

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 061

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de psychiatrie

par

Agathe Pechberty-Pautal
Née le 30 Novembre 1986 à Auch

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2016

**Intérêt thérapeutique et prescription médicale des groupes thérapeutiques à médiation
chez les adolescents**

Président : Monsieur le Professeur Venisse

Directeur de thèse : Madame le Docteur Gétin

Composition du jury

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Agrégé de Psychiatrie, au CHU de Nantes

DIRECTEUR DE THESE : Madame le docteur Carole GETIN

Pédopsychiatre, au S.H.I.P de Bouguenais

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Olivier Bonnot

Agrégé de Psychiatrie, au CHU de Nantes

Madame le Professeur Christelle GRAS-LE-GUEN

Agrégée de Pédiatrie, au CHU de Nantes

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur VENISSE,

Vous me faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre enseignement riche et passionnant enseignement clinique. Veuillez trouver ici l'expression de ma grande considération et de mon respect.

Monsieur le Professeur Bonnot,

Je suis honorée que vous ayez accepté de participer au jury de cette thèse. Merci pour votre disponibilité, votre aide et votre avis qui m'ont été précieux à bien des reprises dans ma pratique. J'espère que ce travail pourra refléter l'intérêt que je porte pour la clinique pédopsychiatrique. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mon admiration sincère pour l'étendue de votre savoir.

Madame le Professeur GRAS-LE-GUEN

Votre présence dans ce jury est pour moi un honneur. Je vous remercie de l'attention que vous manifestez à l'égard de ce travail.

Madame le Docteur Carole GETIN

Merci infiniment Carole pour la confiance que tu m'as portée en acceptant de diriger ce travail de thèse. Merci aussi pour ton attention, ta patience, tes bons conseils, ton avis pertinent et avisé, qui m'ont accompagnés tout le long de la rédaction de cette thèse. Je ne sais si ce travail peut vraiment te rendre hommage, en tout cas sois assurée de mon admiration et de ma reconnaissance !

Madame le docteur DRENO : Merci infiniment Laurence pour votre soutien et votre réflexion qui m'ont nourri durant l'écriture de cette thèse. Merci de la confiance dont vous m'honorez en acceptant que je travaille dans votre service. Votre enthousiasme, votre passion pour la clinique et votre métier sont contagieux et euphorisants. Merci pour cela aussi !

Merci aux thérapeutes de groupe avec qui j'ai eu la chance de travailler ! **Céline K**, psychologue à l'HDJ qui a participé à la relecture de ce travail et l'a nourri de son avis pertinent, ainsi que **Fabienne et Myriam**, infirmières à la MUSE. Je salue votre créativité, votre fantaisie, votre investissement et votre dynamisme professionnel !

A tous mes groupes d'appartenance et d'identification qui m'ont nourri de leurs échanges et qui m'accompagnent dans ma vie :

Mes parents : A votre joie de vivre, votre fantaisie, à votre dynamisme, votre jeunesse d'esprit, votre ouverture sur le monde et sur l'autre, la base de confiance que vous m'avez aidée à construire et qui m'a permis à mon tour d'explorer le monde, à votre plaisir à nous voir grandir et tout ce que vous avez pu m'offrir pour me construire et faire ce que je suis aujourd'hui.

Basile et Coline : mon groupe de fratrie merci de votre amour

Raymond et Eliette, Denise et Guy : merci pour toutes vos histoires, votre sens de l'humour et de la dérision, ainsi que pour votre amour, et votre tendresse qui me sont chers

Aux gersois, à leur gouaille bravache et sans peur, leur humour déjanté et absurde, leurs frasques et leur démesure fantasque: Sophia, Mélanie, Gonzague, Hugo, Pinet, Hugues, Manu, Damien Lala, Primaël et Béné

Le duo dégénéré : Le Gouot et Vivi merci à tous ces beaux moments passés dont le seul souvenir me donne envie d'éclater de rire.

Amélie : la base quoi...

La famille nantaise : Sans vous ma vie à Nantes m'aurait paru bien fade ! Dame Kiki la lyonnaise, Dame Baldo et sa choré motocyclée, Lulu déesse de l'amour, Camille et son sens de la phrase choc, Juliette et sa créativité, la fraîcheur de la Plu(ie), Cécille la loutre et hop !

Emeline ta gentillesse et la douceur que tu portes à l'autre, Carcasse et sa maîtresse, et Gaël la mascotte

Maria et Charlotte : Merci pour votre amitié, merci pour tous ces moments partagés qui m'apportent beaucoup de bonheur et de joie! A vos rires tonitruants, à notre passion pour le muscadet

Ronan : merci pour le verre je te le revaudrais

Rémi : merci pour la chaleur que tu mets dans tes relations, ton enthousiasme ta ferveur et ta gentillesse, bon vent !

Jean Charles : futur riche

Quentin : Merci pour ta gentillesse

Plan général

Introduction

I. Clinique et psychopathologie à l'adolescence

II. Théorie sur le groupe

III. Observations cliniques

IV. Prescription médicale du groupe thérapeutique

Table des matières

Introduction :.....	11
I- CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE à L'ADOLESCENCE	13
1.Introduction	13
2. Le processus adolescent.....	15
2.1. Histoire et évolution du concept de l'adolescence :.....	15
2. 2. Le processus adolescent :	17
2.2.1 La construction identitaire :.....	18
2.2.2 Réactivation du complexe d'œdipe :	19
2.2.3 La deuxième phase de séparation-individuation :.....	20
2.2.4 L'identification :	21
2.2.5 Rééquilibration narcissico-objectale :.....	22
2.2.6 Les remaniements cognitifs à l'adolescence :.....	23
2.2.7 Stratégies défensives :.....	24

3. Importance du lien dans la construction identitaire :.....	27
4. Conclusion et lien avec la prise en charge groupale:	29
II. Concepts théoriques et sociologiques sur le groupe	30
1. Etymologie et définition du mot groupe	30
2. Historique de la création des groupes thérapeutiques :.....	31
2. Caractéristiques des groupes restreints :	32
3. Les caractéristiques morphologiques du groupe selon René Kaes (26) :.....	34
3.1 La pluralité	34
3.2 Notion d'intertransfert	35
4. Concept de groupe :	35
5. La méconnaissance des phénomènes groupaux (25) :	35
5.1 L'anthropocentrisme	36
5.2 La figure symbolique du père tyrannique:.....	36
5.3 Sans groupe, l'individu disparaît :	36
6. Représentations sociales du groupe (25):.....	37
6.1 Le groupe : espace transitionnel pour la société :	37
6.2 Evolution selon les époques des représentations du groupe:	37
6.3 Le groupe : objet d'identification et d'idéalisation sociale :	38
6.4 Le groupe et le bouc émissaire :	38
6.5 Le concept de sociabilité développé par J. Bleger.....	39
7. La dynamique des groupes :	40
7.1 La pensée de Kurt Lewin :	40
7.1.1 La notion de champ dynamique:.....	40
7.1.2 Impact du climat groupal sur les réactions comportementales du groupe :	41
7.1.4 Changement et résistance au changement.....	42
7.2 Les théories psychanalytiques du groupe :	43

7.2.1 Pensée de S. Freud :	43
7.2.2 La pensée de Wilfried Bion (1897-1978), psychanalyste anglais:	46
7.2.3 La pensée de John Rickman :	49
7.3.4 La pensée de Didier Anzieu :	50
7.4 Les facteurs de la cohésion groupale :	51
7.5 Les fonctions du groupe (26) :	54
7.5.1 Les fonctions du meneur :	54
7.5.2 Les fonctions de L'Idéal. Le narcissisme des petites différences :	54
7.5.3 Les fonctions de croyance. L'illusion groupale :	56
7.5.4 Les fonctions méta-défensives (26) :	57
III. Illustrations cliniques avec l'atelier collage de la M.U.S.E et le psychodrame à l'HDJ pour adolescent :	60
1.La MUSE	60
2. L'atelier collage :	60
2.1 Les médiations.....	62
2.1.1 Définition.....	62
2.1.2 Médiation moyen privilégié de rencontre à l'adolescence :	63
2.1.3 La médiation et la symbolisation :	64
2.1.4 Médiation et mentalisation des affects :	65
2.2 Définition du collage :	65
2.3Le cadre	66
2.4 Les différents temps de l'atelier collage :	68
2.4.1 La recherche de matériaux.....	68
2.4.2 Le découpage	68
2.4.3 L'assemblage :	68
2.4.4 Le bilan.....	69

3. Illustrations cliniques tirées de l'atelier collage	69
3.1 Emilie :	69
3.2 Paul.....	72
3.3 Oriane	75
4. L'hospitalisation de jour (HDJ) des adolescents au CHU de Nantes :	76
5. Le psychodrame:.....	77
6. Illustrations cliniques à partir de l'observation des groupes de psychodrame:	79
6.1Le cadre :.....	79
6.2 Le déroulement du psychodrame :.....	80
6.3 Observations cliniques :.....	81
6.3.1 Introduction :	81
6.3.2 La résistance :.....	84
6.3.3 La séparation :	90
7. Recueil de témoignages au sujet du groupe thérapeutique	92
7.1Méthodologie :	92
7.2 Présentation des patients interrogés :.....	94
7.2.1 Oriane :.....	94
7.2.2 Sabine	94
7.2.3 Mélusine :.....	95
7.2.4 Nathan :.....	95
7.3 Retranscription des entretiens :	96
7.3.1Le contexte du début des soins:	96
7.3.2 Le vécu du groupe en général, la sociabilité :.....	98
7.3.3 Sentiment global vis-à-vis du groupe thérapeutique :.....	99
7.3.4 Bénéfices perçus du groupe thérapeutique :.....	101
7.3.5 Les médiations :	103

7.3.6 Moments difficiles :	105
7.3.7 L'arrêt temporaire des soins lors des vacances :	107
7.3.8 Qualité relationnelle avec les autres membres du groupe :	108
7.3.9 Lien avec les thérapeutes :	109
7.3.10 Recommandations :	110
7.4. Analyse des entretiens :	111
7.4.1 Les processus groupaux:	111
7.4.2 Les bénéfices ressentis :	120
IV Prescription médicale du groupe thérapeutique :	123
1. Etapes de la prescription d'un groupe thérapeutique :	123
1.1 Les indications :	123
1.3 Quels sont les objectifs thérapeutiques ? :	127
1.3 Quel type de soin en groupe :	130
1.3.1 Quelle médiation ? :	130
1.3.2 Quel cadre ?	132
2. Temps de reprise ou de supervision :	134
Conclusion :	136
Bibliographie	139
Annexe 1	143
Annexe 2	148
SERMENT MEDICAL	153

Introduction :

Au cours de mon internat, j'ai eu la chance de participer, en co-animation, à des ateliers thérapeutiques à la Mini Unité de Soins Étude (MUSE) située au sein du Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP) de Loire Atlantique, ainsi que sur l'hôpital de jour (HDJ) pour adolescents du service de pédiatrie du CHU de Nantes. A la MUSE, il s'agissait d'un atelier collage avec deux infirmières et à l'HDJ je participais à un groupe de psychodrame et à un groupe de parole pour des patientes souffrant d'anorexie.

Lors de ces deux expériences, j'ai été singulièrement frappée de « l'esprit de groupe » qui régnait au sein de ces ateliers. Bien que le groupe thérapeutique soit un outil de soin aussi utilisé en psychiatrie adulte et en addictologie, je me demandai quels étaient les mécanismes et les phénomènes qui régissaient le fonctionnement de ces groupes et en quoi la situation de groupe était en soi un levier thérapeutique et de changement pour des adolescents en souffrance psychique. Il est vrai que l'être humain est un être social qui se nourrit intérieurement du lien à l'autre et qu'à l'adolescence se ressent très fort le besoin de créer de nouveaux liens identificatoires. Toutefois je me questionnais sur la manière dont cette situation de groupe était vécue par des adolescents dont les failles narcissiques sont à vif et qui vivent dans la crainte du regard de l'autre et la peur de l'intrusion. Comment à cet âge de la vie, où les relations sont le plus marquées par l'ambivalence affective, pouvaient alors se maintenir une certaine cohésion groupale et un effet de groupe positif pour les jeunes patients ? Ces réflexions m'amènèrent aussi à m'interroger sur ce qui forge un individu et ce qui fait que l'on advient à soi et au monde. Ce sont des questions existentielles fondamentales au cours de notre vie et particulièrement vives au moment de l'adolescence de par la quête identitaire inhérente à cet âge de la vie. Comme le dit Dominique Cohou : « *Tout être humain doit accomplir cette difficile tâche pour son épanouissement : trouver son originalité en intégrant la groupalité fondatrice, tout en préservant l'intimité de soi.* » (1)

Un des autres points qui m'a particulièrement interpellée lors de mon expérience d'atelier thérapeutique, était la créativité opérante dans le soin. La force créative semblait pousser chacun à explorer ses potentialités et ses ressources internes, ouvrant le champ des possibles et des solutions, permettant ainsi un apaisement des tensions internes et des conflits qui agitent l'adolescent.

D'autres questions étaient aussi soulevées par ce dispositif de soin en groupe. Notamment quels en étaient les aspects négatifs ? En effet, au sein de l'HDJ adolescents, j'observais singulièrement combien le sentiment d'appartenance groupal était fort et je m'interrogeai alors sur le risque de créer une structure de groupe fonctionnant sur un mode clanique. Ce risque pouvait-il conduire à une obéissance aveugle aux règles tacites édictées inconsciemment par le groupe ? A un certain conformisme ? A une adaptation de façade et en faux self ? Comment en effet devenir un être authentique et singulier au sein d'un groupe dans lequel on se fonde et où on entretient des liens très forts ? En outre, je me demandai comment gérer les résistances au changement à l'œuvre et potentialisées au sein d'un groupe thérapeutique et si la mise en groupe pouvait avoir des effets iatrogènes ?

En tant que futur médecin toutes ces réflexions m'ont amenées à m'interroger sur les fondements et les bases nécessaires pour créer un groupe thérapeutique, quels étaient les processus thérapeutiques en jeu à la fois dans la groupalité et dans la médiation et les indications et contre-indications qui présidaient à l'entrée pour un patient dans un tel dispositif de soin. De fait ce travail de thèse est avant tout un travail autour des prérequis à disposer afin de penser le cadre d'un groupe thérapeutique et de prescrire un projet de groupe destiné aux adolescents en souffrance psychique.

C'est pourquoi cette thèse s'applique à explorer les bases sociologiques et psychologiques sur lesquelles se pose un travail de groupe pour adolescents pris en charge en pédopsychiatrie. Ces connaissances permettant d'être la base d'une réflexion médicale autour des intérêts et enjeux au dispositif groupal pour tel ou tel patient. L'objectif étant de déterminer quels sont les bénéfices attendus pour un patient donné, quels sont les phénomènes groupaux auxquels on doit être attentif dans le déroulement d'un groupe thérapeutique, quels sont les phénomènes qui peuvent nuire à l'aspect thérapeutique du

groupe, à quoi le thérapeute doit être attentif au moment de la constitution d'un groupe etc...

Dans un premier temps nous évoquerons quelques conceptions théoriques nécessaires afin d'appréhender les problématiques inhérentes à l'adolescence et de comprendre leur impact dans la psychopathologie de cet âge. Ensuite, nous aborderons les concepts sociologiques et psychologiques sur le groupe. En troisième partie, nous illustrerons nos propos par des observations cliniques effectuées lors de l'atelier collage de la MUSE et à l'HDJ pour adolescents, ainsi qu'avec la retranscription des entretiens effectués auprès de jeunes patients dans le cadre de cette thèse et leur analyse. Puis enfin nous conclurons sur la prescription médicale des groupes thérapeutiques.

I- CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE à L'ADOLESCENCE

1.Introduction

JJ Rousseau donnait cette définition de l'adolescence : « *Orageuses révolutions qui s'annoncent par le murmure de passions violentes, un changement dans l'humeur, des emportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit, rendant l'enfant presque indisciplinable ; il devient sourd à la voix qui le rendait docile ; c'est un lion dans sa fièvre il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné* ».

L'adolescence est une phase de transition dans l'existence d'un individu entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est aussi une étape déterminante dans le développement du sujet, dans la constitution de sa personnalité et de son libre arbitre. Par conséquent les enjeux sur le plan développemental et identitaire sont majeurs et ne comprennent pas seulement les transformations/pubertaires et l'accession à la sexualité adulte, mais concernent aussi le développement émotionnel, affectif et relationnel.

La dimension développementale inhérente à l'adolescence vient questionner les frontières entre le normal et le pathologique. De fait certains troubles du comportement, conduites ou symptômes sont le fruit de ce processus de changement en cours et s'inscrivent au sein du développement du jeune, qui se différencie et s'individualise de ses figures d'attachement primaire, de ses parents, de sa famille et non pas d'une pathologie psychiatrique avérée.

Cependant cette étape de la vie, du fait des enjeux développementaux qu'elle cristallise, constitue une période de vulnérabilité propice à l'émergence de pathologies, dont la clinique et la psychopathologie sont caractérisées par leur richesse et leur polymorphisme, allant de la bouffée délirante aiguë, la décompensation psychotique, l'émergence de conduites addictives, des troubles thymiques, les troubles du comportement alimentaire, aux tentatives de suicide. Dès lors la survenue d'une décompensation psychiatrique vient entraver le développement psychoaffectif du jeune.

De plus, l'adolescence conduit le jeune à réaménager le lien à l'autre. En effet, les pairs, après la famille deviennent de nouvelles figures d'identification. Dans bien des sociétés et des cultures passées et présentes, cette étape s'accompagne de rituels qui permettent de symboliser ces processus de changement.

