

Le groupe suffisamment mobilisateur*

jacques dill

À partir de l'évocation de l'histoire de Margaret, cette « greffe non réussie », cet échec thérapeutique, l'auteur réfléchit sur les caractéristiques de la position d'objet soignant dans les Maisons d'Accueil Thérapeutique pour patients psychotiques, organisées par l'association Santé mentale et communautés à Villeurbanne. Une des raisons de l'échec avec Margaret est l'incapacité de l'objet à conserver son potentiel différentiateur, qui aurait permis la réintrication entre pulsions de mort et de la libido.

La réflexion que je propose ici est nourrie d'un travail mené au sein de l'association Santé Mentale et Communautés qui a progressivement, depuis sa création en 1968, mis en place des dispositifs de soins extra-hospitaliers en articulation avec des équipes d'un secteur public de psychiatrie de l'Est lyonnais.

Je m'appuie essentiellement sur mon expérience de correspondant-thérapeute d'un lieu de vie pour patients psychotiques, ouvert en 1979, dans un quartier de Villeurbanne (Sassolas, Dill, Bonamy, 1983).

Dans le cheminement théorico-clinique des soignants promoteurs de ce type de projet — d'autres l'ont précédé, d'autres l'ont suivi — la dimension groupale s'est révélée très précieuse pour une approche plus efficace des troubles psychotiques : les patients qui en souffrent sont réticents à n'investir que les cadres de soin individuels ou collectifs classiques qui heurtent de front leur système défensif, ou, pour reprendre une expression de Marcel Sassolas, « caressent la psychose dans le sens du poil ».

Cette évidence a amené l'équipe à inventer des aménagements du cadre thérapeutique répondant de façon plus satisfaisante à l'économie psychique des patients. C'est ce point de vue pragmatique qui est à l'origine de notre intérêt pour la situation de groupe, et la création de structures légères, dites intermédiaires.

Chemin faisant, des difficultés sont apparues; des illusions sont tombées, en même temps que des changements de cap étaient opérés après le repérage de certaines « maladies infantiles » de ces structures intermédiaires (Sassolas, 1978). Il a fallu penser de façon plus « discriminative », affiner des outils en fonction d'objectifs différents :

- *la visée psychothérapique*, où la participation à un groupe thérapeutique stable et bien cadré, se combine avec un lien soignant individuel (groupes thérapeutiques du Cerisier) (Sassolas, *et al.*, 1983);

* Cet article est la version modifiée d'un texte présenté au colloque L'intervention de groupe : critiques et prospectives, Montréal, mai 1994.

- *l'étayage* d'un parcours thérapeutique impossible *sans un environnement substitutif* (lieux de vie) (Sassolas, *et al.* 1983);
- *l'abord relationnel d'une phase critique* dans un milieu résidentiel, où un groupe de soignants s'intéresse à ce qui est vécu par chacun dans la vie quotidienne avec un groupe de patients (Maison d'Accueil Psychothérapique — MAP) (voir dans ce numéro l'article de Dominique Murbach : « Du soin psychiatrique en général au soin de crise en particulier »).

Non seulement notre intérêt pour la situation de groupe ne s'est jamais démenti, mais il s'est renforcé au fur et à mesure de l'existence de ces petites structures, où le groupe apparaît souvent comme la *seule occasion*, pour le patient psychotique, d'aborder *réellement* sa problématique centrale : s'éprouver comme *individu*, se vivre comme *psychiquement séparé* des autres.

L'objet soignant

Mon propos est avant tout une réflexion sur *l'objet soignant* et son *adaptation* à sa fonction, qui est de soigner. Est-il utilisable pour cela, propre à être investi par le patient psychotique et les thérapeutes? est-il mobilisateur de la vie psychique du patient, de ses entraves et de ses potentiels?

L'adaptation à sa fonction de soigner implique par conséquent pour l'objet soignant, la prise en compte du niveau de maturation psychique du patient psychotique, en *danger narcissique*, et donc prêt à des réactions défensives de survie; et en *déficit objectal*, en manque de liens, menacé de submersion par ses pulsions. Sur ces deux fronts sont concentrées ses forces, qui ont délaissé *ses compétences* à vivre parmi *ses semblables*.

L'objet suffisamment soignant sera d'abord celui qui n'aggraverà, ni la menace narcissique, ni le déficit objectal, ni le retard dans « l'apprentissage » de la vie sociale.

Il sera ensuite celui qui fournira au patient, grâce à certaines qualités psychiques, l'occasion d'éprouver et de vivre à doses assimilables, les exigences propres à chacune de ces trois étapes : exister, se relier à d'autres, exercer ses capacités créatrices.

Je me suis intéressé aux qualités psychiques déjà présentes dans l'objet soignant, celles qui ont valeur de message implicite pour le patient; ces qualités sont véhiculées par un dispositif réel, matériel, visible (individuel, bifocal, groupal, institutionnel), lui-même habité par un cadre de pensée, une conception du soin. C'est cet ensemble que je nomme *l'objet soignant*.

