateur de l'autre, qui composent le dispositif. Comment peut-on penser cette synergie ? De quoi est-elle faite ? Quels sont les processus qui peuvent en être dégagés ?

Tout d'abord, prenons en considération les principaux processus groupaux tels qu'ils ont été mis en évidence dans la théorie psychanalytique de groupe élaborée par D. Anzieu et R. Kaës. Deux fonctions essentielles du groupe ont été travaillées par ces deux auteurs, en particulier R. Kaës qui parle de la *fonction contenante* et de la *fonction conteneur* du groupe.

Par *fonction contenante*, il veut dire fonction de limite entre un dedans et un dehors, le groupe se pense dans une enveloppe protectrice qui le contient comme une peau commune qui maintient ensemble les membres dans une même entité, une unité. Cette fonction, qui se fonde sur l'imaginaire commun des membres du groupe et les fantasmes qu'ils partagent, permet également d'instaurer dans le groupe une confiance suffisante pour qu'il puisse être un espace de dépôt des pulsions, des désirs, des angoisses et des projections.

La fonction contenante témoigne de la capacité du groupe à résister à toutes les attaques, risques et menaces que comportent tous les mouvements pulsionnels qui s'y manifestent. Alors s'il y a synergie, c'est-à-dire liaison dynamisante entre groupe et objet médiateur, quelle est la fonction contenante que l'on peut trouver dans l'objet médiateur lui-même ?

La photo, par exemple, est support de projections, celles-ci étant associées aux perceptions de chacun. Le sujet singulier parle de la photo qu'il a choisie : par exemple sur la photo de l'arbre, il voit un arbre mort, en hiver. Cette vision est une perception de l'image, mais elle est aussi du même coup projection d'une angoisse de mort, semble-t-il. L'arbre est vu mort par le sujet et par voie de conséquence par le groupe, pourtant les membres du groupe sont invités à dire ce qu'ils voient de différent sur cette photo. Les membres du groupe expriment leur propre imaginaire, et dans la pluralité des visions de cette photo, il n'est pas rare qu'un des participants y voit un arbre vivant, au printemps, comme le disait une femme, un jour, qui invitait les membres du groupe à écouter, l'oreille collée à l'écorce de l'arbre, le bruit que fait la sève quand elle monte dans l'écorce au printemps. Cette autre perception traduit la projection sur la photo d'une image de vie, d'un imaginaire qui parle du renouveau, de la re-naissance, de la vie qui l'emporte sur la mort. Egalement, lorsqu'un patient violent en prison exprime sa violence à partir d'une photo, le groupe le contient et la photo résiste aussi à cette pulsion destructrice. La photo n'est qu'une photo, une image, elle n'est ni l'autre dans le groupe, ni la réalité. Elle est une production culturelle qui fait partie du patrimoine de l'humanité c'est une néo-réalité et de ce fait elle offre un espace de jeu. La photo contient la pulsion et contient la violence, car

l'objet médiateur n'est qu'un objet intermédiaire, réceptacle d'imaginaires différents, il les reçoit, les tolère, les porte et les supporte en vue de favoriser leur transformation.

Pour illustrer la synergie créative entre un groupe et un objet médiateur, nous rapportons une expérience de groupe qui utilise la technique du Photolangage© dans une institution publique brésilienne. Il s'agit du Programme d'Aide aux Études et la Somatisation (PAES) en partenariat avec l'Université Fédérale de São Paulo (UNIFESP) qui aide les patients qui ont des problèmes psychosomatiques (Bombana, 2000). Nous considérons cette technique adéquate et thérapeutique pour ces patients, car ils présentent des difficultés à associer librement, en raison d'une faille dans le fonctionnement du préconscient, de telle sorte que leur discours est opératoire et dépourvu de la capacité à métaphoriser, car se sont des sujets mal préparés mentalement, selon les critères de Marty (1998). Du point de vue des relations à l'objet qu'ils établissent, nous avons remarqué un transfert massif, par dépôt, qui tend à paralyser la pensée du thérapeute (Dejours, 1989) qui, parfois, est pris d'un malaise physique, exigeant de la part du professionnel un travail de construction de sens, pour que ce malaise produit dans le lien au patient atteigne une représentation psychique, n'ayant pas encore été établie. Cela nous amène à la question de l'interprétation qui, si effectuée selon le modèle psychanalytique traditionnel, pourrait être perçue par les patients psychosomatiques comme extrêmement violente. Ici les autres font des interventions sur la photo de chacun et cela peut faire mouche à un moment. Le patient peut sentir que quelque chose dit par l'autre lui appartient à lui. Il peut se le réapproprier.