Dans son ouvrage sur la psychopathologie de l'adolescent Daniel Marcelli (2) évoque ces rituels permettant de figurer, symboliser et se représenter cette construction identitaire en marche. Ces rites étaient autrefois, ou dans d'autres sociétés, pris en charge par la collectivité. Aujourd'hui ces rites de passage sont laissés à l'inspiration des individus ou des groupes, et ne sont plus organisés par la société, comme cela pouvait l'être auparavant. Ils peuvent dès lors prendre la forme de tatouages, de certain style vestimentaire, ou parfois de conduites de scarification... Ces actes de symbolisation, nous dit B.Brusset (3), de la métamorphose, de la mort et de la renaissance permettent d'instaurer l'identité, et d'étayer le narcissisme du sujet. De plus, ces conduites, s'inscrivant dans une symbolique de rite de passage, créent du lien, et une reconnaissance au sein d'un groupe de pairs. Elles sont une marque d'appartenance à un groupe et créent un sentiment de cohésion. Pour David Lebreton (4) les rituels autodestructeurs des adolescents permettent de concilier le «

nous-autres » et le « moi-je ». Ces rites participent à l'intégration de l'individu dans un groupe social et culturel, voire générationnel, comme les groupes de pairs à l'adolescence. Il s'agit de façon symbolique de donner du sens à son existence.

Ainsi, bien que ce phénomène ne soit pas propre uniquement à cet âge de la vie, le processus adolescent s'inscrit dans une dynamique groupale bien particulière, qui est celle d'un jeu ambigu à la fois d'identification réciproque et d'individualisation.

Nous allons voir maintenant les différents aménagements apportés par le processus adolescent, leurs liens avec la relation au groupe familial, sociétal, et de pairs. Avant d'aborder ces questions nous ferons d'abord un bref rappel historique du concept de l'adolescence qui permet de mettre en lumière et en perspective le rapport entre la psychopathologie et l'évolution sociétale.

2. Le processus adolescent

2.1. Histoire et évolution du concept de l'adolescence :

Comme nous l'avons dit plus haut, l'adolescence n'est pas un concept universel ni à travers les âges, ni à travers les civilisations et les cultures. Il s'agit même d'un concept assez récent. En effet, d'après Edgar Morin (5), le sentiment d'appartenance de l'adolescence à une classe d'âge, avec ses modes de vie, sa culture propre, ses formes de sociabilité, apparaît au milieu du XXème siècle. C'est dès 1962, dans « L'esprit du temps », qu'il évoque ce constat, conférant du même coup une dimension sociologique à cette tranche d'âge.

Par ailleurs on assiste actuellement à un allongement de la période adolescente dans nos sociétés. L'explication de ce phénomène tient à plusieurs données que sont l'allongement de l'espérance de vie, l'hypersexualisation médiatique des enfants pré-pubères, la dépendance croissante des jeunes vis-à-vis du milieu familial du fait de l'accroissement du chômage, à l'évolution de notre société en perpétuel changement conduisant à un nouveau modèle sociétal : celle d'une société adolescente. Cette notion de société adolescente repose aussi

sur la fascination contemporaine pour la jeunesse, qui participe au brouillage des âges et des générations dans nos sociétés occidentalisées.

Les années 1968 voient émerger l'expression idéale d'une nouvelle forme de culture, celle d'une jeunesse en rupture avec les valeurs portées par la génération qui précède et réclame l'accès à une jouissance sans entrave, et de libérer l'individu du joug d'une certaine forme d'autoritarisme. La jeunesse s'insurge alors contre une société patriarcale, surmoïque, où le désir est coupable et doit être réprimé. Ce soulèvement de la jeunesse fait basculer le fonctionnement et les valeurs sociétales, vers une société privilégiant la liberté et l'épanouissement individuel.

De fait, selon de nombreux auteurs, ce réaménagement des valeurs sociétales a eu un impact sur la structuration de la psyché des individus. Par ailleurs, nous dit Alain Ehrenberg (6), ce constat de l'évolution de la symptomatologie des adolescents vient questionner et interroger les relations entre symptômes et personnalité d'une part, et normativité sociale d'autre part.

En effet, jusqu'à la première moitié du XX siècle, écrit Daniel Marcelli (7), le Moi du sujet refoulait le désir et le pulsionnel, car perçus comme honteux. Le sujet devait se soumettre à un Surmoi culpabilisateur, posture garante du maintien du lien social et de la paix sociale. C'est ce que Alain Ehrenberg (6) appelle la névrose de transfert, de nature œdipienne, s'aménageant sur un versant hystérique, phobique ou bien obsessionnel, et s'illustrant par une clinique de la répression et de l'interdit, mettant en jeu un conflit entre le permis et le défendu. Alain Ehrenberg déclare donc que nous avons dorénavant plus à faire à une clinique de l'idéal, celle des névroses dites caractères, aussi nommées pathologies narcissiques et limites, qui mettent en jeu des problématiques de la perte. Dans ces névroses c'est donc l'idéal du moi qui est le véhicule du mal et l'atteinte à l'estime de soi en est un trait majeur.

Ces considérations sociologiques sur l'impact de la mentalité de la société sur les sources et les formes d'expression de la souffrance psychique permettent d'éclairer et de mieux appréhender la clinique actuelle. De plus, cela vient aussi interroger comment les

réaménagements du groupe social viennent bouleverser le rapport à soi et au monde et vice versa.

Ce constat de l'émergence d'une nouvelle forme de psychopathologie vient dès lors impacter sur les modalités de prise en charge de ces jeunes en souffrance comme le soulignent De Saint André et ses collaborateurs, qui dans leur article (8) mettent en évidence l'intérêt des médiations thérapeutiques pour les patients adolescents.

2. 2. Le processus adolescent :

Nous allons dans cette partie aborder les remaniements psychiques propres à l'adolescence, d'où le terme processus adolescent. Comme nous allons le voir ces changements vont bouleverser le rapport au monde, à l'autre et à soi de l'adolescent. Dans cette mue, le groupe (la famille, les pairs, la société) jouent un rôle fondamental de soutien.

D. Marcelli (2) distingue trois étapes dans la construction identitaire et le processus adolescent scandées par le rapport au groupe qui s'instaure avec l'adolescent en devenir.

L'adolescent traverse d'abord une phase de séparation. Cette phase est celle où le jeune quitte son groupe familial pour sortir de l'enfance et faire ses propres expériences de vie. Expériences qui seront structurantes et fondatrices et qui lui permettront de partir à la découverte de lui-même et de ses ressources internes.

Ensuite l'adolescent expérimente la marginalisation. Cette étape est caractérisée par des conduites relativement transgressives des valeurs identitaires véhiculées par le groupe familial ou sociétal. Le jeune diversifie ses centres d'intérêts de ceux de ses parents, son opinion diverge, il remet en cause le fonctionnement familial établi...

Enfin après être passé par les deux phases précédentes l'adolescent ou le jeune adulte va pouvoir de façon apaisée accéder à la phase d'agrégation au sein du groupe social. Le jeune

adulte a fait ses preuves, il a appris à se connaître et n'a plus besoin de se construire en contre ou dans l'opposition.

2.2.1 La construction identitaire :

Les transformations à l'adolescence, qu'elles soient corporelles, affectives ou cognitives posent la question de l'identité du sujet. Identité qui, du fait de ces transformations, paraît mouvante et incertaine aux yeux du sujet, donnant une sensation de vertige face au champ des possibles qui s'ouvrent alors à lui.

Damasio en 2010 (9) a détaillé dans un ouvrage nommé « *L'autre soi même* » les étapes de la construction identitaire à partir des données neurobiologiques actuelles. En détaillant ainsi les processus qui permettent au sujet de se sentir exister en tant qu'individu à part entière, on perçoit toute la complexité et l'aspect développemental de la construction identitaire ainsi que le rôle fondamental des interactions émotionnelles et affectives. Cette description de la construction du sentiment d'exister que chacun traverse au cours de son développement ouvre une réflexion sur l'orientation et le rôle de la psychothérapie chez les patients adolescents.

Il décrit tout d'abord un « *proto-soi* » qui serait une représentation au sein du cerveau de la réalité sentie de l'existence. Cette représentation serait forgée par les sensations corporelles informant le cerveau de son environnement extérieur et intérieur par les neurones sensoriels. Ce proto-soi donc, présent dès la naissance, correspond au dialogue de l'esprit naissant avec le corps.

Cette information vient souligner l'importance d'inclure dans le soin une dimension corporelle, ou faisant usage des sens, permettant au patient de reprendre contact avec ses perceptions afin de l'aider à avoir une meilleure représentation de lui-même. Comme nous le verrons dans cette thèse, l'utilisation des médiations thérapeutiques permet en effet d'instaurer une approche sensorielle et corporelle dans le soin psychique.

Damasio définit aussi un « *soi-noyau* ». Ce soi noyau se constitue dans l'échange émotionnel avec un autre que soi. Ainsi, quand un parent regarde affectueusement son bébé, yeux dans les yeux, pupilles dilatées, il encourage littéralement la croissance du cerveau, et la conscience de soi de l'enfant. Autrui est inscrit dans l'organisation mentale de soi. Comme le dit M.Delage (10) : « (...) *Je ne peux pas me sentir quelqu'un sans en même temps me référer à un autre qui me définit et me limite, (...) nous ne pouvons pas penser l'identité sans nous référer à ce qui nous attache aux autres et nous sécurise, et sans non plus ce qui nous différencie d'eux et nous limite.* »

Ceci vient soutenir l'importance de prendre en compte la relation à l'autre dans le soin, ce que permet notamment la dimension collective du groupe thérapeutique.

Ensuite vient « *Le soi autobiographique* », qui correspond au dialogue de l'esprit avec lui-même grâce à la prise en compte de l'autre différencié dans l'intersubjectivité, encore appelé conscience réflexive. C'est à cette étape que le soin psychique tente de conduire les patients.

L'identité apparaît comme le chemin de soi à soi qui passe par l'autre nous dit Rousillon (11). Cela est possible grâce à la fonction réflexive et à la maturation des zones frontales et préfrontales. Ainsi, il devient possible à l'enfant de décliner son identité, de se souvenir de son passé et d'en faire récit dans «l'identité narrative».

2.2.2 Réactivation du complexe d'œdipe :

Le développement pubertaire qui débute vers l'âge de 10.5- 11 ans chez les filles et entre 12.5-13 ans chez les garçons, permet l'accès à la sexualité. La montée du pulsionnel et du désir sexuel impose au sujet de se défaire et de se séparer de ses figures d'attachement primaires, ses parents, afin de ne pas être menacé par un rapproché trop incestuel, et lui impose d'aller vers la rencontre de l'autre pour assouvir son désir (12).

La puberté et les transformations physiques corporelles et hormonales qui lui sont associées peuvent être vécues comme un traumatisme, souligne Brusset (3). Il en résulte des préoccupations dysmorphophobiques plus ou moins envahissantes. Caroline Thompson (13) semble partager l'aspect traumatique de la survenue du sexuel et des pulsions. Elle évoque en effet « *la gifle narcissique* » que constitue l'explosion du libidinal qui fragilise le moi. Caroline Thompson insiste aussi sur le fait que le conflit entre l'indépendance, le détachement des premiers objets d'amour, les parents, et la prise de conscience qu'on a besoin de l'autre, est à l'origine d'une tension énorme qui met à l'épreuve le narcissisme du sujet. Comme le dit P.Jeammet (14) : « *Ce dont j'ai le plus besoin est ce qui me menace le plus* ». C'est le paradoxe autonomie dépendance qui implique que toute autonomie présuppose l'intériorisation d'une sécurité psychique suffisante construite dans une relation étayante avec l'autre.

En d'autres termes l'accès à la sexualité pousse à prendre le risque d'aller à la rencontre de l'autre et à découvrir le monde. L'altérité inhérente à la sexualité met l'adolescent dans une fragilité et une dépendance dont il cherche souvent à s'extraire (15). Ce désir d'aller vers l'autre est teinté de la crainte inhérente à la rencontre liée au risque de déplaire, au risque de s'exposer à l'abandon ou bien à la dépendance affective, faisant vaciller les assises narcissiques du sujet.

Ainsi le lien à l'autre devient à la fois une nécessité et une perspective qui effraye car elle pose les questions de la valeur du sujet et de son identité : Qui suis-je ? Suis-assez aimable ? Ces questions sont évidemment vraies pour toute l'existence du sujet, mais prennent à l'adolescence un aspect vertigineux car elles interrogent la solidité et les qualités de l'identité de la personne.

2.2.3 La deuxième phase de séparation-individuation :

C'est Pierre Blos qui à la fin des années 1960 a comparé le processus d'autonomisation des adolescents à la phase de séparation individuation du jeune enfant. Le terme de séparation ne renvoie pas à une distance physique, à un éloignement vis-à-vis de ses parents

mais plus à un « *désengagement du lien aux objets œdipiens* » pour reprendre l'expression de Pierre Blos, ou autrement dit un remaniement de la distance relationnelle avec ses parents.

Ce processus va réinterroger la solidité du lien d'attachement, du lien qui unit le jeune à ses figures d'attachement, et donc va également mettre en tension la qualité des assises narcissiques du sujet, et comme nous l'avons dit plus haut, potentiellement concourir à la réactivation d'angoisses abandonniques et de séparation, entravant ses capacités d'autonomisation.

Le processus de séparation va également mettre en exergue l'ambivalence des sentiments, opposant l'attrait pour l'objet d'amour qui apporte sécurité, et la menace que celui-ci fait peser sur l'équilibre narcissique du sujet (12).

Le sujet va aménager plusieurs types de défense face à ces angoisses. Soit il peut nier la dépendance qui existe avec l'objet ce qui conduit à des manifestations du registre phobique. Ces adolescents trop calmes se retrouvent alors en peine pour se libérer de l'emprise parentale et de l'idéal parental, libération qui leur permettrait de s'accomplir en tant que sujet. Soit au contraire il supplée les défaillances internes par un surinvestissement massif de la relation à l'autre, ce qui conduit aux conduites de dépendance (15).

L'adolescence oscille donc entre besoin de ressemblance et nécessité de différenciation, entre besoin de rapprochement, et besoin d'éloignement. Cette ambivalence s'explique notamment par les difficultés en lien avec la rééquilibration narcissico-objectale dont nous parlerons un peu plus tard.

2.2.4 L'identification :

Pour être soi nous dit Jeammet (16), il faut se nourrir des autres et en même temps être différent d'eux.

L'adolescent est en quête de modèles d'identification ou de contre identification. Le groupe de pairs devient alors à la fois un support d'identification mais au sein duquel l'adolescent va quand même tenter de se différencier.

De ce fait, l'adolescent, soulignent N.Catheline et D.Marcelli (15) va se parer de multiples identités provisoires de façon successives lui permettant ainsi de dégager en creux les contours de la sienne propre.

Le cliché de l'adolescent ascétique vivant reclus, nous dit Brusset (3) s'est évaporé. Dorénavant, le groupe de pairs occupe cette fonction d'espace élaboratif de l'aménagement de la distanciation relationnelle avec sa famille, et permet par des mécanismes d'identification la construction d'une identité propre et différenciée.

Pendant toute la phase de latence, la famille occupe une fonction d'étayage narcissique, de « Moi auxiliaire », et de « contenant » écrit B.Brusset (3). Mais à l'adolescence cette fonction des parents est remise en cause, et attribuée au groupe de pairs, qui permet de rencontrer de nouvelles figures d'identification comme nous l'avons vu un peu avant. Du fait de la désillusion et de la remise en question de l'image idéalisée des parents, ceux-ci ne peuvent plus être les garants de la réalisation de l'Idéal du Moi. Caroline Thompson (13) évoque le fait que cette désillusion amène à la question de l'idéalisation. En effet, elle insiste à juste titre sur à la fois la part de rêverie suscitée par l'idéalisation, mais aussi en contrepartie son aspect surmoïque oppresseur lorsqu'elle est trop décalée par rapport aux possibilités du sujet mettant à mal ses assises narcissiques.

2.2.5 Rééquilibration narcissico-objectale :

Un autre des enjeux majeurs de l'adolescence est la rééquilibration narcissico-objectale (16). Cette expression désigne la nécessité pour le jeune adolescent de choisir de nouveaux objets d'investissements, tout en se choisissant lui-même comme objet d'intérêt et de respect.

2.2.6 Les remaniements cognitifs à l'adolescence :

En parallèle des transformations psychiques vont se mettre en place des transformations sur le plan cognitif s'inscrivant dans le développement de l'individu. En effet, l'adolescence est l'âge du développement de la pensée abstraite et des opérations formelles. On peut préjuger de l'impact que cette évolution sur le plan des capacités cognitives peut avoir sur le plan psychique, et vice versa, l'impact des remaniements psychiques sur les processus de pensée des adolescents.

La pensée sur soi que permet l'accès à l'abstraction est source d'enrichissement par les nuances qu'elle apporte dans les jugements, par l'accès au monde des émotions et des représentations, mais elle est aussi source de tracas par l'absence de limites à la quête de soi, par la perception des faiblesses, par l'introduction du doute et par le rôle soudain pris par le regard des autres, nous dit Nicole Catheline (17). De plus cette faculté nouvellement acquise va permettre à l'adolescent de faire évoluer ses représentations sur les relations qu'il entretient avec l'autre.

Piaget situe le début de la pensée formelle vers l'âge de 10 ans, soit deux ans avant l'âge moyen de la puberté. Pour lui, l'enfant éprouve du plaisir dans l'acte de penser lorsqu'il n'est pas soumis à des conflits intra psychiques. Rosine Debray en 2000, cité par M. Emmanuelli (18) dans son article, soulignait elle aussi l'articulation cognitif/affectif: « *Le travail cognitif nécessaire pour réaliser une tâche de résolution de problèmes n'est compatible qu'avec de petites quantités d'excitations ou d'affects. Il faut par conséquent que l'appareil psychique dégage la scène mentale pendant un temps suffisant pour que le raisonnement logique puisse s'établir, puis se dérouler jusqu'à son terme. Si les orages pulsionnels conflictuels qui agitent l'enfant sont trop prégnants, aucun travail cognitif pertinent ne sera possible* »

Force est de constater que de nombreux adolescents présentent des difficultés dans les apprentissages scolaires à l'arrivée au collège alors même qu'ils ne présentent aucune

déficience sur le plan intellectuel ni de trouble psychiatrique pouvant altérer les capacités de réflexion et de jugement. Ce constat, nous dit Nicole Catherine (15) page 151, nous amène à penser que les transformations cognitives doivent, pour s'épanouir, trouver leur place dans les remaniements affectifs et psychiques de l'adolescence.