Par exemple, centrer le traitement sur l'abord médicamenteux sous-entend une conception médicale du soin et de la pathologie mentale : des symptômes, un malade, un remède; une approche psychothérapique suppose quant à elle un intérêt pour la vie intérieure et ses conflits; par ailleurs, proposer des activités en groupe, c'est se centrer sur des capacités dans tel ou tel domaine : créatif, relationnel, etc...

Ces approches peuvent être exclusives, ou combinées entre elles. L'objet soignant peut être monolithique, ou différencié.

Ce qui fonde le monolithisme n'est pas seulement l'unicité de l'objet, mais aussi la superposition entre moyen et but, le centrage sur un seul registre, l'induction d'un type spécifique de dépendance : une activité peut être présentée et exploitée comme un moyen pour permettre autre chose, ou n'être qu'une activité, une occupation...

Une hospitalisation peut être utilisée dans une perspective étayante, pour préparer un travail relationnel visant un changement intrapsychique ou ne s'intéresser qu'à l'extinction de la crise.

Un lieu de vie peut être conçu comme un simple hébergement lié à une obligation de suivi pour des personnes « handicapées », ou comme opérateur pour la transformation de ce qui n'est que pure répétition, en *plus-de-plaisir-pour-soi*, pour *plus de liens objectaux*.

Mes hypothèses sont les suivantes :

- le monolithisme prive l'objet soignant de cette qualité d'opérateur;
- sa différenciation interne, son ambiguïté, fournissent des possibilités d'appuis et de liaisons à des registres inconciliables dans le fonctionnement psychotique;
- le groupe, comme composante de cet objet soignant, est l'occasion de la mise en fonction de ces liaisons.

Margaret nous fixe. Elle parle fort, avec colère : « *Mais puisque je vous dis que je ne suis pas compatible!* ». Ces mots sont jetés à notre face de soignants du lieu de vie où elle réside depuis plus de quatre ans, lorsqu'il est question de ses relations très difficiles avec les autres résidents.

Aujourd'hui Margaret a réussi, sinon à nous convaincre de son incompatibilité, du moins à nous décourager de poursuivre cette expérience du lieu de vie que nous lui avions proposée pour se soigner :

- d'abord comme environnement para-familial étayant, parmi un petit groupe de huit résidents; les « frères orphelins », selon l'heureuse appellation d'un ancien stagiaire psychologue;
- ensuite comme aire d'investissement de relations « naturelles », non formalisées, en principe facilitatrices pour les patients psychotiques d'identifications et d'ébauches de relations objectales.

Un dispositif institutionnel léger prévoit des rencontres individuelles, et en groupe, avec un trio stable de soignants. (Sassolas, *et al.*, 1983)

De ce bel édifice, apparemment non compatible avec sa culture anti-liens, Margaret n'a pas pu et voulu se saisir. Je dis voulu, car ce sont bien des refus que nous recevons de plein fouet depuis que nous la connaissons. Refus d'autant plus décevants et intolérables que Margaret reste près de nous, en parasite, mais sans être avec nous.

Comme elle habite le lieu de vie, brutalement et bruyamment, elle nous habite la tête. En même temps, notre attention et notre investissement à son égard cèdent

devant la violence de ce parasitage. Une pesante paradoxalité menace, qu'on a plutôt envie d'évacuer.

Margaret serait-elle vraiment « non compatible »? Nous arrange-t-elle à sa façon pour parachever le rejet, destin inévitable d'une tentative de greffe non réussie?

Le compromis paradoxal psychotique

Margaret fait penser à une véritable machine vivante contre l'insertion, processus impliquant détachement et attachement, qui renvoie, pour tout être humain, et de façon aiguë pour le psychotique, à l'articulation entre sauvegarde narcissique et investissement objectal.

Tout projet de soin pour patients psychotiques aura affaire avec cette zone psychique de contact et de combat entre les registres narcissique et objectal, car elle émettra ses turbulences, ses noyaux non intégrés, sur la relation soignante.

L'énoncé de cette problématique centrale pour le psychotique pourrait s'apparenter à ce paradoxe : *refuser de vivre en sujet pour sauvegarder son intégrité, pour survivre*. La violence est au cœur de ce compromis, violence pour la survie, violence contre la vie.

Je me propose d'évoquer quelques types de dispositifs soignants, de différentes qualités « psychiques » intrinsèques, en me posant cette question : de quoi sont-ils capables concernant l'abord et l'élaboration de ce compromis paradoxal violent et destructeur?

Monolithisme et différenciation

Benno Rosenberg (1994) traitant des sources pulsionnelles de l'activité psychique, remarque que les effets de la destructivité sont presque invisibles dans l'organisation névrotique, de par l'intrication importante entre pulsion de mort et libido. Chez le psychotique, en revanche, moins d'intrication; la libido insuffisamment employée à sa tâche de liaison se concentre de façon massive sur l'objet avec des risques que nous évoquerons plus loin.

Rosenberg suggère un sens au travail thérapeutique : remettre en place, pas à pas, une réintrication pulsionnelle en introduisant des différenciations internes, susceptibles de se relier et de s'enrichir mutuellement.