René Kaës dit : « un autre parle au nom d'un autre ou de plusieurs autres » Par conséquent, les patients demandent un travail thérapeutique, qui leur offre des ressources pour faciliter leur production et leur développement psychique, des ressources qui les aideront à transformer leur malaise physique en représentations psychiques. Le groupe et la photo, en tant qu'objet médiateur, exercent cette fonction.

Ce qui compte c'est que le groupe même seul comme un groupe de parole contient les projections et les pulsions, c'est ce que faisait la collègue brésilienne auparavant mais le jour où cette collègue de Sao Paulo introduit le Photolangage© elle offre au groupe un objet médiateur qui contient mieux et davantage les mouvements projectifs et violents des patients. Les deux forces de contention celle du groupe plus celle de l'objet médiateur s'additionnent mais pas de manière : un plus un, mais de façon démultipliée c'est-à-dire beaucoup plus puissante et efficace que le groupe seul ou l'objet médiateur seul.

Cette synergie se retrouve dans tous les groupes à médiation quelque soit l'objet médiateur que vous choisissiez de proposer. La seule différence vient du fait que certains groupes utilisent les objets médiateurs déjà existants comme la photo, le texte littéraire (conte ou poème) ou la musique qui sont des objets culturels « déjà là » dirait Winnicott. Ils sont certes sélectionnés par le thérapeute mais ceci en fonction du groupe et des règles du jeu qui sont propres à chaque dispositif. Pour autant, le patient ne les crée pas, il les choisit et il en parle avant que les autres aussi en parlent. D'autres groupes demandent aux patients de créer leur propre objet médiateur comme les groupes écriture, peinture, sculpture, découpage collage...

Il y a également les groupes qui utilisent les marionnettes ou les masques comme à l'Institut du masque à Buenos Aires où soit les patients choisissent un masque déjà existant pour jouer une scène soit ils créent leur propre masque.

Si je parle de ces différences dans nos façons de faire appel aux objets médiateurs c'est pour nous sensibiliser au fait que tous les patients ne sont pas capables de créer leur propre objet médiateur d'emblée et qu'il est important de ne pas les mettre en situation difficile voire même de blocage face à la nécessité de faire appel à un imaginaire mis à mal par le traumatisme et qui peut être très pauvre.

De plus, certains patients sont plus sensibles au visuel, à l'auditif, au tactile et il est bon, dans la mesure du possible, d'en tenir compte dans la manière dont nous les orientons dans

les groupes. Je parle des institutions où nous avons plusieurs groupes avec diverses médiations. C'est là encore que la médiation par le corps comme la relaxation peut être opportune ou pas pour un patient. Ceci exige tout un travail d'équipe pour faire les meilleures indications.

Quoi qu'il en soit un groupe avec une médiation sera toujours plus pertinent pour contenir et transformer les mouvements pulsionnels violents.

Troisième partie

Parler d'une théorie de la relation duelle applicable à l'approche du groupe est un pari audacieux sinon périlleux, mais j'ai souhaité soutenir cette idée et relever ce défi, du fait que cette théorie a été pour moi, dans ma pratique du groupe, un apport important et très précieux.

En effet, comment utiliser comme référence une théorie du lien et du conflit à deux, lorsque l'on travaille à plusieurs ? Comment s'appuyer sur une théorie qui n'a pas trouvé beaucoup d'écho dans le monde des chercheurs et des praticiens, parfois par méconnaissance et parfois par indifférence ou par peur de ce qu'elle révèle de dérangeant dans notre propre fonctionnement psychique ? C'est tout l'enjeu de ma proposition et de ma présentation sachant que d'un point de vue épistémologique ce n'est pas chose facile que d'envisager un pareil rapprochement.

L'apport de la théorie de la violence fondamentale

Dans un premier temps, je me consacrerai à l'essentiel de ce que nous a appris la conception de la violence fondamentale puis nous verrons ce que cet apport a de nouveau et d'éclairant sur les groupes, en particulier les groupes dans lesquels nous accueillons les souffrances contemporaines et les mouvements violents de certains patients.

A partir de sa pratique initiale de pédiatre, Jean Bergeret constate des mouvements naturels violents dès la naissance d'un enfant dans le groupe familial.

Ces mouvements lui semblent universels et psychiquement présents alors que plus rarement s'exprime la violence agie du parent sur l'enfant, bien que ces cas ne soient pas exclus de l'actualité sociale de façon quasi hebdomadaire.