L'émergence de la pensée abstraite peut donc faire le lit d'angoisses de séparation massives de par la mobilisation des assises narcissiques du sujet. Ces angoisses peuvent se traduire par différentes manifestations cliniques telles une inhibition ou une instabilité, des conduites d'opposition, des difficultés scolaires, des phobies scolaires, des états dépressifs...

Parallèlement les potentialités nouvelles offertes par la complexification du fonctionnement cognitif de l'enfant permettent de développer et d'enrichir sa perception du monde. Cet enrichissement passe aussi par la rencontre, le débat d'idées et les échanges avec ses pairs. Les interactions avec l'environnement viennent donc soutenir et étayer le développement de la pensée critique et abstraite de l'adolescent.

2.2.7 Stratégies défensives :

Les bouleversements d'ordre hormonaux, psychologiques, relationnels et cognitifs que traverse l'adolescent peuvent donc faire vaciller ses assises narcissiques par le doute qu'ils instillent quant à la solidité de ses ressources internes.

Dès lors le psychisme de l'adolescent peut mettre en place divers mécanismes de défenses psychologiques afin de se protéger contre l'angoisse suscitée par tous ces changements. Cependant ces stratégies défensives instaurées par le psychisme pour se protéger de l'angoisse peuvent dans certains cas altérer les capacités de mentalisation des affects des jeunes, entravant leur développement psycho-affectif.

Défense d'ordre psychotique :

L'individu naissant et en construction qu'est l'adolescent peut mettre en place des mécanismes de défense plus ou moins archaïques afin de ne pas reconnaître la dépendance à l'autre. Selon Pierre Sullivan, cité par C.Thompson (13), il existe un « contrat avec la folie »: « *On devient fou pour n'avoir jamais à vivre cet instant apocalyptique, ce moment inaugural d'entrée dans la sexualité et de dépendance à autrui* ».

L'emprunt à la stratégie psychotique devient donc à l'adolescence une défense possible pour protéger l'individu naissant de ces angoisses suscitées par l'accès à une sexualité génitale.

Ce mode de défense peut se manifester par un contre investissement de l'activité fantasmatique trop angoissante et fragilisant les assises narcissiques du sujet. Les défenses de nature psychotique se dévoilent aussi par la mise en place de mécanismes de défense rigides que sont le clivage, la projection, le déni omnipotent, l'isolement. Cette fragilité sur le plan narcissique fait le lit d'un fonctionnement paranoïaque dans la relation à l'autre, propre à l'adolescent en souffrance dans ses remaniements affectifs.

L'inhibition psychique

Selon Brusset (3), dans le cas où la régression et l'activité fantasmatique suscitée par l'émergence pulsionnelle et sexuelle submergent l'individu dans un vécu angoissant, celui-ci peut se défendre de cet envahissement par des mécanismes d'inhibition. L'inhibition se caractérise par un retrait des investissements relationnels pouvant aboutir à certaines formes d'adaptation pauvre et conformiste, ainsi que par des sentiments de vide intérieur, d'irréalité, de futilité. L'inhibition psychique entraîne une inhibition de la pensée et de la réflexion qui peut nuire aux capacités d'apprentissage du jeune.

Le clivage

Le clivage est un autre mode de défense psychique caractérisée par une action mentale de séparation, de division du Moi, ou de l'objet, par deux réactions simultanées et opposées (l'une cherchant la satisfaction, l'autre tenant compte de la réalité). Il s'agit de faire coexister les deux parties de manière indépendante l'une de l'autre, sans formation de compromis possible.

Ce mécanisme de défense peut se mettre en place, lorsque face à une situation, un objet,

on éprouve deux émotions contradictoires ou conflictuelles, l'une ne pouvant pas, en toute logique, exister avec l'autre dans le même système mental. Séparer ces émotions permet d'atténuer, voire supprimer complètement, l'angoisse naissant de cette confrontation. Le clivage joue un rôle organisateur important, présent dès le début et tout au long de la vie psychique. Il permet d'intégrer les règles sociétales en séparant les désirs pulsionnels des comportements socialement acceptables (soutenus par des mécanismes comme l'imitation, l'anticipation). Il organise ainsi la vie psychique de sorte qu'elle tienne compte de la réalité en "effaçant" temporairement les réactions dictées par la pulsion.

Le clivage du Moi peut néanmoins présenter un caractère destructurant qui peut mécaniser la vie psychique. En effet poussé à l'extrême ce mécanisme de défense peut étouffer les émotions conduisant alors à une désensibilisation, un émoussement affectif apparent.

Le clivage va protéger donc l'adolescent contre son ambivalence envers les images parentales et pour mettre à distance le désir sexuel, tout en exposant au risque de ne plus rien ressentir émotionnellement, ce qui définit la classique sensation de vide intérieur.

L'intellectualisme, l'ascétisme

Anna Freud associe également la tendance à l'intellectualisme et à l'ascétisme, que l'on peut retrouver chez les adolescents, à des tentatives de contrôle du désir sexuel.

La projection et la mise en acte

La mise en acte est une autre forme de mécanisme de défense qui va protéger l'adolescent de tout conflit intériorisé en le projetant à l'extérieur. C'est un mécanisme couramment retrouvé chez les sujets présentant par exemple des troubles du comportement à type d'agitation.

3. Importance du lien dans la construction identitaire :

Pour aborder la question de l'intérêt du groupe thérapeutique à l'adolescence, il nous faut nous pencher sur la question de l'importance du lien à l'autre, et notamment aux pairs, donc sur les étapes de la sociabilité et des liens d'attachement. En effet, l'adolescence est l'âge où le jeune se sociabilise, part à la rencontre de l'autre, investit de plus en plus les relations avec ses pairs. Comme le dit Michel Delage (10) : « *L'adolescent qui agit en entrant en interaction avec l'autre en expérimentant, s'engageant affectivement dans la relation à l'autre, participe ainsi à la construction de son identité personnelle. On se construit dans la relation à l'autre.* »

Le concept d'attachement théorisé dans les années 1950, par un psychanalyste et éthologue du nom de John Bowlby, permet d'illustrer l'importance du lien qui nous rattache aux autres dans notre construction identitaire et narcissique (19).

Les liens d'attachement sont, selon Bowlby, influencés par un système programmé biologiquement. Ce système permet d'adapter notre comportement relationnel selon les expériences vécues et les interactions avec notre environnement. Le système d'attachement vise à établir un lien sécurisant avec la figure d'attachement principale afin d'atténuer les sensations de stress et d'angoisses auxquelles le sujet peut être soumis.

En fonction de notre histoire affective la qualité et les caractéristiques de notre attachement varient. Autrement dit la qualité des liens affectifs qui ont jalonné notre histoire de vie va organiser nos représentations mentales du lien à l'autre, ou selon le terme de Bowlby, nos Modèles Opérants Internes (MOI). En retour ces MOI vont influencer notre façon d'interagir avec l'autre et avec notre environnement.

Ces modèles opérants vont donc guider l'individu dans sa manière de se percevoir et de se conduire dans ses relations interpersonnelles qui elles-mêmes en feed-back vont modifier

les MOI. Ainsi le sujet se construit, grâce aux interactions avec son environnement proche, une image de soi, plus ou moins valorisante et aimable selon ces modèles opérants internes, mais aussi une perception de la relation à l'autre plus ou moins satisfaisante.

Ce n'est que lorsque le sujet a intériorisé des MOI de qualité, lui procurant une sensation de sécurité interne, une confiance de base, ou assises narcissiques, qu'il peut s'autoriser à « activer » son système exploratoire et partir à la découverte du monde qui l'entoure. Le système exploratoire permet au sujet, lorsqu'il est dans un environnement favorable c'est-à-dire sécurisant pour lui, de développer ses capacités d'autonomisation et donc ses ressources internes. De plus le développement des capacités de mentalisation des affects et d'empathie d'un individu dépend de la qualité de son attachement et des liens qu'il a intériorisés.

En revanche un sujet présentant un attachement dit insécure présentera plus volontiers un manque de confiance en lui, une difficulté à rentrer en relation avec l'autre, et ses capacités à analyser ses états mentaux et ceux d'autrui seront limitées.

Les modèles opérants internes forgés durant l'enfance vont donc influencer les capacités d'autonomisation du jeune adolescent (20). En effet plus le lien d'attachement dont s'est nourri l'adolescent durant l'enfance était gratifiant et sécurisant plus il se sentira en confiance pour s'autonomiser.

La relation aux pairs à l'adolescence va aussi participer à ce mouvement d'autonomisation et d'exploration (21). Les pairs constituent une figure d'identification autre que le milieu familial et leur rencontre est un formidable terrain d'expérimentation et d'exploration de soi.

Les processus thérapeutiques du groupe viennent s'appuyer sur ce besoin universel d'attachement permettant de constituer une image de soi et des autres suffisamment sécurisante pour autoriser l'adolescent à activer son système exploratoire.

4. Conclusion et lien avec la prise en charge groupale:

Cette partie théorique sur l'adolescence nous a permis d'aborder la question des défenses mises en place à l'adolescence pour se prémunir des angoisses générées par l'éveil pulsionnel. Or comme nous l'avons vu le gel des pulsions entraîne le gel de la pensée, qui lui-même entrave alors le processus de construction identitaire et des assises narcissiques du sujet. S'investir soi-même comme un objet d'amour, trouver la juste distance relationnelle et affective dans la relation à l'autre entre idéalisation, rivalité, haine de l'autre et haine de soi, sont des enjeux majeurs dans la construction de l'identité et de la personnalité du jeune. Dans cette construction les interactions et les échanges avec l'entourage familial et amical ont un rôle majeur. A ce titre J.C Rouchy insiste sur l'importance des processus de groupe et des liens d'attachement dans le développement psychique individuel (22).

J.B Chapelier (23) explique dans « *Intérêt de l'approche groupale avec les enfants et les adolescents* » que la méfiance vis-à-vis de l'adulte, la crainte de l'intrusion et de la passivité, les failles narcissiques, la faiblesse du refoulement rendent difficiles la psychothérapie individuelle à l'adolescence. Pour Dominique Quelin Souligoux (24) dans « *Ensemble se séparer* » le groupe thérapeutique permet à l'adolescent un rapproché supportable en offrant ce qu'on appelle un transfert diffracté moins persécutant qu'une prise en charge individuelle de prime abord. Ainsi J.B Chapelier (23) rajoute que la prise en charge groupale va soutenir le travail psychique spécifique du processus adolescent. En effet, à l'adolescence le groupe a pour fonction première de constituer un espace médiateur identificatoire, un relais entre le désengagement de l'appartenance au groupe familial, et la mise en place d'un nouveau système identitaire.

Les enjeux du soin en psychiatrie de l'adolescent reposent donc sur ceux du processus adolescent. Ainsi un de ces enjeux est donc de favoriser la relance des processus de pensée et remettre en marche l'accès à la pensée formelle garante de la liberté de penser et de l'autonomisation du jeune.

II. Concepts théoriques et sociologiques sur le groupe

Dans cette partie nous évoquerons les aspects à la fois sociologiques et théoriques qui régissent le fonctionnement d'un groupe. Ces données permettent de mieux appréhender les phénomènes qui se mettent en place au sein d'un groupe.

1. Etymologie et définition du mot groupe

Selon la définition du dictionnaire Larousse, le mot groupe dérive de l'italien « groppo » qui signifie le nœud, et du germanique « kruppa » signifiant la masse arrondie.

Le groupe désigne selon le Larousse :

« Ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et définis par une caractéristique commune».

« Ensemble formé par des choses ou des êtres de même nature et, en particulier, ensemble défini par le nombre ou la quantité qui le constitue (par opposition à un) »

« Ensemble d'artistes que réunissent des affinités et des objectifs communs. »

Le groupe renvoie à l'idée d'un rond, renvoyant lui-même à la notion de cohésion. On pense alors aux chevaliers de la table ronde par exemple et les valeurs de solidarité, d'entraide, de communauté, que cette légende diffuse.

Le mot groupe englobe des significations assez larges, de la bande à la collectivité. Cependant il existe des traits communs à toutes ces définitions qui résident dans la pluralité des individus qui composent le groupe et leur solidarité implicite.

2. Historique de la création des groupes thérapeutiques :

La conceptualisation de la psychothérapie de groupe, très usitée dans les institutions psychiatriques pour adulte et pour enfant, est passée par un long cheminement théorique et pratique.

La thérapie de groupe s'est nourrie depuis sa fondation de différents courants de pensée, qui se sont chacun inter influencés. Ce qui est à souligner est la démarche créative de la thérapie groupale, et le fait qu'elle porte des effets thérapeutiques spécifiques qui ne sont pas équivalents à ceux de la psychothérapie individuelle.

C'est aux Etats Unis qu'émergent les premières conceptions de psychothérapies groupales. L'émergence de la thérapie groupale aux Etats Unis est probablement à mettre en lien avec leur évolution sociétale et culturelle. En effet, la société américaine est multiculturelle en raison des nombreuses origines ethniques de la population, et en conséquence une place importante est faite aux communautés. D'autre part, la nouveauté, l'esprit d'initiative et de création sont très valorisés socialement. C'est également une société privilégiant, de par son esprit pragmatique, l'expérimentation et l'action à la théorie.

Jacob Moreno, psychiatre roumain émigré aux Etats Unis est un des premiers à évoquer la notion de thérapie groupale. Par la suite, d'autres thérapeutes vont s'enthousiasmer pour cette nouvelle forme de psychothérapie en rupture avec la psychothérapie individuelle traditionnelle héritée de la psychanalyse.

T.Burrow et S.R Slavson, toujours aux Etats unis, vont quant à eux s'intéresser plus spécifiquement aux prises en charge groupale chez les enfants et les adolescents. Leurs expériences s'appuient sur les théories psychanalytiques de Freud et notamment sur ses écrits sur la psyché du groupe et la théorie des masses. Cette nouvelle approche thérapeutique s'inspire également, sur le point de vue théorique, sur les travaux de K.Lewin sur « *la dynamique des groupes* ». Dès 1934, S.R Slavson met en place une prise en charge groupale pour enfant et adolescent, appelée *l'Activity Group Therapy* qui s'axe autour du jeu

et réunit des petits groupes de 5 à 8 enfants ou adolescents. L'objectif des soins est alors de permettre une rencontre entre les jeunes dans un climat à la fois permissif et cadré par un adulte occupant une position neutre. A travers des activités spontanées de jeu les enfants expriment leurs pulsions, leurs émotions, leurs fantasmes. Le groupe, selon Slavson, permet de restaurer un meilleur contrôle pulsionnel, une catharsis des conflits, de développer les capacités de sublimation, et de renforcer l'adaptation à la réalité. Au départ, ces prises en charges étaient essentiellement centrées sur des activités à médiation. Par la suite, d'autres thérapeutes vont initier des prises en charges basées sur l'échange verbal.

Dans les années 1970, un psychothérapeute américain du nom de Carl Rogers s'est beaucoup intéressé aux thérapies groupales, écrivant même que c'était « *l'invention sociale qui a eu l'expansion la plus rapide du siècle et qui est sans doute la plus puissante et la plus féconde* ».

Pendant ce temps, vers le milieu du 20^{ème} siècle, en Angleterre, d'autres psychothérapeutes s'intéressent à la thérapie groupale. Il s'agit de S. Foulkes et de W.Bion. Ces deux thérapeutes fondent et élaborent des thérapies de groupe d'inspiration psychanalytique. C'est le nombre important de psycho-traumatisés de guerre qui les a poussés à repenser différemment le soin psychique, et de sortir de la thérapie individuelle, pour pouvoir soigner le plus de personnes possibles.

Les thérapies de groupes ont pu se développer à partir du moment où la société contemporaine a attribué au groupe social une signification et un fonctionnement spécifique. Cette pensée s'appuie notamment sur les travaux du psychologue allemand Karl Lewin dont nous avons parlé plus haut.

En France la réflexion sur les phénomènes de groupe va être poursuivie par D.Anzieu, R.Kaës, mais aussi J.C Rouchy, R.Diatkine, etc...

2. Caractéristiques des groupes restreints :

Le groupe peut être défini par plusieurs aspects (25).

La taille :

Le groupe est caractérisé par un petit nombre de personnes chaque membre ayant une perception individualisée de chacun des membres.

Aspirations communes :

Le groupe poursuit les mêmes buts.

L'interdépendance des membres :

Le groupe est une sorte d'organisme vivant composé d'individus dans une situation d'interdépendance et en interaction les uns avec les autres. Le jeu des interactions entre les membres du groupe est régi par « une structure » impliquant un but, un cadre de référence et un vécu commun. Dans le groupe se développe donc des conduites d'autoconservation visant à la préservation du groupe et des conduites de transformation des relations entre les membres en fonction du contexte dans lequel évolue le groupe.

Des règles communes, un code plus ou moins implicite de conduite :

Au sein du groupe, existent des règles, et des normes, des croyances et des rites propres au groupe, une sorte de code social spécifique. Le groupe entretient donc un rapport étroit avec l'organisation sociale, il est régi par des normes, poussé vers un but et un projet commun et collectif.

Cette organisation se retrouve formalisée dans le groupe thérapeutique à travers la notion du cadre dispositif qui impose des règles régissant la fonction thérapeutique du groupe.

Une conscience collective :

Pour Emile Durkheim, cité par Didier Anzieu dans son ouvrage sur la dynamique des groupes, le groupe possède des perceptions, des sentiments qui lui sont propres, prénommés la conscience collective.

La tendance à l'unicité et à la cohésion :

Pour Durkheim le groupe assure plusieurs fonctions. Une fonction d'intégration, qui implique que l'individu exclu du groupe se retrouve fragilisé, et plus exposé au suicide et au désespoir. Le groupe possède également une fonction de régulation des relations interindividuelles, qui permet d'éviter que ces relations ne tournent à la méfiance et à l'hostilité. De plus, le groupe a une fonction d'idolâtrie c'est-à-dire une tendance à adorer diviniser les codes et les valeurs qui assurent l'unité et la cohésion groupale.

3. Les caractéristiques morphologiques du groupe selon René Kaes (26) :

3.1 La pluralité

Le groupe réunit, rassemble plusieurs personnes ensemble qui vont engager des échanges affectifs, émotionnels, qui vont trouver une résonance ou une dissonance les uns avec les autres. Dans cette situation groupale, nous dit Kaes, une co-excitation interne et mutuelle se produit et s'auto entretient dans un jeu de projection et d'identification réciproque. La pluralité est donc source potentielle de débordement pulsionnel, qui nécessite la mise en place d'un dispositif de pare excitation. Les membres du groupe mettent en place des mécanismes de défense communs, comme le déni, le clivage, et le refoulement.