L'existence de l'objet et l'intégrité de l'appareil psychique, (du Moi) dépendent de ce travail de complexification progressive.

L'objet soignant, aussi, doit se renforcer en se différenciant, en se dédoublant, en devenant multiple, par adjonction d'un ou plusieurs « objets-bis ». Le Moi psychotique n'a pas besoin d'un objet surinvesti mais, pour reprendre le terme de Rosenberg, d'un objet *relativement* investi, donc suffisamment différencié.

Avec les patients psychotiques, la mutation d'une « prise en charge », même très porteuse mais peu mobilisatrice, en soin proprement dit (Dill, Murbach, 1991),

s'observe sous certaines conditions facilitatrices : d'abord que le patient s'approprié une part de l'initiative du projet thérapeutique, qu'il passe du statut d'objet passif des soins proposés, à celui d'interlocuteur, voire de négociateur actif dans une véritable alliance thérapeutique.

Ensuite, et cette seconde condition est dans un rapport de dépendance réciproque avec la première, que la situation soignante proposée à son investissement tienne compte des particularités du fonctionnement psychotique, et ne constitue pas un obstacle supplémentaire aux échanges en provoquant des réactions défensives surajoutées; en un mot, que l'objet soignant s'adapte aux besoins et au degré de construction du moi du patient, ni trop, ni trop peu, suffisamment, pour devenir mobilisateur.

La texture de cet environnement-cadre est ici essentielle; un dispositif *unipolaire monolithique*, exclusif, tend à recréer une situation aspirante de captation narcissique réciproque, et peut aboutir à fixer des modes défensifs dans la pure répétition stérilisante.

Un dispositif *bifocal* (par exemple une référence médicale, une autre psychothérapique) articulé mais non clivé, introduit déjà un courant d'air dans le huis clos, un va et vient entre espace psychique et réalité, un équilibre entre soutien actif et retrouvailles périlleuses avec la vie intérieure.

Ce type de cothérapie présente l'intérêt de desserrer, défusionner, différencier d'une part, et d'autre part d'étayer et renforcer les talus du chemin ouvert par le travail psychique. Le patient n'est plus seul face à un pôle soignant dont il dépend uniquement, et qu'il redoute d'autant plus qu'il craint avant tout de le perdre, et de se perdre en retour. Le thérapeute n'est plus seul dans la mission impossible d'assumer la digestion des mouvements psychiques et projections dont il est la cible, et qui peuvent le pousser à agir, face à l'omnipotence du patient, son propre contre-transfert omnipotent, et refuser le choc interpsychique en nettoyant la relation de ses contenus les plus déstabilisateurs.

L'investissement lourd, massif, intense, propre au psychotique, aboutit non seulement à des phénomènes de capture narcissique, mais aussi à la rupture pure et simple, avec le risque de désobjectalisation. « *Ça chauffe trop* » comme on a coutume de dire, et sans aiguillage possible des flux pulsionnels sur plusieurs voies d'« accès-bis » à l'objet, ça casse.

Le risque de la duplication du lien soignant serait-il de favoriser des clivages? Mais les clivages, comme d'autres mécanismes empreints de destructivité, apparaissent inévitablement, question de survie pour le Moi du patient qui se défend contre la menace d'invasion de l'objet. La perspective est moins de faire réapparaître coûte que coûte et prématurément un objet unifié qui menacerait à nouveau de colonisation le sujet affaibli, mais de renforcer et articuler des différenciations internes dans l'objet, ici l'objet soignant, par des *effets* – « bis » respectant et les efforts violents défensifs du Moi du patient, et la cohérence interne de cet objet soignant.

Nous arrivons à cet apparent paradoxe : un pôle unique est moins unifiant qu'un pôle multiple qui peut souffrir sans disparaître, des attaques défensives du

psychotique, tout en offrant des possibilités d'accueil et de liaisons aux parties dissociées de son Moi.

Nous sommes là dans la dimension de groupe, la *groupalité* psychique de l'individu, en liaison avec la *groupalité* du pôle soignant.

Le groupe de vie : un chaînon manquant

La plupart de nos patients sont exilés de la vie sociale, orphelins des autres; un projet de soins qui ne prendrait pas en compte cette réalité serait fort incomplet, car il négligerait d'intégrer dans la représentation de ses objectifs, le problème capital de la séparation et du travail psychique qu'elle implique pour les patients et les soignants; il faudra un jour nous quitter, être remplacés par d'autres objets de satisfaction et d'investissement, faire le deuil de notre « contrat d'exclusivité ». L'objectif ultime est bien de préparer l'accès à plus de vie sociale, en passant par la naissance assistée à une vie psychique plus rassemblée.

Dans notre optique de travail, le *lieu de vie* est à la fois un milieu de vie substitutif proposé à un patient pour favoriser le déroulement de ses soins psychiques, et le *groupe de vie* qui l'habite — le *groupe des autres* — un terrain d'expériences relationnelles pour soutenir son passage à plus de vie sociale.