Certes la naissance est un événement, mettre au monde un enfant est une joie qui témoigne des mouvements individuels de vie de la part des deux membres du couple, mais comme cela est prédit à Jocaste et Laïos par l'oracle de Delphes

« si vous avez des enfants ils vous tueront » C'est à cette première étape du mythe d'Oedipe que Jean Bergeret nous invite à nous arrêter, celle du meurtre du père et de l'inceste avec la mère ayant déjà depuis longtemps trouvé une oreille beaucoup plus accueillante et plus attentive de la part de chacun. L'abandon d'Oedipe sur le Mont Cithéron le voue à une mort certaine car attaché à un arbre, il est livré aux bêtes sauvages et n'a aucune chance de s'en sortir. Ainsi les deux parents pensent avoir échappé aux élans meurtriers de leur propre enfant et sont sûrs d'avoir devancé les intentions de mort sur eux. Une fois éliminé l'enfant n'est plus menaçant. Comment penser au-delà de ce récit mythique ce que représente la menace par l'enfant. Comment un petit peut-il menacer un grand ? L'enfant tout petit d'abord puis l'enfant de plus ou moins deux ans et l'adolescent sont des âges particulièrement sensibles où la violence apparaît. Une nouvelle fois il ne s'agit pas toujours de violence agie et réalisée sur l'enfant, mais de violence psychique qui nécessite une réponse de l'adulte.

D'abord le tout petit. Toutes les mères et parfois les pères aussi, il est vrai, ont fait l'expérience de la contrainte qui s'impose face au nourrisson, contrainte d'une présence quasi permanente, ne serait-ce que pour les biberons ou les tétés, de jour comme de nuit. Les deux premiers mois sont éprouvants physiquement du fait du manque d'expérience pour le premier bébé mais aussi du fait que pour chaque enfant il y a un besoin impérieux d'être là pour deviner ce dont l'enfant a

besoin, car il en va de sa survie. Le petit d'homme dépend entièrement de la capacité de son environnement à suppléer aux carences liées à son immaturité physiologique et psychique. Une mère normalement structurée trouve cette période à la fois merveilleuse et en même temps terriblement exigeante. Les autres femmes du groupe familial se chargent de lui expliquer que cela ne dure pas, ou qu'elle pourrait s'y prendre autrement ou parviennent dans les meilleurs des cas à la soulager de ses interrogations et de ses angoisses en la soutenant. Cette période est éprouvante moralement et physiquement du fait du manque d'expérience, parfois du manque de relais et toujours du manque de sommeil. Ce petit bout tient décidément beaucoup de place, il est bien exigeant, le père le pense assez vite, la mère également même si elle n'ose pas le formuler ni même oser le penser.

La vie est désormais rythmée par « sa majesté le bébé ». C'est un bouleversement dans la vie du jeune couple et de plus il est bien difficile à une période où tous les membres du groupe familial se réjouissent de l'arrivée du nouveau venu, d'exprimer ses propres difficultés et ses propres mouvements internes de rejet, de refus, de tentative de mise à distance, d'espacement, de mise à l'écart pour souffler et se retrouver un peu libéré face à soi-même. La survie physique de l'enfant nécessite une grande disponibilité faite à la fois de présence physique et psychique. L'enfant mobilise toutes les énergies et menace le parent d'effacement en exigeant beaucoup d'abnégation, à un point tel, que l'adulte se demande comment exister encore soi-même face à ce petit être si accaparant. Oui d'une certaine façon le petit menace le grand. Alors que penser des situations où tout se complique par des troubles alimentaires, des pleurs incessants, des troubles du sommeil plus ou moins graves, ou l'annonce d'une anomalie, d'une maladie ou d'un handicap ?

Que penser également de la capacité des mères malades, dépressives, d'une dépression post-partum ou d'une dépression plus largement installée, des mères psychotiques, des mères abandonnées par leur compagnon, de celles qui sont mentalement, financièrement ou psychiquement démunies. Les services de la petite enfance connaissent bien ces situations. C'est ce qui conduit parfois aux hospitalisations mère-bébé lorsque la mère est trop débordée et le bébé trop en danger.

Oui, l'enfant fait violence aux parents de par son existence, de par sa présence et de par ses exigences de survie. La vie de l'un, l'enfant se paie au prix fort pour l'autre, le parent.