La pluralité a aussi un impact sur le type de transfert qui se met en place dans les groupes. Ce *transfert est diffracté*, car il s'adresse aux autres membres du groupe, et non plus seulement et uniquement au thérapeute dans le cadre d'un groupe thérapeutique. Le transfert selon la théorie psychanalytique permet la réactualisation du conflit névrotique et de ses origines relationnelles. Le patient est ainsi amené à vivre dans l'ici et le maintenant les sources des conflits et ainsi à prendre conscience de ce qu'il répète dans son histoire. La situation de groupe permet de diversifier les modalités du transfert en évitant ainsi de générer des sentiments trop intenses d'amour ou de haine envers un thérapeute. Le groupe diffracte les réactions transférentielles et diminue l'anxiété que chacun peut ressentir dans la relation duelle. Le transfert est aussi un moyen d'expérimenter dans une relation thérapeutique de nouveaux modèles relationnels dans un cadre sécurisant pour le patient.

3.2 Notion d'intertransfert

L'intertransfert intervient lorsque plusieurs thérapeutes travaillent ensemble. Les thérapeutes doivent travailler sur les liens et les transferts mutuels. Le thérapeute transfère sa propre organisation intrapsychique sur son collègue.

L'analyse intertransférentielle est l'élaboration des mouvements transférentiels alloués par chaque thérapeute à l'autre thérapeute dans la situation de groupe, et sur les effets contre transférentiels de chacun sur chaque autre. Cette analyse peut se faire lors des temps de supervisions des thérapeutes, et permet d'identifier et de séparer ce qui appartient aux soignants des problématiques et des conflits appartenant aux patients.

4. Concept de groupe :

La particularité de la notion de groupe est qu'elle s'inscrit dans un postulat paradoxal. A la fois le groupe est considéré comme une force ; à ce moment ce concept nourrit les adages : l'union fait la force, un pour tous et tous pour un, etc... Mais d'autre part le groupe peut être a contrario perçu comme une instance source d'aliénation, qui vient réduire l'autonomie de l'individu, car cette autonomisation est dangereuse pour l'entité groupale (25).

De fait le concept de groupe véhicule des fantasmes et des représentations mentales foisonnantes. Fantasmes et représentations qu'il est intéressant d'analyser et de comprendre afin d'appréhender les enjeux inhérents et inconscients qui existent au sein du groupe.

Certaines de ces représentations, pour des raisons sociétales, culturelles, sociologiques voire psychologiques, ont été déniées de façon plus ou moins consciente.

5. La méconnaissance des phénomènes groupaux (25) :

Longtemps les phénomènes groupaux et donc l'impact du groupe sur l'individu, et sur son rapport à l'autre et au monde sont restés méconnus. En effet, il a fallu du temps avant de

sortir d'une pensée philosophique centrée essentiellement sur l'individu, et d'une conception de l'autre et du monde perçue essentiellement selon le point de vue individuel. Dans cette optique, que l'on peut qualifier d'individualiste, la solution envisagée dans les problèmes relationnels est qu'il faudrait que les autres se modifient. Il n'est alors pas question de se modifier soi-même ni d'agir sur le contexte, ou la situation globale dans laquelle évoluent les personnes.

5.1 L'anthropocentrisme

Un des aspects de la résistance au concept de groupe, selon Didier Anzieu, provient de la tendance de l'être humain à l'anthropocentrisme, c'est-à-dire à sa difficulté à se décentrer. Chacun est persuadé de l'importance de son libre arbitre dans les choix et décisions qu'il fait dans son existence, et de l'indépendance de sa pensée, déniaient en partie l'influence que peuvent avoir les échanges et les interactions avec l'entourage et l'environnement culturel, sociétal et affectif.

5.2 La figure symbolique du père tyrannique:

Le groupe peut représenter un pouvoir menaçant, exerçant son sadisme sur les individus, cherchant à écraser voire effacer leur individualité car elle menace la cohésion groupale. Ce fantasme est générateur d'angoisse persécutive, dépressive, de morcellement, d'anéantissement, de fusion symbiotique...

Selon Freud, cité par D. Anzieu le groupe représente aussi le tiers séparateur, l'obstacle à la réalisation des individus d'assouvir leurs désirs œdipiens en fusionnant avec un autre membre du groupe ou avec le leader.

5.3 Sans groupe, l'individu disparaît :

Dans certaines civilisations, culture, la société se structure en petits groupes que l'on peut qualifier de clan, tribu, famille, village...etc... le groupe est alors une entité naturelle. Si naturelle qu'on ne peut la remettre en cause car le groupe constitue le socle de la société, garant de la survie de tous. Et de fait, l'individu qui s'isole et s'autonomise du clan ne peut

survivre. Le sujet vit dans et par le groupe. C'est une forme de totalitarisme groupal, où le groupe est fait pour vivre totalement. On ne peut avoir de distance critique vis-à-vis du groupe, et un étranger qui y pénètre par curiosité ne sera pas accepté. Un des exemples parlant de ce genre de fonctionnement groupal réside dans les groupes ou les familles mafieuses. Si on n'est pas pour les actions de la famille, alors on est contre et l'on doit être supprimé.

Le concept de groupe véhicule donc des fantasmes et des représentations inconscientes chez chaque individu, représentations que nous allons détailler par la suite.

6. Représentations sociales du groupe (25):

6.1 Le groupe : espace transitionnel pour la société :

Le groupe est le réceptacle des projections de l'inconscient social. On peut le comparer à un miroir à double face, à la manière du Moi défini par Freud, sensible à la fois à la réalité matérielle des choses, et à la réalité psychique. De fait les actions qui se déroulent au sein d'un groupe vont être en partie influencées par l'inconscient collectif et la vie intrapsychique des membres du groupe.

6.2 Evolution selon les époques des représentations du groupe:

Il existe de nombreuses mythologies et métaphores pour parler du groupe : la horde, la commune, la cène, la société secrète, les Argonautes, les chevaliers de la table ronde, la secte, la cour des miracles, la cellule de l'organisme, les mécanismes de boucle de rétro action de la cybernétique... Ces métaphores illustrent en fonction des époques, des sociétés, les représentations sociales que l'on a du groupe.

Prenons l'exemple de l'étude de la dynamique des groupes initiée par Kurt Lewin, psychologue allemand émigré aux Etats-Unis au milieu du 20^{ème} siècle. Les résultats de cette recherche débutée en 1944, en pleine guerre mondiale ont été influencés par le contexte sociohistorique.

Lewin est parti de l'hypothèse que les conduites humaines sont la résultante du champ des forces individuelles mais aussi des forces propres au groupe auquel l'individu appartient.

Lewin et ses collaborateurs ont donc mis au point une étude de laboratoire sur le fonctionnement groupal en fonction du type de règles qui régissent le groupe. Ils comparaient ainsi des groupes avec un fonctionnement de type autocratique, de groupes démocratiques et d'autres où régnait le « laisser faire ». Cette étude démontrait que l'efficacité de travail des membres du groupe et leur degré de satisfaction personnelle était plus importante dans le groupe démocratique. Cependant cette même étude réalisée à d'autres époques, et dans d'autres sociétés a retrouvé des résultats différents... Cette différence s'explique par le fait que ces expérimentations négligent le poids des représentations sociales inconscientes des individus qui se prêtent à ces expérimentations.

6.3 Le groupe : objet d'identification et d'idéalisation sociale :

Une autre des représentations sociales du groupe est illustrée par Freud dans « *Psychologie des foules et analyse du moi* ». Selon lui, le groupe est pourvoyeur de modèle d'identification. Les membres du groupe vont s'identifier entre eux, et s'identifier au chef, au leader, qui est le représentant symbolique d'un Idéal du Moi commun.

6.4 Le groupe et le bouc émissaire :

Le bouc émissaire a une place et une fonction au sein du groupe (27). Originellement, le bouc émissaire est chargé symboliquement de toutes les fautes et de tous les malheurs. Ainsi chargé de toutes les projections négatives, il est chassé ensuite de la cité afin de détourner la malédiction divine qui pesait jusqu'alors sur le groupe. Par conséquent, la désignation du bouc émissaire vient rétablir l'équilibre groupal, et préserver la cohésion et l'unité groupale. Le bouc émissaire a donc une fonction d'homéostasie.

Ce mouvement de désignation d'un exclu au sein du groupe s'explique par le vécu de persécution qui apparaît quand un groupe se constitue. Le sentiment de persécution naît des angoisses d'indifférenciation, et archaïques qui naissent au sein du groupe. Chaque sujet se

sent alors noyé dans la masse. La figure du bouc émissaire permet de diminuer les tensions internes qui ont germé dans le groupe, par la projection des mauvaises parties du groupe sur le mauvais objet désigné. Ainsi W.Golding dans sa majesté des mouches écrit en 1954 : « Piggy servait de bouc émissaire et son ridicule permettait à la communauté de retrouver son équilibre et sa gaieté. »

Les jeunes adolescents pris en charge dans les unités de soins de pédopsychiatrie peuvent se retrouver dans cette situation d'exclusion, au sein de leur groupe de pairs au collège ou au lycée, de par notamment leur psychopathologie qui les rendent différents. Nous observons bien souvent que ce mécanisme qui conduit à l'exclusion du groupe d'un jeune est un phénomène s'inscrivant dans une sorte d'engrenage, où le jeune reproduit sans cesse les mêmes schémas relationnels qui lui portent tort et le conduisent à être rejeté. Or cette position de bouc émissaire, de mauvais objet que le groupe rejette a des effets dévastateurs pour la construction des assises narcissiques du sujet. De fait le groupe thérapeutique est un espace où le jeune patient va pouvoir expérimenter différents modes d'interaction avec le groupe de pairs, et ainsi rétablir un lien à l'autre satisfaisant dans lequel il peut éprouver du plaisir.

6.5 Le concept de sociabilité développé par J. Bleger

Pour Bleger (1971) tout groupe se structure autour de relations de solidarité, caractérisées par la non-discrimination. Les qualités de ces relations créent un lien très fort entre les membres du groupe.

Bleger distingue aussi deux types de sociabilité. L'une dite synchrétique, l'autre par interaction.

La sociabilité synchrétique se rapporte aux parties indifférenciées de la psyché, qui peuvent être apparentées aux parties archaïques décrites par W.Bion, et sont du même ordre que celles qui relient un enfant à sa mère alors qu'il joue seul en sa présence sans qu'ils aient la nécessité d'être en interaction.

La sociabilité en interaction en revanche implique une différenciation dans l'espace psychique et dans l'espace intersubjectif.

Pierre Privat et Dominique Quélin Souligoux (28) affirment que l'un des buts du groupe thérapeutique est la prise de conscience d'intérêts communs et de l'interdépendance, et de mettre en communication les niveaux syncrétique et interactif décrits par Bleger en permettant d'élaboration des angoisses primitives.

7. La dynamique des groupes :

L'étude de la dynamique groupale est l'étude des processus et des mécanismes qui traversent et régissent la vie d'un groupe. Cette science s'intéresse donc au système de forces qui fait agir un groupe ou au contraire l'empêchent d'agir.

Le but est de décrire et d'analyser les processus dynamiques de l'interaction sociale dans les petits groupes permettant de fournir des interprétations susceptibles d'être étendues à l'échelle de plus grandes collectivités.

7.1 La pensée de Kurt Lewin :

Kurt Lewin, psychologue allemand, né en 1890, mort en 1947, est créateur de l'expression « dynamique de groupe » en 1944. K.Lewin a émigré aux Etats unis lors de l'avènement d'Hitler au pouvoir.

7.1.1 La notion de champ dynamique:

Pour Lewin, l'action individuelle s'explique et se réfère à la situation (ce qu'il appelle « *structure* »), que vit le sujet. Il faut donc aborder la conduite d'un individu ou d'un groupe dans son « *champ* ». Ce champ ou espace de vie englobe la personne, ou le groupe, inscrit dans un lieu et dans le temps, son environnement psychologique, et interactionnel.

L'action de chacun est donc fonction de la relation qu'il entretient avec son entourage et avec son environnement dans un espace et un temps déterminé. De fait cette *structure* n'est

donc pas figée, mais au contraire mouvante et changeante en fonction de ces divers paramètres, et est donc qualifiée par Lewin de « *dynamique* ». La structure est donc un champ dynamique dans lequel vont jouer et agir des forces qui se maintiennent ou non en équilibre.

7.1.2 Impact du climat groupal sur les réactions comportementales du groupe :

Afin de démontrer ses postulats théoriques, Lewin a monté une expérimentation auprès de petits groupes d'enfants auxquels il donne la consigne de réaliser des décors de théâtre. Nous avons déjà évoqué plus haut cette expérimentation, mais nous allons maintenant en décrire les résultats comportementaux observés.

En fonction du type de commandement, l'agressivité des jeunes se déploie de façon différente. Dans le groupe fonctionnant sur un mode autocratique, les jeunes réagissent soit par une explosion d'agressivité, soit en adoptant une posture d'obéissance passive. Dans le groupe régi par le "laisser faire" l'agressivité est très forte et peut être liée avec le sentiment d'être abandonné par le commandant, et la frustration et le sentiment d'échec générés par les difficultés à réaliser à bien la tâche commune. Dans le groupe fonctionnant selon les règles de la démocratie en revanche, l'agressivité est également présente mais à des taux moins élevée car elle se décharge au fur et à mesure, ce qui permet au groupe démocratique d'être le plus productif dans ses tâches

De cette expérience Lewin en a déduit que la frustration peut conduire à des conduites d'agressivité mais que ces conduites prennent des formes différentes selon le climat groupal. Le climat groupal dépendant du type de gouvernement. Cette expérience vient aussi valider pour Lewin son hypothèse selon laquelle « *le groupe est un tout dont les propriétés sont différentes de la somme des parties* ».

Ces observations illustrent combien les comportements du groupe vont être influencés par les tensions potentielles auxquelles il peut être soumis, et témoignent aussi de l'influence du leadership.

7.1.4 Changement et résistance au changement :

En 1943, Lewin et ses collaborateurs mettent au point une nouvelle expérimentation permettant d'étudier les leviers de changement et les mécanismes de résistance au sein d'un groupe. Ils organisent deux types de campagnes alimentaires auprès des femmes au foyer aux Etats Unis pour les inciter à manger des tripes malgré la répugnance que ce plat peut susciter. Dans un des groupes, la campagne est menée par une personne délivrant des conseils de cuisson et donnant des arguments pour la consommation des tripes devant une assemblée de femmes au foyer. Les chercheurs ont constaté alors que cette propagande et cette information de masse laisse l'individu dans une situation solitaire, seul aux prises avec ses hésitations.

Dans l'autre groupe une discussion libre est ouverte après un temps de présentation sur les bienfaits des tripes. Cette discussion permettant à chacun d'exprimer ses préjugés, peurs, répugnance faisant obstacle au changement des conduites alimentaires.

Au final les personnes du deuxième groupe ont été plus nombreuses à changer leurs habitudes alimentaires que les personnes du premier groupe. Cette expérience montre que la prise de décision en groupe engage plus à l'action que l'individu seul, et qu'il est plus facile de modifier les habitudes d'un groupe que celles d'un individu pris isolément. La conformité à laquelle aspire le groupe est une résistance au changement, il est donc nécessaire de réorienter cette force au service du changement.

Ces observations sont précieuses pour le thérapeute afin d'éclairer les mécanismes régissant le fonctionnement groupal, et pouvant influencer l'aspect positif ou non d'un groupe thérapeutique. Cela permet aussi d'appréhender et de comprendre les phénomènes à l'œuvre dans la résistance au changement qui peut régner au sein du groupe thérapeutique, bloquant et paralysant le processus de soin.

Par ailleurs Lewin conclut de ces observations qu'augmenter les forces pour aller dans le sens du changement désiré risque de susciter un état de tension interne, générant lui-même des réactions d'agressivité défensive accrue, et des réactions émotives fortes. En effet, tant que nous nous conformons au modèle groupal, le groupe nous approuve et nous protège. Faire cavalier seul nous expose aussitôt à la réprobation, voire à la sanction. En revanche, le fait de diminuer les forces opposées au changement permet de faire diminuer la tension, et facilite le changement.

Afin de défaire ces forces « d'opposition » il faut élucider leur signification, créer un bouleversement émotif, une catharsis. C'est sur ces principes que repose le T group, groupe de formation inventé par Lewin et qui a inspiré de nombreux psychothérapeutes de groupe par la suite.

7.2 Les théories psychanalytiques du groupe :

7.2.1 Pensée de S. Freud :

Sigmund Freud fait trois hypothèses qui viennent structurer la réflexion psychanalytique sur le fonctionnement groupal. La première hypothèse est qu'il existe une organisation groupale de la psyché. La deuxième est que le groupe est le lieu d'une réalité psychique spécifique, et la dernière est que la réalité psychique du groupe précède le sujet.

Pour Freud il n'y aurait aucune différence de nature mais seulement de niveau entre psychologie individuelle et psychologie collective. L'histoire du sujet se développe au travers d'un réseau de relations interpersonnelles, dont le prototype en est les relations familiales de la petite enfance. Il n'y aurait pas lieu de faire intervenir pour expliquer les phénomènes de groupe d'autres mécanismes que pour l'analyse du Moi.

Le groupe : Figure symbolique de tiers séparateur, et du père tyrannique :

Dans « totem et tabou » en 1912, Freud explique que le complexe d'œdipe est le mythe fondateur des règles tacites de nos sociétés. Du complexe d'œdipe découle en effet deux

tabous, deux interdits fondamentaux qui viennent structurer le fonctionnement sociétal: l'interdiction de l'inceste, et l'interdiction de tuer nos semblables. Le psychisme de l'individu et du groupe se forge et se structure par l'intégration de ce complexe.