Le séjour, qui ne peut être qu'à long terme — entre 3 et 5 ans — fait ainsi partie intégrante d'un itinéraire thérapeutique accompagné conjointement par les soignants personnels, les soignants institutionnels, et le groupe. L'institution elle-même a cependant son fonctionnement propre, en cohérence avec l'exigence d'autonomie demandée aux patients : ainsi, l'objet soignant est nettement différencié : d'un côté des soins personnels incluant travail psychothérapeutique et consultations avec un responsable du traitement; d'un autre côté, l'expérience de vivre par soi-même dans un groupe, avec donc des droits (mener sa vie), des devoirs (payer son loyer, respecter un règlement), et des obligations institutionnalisées (réunion hebdomadaire de régulation, entretiens-bilans mensuels, etc.).

La qualité *composite* de cet objet-groupe amène à quelques remarques sur son statut, tant par rapport au champ thérapeutique, que par rapport au champ social.

L'image qui vient d'abord est celle d'une sorte *d'enclave* dans le paysage soignant, un dehors de l'espace soignant, mais un dehors inclus dans le projet de soin et son dispositif. Même chose du côté du champ social : le « groupe des autres » comme espace restreint et protégé de l'expérience interpersonnelle, inclus dans l'espace social.

Double inclusion, double appartenance, l'une au dehors, l'autre au dedans, les deux à la fois. Nous sommes dans le registre de *l'ambiguïté* dont Racamier (1992) fait l'éloge et le psychotique une de ses cibles. Pour notre part, nous en faisons un de nos axes de travail (Dill, 1990) depuis longtemps, lorsque nous chantons au patient sur tous les tons et sur toutes nos scènes de soin, qu'il n'est pas que malade, et que nous l'invitons à exercer ses capacités, d'autonomie, volontiers déniées.

Cependant, l'image de l'enclave évoque aussi un emprisonnement, une grossesse interminable, de même qu'une séparation radicale d'avec un corps d'origine : captation et éjection, les deux risques classiques mais permanents de l'entreprise de soin aux psychotiques.

Il s'agit donc, concernant le « groupe des autres », de jouer le jeu de l'autonomie réelle, mais aussi de « transitionnaliser » la situation, de lui maintenir un statut de province autonome conservant des débouchés sur l'amont et l'aval, des échanges spécifiques avec la maison-mère (les soignants) et des rampes vers les partenaires extérieurs.

En fait, ce groupe de vie procède et de l'espace soignant, et du champ extérieur de la socialité. Consacrer son enclavement d'un côté ou de l'autre aboutirait à figer sa dynamique et son potentiel mobilisateur, pris dans un filet paradoxal : « *restez prisonniers de nous pour être indépendants* »; et son envers : « *comptez sur nous, mais sans nous* ». Sa forte teneur en *ambiguïté* laisse le champ plus libre à l'expérience des liens, et son appropriation progressive qui caractérise la croissance psychique. La bonne dose de paradoxalité envenime et rend inassimilable l'expérience d'autonomie, qui devient expérience destructrice.

Insertion et deuil

Bertrand a 23 ans. Il séjourne depuis six mois dans le lieu de vie, après une difficile séparation d'avec une clinique pour étudiants où il vient de passer deux années, sans être parvenu à reprendre une scolarité. Sa pathologie psychotique, exprimée dans un thème délirant de filiation et d'influence sur les autres, a fait obstacle à ce projet, d'autant que Bertrand s'est donné une identité grandiose d'artiste peintre, inconciliable avec un retour en situation d'apprentissage.

Il est d'emblée omnipotent dans le lieu de vie, proteste auprès des soignants contre la lamentable tenue de la maison, l'absence d'organisation, d'encadrement, et d'aide réelle; réclame une deuxième chambre comme atelier de peinture.

Derrière cette escalade, la déception, l'impuissance, la rage. Les lieux communs sont envahis de grandes toiles gorgées de peinture aux effluves visuelles et odorantes agressives, qu'il dispose à sécher un peu partout. Ses protestations sont entendues, mais toutes ses exigences non satisfaites, car confrontées aux autres résidents et à certains points du règlement institutionnel.

La tonalité de ses premiers contacts avec les autres habitants est plutôt sympathique. Bertrand est apprécié pour son calme, sa « *tête sur les épaules* » et son activité d'artiste.

Isabelle, une résidente, se charge promptement de le couvrir dans une relation proche, exclusive, étouffante, mais qui permet à Bertrand de satisfaire son besoin d'être très protégé. En fait, chacun est à la fois sous le charme et l'emprise de l'autre. Cette apparente complicité masque une énorme rivalité narcissique entre deux omnipotences, présente dès le choc initial de la rencontre.

Cette position, aliénante mais somme toute excitante pour Bertrand, est rendue plus insupportable par les attaques mi-séductrices, mi-violentes d'un autre résident, inquiet et envieux de ce couplage, au point que Bertrand s'imagine devenir la cible sexuelle de ce dernier. Même genre d'expérience déstabilisante avec une stagiaire psychologue, qui lui fait vivre un rapproché angoissant dont il se défend ensuite très vigoureusement.