Cette violence est inhérente à la vie même, la vie de l'autre se paie parfois dans certaines familles de la mort d'un autre, ou d'un ancien. A chaque naissance il y a eu une mort nous dit-on, pour que l'enfant vive il faut en sacrifier un autre, un arrière ou un grand parent, le plus souvent.

Une fois cette étape franchie, lorsque tout se passe pour le mieux, du point de vue de l'enfant et du parent voilà que de nouveau se dessine une nouvelle phase caractéristique et critique. Le petit atteint l'âge de 20, 22, 24 mois, il sait se déplacer seul depuis plusieurs mois maintenant et commence à dire quelques mots. La marche d'abord et le langage ensuite le rendent plus hardi et le voilà qui affirme sa personnalité, comme dit l'entourage. Il dit tout le temps : NON. Quoiqu'on lui dise ou quoiqu'on lui propose c'est non. Il s'oppose, il refuse, il s'obstine et de nouveau voilà le grand en difficulté face au petit. Un si petit qui vous tient tête, qui est capable de vous mettre en échec face aux autres, dans une réunion de famille, une sortie entre amis, une course dans un magasin, il vous met publiquement en échec et vous contraint à de multiples stratégies acrobatiques pour tenter de vous en sortir.

Dit-il non à ce que vous lui proposez de faire ensemble ou à ce que vous lui avez préparé à manger ou à une activité, ou est-ce à autre chose que l'adulte ne voit pas et sur laquelle porte l'opposition. En réalité, cette nouvelle offensive de la violence fondamentale sur quoi porte-t-elle et à qui s'adresse-t-elle ? Vous qui avez su vous identifier à lui, à ses besoins depuis sa naissance, vous qui avez imaginé ce qui était bon pour lui, vous qui vous êtes certains diraient, sacrifié, jour et nuit pour le satisfaire en lui prêtant votre « capacité de rêverie » ou votre appareil à penser, voilà qu'il vous exprime son refus que l'autre pense et désire pour lui. Or, l'autre c'est vous le parent. S'il pouvait parvenir à le formuler il dirait sans doute un énoncé du style : « je ne veux plus

que tu penses pour moi, voilà deux ans que cela dure, cela me fait violence désormais, laisses moi penser et désirer, je veux exister par moi-même.

Je tue ta pensée en moi et le seul moyen que j'ai à ma disposition c'est de te dire : « non ».

Face à cette opposition systématique et aliénante, l'adulte cherche des solutions et des réponses possibles :

Soit, il capitule, se débarrasse de l'enfant, s'en détourne et se montre indifférent soit il s'effondre et se déprime. L'enfant se sent lâché.

Soit il s'énerve, se fâche, se rigidifie et corrige, sanctionne. L'enfant se sent incompris.

Soit il frappe car il est à bout et ne se contrôle plus, l'enfant est maltraité.

Soit l'adulte parvient à changer de registre et se sort de ces situations le plus souvent par l'humour, en détournant l'attention de l'enfant sur de nouveaux investissements mais en respectant ses choix, ses goûts, ses capacités en s'appuyant sur ses compétences. C'est le jeu qui l'emporte, **la méthode c'est le jeu**, et une de ses caractéristiques, c'est d'être partagé.

Jouer n'est pas tuer, jouer permet de sortir du poids de la réalité, jouer c'est créer une néo-réalité. Alors le grand et le petit accèdent au faire semblant, à l'imaginaire et tuer l'autre peut se faire dans l'imaginaire avec un jouet, un bout de bois, et pas dans la réalité comme ces enfants encore très jeunes qui agressent leur maître ou leurs camarades à l'école à coups de couteau. Ces violences trouvent leur origine dans la violence reçue par ces enfants auprès d'adultes incapables de la transformer en JEU. Ce qui ne peut se dire dans le jeu et ne peut se faire dans le lien et dans l'imaginaire finit par s'exprimer dans la réalité, par l'agir et le passage à l'acte.

Enfin, est-il besoin de mettre en avant ce que la période de l'adolescence rejoue en termes de violence adressée aux adultes et bel et bien en terme de violence fondamentale. En effet, il ne s'agit pas d'une jouissance à faire souffrir dans la grande majorité des cas. Le jeune rappelle au parent sa propre adolescence et sa propre recherche d'autonomie psychique avant toute autre, et ce par le biais de la recherche de nouvelles identifications. Le parent est tué en tant que pôle identificatoire et c'est la pensée, les valeurs, les idéaux de l'adulte qui sont les premiers visés.