Au cours de son développement le sujet va, selon cette théorie, se mettre en position de rivalité avec le parent du même sexe, et placer le parent du sexe opposé dans une posture d'objet d'amour. Progressivement va se mettre en place la triangulation œdipienne des relations qui permet de placer le père, en tant que figure symbolique de l'autorité détentrice du pouvoir, du phallus, comme tiers séparateur. Ce mouvement permet d'introduire de la distance dans la relation fusionnelle mère enfant. Ce premier mouvement de prise de distance relationnelle, de séparation, permet au sujet de s'individuer en défusionnant, de devenir un sujet à part entière, et de se construire une identité à lui. Le succès ou l'échec de ce mouvement marqueront à jamais le comportement du sujet face aux désirs des autres et face à son propre désir.

La divinisation du leader :

Selon la théorie du complexe d'œdipe, la fonction du père est symbolique, elle représente la loi et l'autorité, à la fois admirée, et haïe au même moment.

Le meurtre du père symbolique est un acte psychique interne que selon Freud, tout individu et tout groupe doit effectuer pour acquérir son autonomie psychique, sa souveraineté.

Dans "*Totem et tabou*", Freud invente le mythe de la horde, métaphore des fantasmes et de l'imaginaire projetés sur la fonction du Père et le fonctionnement groupal. Dans ce mythe, un Père despote et tyrannique se fait tuer et dévorer par ses fils qui s'unissent alors entre eux pour procéder à ce meurtre. Ce mythe de la horde tente donc d'expliquer l'ambivalence (intrication d'admiration et de jalousie) des enfants envers l'image paternelle, ou envers ceux qui représentent l'autorité, mais aussi l'idéalisation et l'identification au père mort divinisé, devenant dès lors objet de culte. Ce mythe, inventé par Freud, traduit aussi la tentative de créer une société démocratique, où tous les hommes seraient des frères soudés entre eux par

le meurtre symbolique du père et qui fonderaient dès lors leurs propres règles, créeraient leurs propre justice et ainsi accéderaient à leur souveraineté.

De ce mythe découle aussi l'hypothèse selon laquelle tout groupe a pour souci d'estomper les différences entre ses membres, et cherche à tendre vers l'uniformité car cela est garant de la cohésion et de l'unité groupale.

Le processus d'identification au leader, et entre les membres du groupe :

Dans « *Psychologie des foules et analyse du Moi* » en 1921, Freud souligne comment dans certaines situations les relations de rivalité peuvent se transformer en relation d'entre-aide et de solidarité. Se crée alors un esprit de corps qui découle du détournement de la jalousie en solidarité, et ceci grâce au processus de l'identification. Freud prend ainsi l'exemple de l'église ou de l'armée : le commandant aime tous ses soldats sans distinction, comme Dieu aime tous ses fidèles sans exception... Ainsi on peut saisir l'origine du culte de la personnalité.

La Loi de groupe définit l'ensemble de règles et d'interdits organisateurs des liens au sein d'un groupe. Cette loi s'énonce et s'applique à tous sous la forme de l'interdit du meurtre de l'animal totémique, et au renoncement à la satisfaction directe des désirs incestueux. Cette loi sécurise les échanges entre les membres du groupe et les rend donc possibles.

Les facteurs de cohésion du groupe selon Freud :

Dans les grands groupes, ou organisation sociale, l'Idéal du Moi est l'intériorisation de l'imgo du chef, et est alors commun à tous les membres du groupe, ce qui permet d'assurer une certaine uniformisation.

Selon Freud dans les groupes existent des processus d'identification entre chaque membre du groupe ce qui permet d'assurer la cohésion groupale, tous se sentent frères, et fils du même père. L'identification mutuelle protège le groupe des risques d'éclatement en diminuant l'agressivité. L'identification à l'imgo du chef de part l'ambivalence affective qui sied en lui (admiration et haine), peut se retourner contre le chef aimé et redouté, et peut alors mobiliser l'agressivité du groupe contre lui. L'unité du groupe dépend alors du sacrifice du chef, ou celui d'un bouc émissaire.

La société alterne entre un modèle social basé sur l'identification mutuelle entre les membres du groupe qui se considèrent entre eux comme des frères et un modèle patriarcal basé sur l'autorité d'un chef, figure symbolique du père. L'identification mutuelle suscite des mouvements de solidarité d'entraide de respect, la loi est une loi commune inventée et créée par ces frères. Ce modèle peut être bouleversé par le retour des rivalités, et des jalousies latentes, qui reposent sur l'amour propre et le désir de domination. L'autre modèle sociétal, le modèle patriarcal est un régime instable car soumis à l'ambivalence affective des membres qui constituent le groupe alternant entre admiration divinisée et la haine provenant du sentiment de soumission au tyran.

Affectivité et lien à l'autre :

Toute relation à autrui serait de nature essentiellement affective et relèverait de deux types de mécanismes : le désir et l'identification. Le désir englobe toutes les formes de façon d'aimer, consiste à rechercher l'objet complémentaire en visant sa possession exclusive, il se manifeste dans les premiers liens d'attachement.

L'identification concerne ce que l'on voudrait être et non pas ce que l'on voudrait avoir, elles conduisent à l'intériorisation d'un modèle, nommé *l'idéal du moi*. Pour Freud c'est une combinaison de tous ces vecteurs affectifs qui constitue la trame des liens groupaux. Le lien unissant les membres d'un groupe par-delà les rivalités sous-jacentes provient à la fois de la perception de leur similitudes et de leur commun attachement au chef.

7.2.2 La pensée de Wilfried Bion (1897-1978), psychanalyste anglais:

C'est W.Bion qui dans ses « Recherches sur les petits groupes » (1961) identifie la notion de « *mentalité de groupe* ».

Bion partage avec S.L Foulkes et K.Lewin la conception du groupe comme étant une entité spécifique, indépendante des personnalités qui le constituent. Bion a créé durant la seconde guerre mondiale des thérapies de groupe afin d'aider et de soigner le plus de soldats possibles en s'appuyant sur des techniques de psychothérapies groupales proches de celles élaborées par Kurt Lewin dans les T groupes. Son travail psychothérapique de groupe a permis à W.Bion d'apporter sa contribution à la réflexion autour de la dynamique de groupe.

Pour Bion, le groupe présente des caractéristiques d'uniformité et d'anonymat, ce qui contraste avec l'individualité des membres qui le composent. Bion définit comme mentalité de groupe l'activité mentale qui se forme dans un groupe à partir de l'opinion, de la volonté, des désirs inconscients, unanimes, et anonymes de ses membres. La mentalité de groupe garantit ainsi l'accord de la vie du groupe avec les *présupposés de base* qui en organisent le cours.

Pour Bion, la fonction du thérapeute est de ressentir les émotions qui traversent le groupe et de les rendre communicables. Il assure ainsi ce qu'il appelle la *fonction alpha*. La fonction alpha désignant la capacité de rêverie et de recevoir les projections groupales et de les réinterpréter et de leur donner du sens, permettant de rassurer et de calmer.

Selon W.R Bion l'individu aux prises avec les mouvements groupaux perd sa propre individualité, et rentre dans une phase régressive. Bion s'est ainsi questionné sur ce qui faisait qu'on devenait un individu à part entière, avec une existence et une pensée propre et distincte de la masse groupale. Il s'est également interrogé sur quel était le prix de l'individualisation, et du fait de posséder sa propre singularité. S'expose-t-on au risque d'être exclu du groupe si l'on n'est pas dans des désirs et des pensées uniformes et conformistes? Est-ce que le groupe peut permettre ou tolérer qu'un individu puisse assouvir ses besoins propres et ses désirs personnels sans que cela ne mette en péril la cohésion groupale? Ces questionnements amènent aussi à la question de l'impact du groupe sur notre construction individuelle.

Angoisses générées par le groupe :

La régression induite par la mise en groupe conduit les sujets d'un groupe à expérimenter des angoisses de type psychotique décrites par Mélanie Klein, avec la peur de perdre son identité, son individualité, de fusionner avec le groupe mais aussi la crainte de libérer sa haine, et son agressivité et de ne pouvoir la contenir.

Le groupe, de même que l'individu, va incorporer le bon objet et projeter au dehors le mauvais sein, les mauvaises parties de lui créant ainsi une *idéalisation groupale*, et un vécu de persécution vis-à-vis du dehors, perçu comme mauvais (processus que Mélanie Klein appelait clivage et la phase schizo-paranoïde.)

Les présupposés de base :

Les membres du groupe agissent selon des états affectifs archaïques que Bion nomme «*présupposés de base* ». Bion en décrit trois. Ces présupposés de base sont des schèmes mentaux collectifs entre lesquelles oscillerait la vie émotionnelle des groupes :

-La dépendance : Est un mode relationnel correspondant à une régression à un état émotionnel archaïque. Ce mode relationnel de dépendance est celui qu'entretient l'enfant à ses parents qui sont là pour assurer ses besoins fondamentaux et vitaux. Pour Bion le groupe demande à être protégé par un chef, un leader, qui vient assurer et assumer la sauvegarde, la protection, et les responsabilités. Le groupe demande à être protégé par le leader qui doit lui assurer sa nourriture spirituelle et intellectuelle. Le groupe ne peut subsister sans conflit si le leader refuse le rôle et les pouvoirs qu'il lui attribue.

-Le combat-fuite : est la réaction des membres du groupe lorsque le leader refuse le présupposé de la dépendance. De fait le groupe s'allie face au danger, soit pour lutter soit pour s'enfuir.

-Le couplage : Parfois l'attitude combat-fuite aboutit à la formation de sous-groupes de solidarité au sein du groupe.

Pour Bion tout groupe tend à réaliser des tâches communes. L'efficacité dans la réalisation de ces tâches dépend du bon niveau de raisonnement, de jugement du groupe,

de la bonne répartition des tâches en fonction des qualités de chacun, etc... Cependant, Bion a également observé que le bon accomplissement de cette tâche commune dépendait des capacités du groupe à se coordonner, et à coopérer. Pour que cette coopération groupale fonctionne il faut selon Bion que le groupe ait une vie émotionnelle et fantasmatique commune inconsciente et partagée.

La vie de groupe se poursuit donc à deux niveaux :

-Un niveau rationnel: qui est conscient et correspond à la réalisation de tâches en commun. Tout groupe a une tâche qu'il se donne à lui-même ou qu'il reçoit de l'organisme dans lequel il s'insère. La réussite de cette tâche dépend de l'analyse correcte de la réalité extérieure, de la distribution et de la coordination judicieuse des rôles à l'intérieur du groupe etc... Les processus psychiques en jeu sont la perception, la mémoire, le jugement, le raisonnement. Cependant il ne suffit pas de mettre ensemble des gens individuellement rationnels et responsables pour qu'ils aient une conduite rationnelle collective. Pour que cela fonctionne il faut une coopération consciente des membres du groupe ainsi qu'une circulation émotionnelle et fantasmatique inconsciente qui va stimuler ou paralyser l'activité consciente, c'est le niveau irrationnel.

-Un niveau irrationnel : inconscient et irréaliste dominé par les fantasmes. Il correspond à l'activité mentale du groupe qui est instantanée et instinctive.

7.2.3 La pensée de John Rickman :

John Rickman (1891- 1951) est un psychanalyste anglais qui a également apporté sa contribution aux réflexions sur les phénomènes groupaux, notamment lors d'un exposé nommé « *Uniformité et diversité des groupes* ».

A partir d'une expérience lors d'un séjour dans une petite communauté russe, Rickman fait un parallèle entre le fonctionnement d'un groupe et la théorie du fonctionnement psychique de Freud (29).

Dans cet écrit John Rickman décrit ce qu'il nomme un groupe homogène. Selon sa définition il s'agit d'une communauté, d'un groupe fermé d'hommes et de

femmes, partageant un idéal commun. Au sein de cette communauté, de ce groupe fermé, Rickman identifie plusieurs rôles symboliques permettant le bon fonctionnement groupal, avec lesquels il fait un parallèle avec les instances du fonctionnement psychique individuel. Par exemple, Rickman identifie un doyen représentation symbolique du Surmoi, ou du Moi Idéal. De même, le coupable désigné par la communauté est représentatif du Ca. Le Moi est quant à lui renforcé par tout ce qui maintient la cohésion groupale. Et de fait, tout ce qui valorise le sentiment de solidarité et d'union est favorisé. En revanche tout ce qui fait différence ou indépendance vis-à-vis du groupe est perçu comme menaçant, source d'agression.

Cette idéalisation du groupe conduit à la recherche de bouc émissaire, celui sur qui on va rejeter la faute du malheur, c'est le mécanisme de projection, ou bien l'agressivité peut se retourner contre soi, contre le groupe lui-même conduisant à la culpabilité, et la dépression. Cette agressivité peut se retourner aussi contre l'environnement ce qui mène au développement du travail et de la culture.

7.3.4 La pensée de Didier Anzieu :

En 1971, Anzieu décrit ce qu'il nomme *l'illusion groupale*, qui est la tendance de tout groupe à rechercher un état fusionnel. Le groupe constitue alors *l'Idéal du moi*, une instance représentant la toute puissance narcissique. La situation de groupe étant potentiellement anxiogène en menaçant les identités, cela conduit à élaborer des schèmes protecteurs : l'esprit de corps, le nous communautaire, l'idéologie égalitaire par annulation des différences, la constitution d'un narcissisme collectif. Pour lutter contre la persécution on projète à l'extérieur la négativité en cultivant au sein du groupe l'intimité et la fête. C'est la phase de l'illusion groupale. L'accès à une certaine identité collective passe à travers une double expérience d'illusion et de désillusion.

Anzieu décrit aussi *l'imaginaire groupal* : le groupe est un lieu de fomentation d'images et d'échanges fantasmatiques inconscients. Ce phénomène est particulièrement actif au sien du psychodrame groupal qui est une forme de thérapie groupale reposant sur la mise en scène de façon improvisée et reposant sur la libre association des idées de la vie affective et émotionnelles des participants.

7.4 Les facteurs de la cohésion groupale :

La notion de cohésion, comme le rappelle Jean Maisonneuve dans « *La dynamique des groupes* » (30), désigne en physique la force qui maintient ensemble les molécules d'un corps.

En premier lieu il y a les facteurs extrinsèques, qui sont antérieurs à la constitution du groupe. Ce sont les règles qui contrôlent la vie de toute institution. Ces facteurs englobent notamment les formes de contrôle social allant de la contrainte légale aux modes de pression de l'opinion publique. Il y a aussi la hiérarchie, les rôles et les fonctions sociales, le cadre culturel, la disposition de l'espace permettant plus ou moins de proximité physique entre les membres du groupe qui vont influencer sur la plus ou moins grande cohésion du groupe.

Dans la constitution d'un groupe thérapeutique au sein d'une institution ces facteurs extrinsèques vont jouer un rôle et doivent donc être pris en considération. Il peut s'agir par exemple de la disposition des locaux, leur aspect accueillant, ou bien leur fonctionnalité, avec notamment la possibilité d'espaces de rencontres informelles. L'ambiance relationnelle entre les membres de l'institution, l'existence de tensions entre les membres de l'équipe soignante vont également impacter sur le sentiment de cohésion du groupe thérapeutique comme le rappellent C.Constantino et M.Billard dans leur article sur les fonctions contenantantes du groupe (31). Ce constat permet de souligner l'importance fondamentale de la supervision des équipes par un professionnel extérieur à l'institution permettant de mieux mettre en lumière les enjeux interpersonnels et institutionnels qui peuvent impacter le bon fonctionnement du groupe thérapeutique.

En deuxième lieu Maisonneuve identifie des facteurs dits intrinsèques c'est-à-dire propres au groupe. Dans ces facteurs il distingue les facteurs d'ordre socio affectifs, et d'autres dits opératoires et fonctionnels.

-Les facteurs socio affectifs comprennent :

-L'attrait pour un but commun. Dans le cas du groupe thérapeutique il s'agit des objectifs de soins visés. Selon les groupes et les pathologies il peut s'agir de travailler par exemple sur l'estime de soi, la confiance en soi, l'autonomie, améliorer la relation à l'autre, la détente et la relaxation, se sentir mieux dans son corps, une meilleure compréhension des mécanismes psychiques de sa maladie, améliorer les capacités de mentalisation des affects etc... De fait fixer par avance les objectifs du groupe avec les patients favorise leur alliance et leur implication dans la prise en charge groupale.

-L'attrait de l'action collective. Certains groupes thérapeutiques comme le psychodrame, ou médiatisés par des activités comme le théâtre, ou la réalisation d'une œuvre commune vont donc utiliser la cohésion groupale comme support et levier de changement.

-L'attrait de l'appartenance au groupe, en lien avec le sentiment de puissance, de fierté, ou de sécurité procuré par le groupe. Entretenir ce sentiment peut être une des fonctions du thérapeute en valorisant et en attribuant du sens à l'action groupale.

-Le plaisir de la communication, d'être ensemble, de s'unir.

-Les processus d'identification : Grâce aux mécanismes d'identification le groupe prend alors une valeur transcendante et absolue. Dans les groupes de patientes présentant une anorexie mentale les identifications mutuelles sont très prégnantes participant à la constitution d'une fraternité autour de leur souffrance et de leur pathologie commune, et étayant leurs assises narcissiques.

-Les jeux d'affinités interpersonnelles. Jacob Moreno psychiatre et fondateur du psychodrame a étudié les relations d'affinité qui se nouaient dans un groupe sous la forme d'un schéma mathématique nommé sociogramme qui permettait de figurer l'ensemble des

relations d'un groupe. Pour Moreno dans un groupe où la cohésion est forte le niveau d'attraction et d'affinité entre les membres est élevé ce qui permet qu'un inconscient commun émerge. En revanche dans un groupe où le niveau de cohésion est bas, les membres du groupe ont moins de chance d'atteindre leur objectif, et l'action positive du groupe sur ses membres est moindre. Par ailleurs pour Moreno l'un des buts de la thérapie groupale est de renforcer le niveau de cohésion du groupe et d'en améliorer la communication.

-La satisfaction de certains besoins personnels. Le groupe est alors perçu plus comme un moyen que comme une fin. Le groupe permet d'assurer les besoins de dépendance de domination, le désir d'être reconnu, d'être accepté, le désir de prestige d'un individu. Le thérapeute devra se montrer vigilant à ce phénomène, qui met en avant un individu qui tente de consolider son narcissisme défailant en prenant le leadership du groupe. Le risque étant de détourner le groupe entier des objectifs thérapeutiques visés en focalisant l'action du groupe autour de la recherche d'attention et de valorisation d'un seul sujet.