Parallèlement à ces intenses vécus proximaux, une revendication croissante vis-à-vis de son médecin qu'il estime aussi frustrant et manipulateur, l'amène à un passage à l'acte suicidaire médicamenteux, dans la maison. Bertrand est hospitalisé par les soins efficaces des autres résidents, sans intervention des soignants. Il tient à revenir rapidement dans la maison, refusant un passage de transition au centre de crise (MAP), jugé inutile : il est chez lui, et beaucoup mieux, au lieu de vie.

Sa relation à Isabelle s'est maintenue mais desserrée; celle avec les autres résidents s'est pacifiée ou renforcée. Bertrand est vraiment entré dans ce groupe de vie, comme s'il avait récupéré une part de l'initiative de cette arrivée, et plus de maîtrise des turbulences qui l'ont suivie.

Nous avons coutume de désigner par la métaphore de la *greffe* la période de quelques mois au terme de laquelle se constitue un aménagement vivable de la distance relationnelle entre un patient nouvellement arrivé et les autres résidents. De plus, comme pour Bertrand, il est fréquent que cette prise de position dans le groupe conclue un chapitre turbulent lié à une montée d'angoisse, provoquée par l'investissement opéré par le nouvel arrivant sur des objets nouveaux : les autres, la maison elle-même, le cadre institutionnel, un projet, etc.

Cette première *crise* signe un début *d'insertion* qui implique un contact rude et déjà un processus de *deuil* lié à la perte des équilibres narcissique et objectal précédents. Première perte, donc, contrebalancée par les premiers gains, également narcissiques et objectaux.

Cette crise d'insertion, caractérisée par le couplage perte-découverte n'est pas sans rappeler ce que *Racamier* introduit par sa notion de deuil originaire :

Le processus psychique fondamental par lequel le moi, dès ses prémisses, avant même son émergence et jusqu'à la mort, renonce à la possession totale de l'objet, fait son deuil d'un unisson narcissique absolu, et par ce deuil même, opère l'invention de l'objet, et par conséquent de soi, grâce à l'intériorisation. (Racamier, 1992)

La crise d'insertion, nœud où se rejouent des séquences du processus individuation-séparation et que nous référons à cette émergence du soi, est un moment organisateur pour le patient, et pour le groupe qui traverse avec lui ce passage, subissant en retour des épreuves et des remaniements.

C'est dire que son repérage et l'attention à y porter sont importants, et plutôt à traiter dans une perspective d'évolution que dans une logique d'échec, ou de défaite.

Échec, défaite; il nous faut revenir à Margaret. C'est elle — et à travers elle d'autres patients, comme elle rebelles à l'expérience des liens — qui nous aidera à avancer dans la compréhension de ce qui peut ou ne peut se jouer dans l'arène du groupe.

Nous ne repérons pas, pour elle, ce passage par une crise d'insertion. Margaret *traverse* le cadre proposé sans jamais s'y arrêter et s'y laisser porter. Elle fuit le moindre mouvement d'approche, et a fortiori, de sollicitude des autres patients ou des soignants. Elle s'évade de tout semblant de dépendance, d'emprise, de toute marque d'intérêt. La rupture précède la menace de capture, l'expulsion toute acception. Margaret s'évade de relations/prisons où elle n'est jamais vraiment entrée.

Plusieurs résidents feront la douloureuse expérience de subir brutalement sa disparition après des moments de rapprochement avec elle.

Épisodiquement, elle se livre, comme par surprise, à des interlocuteurs qu'elle ne reverra plus, parce qu'ils quittent la maison, des stagiaires psychologues en particulier. Eux aussi s'en iront, parfois bouleversés, longtemps habités, squattés, mais impuissants à accueillir efficacement ces bouteilles à la mer.

Le lieu de vie même est périodiquement envahi de ses effets personnels dispersés et de ses cris, de jour, de nuit. Margaret s'enferme avec fureur dans des colloques rageurs avec ses visiteurs internes, les seuls objets constants de son monde, avec qui elle entretient cet « unisson narcissique » et cette « constance de l'être indéfinie » dont parle Racamier, et auxquels elle ne peut renoncer. Amorcer ce renoncement serait précisément entrer en deuil de son omnipotence infiltrant un récit délirant de son origine extra-parentale : elle vient « *d'ailleurs* », elle est née « *toute faite* », « *sans fondements ni colonne vertébrale* », « *un garçon qu'on a châtré, pendu sur la corde à linge, sous-traité* ». Elle est tout cela; mais auto-engendrée, « maître absolu de ses origines » (Racamier, 1992).

En réalité, dans tous ses contacts, Margaret débarque, et disparaît; brutalement, avec *violence*; cette violence constamment présente dans ses thèmes délirants, sa voix, ses gestes, sa présentation, ses fuites et irruptions; cette violence infiltrant tout ce qu'elle peut faire vivre à ceux qui la côtoient, a fortiori ceux qui se présentent à elle comme soignants, les pauvres!