Les devenirs de la violence fondamentale

Dans tous les cas, les adultes et en particulier les parents ont pour mission de *transformer la violence fondamentale*, de telle sorte qu'elle trouve une issue dans l'imaginaire et non pas dans la voie comportementale, qu'il s'agisse des conduites alimentaires déviantes, des addictions, des toxicomanies ou des conduites psychopathiques. La violence fondamentale a comme devenir normal, le plus favorable, le plus bénéfique, une bonne intégration dans l'appareil psychique, apte à l'accueillir, à la contenir et à en faire une source d'énergie permanente, une énergie créatrice, comme dans la compétitivité, le dépassement, l'ardeur à travailler, à jouer, à produire, à créer et à transmettre. C'est elle aussi qui est à l'origine de la capacité à procréer et cette fois à transmettre la vie biologique. C'est l'instinct d'auto-conservation, la légitime défense psychique à caractère vital, (violence vient de bios= la vie) qui s'impose et dit que le sujet n'a pas le choix, s'il veut s'en sortir autant dire s'il veut se sentir exister. On est résolument **du côté de la pulsion de vie**.

L'autre destin de la violence fondamentale est plus funeste ; on passe à une alliance néfaste entre libido et pulsion. La violence se pervertit, se déforme et s'adjoint la jouissance à faire souffrir l'autre, à le tenir sous emprise, à lui imposer un lien sado-masochique. Le sujet s'adonne à la destruction de l'autre. Il jouit de l'attaquer, le diminuer, le réduire à néant, le harceler, l'écraser pour le tuer. On est du côté des franches perversions, de la destructivité absolue, du lien qui tue, résolument du côté de ce que René Kaës appelle *la négativité radicale* en somme du côté de la pulsion de mort. C'est la raison pour laquelle, Jean Bergeret a publié un article dans la RFP qui s'intitule : « Une pulsion qui n'en finit pas de mourir ». Il y montre la facilité avec laquelle nous avons tendance à prendre pour de la pulsion de mort tout ce qui est violent, de même que nous parlons d'agressivité comme d'un moindre mal, alors qu'il nous invite à laisser ce terme de côté,

tant qu'il s'agit de légitime défense psychique. Nous ne cessons de nommer pulsion de mort toute expression de la violence alors qu'il s'agit en réalité d'un formidable élan de pulsion de vie.

Oui, la pulsion de mort n'en finit pas de mourir. Reste alors un problème majeur qui consiste à bien repérer ce qui effectivement mobilise la jouissance à détruire l'autre qui demeure l'apanage des perversions. C'est d'une toute autre clinique dont il s'agit alors. Il semblerait que bon nombre de cas chez les jeunes délinquants en particulier ne relèvent pas de ce registre, encore faut-il nous doter des dispositifs qui nous permettent de traiter de cette violence. Curieusement nous constatons que tous les patients qui nous tirent du côté du conflit à deux, relèvent davantage des prises en charge à caractère groupal. Nous entendons chaque semaine des jeunes qui dans des groupes et en particulier dans les groupes à médiation mais aussi dans des groupes de psychodrame en institution, expriment un imaginaire violent.

C'est dans ces cas de transfert violent que j'ai proposé le concept de *transfert par dépôt*, sachant qu'il s'agit toujours d'une dynamique du violent. Ici se trouve le lien entre théorie de la violence et dispositif groupal.

La question de la groupalité

Ce qui donne à la théorie de la violence fondamentale sa pertinence n'est pas tant sa clarté quant aux vrais enjeux psychiques de ces mouvements pulsionnels et leur niveau de conflit mais c'est aussi la question du transfert. En individuel un thérapeute averti qui sent à coup sûr qu'il s'agit bien de légitime défense ne va pas avoir peur de rassurer le patient sur sa destructivité, en lui faisant remarquer que ce qu'il dit ne le montre pas comme un individu méchant mais bien comme un être en train de se défendre en vue de se sentie exister, ce qui somme toute est bien naturel et légitime. La question demeure sur les moyens dont le sujet dispose et sur la capacité qu'il a, à mettre en œuvre les stratégies lui permettant de restaurer son narcissisme. Le groupe et sa capacité de faire miroir, le *mirroring* dont parle Foulkes renvoie au sujet des aspects de son histoire et des facettes de sa vie psychique auxquels il a à faire face et souvent de façon cruelle. Le groupe est confronté au conflit narcissique des pathologies les plus graves qui tire du côté du duel, du face à face mais le groupe nous dit René Kaës est un face à face à plusieurs. Le passage du 2 au 3 c'est le passage du couple au groupe, et il est favorisé par le travail de groupe. Ces sujets sont en souffrance, en mal de groupalité. Ils n'ont pu accéder à des identifications plurielles à caractère oedipien car c'est bien la pluralité identificatoire qui caractérise l'oedipien, dans la bisexualité le sujet s'identifie au père et à la mère. Les fantasmes oedipiens sont des fantasmes groupaux qui intègrent **la groupalité psychique** dans les places que le sujet peut occuper dans le fantasme comme le fantasme de scène primitive, par ex.