Tous ces facteurs sus cités sont à la fois des renforts de la cohésion groupale, et à la fois une menace pour cette même cohésion.

-Les facteurs socio-opératoires comprennent :

-La distribution et l'articulation des rôles. Cela dépend des activités poursuivies par le groupe et des aptitudes des différents membres du groupe. Il s'agit d'un système de rôles à la fois interdépendant et complémentaire.

-La conduite du groupe et le mode de leadership. Le leadership occupe une fonction de coordination et de stimulation du groupe. Il semble qu'aucune activité ne puisse s'effectuer sans le rôle prééminent de chef ou de moniteur de groupe. Selon le style qu'il a adopté le leadership peut soit se réserver le pouvoir de décision soit avoir un rôle de facilitateur de la prise de décision collective. Ainsi la fonction de leadership selon les cas se

concentre dans la personne d'un chef ou se diffuse au sein du groupe qui peut parvenir alors à un certain état d'autorégulation.

Le médecin prescripteur de groupe thérapeutique devra être attentif à tous ces facteurs sus cités qui vont influencer la dynamique groupale et orienter plus ou moins favorablement vers les objectifs thérapeutiques du groupe.

7.5 Les fonctions du groupe (26) :

7.5.1 Les fonctions du meneur :

Le rôle du meneur est d'abord de satisfaire les besoins fondamentaux du groupe d'assurer la régulation des processus de groupe, et notamment de la communication, l'ajustement des places dans le groupe, l'arbitrage des conflits, etc... Les membres du groupe entretiennent et suscitent ces fonctions. D'un point de vue psychanalytique, le meneur représente les différentes parties de soi abandonnées par les membres du groupe et qu'ils remplacent par des formations psychiques partageables : une partie de leurs identifications et de leurs idéaux personnels par exemple. Les membres du groupe s'identifient au meneur, et entre eux. Le meneur représente leurs idéaux, leurs idées, leurs figures parentales tutélaires.

7.5.2 Les fonctions de L'Idéal. Le narcissisme des petites différences :

L'idéalisation protège du manque et de l'incurie, de la dépendance et de la souffrance, en portant à un degré de perfection absolu les qualités de l'objet. L'objet est d'autant plus idéalisé que le Moi se trouve démuné pour maintenir son unicité, et sa continuité.

L'idéalisation primaire va structurer le *Moi Idéal*. Celui-ci dénie la dépendance à l'objet, est dans une sorte de sentiment d'autosuffisance, dans une sorte d'omnipotence infantile. Ce *Moi Idéal* se construit dans le lien à l'autre car il met en jeu les *identifications primaires* à la Mère toute puissante. Le *Moi Idéal* est aussi l'héritier de la relation primitive au narcissisme parental.

L'idéalisation secondaire organise l'*Idéal du Moi*. L'objet incarne alors un idéal que le *Moi* voudrait établir en lui. L'objet est aimé pour les perfections qu'il représente.

Les fonctions de ces deux formes de l'Idéal sont attribuées au groupe ou au meneur, le *porte-Idéal*. Chacun des membres du groupe abandonne une partie de ses idéaux personnels pour y substituer ceux du groupe et y adhérer.

Ce phénomène peut s'observer au sein d'un groupe thérapeutique de patients partageant la même maladie, comme pour les groupes de patientes anorexiques. Du fait de la forte identification mutuelle entre les membres du groupe, l'idéalisation groupale y est très importante conduisant à un sentiment quasi de fierté d'appartenir à cette communauté. Cette idéalisation a des effets bénéfiques car permet une revalorisation narcissique des membres du groupe qui au sein de ce groupe éprouvent et expérimentent le plaisir d'appartenir à un groupe de pairs. Expérience dont ces patientes sont souvent exclues au collège, ou en dehors de l'institution soignante, du fait de leur maladie. Cependant on peut craindre les effets de dépendance affective au groupe idéalisé qui viendrait colmater les failles narcissiques d'un sujet fragile, troquant la dépendance au milieu familial à la dépendance au groupe thérapeutique. Cela soulève également la question de l'identification au symptôme. En effet le point commun entre les membres d'un groupe souffrant de la même pathologie, dans mon exemple l'anorexie, est justement leurs symptômes qui viennent à la fois témoigner de leur souffrance psychique mais aussi légitimer leur appartenance à ce groupe. D'où l'importance du cadre qui entoure le dispositif de soin groupal, et sur lequel vont s'appuyer les forces orientant vers le changement.

Le *narcissisme des petites différences* est ce que Freud appelle la tendance à se mettre à part des autres, à s'affirmer soi-même, à considérer son propre groupe comme supérieur à

celui de l'autre. Une des fonctions du groupe est de cultiver ce narcissisme des petites différences.

7.5.3 Les fonctions de croyance. L'illusion groupale :

Les croyances permettent de soutenir la cohésion et l'identité du groupe. Les croyances portent sur les qualités de l'objet. Elles dénie toute défaillance de l'objet, et maintiennent *l'attente messianique*. Les croyances comportent une dimension narcissique qui s'accroît dès que l'épreuve de la réalité ne permet pas l'élaboration de la position dépressive. Croyance, narcissisme des petites différences, idéaux sont amenés à combler l'espace dépressif qui s'ouvre en chacun. En ce sens, les croyances sont des antidépresseurs groupalement produits.

L'illusion groupale est un concept élaboré par Didier Anzieu que nous avons évoqué dans un chapitre précédent. Il s'agit de la croyance que les attentes individuelles vont être comblées par le groupe. L'illusion groupale est un état psychique collectif que les membres du groupe formulent ainsi : « *nous sommes bien ensemble, nous constituons un bon groupe, et (si le chef du groupe partage cet état) nous avons un bon chef* ». Voici la définition que donne Didier Anzieu de l'illusion groupale (26):« *L'illusion groupale survient au second temps de l'évolution d'un groupe, après une première phase généralement dominée par l'angoisse persécutive. D'où le sentiment réactionnel d'euphorie d'être délivré de cette angoisse. L'illusion groupale cimenter alors l'unité du groupe, ce qui est une source de jubilation supplémentaire pour les membres. Elle est à l'évolution d'un groupe ce que le stade du miroir est à l'évolution de l'enfant : une étape nécessaire mais aussi aliénante, fondatrice du narcissisme groupal.* »

D. Winnicott a repris le terme d'illusion en lui donnant un sens particulier dans la psychogenèse de l'enfant. Ayant découvert l'existence d'« *objets et phénomènes transitionnels* » (32), chez le tout-petit, il a montré l'importance de l'« *aire d'illusion* », ou « *espace potentiel* », pour le développement du jeu, de la créativité, de l'expérience culturelle. Si

l'environnement primaire favorise l'établissement de cette aire, le bébé acquiert le sentiment d'une continuité « transitionnelle » entre la réalité psychique interne et la réalité extérieure, et prend confiance dans sa capacité d'agir sur cette dernière. L'étape suivante, celle de la *désillusion*, l'amène à renoncer à une omnipotence magique, tout en préservant la croyance en son pouvoir de maîtriser le monde externe, à condition d'en observer les lois. Cette étape de désillusion est donc tout aussi fondatrice pour le développement de l'enfant et de son psychisme que la phase d'illusion transitionnelle. Par conséquent la phase de désillusion est une phase également importante dans le fonctionnement d'un groupe thérapeutique, en ce sens qu'elle permet de sortir d'un sentiment de toute puissance illusoire et factice, et de mieux percevoir les capacités réelles du groupe.

7.5.4 Les fonctions méta-défensives (26) :

Le groupe offre à ses membres des modes de défenses communs contre les angoisses archaïques ou psychotiques qui peuvent les assaillir. Les *alliances inconscientes*, le *leadership*, les *idéaux*, les *croyances* peuvent constituer des métadéfenses groupales.

L'enveloppe psychique groupale constitue également une défense organisée par le groupe. Ce concept a été élaboré par Didier Anzieu. Pour ce dernier le groupe constitue une barrière, une frontière régulatrice, qui régule les échanges avec l'extérieur et la cohésion groupale. L'enveloppe groupale désigne donc la fonction pareexcitation, de contenance et de filtre constituée par le groupe. Cette fonction de contenance apportée par le groupe est une des qualités recherchées dans les dispositifs de soins groupaux.

Le concept de *psyché de groupe* suppose que le groupe fonctionne comme un appareil psychique avec ses parties conscientes et inconscientes. Anzieu postule qu'il existe un *Soi de groupe*, qu'il définit comme un contenant à l'intérieur duquel se produit une *circulation fantasmatisque et identificatoire entre les membres du groupe*.

Comme nous l'avons vu plus haut (chapitre 7.4) chaque groupe s'organise positivement sur des investissements mutuels, sur des identifications communes et une communauté

d'idéaux et de croyances, sur des modalités tolérables de réalisation de désirs. Mais chaque groupe s'organise aussi négativement sur une communauté de renoncement, de sacrifices, sur des effacements, des rejets et des refoulements. Ces mécanismes, qui soudent le lien groupal, sont régis par ce que l'on appelle les *alliances inconscientes*. L'*alliance inconsciente* est une formation psychique intersubjective construite par les sujets d'un lien, afin de maintenir ce lien. Les sujets d'un groupe vont donc conclure entre eux des alliances et des pactes qui permettront de maintenir à la fois le lien groupal mais aussi leur position et leur place dans cet ensemble. De ce fait ces alliances inconscientes tout en renforçant la cohésion groupale lie l'individu encore plus étroitement au groupe. Ce lien peut renvoyer à une forme d'assujettissement du sujet au groupe. Les pactes et les alliances inconscientes qui se créent entre les membres du groupe vont donc forger leur unicité.

R. Kaës parle aussi de « *pacte dénégatif* ». Le *pacte dénégatif* lie les membres d'un groupe, qui se mettent inconsciemment d'accord pour ne jamais parler, penser, ressentir certaines choses. Cet interdit, qui n'est pas explicitement formulé, est respecté pour éviter que le groupe et sa cohésion protectrice ne soient détruits. Pour y parvenir, il faut que le sujet ne fasse plus émerger à sa conscience les pensées qui pourraient nuire fantasmatiquement à lui-même, au groupe et/ou à certains de ses membres.

Dans une institution quand un pacte est établi, il a le plus souvent pour fonction de maintenir l'intégrité du corps institutionnel. Les mécanismes de défense les plus courants sont le déni (de la différence) et le rejet. Avec le rejet, les individus qui ne s'intègrent pas à l'organisation fantasmatique de l'institution sont rejetés car considérés comme perturbateurs du fonctionnement institutionnel.

Piera Aulagnier a identifié dans les fonctions défensives du groupe les *contrats et pactes narcissiques*. Tout sujet vient au monde avec la mission d'assurer la continuité de l'ensemble auquel il appartient. En échange cet ensemble investit narcissiquement ce nouvel individu. Ainsi le groupe attribue à cet individu une place spécifique conforme au mythe fondateur du groupe. C'est ce qu'on appelle le contrat narcissique. Pour Freud, les parents investissent l'enfant comme porteur de leurs désirs non assouvis.

Un autre des mécanismes de défense groupal décrit par René Kaës est la *communauté de déni*. Ce mécanisme de déni porte sur la réalité du désir de l'autre, et maintient toujours un état de non-séparation entre les sujets de l'alliance. Chez les sujets qui ont forgé une alliance entre eux, l'absence de pare-excitation et de limite du Moi, a pour conséquence l'apparition d'identifications projectives et d'identifications narcissiques massives. Chacun des sujets se porte garant du déni car il y trouve un intérêt. La communauté de déni est un modèle fondamental concernant la question de la négativité dans le lien.

Enfin nous allons décrire les *alliances perverses*. Il s'agit d'une alliance fondée sur le secret entre deux sujets concernant leur pratique et leur mode de fonctionnement. Le tiers est exclus, mais il a son importance puisque c'est l'exclusion de ce même tiers qui scelle le contrat, lui donne sa valeur et en est la condition primordiale. Le contrat pervers ne peut en effet être rompu, seulement lorsque le secret est dévoilé à un tiers.

III. Illustrations cliniques avec l'atelier collage de la M.U.S.E et le psychodrame à l'HDJ pour adolescent :

1. La MUSE

La M.U.S.E ou Mini Unité Soins Études, est installée dans les locaux du S.H.I.P (Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie) à Bouguenais, et accueille une vingtaine d'adolescents, collégiens et lycéens, qui présentent des difficultés psychiques sévères liées à l'entrée dans une psychose ou une névrose, des dysharmonies d'évolution psychotique, des phobies scolaires ou sociales, des troubles du comportement alimentaire, tout autre trouble de la personnalité justifiant la mise en place d'une adaptation de la scolarité qui permette aussi des temps de soin assez intensif. L'admission est décidée après avis d'une commission pluridisciplinaire qui se réunit une fois par trimestre scolaire afin d'évaluer l'adéquation des demandes de prises en charge et d'en établir un ordre de priorité. L'indication doit être posée par un médecin pédopsychiatre. Le jeune doit être inscrit dans un établissement scolaire, être en capacité de poursuivre une scolarité secondaire et être engagé dans un suivi extérieur psychologique ou pédopsychiatrique.

2. L'atelier collage :

Durant mes six mois de stage au S.H.I.P, j'ai participé à l'atelier collage de la MUSE en étant tour à tour en position d'observatrice puis d'animation.

Lors de cette expérience j'ai été saisie par l'atmosphère générée par cette situation de création individuelle mais en commun.

Il flottait en effet une sorte de concentration méditative au sein du groupe. J'ai pu alors éprouver avec quelle intensité l'attention pouvait se focaliser sur l'instant présent pour se centrer sur la création en cours, occultant toute autre préoccupation et le monde environnant. Le temps s'écoulait sans qu'on ne le remarque comme dans une transe

hypnotique, ou les moments de rêverie. Par ailleurs je remarquais que plus cet état de transe était profond plus la créativité à l'œuvre était grande. Je me souviens également du sentiment de gratification personnelle ressentie en lien avec le seul fait d'avoir réalisé quelque chose de mes propres mains. Ce partage collectif d'un moment si intime que celui d'une rêverie participait aussi au sentiment d'avoir créé un lien inconscient et infra verbal entre les membres du groupe.

Lorsque j'occupais la position d'observatrice j'ai pu également noter que cet état de transe était partagé de tous, chacun semblant plongé dans une rêverie à la fois intime et collective.

Je me demandais alors qu'est ce qui pouvait stimuler ainsi la créativité. En quoi le groupe pouvait participer à cette créativité et la soutenir, mais aussi quels étaient les processus en jeu dans la médiation et dans l'acte de créer. Je me rendais compte en prêtant attention aux créations des patients que le collage était un moyen d'expression de conflits intrapsychiques parfois difficilement mentalisables et exprimables verbalement pour ces jeunes patients. Que le collage était un support de projection, permettant une « extériorisation » de leur psyché, transformée en matériau malléable, visualisable, sur lequel ils pouvaient exercer leur contrôle, dans un plaisir partagé. Coller des images, ou des objets ensemble, c'est créer du lien, faire du lien, remettre en marche l'associativité, représenter, symboliser.

Comme le dit Jean Paul Petit (33) : « *Proposer une expérience d'expression personnelle c'est permettre une construction personnalisante* ». Dans cette perspective, le collage ou tout autre médiation artistique invite à s'exprimer, à extirper son identité et sa personnalité des défenses inhibitrices de la psyché, et donc à se différencier et à forger son autonomisation psychique. Ce travail se construit en permettant à son esprit de relancer son activité réflexive, et en éprouvant du plaisir à réfléchir sur soi.

Le découpage et l'appropriation d'images représentent, en plus du travail de mise en lien, une forme d'émancipation, de détachement vis-à-vis des représentations parentales, par le fait de se construire quelque chose à soi et pour soi, sans que cela réponde à une attente ou

au désir de l'autre. Ainsi les adolescents de cet atelier apprennent à se séparer et à s'individuer de leurs figures d'attachements primaires.

Dans le cadre de ce travail de thèse qui se propose d'éclairer les processus en jeu au sein du groupe thérapeutique avec médiation, je trouvais intéressant d'illustrer les mécanismes en jeu à travers la retranscription des observations que j'avais faites au cours de cet atelier collage. Ces observations sont évidemment soumises au biais de mémorisation et de subjectivité.

Dans un premier temps seront évoquées des notions théoriques concernant le rôle des médiations thérapeutiques. En second lieu nous aborderons le cadre de l'atelier collage et enfin nous illustrerons ces propos avec des observations cliniques.

2.1 Les médiations :

2.1.1 Définition

Le mot médiation viendrait du latin « *mediare* » qui signifie être au milieu. A partir du 15^{ème} siècle, le mot médiation a pris une autre définition qui est « entremise destinée à concilier des personnes ou des parties, à amener à un accord ». La médiation désigne ainsi l'intermédiaire, la transition. Dans la mythologie existe la notion de médiation figurée par les lieux intermédiaires entre le Ciel et la Terre, ou entre les Dieux et les Hommes, la Vie et la Mort, ces lieux sont nommés et désignés comme étant purgatoire, limbes, etc... Le concept de médiation peut être personnifié par le Dieu Hermès, dieu des arts, de la connaissance. Son nom dérive de « *hermèneus* » qui en grec ancien signifie l'interprète, le messager. L'interprète est le médiateur, traducteur de sens.

La médiation thérapeutique peut être définie comme:

-Un objet culturel : peinture, écriture, conte...

- Un jeu dramatique: comme le psychodrame
- Un objet concret : jouet, pâte à modeler, photographie, collage...

R.Kaës (34) rappelle que la médiation dans le soin n'existe pas en soi, mais qu'il s'agit d'un processus. Le processus de médiation vient donc symboliser les affects refoulés et déniés par le psychisme pour se préserver de l'angoisse. La symbolisation des affects passe par la création d'un objet ou par une action qui vient rendre compte de manière métaphorique des émotions du sujet, et ainsi les amener à sa conscience.

2.1.2 Médiation moyen privilégié de rencontre à l'adolescence :

L'utilisation d'une médiation dans le soin permet d'instaurer un espace ludique et de jeu facilitant la rencontre avec le jeune. De plus l'objet de médiation vient faire tiers dans la relation avec le thérapeute et ainsi apaiser les angoisses d'intrusion que peuvent générer chez le patient la rencontre avec le soignant.