Liens et violence

« La violence, c'est la vie » nous dit J. Bergeret (1994) dès les premières lignes de son ouvrage, *La violence et la vie*, qui poursuit la réflexion de l'auteur sur cette violence fondamentale, archaïque, nécessaire à la consolidation du soi.

Il la distingue très nettement de l'agressivité, qui suppose une libidinisation de cette violence et sa direction objectale. L'agressivité signe un investissement du lien à un objet.

La violence, elle, s'inscrit dans la nécessité de survivre, qui méconnaît le caractère propre de l'objet. Si elle l'atteint, c'est qu'il menace, par sa présence, l'intégrité du territoire psychique du patient, son existence même.

Il me semble que le travail psychique proposé au patient, et mobilisé par le groupe du lieu de vie concerne l'articulation entre « l'étape narcissique violente » et « l'étape objectale libidinale » (Bergeret, 1994), autre formulation et autre angle de vue du processus du deuil originaire de Racamier.

Plus d'assise narcissique chèrement gagnée, pour plus d'investissements objectifs. En réalité, ces deux registres, loin de s'exclure, comme l'énonce le paradoxe psychotique, se superposent en partie dans le groupe, chacun ayant d'abord à se défendre de celui ou celle avec qui il est en appétit de relation, comme si cette rivalité narcissique se trouvait au redémarrage de l'évolution objectale. Nous l'avons vu chez Bertrand.

Nous constatons en tout cas que les liens d'amitié ou amoureux, d'entr'aide, etc., les plus authentiques et accomplis entre des patients du groupe, se sont appuyés sur des rapprochements d'abord rugueux, progressivement adoucis par des phénomènes identificatoires où l'autre n'est plus seulement une menace, mais devient peu à peu repère, comme ce qui se passe dans une fratrie : avant d'exister comme objet, le frère est d'abord un non-Moi menaçant l'omnipotence et la vie; il n'est que d'observer le retour à un tel registre régressif lors de l'arrivée d'un nouveau venu, de la part de patients par ailleurs capables de relations plus matures avec d'autres frères ou sœurs du groupe (cf. Isabelle).

Cette conceptualisation de la violence naturelle, de cet « instinct défensif de survie » me paraît très utile pour rendre compte de faits cliniques constamment remarqués dans le lieu de vie : ils traduisent la part la plus souffrante de nos patients, celle qui se débat pour exister. Sans la présence réelle des autres près de cette zone psychique fragile, moins de turbulences, mais peu de nourritures libidinales indispensables à sa restauration.

Peu d'espoir aussi d'aborder et de décontaminer le compromis paradoxal violent qui ligote la maturation psychique du patient.

Le travail soignant

L'intérêt majeur d'être en groupe, et précisément dans le lieu de vie, réside dans la possibilité d'y vivre, en espace et temps réels, pas seulement en espace et temps thérapeutiques, l'expérience de gestion des tensions issues des stratégies de défense narcissiques propres à chacun, et celles engendrées par les mouvements antinarcissiques d'attraction vers les autres.

Il ne sera pas étonnant, avec des patients psychotiques, de constater les effets de ces tensions tant sur la surface et l'enveloppe psychique groupales, que sur la surface et l'enveloppe matérielle de la maison qui l'abrite. Nous savons que la psychose sécrète une contre-culture opératoire, d'expulsion hors de soi, de primauté de l'agir sur la représentation, de la transformation du psychique en sensible, concret, visible : ce qui ne peut être ressenti et travaillé à l'intérieur est montré à l'extérieur.

C'est ainsi, par exemple, que le groupe peut se présenter dissocié, éclaté, divisé en clans provisoires et changeants, soumis à un véritable régime d'apartheid où

des frontières étanches se dressent brusquement contre d'angoissants métissages; nous voyons un groupe assiégé et raccommodé contre l'extérieur qui fait parfois trop intrusion; ou au contraire un groupe désertant son territoire, replié en ordre dispersé, chacun chez soi, fuyant les rivalités, les tensions, les lieux communs à partager.

La maison est parfois vide, souvent crasseuse, envahie d'objets personnels éparpillés, de courrier non ouvert; la cuisine jonchée de vaisselle sale; les portes restent béantes, marquées par des attaques contre ces limites et ces liaisons domestiques. Tel coin du salon est colonisé par un patient, tel autre coin domaine réservé d'un autre, etc. Certains résidents ont souillé des seuils stratégiques de vomi, d'excréments. Et j'en passe.

La violence et l'emprise peuvent aussi se dissimuler dans des excès de nettoyage, des chasses gardées en tout genre, des monopoles pour l'argent de la caisse commune, pour la décoration. Des appels téléphoniques ne sont jamais transmis, des lettres n'arrivent pas au destinataire.

À la réalité du dispositif sont transmis, principalement par des actes, les échos concrets de ce que chacun doit affronter dans son propre psychisme en vivant là; et c'est un avantage, pour les soignants, que de pouvoir s'intéresser, avec les patients, à tout ce matériel, et tenter de lui attribuer sinon ses origines psychiques, du moins une valeur de représentativité de mouvements émotionnels expulsés et déniés.