Or, ces sujets en mal d'identifications plurielles, sont marqués par un imaginaire violent d'une scène primitive à l'origine de leur propre existence, scène dans laquelle l'enjeu est non pas qui séduit qui ? qui désire qui ? mais qui tue qui ? qui viole qui ?

Ils en restent à des identifications primaires en mode binaire : toi ou moi / tout ou rien. La pluralité des imaginaires groupaux ouvrent un espace de création, d'associativité plus grand, grâce à la *chaîne associative groupale* qui s'appuie sur la *diffraction du transfert*, ces deux processus étant indissociables en groupe.

La groupalité du psychisme est la forme la plus aboutie de la réalité psychique et les psychotiques, les états limites ou les pathologies narcissiques souffrent d'un manque d'*organismes groupaux* de leur vie psychique. Ils bénéficient de vivre des échanges dans le groupe externe, qui vient solliciter leur manque de *groupes internes* qui soient mobilisables. Les expériences traumatiques ont malmené leur groupes internes, leur groupe familial diachronique, en priorité. Dans ces familles les grands interdits civilisateurs, interdit de l'inceste et interdit du meurtre peuvent être mis à mal par les générations qui les ont précédés, comme PC Racamier, entre autres, l'a montré, avec la notion d'*incestuel* à moins que ce ne soient les deuils impossibles, car trop douloureux, comme la mort

d'un enfant qui aient marqués pour toujours les générations précédentes et l'imaginaire du groupe familial.

La violence fondamentale est une des composantes de la vie psychique réussie, au niveau précisément de ses fondements à caractère narcissique.

Les souffrances narcissiques qui touchent à l'identité profonde ne parviennent pas à un mode d'organisation psychique qui puisse intégrer la groupalité.

Ma proposition serait que l'intégration de la violence fondamentale narcissique primaire est une des conditions de l'accès à un mode de fonctionnement psychique groupal. Là est le lien essentiel entre cette théorie et le groupe de mon point de vue. Le parent qui favorise l'intégration de la violence fondamentale est un adulte qui accède au jeu et ce par l'intermédiaire de la mobilisation d'un imaginaire à identifications multiples à plusieurs rôles, capable de prendre plusieurs places dans le fantasme, *un singulier pluriel* dit René Kaës, un personnage multiple lui-même habité par ses propres groupes internes, mobilisables et mobilisés dans la façon dont il répond à l'enfant violent. C'est le groupe qui fait face, les groupes internes de chacun. C'est quand l'adulte est groupe à lui tout seul du fait de ses identifications plurielles à tous les personnages de son histoire, arlequin, artiste, acteur, conteur, chanteur de comptine, joueur, personnage à multiples facettes au plus près des identifications avec le bébé, l'enfant, l'adolescent, qu'il est apte à accompagner l'autre dans sa construction psychique.

Conclusion

On comprend mieux dès lors l'importance du dispositif groupal face aux violences qui s'expriment chez les adolescents difficiles ou les patients psychotiques et les états limites. Face à cette carence de groupalité psychique dont ils souffrent et face aux mouvements pulsionnels primitifs violents qui expriment leur désir de se sentir exister dans une sorte de légitime défense psychique, nous voyons que le groupe et l'objet médiateur constituent le dispositif le plus fort et le plus adéquat à ce type de mise au travail psychique. Certes ce n'est pas magique et cela nécessite patience car c'est une œuvre de longue haleine. Le praticien est là pour maintenir le cadre, veiller au respect des règles du jeu car tout passe par le jeu, pour favoriser une meilleure intégration progressive de la violence fondamentale. D'abord rassurer le patient sur sa destructivité puis lui faire expérimenter que penser et dire ses pensées sur l'objet médiateur et grâce à lui ne tue pas ni le groupe. Enfin accéder à des identifications plurielles grâce aux échanges d'imaginaires dans les échanges intersubjectifs peut progressivement mener le patient vers un peu plus de groupalité psychique.