C.Mille et ses collaborateurs (35) insistent dans leur article sur le fait que la médiation vient créer entre le jeune et le thérapeute une aire de jeu partagée, un espace intersubjectif propre à soutenir le processus de subjectivation. La création d'un lien à l'autre et de partage est pour beaucoup d'auteurs une des fonctions primordiales du processus de médiation. Cette importance du lien à l'autre dans la thérapie peut s'étayer sur les propos de T. Rabeyron (36), qui souligne que la prise de conscience réflexive, c'est-à-dire le fait de reconnaître, de ressentir une expérience restée en souffrance, ne peut advenir que par le biais d'une réflexivité de soi à l'autre. En d'autres termes, la réflexivité repose sur le reflet que nous renvoie l'autre, par « l'extériorité », l'action d'un miroir réfléchissant. T.Rabeyron rajoute d'ailleurs que « *ce qui ne peut se représenter et se symboliser par le biais de la réflexivité intrapsychique demeure un reste en souffrance en attente d'un Autre* ». On se construit une représentation de soi-même grâce à l'intersubjectif, au lien à l'autre.

Cette nécessité de la rencontre pour se construire, ou plutôt se reconstruire dans le soin, est également abordée par P.Jeammet, qui souligne par ailleurs le fait que la médiation vient faciliter cette rencontre. Selon Philippe Jeammet (37), le processus de médiation est un outil thérapeutique de choix en proposant une approche indirecte, pour aborder la psychopathologie de l'adolescent. En effet la médiation permet de s'extraire d'un rapport duel basé sur le langage verbal, pouvant susciter des vécus d'intrusion, voire de persécution. Ces réactions sont d'autant plus vives chez un individu à un âge de la vie où il s'inscrit dans une dialectique bien particulière autour du lien à l'autre, du besoin de s'autonomiser et de garder une certaine dépendance à l'autre.

Ainsi la médiation en créant une aire transitionnelle, permet de réaménager l'équilibre narcissico-objectal, et d'alléger la double menace qui pèse sur la relation : l'abandon ou l'intrusion. L'objet médiateur vient étayer et sécuriser la rencontre, en même temps qu'il occupe un rôle pare-exciteur, nous disent Saint André et collaborateurs (8).

2.1.3 La médiation et la symbolisation :

Le patient va pouvoir trouver un moyen d'expression des tumultes de sa vie émotionnelle par leur symbolisation à travers la médiation.

Le symbole ou sumbolon en grec est à la base un objet que l'on sculpte et que l'on brise au sortir d'une réunion de groupe, qui témoigne d'une appartenance. Lorsque les membres se séparent ils le cassent, et lorsqu'ils se réunissent, l'objet est réparé. Le sumbolon fait lien entre les membres du groupe. L'objet ne peut être symbole que parce que plusieurs conviennent ensemble de ce qu'il rend présent en chacun. Symboliser c'est donc relier, reconstruire par la pensée des liens détruits. Ce qui n'a pas pu être symbolisé reste en suspens, et en souffrance, dans une répétition alors que ce qui a pu être symbolisé témoigne d'un travail psychique de deuil permettant au sujet d'accéder à une plus grande ambivalence,

à une plus grande souplesse dans ses mécanismes de défense, et une meilleure adaptation à son environnement social.

2.1.4 Médiation et mentalisation des affects :

En permettant au sujet un moyen de représenter autrement que par le langage verbal ses affects, la médiation favorise la reconnaissance par le sujet de ses états mentaux. De nombreuses études ont par ailleurs permis de démontrer l'intérêt de la médiation artistique dans l'amélioration des capacités de mentalisation des affects chez des jeunes en souffrance et présentant des troubles du comportement (38). La médiation artistique aiderait à redonner à ces jeunes les outils nécessaires pour se réapproprier leur monde intérieur, l'enrichir, mieux l'appréhender et le comprendre par l'amélioration de leurs capacités de mentalisation de leurs affects.

2.2 Définition du collage :

Le collage est une association d'images, un montage, un travail de mise en relation d'éléments hétéroclites, dont l'assemblage final ouvre sur une représentation. Cet assemblage peut être assimilé aux procédés à l'œuvre dans le rêve, ne permettant pas d'établir de causalité linéaire ni d'intelligibilité directe.

Le collage contient un désordre, porteur de significations polysémiques plutôt qu'un message explicite précis. C'est le processus de construction qui fait signifier et pas seulement une image dont le contenu seul serait explicite. C'est la liaison entre les éléments qui offre une signification métaphorique.

L'apparente facilité du collage, dont la composition d'images ou d'objets peut être immédiatement gratifiante, permet de proposer cette médiation sans se heurter à des difficultés inhérentes à une technique particulière, comme par exemple le dessin ou la peinture, tout en ouvrant le champ de sa propre créativité, abolissant les limites à sa fantaisie.

2.3 Le cadre

Le cadre établi ici remplit la fonction :

- **contenante**, dans le sens du « holding » de D.Winnicott, où le sujet est accompagné et soutenu tout au long de sa participation à l'atelier.
- **de limitation**, par la constitution d'un ensemble de règles permettant aux patients de s'y référer.

La stabilité du cadre est assurée par la permanence horaire, la permanence des règles, des lieux et des personnes intervenantes. La résistance du cadre aux différentes attaques qui lui sont conférées permet de ressentir l'atelier comme un espace sécurisant où il n'y a pas danger à s'abandonner.

Ainsi l'atelier est-il scandé par ses rythmes d'ouverture et de fermeture, une fois par semaine, à jour fixe.

Le matériel utilisé (cutters, colle, feutres, crayons, tissus,...) est posé au centre de la table de l'atelier. Sur une chaise à côté de la table repose une pile de vieux magazines. Sur une paillasse à côté de l'évier est vidée la corbeille à objets de récupération composée de matériaux très divers : boîtes en fer ou en plastique, emballage, coquillages, plastique, papier cadeau, bouteille de lait, boîte à chocolat... Cet endroit est une sorte de capharnaüm, une zone appelée par certains patients « décharge ».

Les modalités de l'atelier sont énoncées à chaque patient à son arrivée. Les soignants effectuent eux aussi des collages, ce qui, en ayant fonction d'étayage, peut dédramatiser des situations de mise en échec et de manque de confiance dans la confrontation à la réalité de

ce moment particulier. Ils se portent garants du cadre et du déroulement de l'atelier dans de bonnes conditions.

Le nombre maximum de participants est de cinq. Deux infirmières animent l'atelier, accompagnées selon les semestres par un interne posté en tant qu'observateur.

Aucune thématique, ni aucun modèle n'est donné. Chacun est libre de faire ce qu'il entend. Tout jugement de valeur esthétique ou moral est exclu. Le patient doit au moins coller deux images ou objets ensemble à chaque session. Tous les trois mois, un bilan de l'atelier est fait au sein du groupe où chacun est invité à s'exprimer sur ses ressentis, ses émotions, qu'est ce qui l'a poussé à faire telle ou telle chose. C'est le seul temps de paroles formalisé au cours d l'atelier. Tous les trois mois, les objectifs de chaque patient participant à l'atelier sont réévalués, et l'équipe évoque et élabore en supervision clinique ce qu'il se passe lors de l'atelier.

Lors de mon stage, il y a avait deux filles, et deux garçons. Leur âge était compris entre 14 et 17 ans. L'un de ces garçons ayant été hospitalisé, un autre a quelques mois après pris sa place. Il s'agit donc d'un groupe ouvert.

La dimension collective de l'atelier collage se perçoit à différents niveaux :

- Des thèmes communs sont abordés selon les saisons, et les bagages culturels partagés : Noël, le printemps...
- Des éléments formels communs peuvent se retrouver dans plusieurs collages de manière préconsciente involontaire

2.4 Les différents temps de l'atelier collage :

2.4.1 La recherche de matériaux

Il s'agit du moment où chacun part en quête d'images ou d'objets dans la salle. Chacun glane, part en errance, explore. C'est une phase très sensorielle, où on touche les matériaux, on apprécie leur forme, leur douceur, leur rudesse, ou leur résistance. C'est une expérience sensorielle, invitant à la régression, au lâcher prise, favorisant les associations libres. C'est un moment assez calme.

2.4.2 Le découpage

On ressent une certaine excitation au moment du découpage, ou même une frénésie parfois, d'avoir enfin trouvé ce que l'on cherchait, renvoyant au plaisir de posséder et donc de contrôler. C'est un temps qui impose de faire un choix, de se décider, de prendre des initiatives et donc de lever les inhibitions. C'est le temps où on brise le bel ordonnancement de la figure dans l'image, et où on détruit cet ordre pour en faire quelque chose pour soi, c'est faire l'expérience de la déliaison, de la destructivité. Ce temps s'accompagne aussi de l'expulsion d'une certaine pulsionnalité de par les actions menées de déchirer, découper, morceler, trancher, coller..., et les outils utilisés (ciseaux et cutters).

2.4.3 L'assemblage :

La règle est ici de coller au moins deux images ou objets par atelier. Le collage peut être à plat ou en volume. Différentes modalités de collage sont proposées (fixes ou détachables, par du scotch, de la colle, la couture...), et les objets peuvent être détournés de leur usage initial.

Cette phase est le témoin des inhibitions de chacun, qui se perçoivent par les hésitations, les doutes qui traversent le sujet. Cette phase est aussi le reflet du plaisir ressenti et des capacités à composer et à jouer.

Certains patients collent immédiatement leurs images, sitôt découpées, tandis que d'autres attendent d'avoir suffisamment d'images engrangées.

Le collage a un caractère ludique, et peut amener à une certaine régression. Cette médiation favorise le travail de libre association, l'émergence et l'évocation de conflits intrapsychique à travers le choix des images, des photos ou objets retenus ou bien des montages réalisés. Peuvent surgir ainsi, parmi les images rencontrées, des conflits en sommeil qui trouvent là matière à représentation.

2.4.4 Le bilan

Le bilan du groupe a lieu tous les trois mois. C'est un temps de parole formalisé où chacun est invité à évoquer comment l'inspiration est venue. Cette reprise groupale permet que s'expérimente puis s'intériorise la capacité réflexive. Le groupe permet que se forme un nouveau réseau associatif, de nouveaux liens auxquels le sujet n'aurait pas pensé consciemment et spontanément. Ce temps de parole est un temps où la conscience accède au symbolique, à la représentation de l'objet créé.

3. Illustrations cliniques tirées de l'atelier collage

3.1 Emilie :

Il y avait dans ce groupe collage, une jeune patiente, que j'appellerais Emilie, qui présentait une inhibition psychique importante de nature névrotique, et dont l'autonomisation était entravée par des troubles anxieux majeurs. Au départ les thématiques abordées dans ses créations concernaient la beauté, et la mode, et consistaient à découper des images de mannequins ou de slogans publicitaires dans des magazines féminins. Nous

avons aussi constaté que toutes ses créations étaient en mimétisme des créations d'une autre jeune fille assise à côté d'elle. De même, tout ce qu'elle créait s'inscrivait dans une recherche essentiellement esthétique, et se faisait sur des collages unidimensionnels, à plat. Elle recherchait le « beau » « le mignon », illustrant un fonctionnement en faux self, où toute agressivité était déniée, illustrant aussi ses difficultés pour s'affirmer dans son identité propre. Ses créations étaient méticuleusement réalisées, les images découpées minutieusement, la colle ne dépassait pas, les images étaient collées après une longue et mûre réflexion, ou hésitation...Son mode de création témoignant de l'impossibilité de lâcher prise, la quête de perfection, et de répondre aux attentes de l'autre.

Cependant petit à petit au cours de l'atelier, ses sources d'inspiration se sont diversifiées, et elle a commencé à se différencier progressivement des autres par la singularité de ces collages qui n'étaient plus une simple reproduction des créations de sa voisine. Elle s'est aussi permise de s'intéresser aux autres matériaux, et à commencer à utiliser des objets « sales », c'est-à-dire des objets de récupération, en s'intéressant à leur forme, à leur potentiel créatif plus qu'à leur aspect esthétique et joli. D'abord elle s'est mise à décorer des boîtes, dont la particularité était qu'elles n'avaient pas de couvercle pour se fermer. Puis à représenter une enfance idéalisée, la douceur du calfeutrage des cabanes de coussins par exemple, où l'on cache ses secrets et ses chagrins intimes. Progressivement elle a donc commencé à fermer les boîtes qu'elle créait, à leur faire des couvercles, à créer des alcôves, des cachettes, des espaces intimes, pouvant ainsi contrôler ce qu'elle voulait montrer ou cacher aux autres. Cette évolution créative témoignait de l'investissement nouveau qu'elle faisait de son monde intérieur et du processus de séparation en marche. Sa présence s'affirmait dans l'atelier, elle pouvait interpeller pour demander du matériel, repousser gentiment mais efficacement les intrusions d'un autre jeune du groupe. Son timbre de voix était plus affirmé, et elle se permettait plus d'initiatives, déambulant dans la salle à la recherche d'un objet qui lui plaise, moins dans le contrôle et la retenue qu'on lui connaissait alors.

Parallèlement, ces changements étaient aussi perçus dans sa vie quotidienne. Elle se déplaçait, prenait seule les transports en commun, démarchait des salons de coiffure pour trouver un stage professionnel, envisageait de prendre un logement indépendant pour faire

sa formation de coiffure, exprimait son opinion, ou ses désaccords, pouvait conflictualiser ses rapports avec sa mère...

Puis au fur et à mesure que sa créativité se déployait, que son imagination se débridait, les collages devenaient plus des montages passant du plat à la troisième dimension. La dernière création d'Emilie illustre assez bien sa problématique et les solutions qu'elle tentait de mettre en place. Il s'agissait de la tour de Raiponce, cette princesse de dessin animé de Walt Disney tenue enfermée au sommet d'une très haute tour par sa mère qui lui jalouse sa jeunesse. Au départ la tour d'Emilie ne présentait aucune ouverture, ni porte de sortie, puis finalement un « élévateur » est construit afin de permettre à Raiponce de sortir à sa guise de la tour...

Dans cet exemple on voit comment la médiation thérapeutique par le collage devient un support permettant de symboliser les conflits intrapsychiques qui agitent le jeune patient. Le montage d'Emilie est une métaphore de ses difficultés à se séparer et à s'autonomiser de ses figures d'attachement primaire. La médiation est un outil qui lui a permis d'exprimer ses émotions bien plus aisément que la verbalisation. On peut percevoir combien ce travail de symbolisation renvoie à une activité psychique de transformation. Ainsi Emilie parvient, par cette mise en symbole, à sublimer ses conflits psychiques et à engager un processus de séparation de son milieu familial afin d'advenir au monde et à elle-même.

L'étayage du groupe a été crucial dans l'émancipation et le processus d'autonomisation d'Emilie. Emilie est passée du mimétisme à une forme de créativité propre et singulière en se nourrissant des autres, et de leur liberté créative.

En cela la présence des thérapeutes est un soutien car elle permet de décomplexer les patients, engoncés dans leur peur de ne pas être assez conforme, de par l'image de créativité sans entrave qu'ils renvoient. Image qui devient une source d'inspiration et d'identification nouvelle pour les patients adolescents, les autorisant à expérimenter et à explorer leurs capacités et leurs ressources internes tenues bridées par l'inhibition psychique à l'œuvre.

3.2 Paul

Un autre temps fort du groupe collage a été l'évolution créative d'un autre jeune du groupe, qui lui souffrait de trouble envahissant du développement.

Paul, c'est ainsi que nous l'appellerons, avait une toute autre présentation et tenue au sein du groupe que la jeune fille précédente. En effet, il était le seul du groupe à avoir du mal à tenir en place, il gigotait beaucoup sur sa chaise, et son attention était facilement distraite et happée par un objet, ou une image trouvée, ou la création de l'un de ses deux voisins de table. Paul ne se privait pas de faire sans ambages des commentaires sur ce qu'il ressentait ou pensait en voyant ce que ses voisins faisaient ; faisant penser qu'il lui était difficile d'apprécier ce que l'autre pouvait ressentir à ses propos. A sa gauche était assis l'autre garçon du groupe, et à sa droite une des soignantes animant l'atelier. Paul n'interagissait spontanément qu'avec ces deux personnes situées à proximité de lui.

Paul passait en général beaucoup de temps en début d'atelier à feuilleter les magazines à disposition dans la salle pour le collage. Il s'exclamait, s'éclaffait en regardant les images, semblant chercher en partie à provoquer la curiosité de ses deux voisins observant leur réaction émotionnelle aux images qu'il leur montrait. En revanche, les autres membres du groupe, toutes des filles, n'étaient pas conviés à partager son émoi. Ensuite Paul découpait les images qui lui plaisaient et il y en avait beaucoup, qu'il stockait ensuite dans une enveloppe personnalisée pour les fois suivantes. La plupart des images dénichées par ses recherches assidues dans les magazines étaient des images de femmes plus ou moins nues, ou des images où Paul y trouvait une certaine tension sexuelle. La sexualité semblait être à la fois intrigante pour lui, et en même temps menaçante. Parallèlement, il se plaignait volontiers de la présence des filles dans le groupe qu'il mettait à distance en créant une proximité exclusive avec ses deux voisins de table.

L'attitude de Paul au sein du groupe résonnait singulièrement avec sa problématique familiale. Ses parents sont en effet séparés, et Paul vit depuis la majeure partie de son temps avec sa mère et sa grand-mère maternelle. Paul se trouvait en difficulté pour s'autonomiser de ces deux figures d'attachement féminines et se dégager de l'emprise familiale pour se

différencier et se forger son identité. Le rejet ambivalent des figures féminines que Paul mettait en scène renvoyait à la fois au processus adolescent et à sa problématique familiale entravant les possibilités de séparation et d'autonomisation psychique.