S'intéresser, ensemble, à ces productions visibles, comme on s'intéresserait ensemble à des productions psychiques, et ce faisant, tenter de les rapprocher d'une source intrapsychique individuelle ou groupale.

C'est de cette façon que je conçois le travail des soignants institutionnels, qui poursuit le même but que celui de toute psychothérapie, mais dans un cadre élargi à la réalité immédiate des patients qu'est le lieu de vie.

Contrairement à ce qui se passe dans une psychothérapie, les soignants sont aussi engagés dans une prise en compte effective de cette réalité qu'ils ont proposée à l'investissement des patients. Il ne s'agit pas de se substituer à eux dans la gestion réelle de cette réalité, ce qui serait disqualifier leur capacité à le faire, mais tenter de reconnaître au cours des rencontres instituées (réunions et entretiens-bilans), ce que cette réalité véhicule ou recèle appartenant au monde interne des patients.

Il y a aussi tout ce qui échappe aux soignants et qui constitue l'essentiel de la vie relationnelle entre les habitants, hors de notre portée et de notre champ habituel d'intervention, et dont nous respectons le déroulement autonome, tout en restant à l'écoute de ses aléas.

Deux objections à ce mode de travail peuvent être entendues; *l'une* concerne l'utilisation d'outils de compréhension et d'intervention habituellement réservés au cadre psychothérapique classique, pour un matériel déployé dans un cadre incluant une bonne part de la réalité du patient.

L'autre est plutôt une critique, souvent formulée : « *vous ne vous préoccupez pas assez de cette réalité, vous les laissez aux prises avec trop de difficultés;*

l'autonomie les livre à la merci de certains résidents ou influences extérieures dangereux » etc.

Ces deux objections critiques se rejoignent à mon avis dans un fantasme commun transmis par le patient psychotique : celui de la toxicité de la réalité.

L'attitude classique marquée par le modèle psychanalytique exclut légitimement du travail psychothérapique la réalité extérieure et les comportements, dans la mesure où ils sont « hors champ » psychique.

Mais chez les patients psychotiques, les limites et liaisons entre ces registres dedans/dehors, psychique/comportement agi sont précisément ce qu'il convient de restaurer et de réinvestir; cela nécessite d'abord un travail d'attribution : rendre à César ce qui lui appartient, le soutenir dans le rapatriement de ce qui fait partie de son identité et qui est agi, ou dispersé, exilé dans l'environnement; cela avant de décréter des frontières étanches officialisant l'amputation de cette identité. Il ne s'agit pas de jouer aux « thérapeutes sans frontières », mais de rendre possible l'émergence d'appartenances devenues méconnaissables.

Il ne s'agit pas non plus de jouer à « Mondiale Assistance »; le point de vue sécuritaire, à tonalité moralisatrice, repose, lui, sur d'autres facettes de ce fantasme de toxicité de la réalité : le patient serait incapable de faire face aux risques extérieurs sans notre omniprésence; trop faible pour affronter d'autres objets que nous, et d'autres parties de lui-même. Succomber à cette attitude revient à tomber dans le piège de *l'omnipotence* tendu par la psychose.

Pas de printemps pour Margaret?

Pas d'éveil, en tout cas jusqu'à présent, à l'exercice libidinalisé de la vie. La résorption de cette violence de survie, son intégration dans le train pulsionnel à destination des objets a été infaisable dans l'environnement du lieu de vie. Elle est restée « non compatible ».

Un autre cri a souvent été proféré par Margaret, à notre adresse : « *vous êtes bien légers!* », cri qui semble jauger la réponse soignante.

Deux faibles lueurs se détachent du fond indistinct de tout ce qui a été tenté avec Margaret, avant nous et par nous, pour établir un lien durable : le lieu de vie et son groupe, négativement investi, mais à la coquille duquel elle reste accrochée; et le lieu de crise, plusieurs fois utilisé au cours de ces quatre années, « *où il y a du pain frais le matin* », mais qu'elle doit quitter au bout de quelques semaines comme le veut le fonctionnement de cette institution.

C'est autour de cet investissement contrasté que nous avons essayé de penser, de proposer des liens avec son histoire personnelle, d'imaginer un cadre thérapeutique, un objet soignant « moins léger », plus concrètement contenant. En vain jusqu'à présent.

Il me semble que l'expérience du groupe dans le lieu de vie n'est vraiment utilisable dans la perspective d'une fertilisation réciproque des niveaux narcissique et objectal que si elle se déroule et se maintient en présence d'un objet d'attache primaire.

Pour la plupart des résidents, cet objet existe; il est incarné par leurs soignants personnels extérieurs, et les soignants institutionnels, sans oublier le groupe lui-même.

Si les liens thérapeutiques sont stables et investis de part et d'autre, cet objet est suffisamment intériorisé; dans le cas contraire, la confiance manque pour se risquer au jeu dangereux des relations extérieures, et remettre en chantier ce que j'ai appelé le compromis paradoxal violent.

Margaret a rompu tout lien soignant, avec d'autres, et avec nous. Elle ne paraît pas disposer de cet objet interne rassurant. Rien de bon n'est intériorisable par elle, incorporable, sauf à être aussitôt rejeté, expulsé, détruit.

René Roussillon (1991) nomme précisément « paradoxales », ces procédures défensives où l'attaque du lien, décrite par Bion, apparaît comme une défense contre une expérience de *perte* du lien.

Je me risquerai pourtant à l'optimisme, plutôt que de céder au « désespoir contre-transférentiel » en repensant au « *petit pain frais du matin* », annonciateur peut-être d'autres appétits (Rosenberg, 1994).

Poursuivre

Cette réflexion sur l'objet soignant est « encadrée » par l'évocation de Margaret, de cette greffe non réussie, de cet échec pour elle et pour nous à transformer le choc répétitif d'une rencontre impossible avec l'autre, de « psychiser » cette expérience, et renforcer ainsi son sentiment d'identité.

L'objet soignant n'a pas tenu ses promesses, faute d'avoir pu conserver pour Margaret, son potentiel différenciateur; il est redevenu monolithique, représentant exclusif d'une réalité persécutrice, rejetée aussitôt qu'approchée.

Dès les premiers jours de son installation dans le lieu de vie, Margaret se plaignait de la « *couleur de démon* » des murs de sa chambre, des mauvaises odeurs et de l'absence de vie humaine dans la maison. Toujours seule, coupée des autres. Les seuls liens entretenus mais dévitalisés, l'ont été à travers des transactions d'argent, d'objets, de nourriture; de cigarettes qu'elle ne fume pas, mais fait fonctionner comme une machine à vapeur.

Margaret a parasité, ou s'est laissée dépouiller. Il a fallu l'épauler dans la récupération de ses biens, ou protéger les autres de ses tendances prédatrices. Des échanges ont existé à condition de se maintenir dans un registre non affectivé. Margaret s'agrippe à un univers de sensations violentes, visuelles, olfactives, sonores, motrices, qui évoque une forme de mécanisme autistique comme parade à l'absence d'enveloppe psychique; son aspect physique indéterminé, son visage affligé de lunettes rafistolées et de poils, sa tenue vestimentaire négligée, composite et asexuée, témoignent de cette défaillance d'une peau psychique, qu'elle compense par un mouvement perpétuel.

Le groupe du lieu de vie a été en effet « bien léger » pour l'aider à protéger un soi écorché vif; et sans doute trop excitateur par rapport à cette vulnérabilité.

Cela nous ramène à plus de modestie et de réalisme face aux problèmes posés par des formes graves de psychose.

Peut-être faut-il imaginer pour elles des dispositifs plus adaptés, qui rassembleraient des « qualités » spécifiques du lieu de vie, d'autres du lieu de crise, plus enveloppant; d'autres encore d'un cadre plus pensé en fonction des besoins fondamentaux de dépendance, de leur reconnaissance de fait, sans contrepartie immédiate, le temps qu'il faut...

C'est dire que notre réflexion théorico-clinique est loin d'être terminée. La recherche sur l'utilisation de la situation de groupe dans le soin aux psychotiques devrait sans doute s'appuyer sur une connaissance plus approfondie du développement psychique précoce, étudié tant par des auteurs s'intéressant aux psychoses et autismes de l'enfant¹ que par des psychanalystes n'ayant pas renoncé à affronter les « situations limites de la psychanalyse »². Psychose et groupe en sont, l'une et l'autre.

jacques dill

santé mentale et communautés,
136, rue louis becker
villeurbanne
lyon

Notes

1. Je pense aux travaux de Geneviève Haag, Jacques Hochmann, André Carel en France. Il y en a d'autres.
2. Je pense à P.C. Racamier, H. Searles, H. Kohut, H. Rosenfield, S. Resnik, etc.; sur le groupe en particulier, Didier Anzieu et René Kaes »

Bibliographies

- BERGERET, J., 1994, *La violence et la vie*, Payot & Rivages, Paris.
- DILL, J., 1990, « Le théâtre de l'Ambigu ». In : *Le théâtre du soin, ses acteurs et ses lieux*. Sous la direction de M. SASSOLAS, Césura.
- DILL, J., MURBACH, D., 1991, « Prise en charge et entrée en soin des patients psychotiques » in *Entrevues*, n° 18, Éditions COMP'ACT.
- RACAMIER, P.C., 1992, *Le génie des origines. Psychanalyse et Psychoses*. Payot, Paris.
- ROSENBERG, B., 1994, « Capture et rupture : leurs sources pulsionnelles ». Intervention au VII^e Cours International sur les Techniques de soin en Psychiatrie de secteur organisé par Santé Mentale et Communautés les 23, 24, 25, 26 mars 1994 à Villeurbanne. À paraître dans les Actes du Cours.
- ROUSSILLON, R., 1991, *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. PUF, Paris.