Après avoir découpé ses images, Paul pouvait traverser de longs moments de vide où il se plaignait alors de son ennui. Il soufflait, se lamentait du temps qui passait lentement, jouait avec des ciseaux, essayait d'interagir de façon plus ou moins intrusive avec son voisin, manipulait des objets...jusqu'à ce qu'émerge une idée, et que de son ennui et de ses manipulations naissent un montage, faisant preuve d'une grande créativité, et de liberté dans son expression qui était marquée par un certain ludisme. Paul s'est ainsi lancé pratiquement dès le début de l'atelier dans la conception d'une structure qu'il a appelée "musée". Ce montage avait la forme d'une pyramide. Il était constitué d'une base en carton, sur laquelle reposait un dôme de papier cadeau dont les motifs représentaient une carte de navigation pour aventuriers. Dans le carton, il avait troué une ouverture qui servait d'accès, et à travers laquelle on pouvait voir l'intérieur en rapprochant son œil. A l'intérieur du "musée", Paul avait collé toutes ces images qui avaient suscitées chez lui tant d'émoi, à la fois par le côté humoristique qu'il leur trouvait, ou bien par leur aspect sexualisé. Ainsi Paul s'était créé une sorte de crypte où il cachait ses trésors, ses pensées et fantasmes secrets, masqués du regard inquisiteur de l'autre, et il pouvait choisir à qui il décidait ou non de montrer son monde intérieur.

Progressivement le comportement de Paul a évolué au cours de l'atelier vis-à-vis des autres membres du groupe, et il a commencé à essayer d'interagir avec d'autres personnes que celles situées à ses côtés, participant à créer un lien groupal. De même, il se montrait moins intrusif dans ses tentatives d'échange et de partage avec l'autre. Tentatives qui auparavant suscitaient en général dans le meilleur des cas une indifférence gênée, ou bien du rejet. Les images que Paul trouvait lui servaient de médiateur pour instaurer un lien et une relation à l'autre, et lui permettaient de s'ajuster dans la relation. Les images choisies par Paul étaient propres à mobiliser ses images intérieures, elles-mêmes associées et reliées aux affects crus et archaïques qui les sous-tendaient. Ainsi en exposant les images choisies au groupe, Paul exposait son imaginaire, et par là même stimulait l'imaginaire de l'autre. A

travers les différentes réactions, de dégoût, d'indifférence, de gêne, d'amusement, des autres membres du groupe, Paul se confrontait ainsi aux associations d'idées des autres, et à leur ressenti.

L'objet médiateur lui servait donc de support de projection, et d'échange avec le groupe. De plus, l'objet médiateur, le "musée" que Paul a créé, possédait une double polarité entre le dedans et le dehors, entre le sujet et l'objet. Il lui permettait de distinguer peu à peu, en s'appuyant sur les représentations des autres membres du groupe, ce qui devait être du "dedans" personnel du "dehors" public.

Par ailleurs, de par son comportement ouvertement, et de façon très théâtralisée, désintéressé par le soin, Paul mettait à l'épreuve le cadre thérapeutique. De même sa pulsionnalité, son excitation risquaient de déborder le cadre du dispositif groupal. Cependant malgré cette excitation qui débordait et risquait d'envahir Paul, le groupe restait calme et arrivait à canaliser son univers pulsionnel bouillonnant, par une boutade d'une des thérapeutes, ou par les réactions mesurées et réservées des autres membres du groupe. Ainsi le groupe et la médiation offraient une enveloppe psychique contenant à Paul.

Ceci s'explique en partie parce que la médiation propose un espace de jeu, décollant la réalité de l'imaginaire. Ce décollement contribue à distancier le passage à l'acte ou l'agir de la réalité psychique inconsciente qui ne trouve que cette issue pour s'exprimer. De plus le groupe en lui-même permet une diffraction du transfert, permettant de résister aux attaques agressives et pulsionnelles du cadre. Chacun recueillant une partie des projections de Paul. Paul se trouve donc en situation de voir et entendre un autre lui renvoyer de lui, en écho et en miroir, des éléments de sa propre histoire, lui permettant d'accéder à un véritable travail psychique de prise de conscience.

Ainsi grâce à cette capacité de contenance, concrètement éprouvée dans le groupe, Paul s'apaisa progressivement. Le corps groupal faisait enveloppe, contenant son psychisme, sans que le lien ne soit détruit. Ceci permettant ainsi à Paul de se sentir exister dans la continuité du lien groupal. Ce travail psychique est possible grâce au cadre du dispositif de médiation sur lequel peut s'appuyer et se renforcer le groupe.

3.3 Oriane

En dernier lieu je vais vous parler d'Oriane, que j'ai interviewée dans le cadre de ma thèse ; vous trouverez un peu plus loin le compte rendu de cet entretien ; et que j'avais rencontrée pour la première fois lors de cet atelier collage.

Oriane est arrivée en cours d'année sur la M.U.S.E après avoir été hospitalisée deux mois au S.H.I.P pour la prise en charge d'un refus scolaire anxieux.

Oriane sur l'atelier était plutôt discrète, elle se déplaçait peu, prenait ce qu'elle trouvait à proximité d'elle, évitait le regard ou de rentrer en contact avec les autres membres du groupe. Elle semblait très concentrée sur ce qu'elle faisait, et ne regardait jamais ce que faisaient les autres autour d'elle. Elle a évoqué d'ailleurs à ce sujet, qu'elle était dans sa bulle, dans son univers, et qu'elle appréciait qu'il n'y ait pas forcément de liens entre les membres du groupe.

La première création d'Oriane en atelier était une boîte en carton soigneusement réalisée. Nous notions une grande délicatesse, voire une certaine sensualité, dans sa gestuelle. Les tons rouge et noir de la boîte renvoyaient à une féminité très affirmée, et à une grande sensualité. Oriane avait imaginé cette boîte comme pouvant renfermer des bijoux ou du maquillage, autres attributs féminins. A défaut de bijoux, elle avait également songé à placer à l'intérieur du papier de soie qu'elle aurait froissé. Cette thématique de la féminité et de la sensualité à la fois contrastait et faisait écho avec la présentation d'Oriane. En effet, Oriane s'habille de façon très sobre, intégralement en noir, sa tenue corporelle et son habillement semblant voués à atténuer et à faire disparaître son corps marqué par un surpoids.

Les thèmes autour de la mode et du paraître revenaient assez souvent dans ses créations, Oriane collectant beaucoup d'images de mannequins défilant pour des podiums de haute couture. Lors du temps d'entretien que j'ai eu avec elle dans le cadre de ma thèse, Oriane a pu évoquer que la médiation lui avait permis d'explorer et d'exprimer beaucoup de choses et de se rendre compte que « inconsciemment » elle pensait beaucoup à l'apparence. Ce lien n'était pas possible à faire pour Oriane lors des entretiens individuels, il lui a fallu l'éprouver émotionnellement à travers la création pour qu'il adienne à sa conscience.

Oriane se permet aussi des moments de régression au sein de l'atelier, en confectionnant un doudou. Dans les temps de reprise elle évoque la nostalgie de l'enfance et un retour aux investissements infantiles. A savoir que ce mouvement régressif a traversé le groupe à différents moments et pas seulement Oriane au cours de la prise en charge. En psychologie la notion de régression renvoie à un retour en arrière dans le processus de développement, et vers des fixations libidinales, des modes relationnels et des attitudes qui sont liées à ces précédentes étapes du développement. La situation de groupe peut accentuer et amplifier ce mouvement régressif, et en même temps elle offre un meilleur contrôle de cette régression et un meilleur contenant à l'expression émotionnelle.

4. L'hospitalisation de jour (HDJ) des adolescents au CHU de Nantes :

Depuis 2013 cette unité d'hospitalisation de jour propose des soins ambulatoires à des adolescents âgés de 11 à 18 ans présentant des troubles somato-psychiques. Le service est sous la coresponsabilité d'une pédiatre et d'une pédopsychiatre et l'équipe soignante regroupe des professionnels issus de différentes formations : diététicienne, psychologue, puéricultrice, éducatrices, ergothérapeutes et kinésithérapeute. Les adolescents pris en charge peuvent souffrir de trouble du comportement alimentaire, de maladies chroniques avec un retentissement psychique comme la mucoviscidose, les maladies rhumatismales..., ou bien de troubles somatomorphes comme des malaises et douleurs chroniques. Au sein de cette unité la prise en charge se fait essentiellement en groupe. Les soins proposés associent

des ateliers autour du corps comme la relaxation ou le renforcement musculaire, ou avec des médiations comme l'art plastique, l'expression scénique, l'écriture ainsi que des groupes thérapeutiques comme le psychodrame et le groupe de paroles.

Les adolescents participent lors de leur venue à un repas thérapeutique encadré par les soignants. Ils doivent participer également à deux ateliers au minimum dans la semaine et des temps scolaires sont également possibles. Les objectifs de soins sont contractualisés avec l'adolescent et sa famille pour une durée de 2 à 3 mois, puis rediscutés et renouvelables à l'issue de cette période.

Pour les adolescents souffrant de trouble du comportement alimentaire (TCA) les indications de psychothérapie sont d'abord groupales avant d'être individuelles. L'objectif étant de consolider l'alliance aux soins et à les amener à cette possibilité d'une thérapie individuelle nécessaire à la guérison complète. Les groupes de paroles et le psychodrame sont essentiellement adressés aux patients TCA. Pour les groupes de parole les patients souffrant de TCA se réunissent une fois par semaine, le groupe est composé de 8 à 10 personnes et dure 1h15 avec deux thérapeutes une pédopsychiatre et une ergothérapeute. Il s'agit d'un groupe de soutien entre pairs.

Les groupes de psychodrame sont animés par deux thérapeutes une pédopsychiatre et une psychologue. Les étudiants en médecine et les internes du service peuvent également y participer. Il s'agit donc d'un groupe semi ouvert. Le groupe est composé de 7 patients souffrant de TCA et a lieu une fois par semaine.

5. Le psychodrame:

Jacob Moreno, dont nous avons parlé précédemment (partie II chapitre 7.4) a conceptualisé une forme de thérapie basée sur l'expression scénique qu'il appela le

psychodrame. Cette thérapie est fondée sur l'action, l'expérimentation à la fois corporelle et émotionnelle d'une situation de la vie courante. Cela consiste à mettre en scène de façon improvisée des situations et ensuite de faire le lien entre cette situation jouée, et les émotions que cela a générées, avec la vie émotionnelle et affective de chacun des membres. Le rôle détenu par le sujet dans le psychodrame devient une métaphore symbolique du rôle détenu dans la réalité par le sujet. Le psychodrame aide le patient à retrouver ce que Moreno appelle « *sa spontanéité créatrice* ». Toujours selon Moreno, les mécanismes de défense rigides mis en place dans la névrose attaquent et éteignent la liberté créatrice de l'individu. Or la créativité est considérée comme un moteur de changement et permet d'augmenter nos capacités d'ajustements face aux tumultes imposés par notre environnement et notre histoire de vie. Le psychodrame agit par *catharsis*, c'est-à-dire par une libération des émotions, ou l'expression de fantasmes inconscients. De plus, le psychodrame donne une impulsion au développement des relations interpersonnelles et groupales. Pour résumer, la pensée de Moreno permet de distinguer plusieurs notions fondamentales constitutives du groupe thérapeutique : le développement de la créativité individuelle, la symbolisation des conflits intra psychiques, l'aménagement des relations inter personnelles, l'expression émotionnelle. Cette pratique psychothérapique du psychodrame s'est propagée ensuite dans toute l'Europe, et notamment en France grâce à l'impulsion de Serge Lebovici, René Diatkine et Evelyne Kestemberg.

Cette forme de psychothérapie est particulièrement indiquée chez des patients dont les capacités de verbalisation sont limitées par la dimension alexithymique de leurs troubles, le psychodrame créant les conditions nécessaires pour favoriser le travail de liaison. La formation d'un appareil intersubjectif de groupe comme défini par Käs ayant en plus pour effet de différencier et relier les représentations tout en abaissant l'intensité de l'excitation et de l'angoisse. Comme nous allons le voir le psychodrame favorise une sociabilité en interaction, où chacun éprouve le besoin de cohésion groupale et l'interdépendance qui en découle dans la poursuite d'intérêts communs.

6. Illustrations cliniques à partir de l'observation des groupes de psychodrame:

Les observations cliniques qui seront retransmises ici reposent sur mon expérience de psychodrame au sein de l'hôpital de jour pour adolescents du CHU de Nantes, et sur les notes pris en fin de groupe avec les deux co-thérapeutes.

Dans cette partie nous verrons dans un premier temps quel est le cadre de cette forme de psychothérapie groupale, puis dans un second temps comment se déroule une séance de psychodrame. Enfin nous nous attacherons à détailler le fonctionnement et la dynamique groupale au sein de ce groupe thérapeutique.

6.1 Le cadre :

Comme nous l'avons décrit plus haut ce groupe de psychodrame s'adresse à des patientes souffrant de TCA. Elles ont entre 13 et 16 ans, et sont au nombre de 7 par groupe.

Il s'agit d'un groupe semi ouvert : des inclusions de nouveaux patients peuvent avoir lieu en cours d'année si les groupes ne sont pas complets. Les règles régissant le fonctionnement du groupe sont retransmises oralement à toute nouvelle personne entrant dans le groupe.

Il existe une règle de confidentialité. Nul ne peut répéter ce qui s'est dit ou fait lors du psychodrame à une personne extérieure au groupe.

Le faire semblant est aussi la règle : tout acte doit être simulé, et donc aucun coup ne peut être porté « pour de vrai ». Cette règle implique aussi qu'aucun objet réel ne peut être utilisé pour servir le scénario au cours du psychodrame.

Les rôles joués au cours du psychodrame ne sont pas forcément des êtres vivants, ils peuvent aussi être des objets, ou bien des concepts comme des émotions.

Le jeu du psychodrame repose sur la libre association des idées.

Le cadre du groupe de psychodrame va reposer également sur le fonctionnement de l'institution dans laquelle il évolue, et à ce titre cela nous permet d'évoquer deux autres notions :

La structuration et le fonctionnement de l'hôpital de jour permettent que déjà se travaille la question du lien et de la séparation pour les jeunes patients pris en charge du fait que cet espace de soin leur soit essentiellement dédié, opérant ainsi une séparation du milieu familial.

L'institution est en soit un groupe composé de tous les thérapeutes et des patients. De ce fait les mécanismes et les phénomènes régissant le fonctionnement des groupes en général agissent aussi au sein de l'institution. Par ailleurs le groupe institutionnel va englober tous les groupes thérapeutiques créant ainsi une double contenance psychique au soin groupal. Ce Moi peau institutionnel apporte une sécurité et une contenance autorisant et accueillant les mouvements agressifs et de résistance qui peuvent traverser les différents groupes thérapeutiques. Ce sont les qualités de contenance de l'institution qui permettront aux jeunes patients de vivre et d'expérimenter le changement, et de s'autoriser à explorer leurs émotions.

6.2 Le déroulement du psychodrame :

Lorsque tout le monde est installé en cercle assis sur des chaises, nous faisons de façon rituelle le tour des présentations où chacun à tour de rôle donne son prénom et son âge ou sa fonction pour les thérapeutes. Puis les patientes doivent choisir un scénario et s'attribuer les rôles. Ce sont elles qui décident également des rôles des thérapeutes et si les thérapeutes jouent ou non. Ainsi les thérapeutes participent activement au processus de thérapie groupale. Des précisions sur tous les rôles peuvent être demandées afin d'étayer le jeu et la libre association. Les particularités des personnages choisis, sexe, âge, génération, etc... sont autant de renseignements sur le fonctionnement psychique des patientes, sur leurs modalités de défense, leurs identifications aux imagos parentales, leurs conflits intra psychiques...

Un fois les rôles attribués le jeu commence. Le jeu repose sur l'improvisation spontanée et la libre association des idées. Il est par ailleurs intéressant que les rôles interprétés puissent se dégager d'un registre trop opératoire qu'est celui du réel pour se rapprocher des représentations de l'inconscient comme cela se produit dans les rêves. La compétence des thérapeutes va reposer sur leur capacité à percevoir le sens inconscient du jeu proposé et de jouer leur rôle de façon à mettre en évidence des représentations possibles des processus inconscients.

Ce sont les thérapeutes qui décident du moment où le jeu prend fin, en général une fois que la problématique principale mise en jeu a été bien mise en évidence, et que chacun a pu plus ou moins l'éprouver émotionnellement.

Après le temps de jeu le groupe se rassemble en cercle et les patientes explorent et expriment leur vécu émotionnel de la situation jouée avec l'aide des thérapeutes qui soutiennent la verbalisation en reprenant et reformulant leurs propos.

Chaque séance est suivie d'un temps d'échange entre les thérapeutes, permettant d'échanger sur leur perception du contenu du jeu, sur leur mobilisation affective personnelle rendant ainsi compte de leur position contre transférentielle, mais aussi de l'inter-transfert en jeu.

6.3 Observations cliniques :

6.3.1 Introduction :

Les observations cliniques rapportées ci-dessous étant tirées de mon expérience personnelle, leur retranscription est donc teintée de ma subjectivité.

Cette expérience de psychodrame m'a permis de ressentir corporellement et émotionnellement les éprouvés et les affects qui traversent le groupe de patientes anorexiques. De même j'ai pu expérimenter le fait de servir de support de projection au

groupe, me mettant ainsi au service de la thérapie comme le fait un objet médiateur. Ainsi au fil des séances, différents rôles m'ont été attribués de la braqueuse de banque, en passant par la chanteuse de rock, l'enfant (en général affilié au médecin chef de service), l'invité perturbateur, le lapin de Pâques, un cochon, un miroir, un vigile, mais aussi un père ou une mère, un adolescent qui flirte etc... Jouer dans un psychodrame expose au regard de l'autre, ainsi qu'à la peur du jugement, à la peur de libérer son agressivité ou de trop se dévoiler. Face à ces peurs la première réaction est de verrouiller les affects, et d'éviter tout lâcher prise. Cependant au fil des séances le plaisir éprouvé à jouer, à symboliser, à mettre en acte des affects et des émotions enfouies mais communément partagées par le groupe, ressort et prend le pas sur les défenses psychiques qui entravent la créativité. De plus comme dans une boucle de rétroaction positive plus on s'autorise à lâcher prise, plus la créativité s'épanouit augmentant le plaisir à penser, à éprouver et à créer.

Cette perception sensorielle des émotions qui circulent au sein du groupe permet donc au thérapeute de saisir les angoisses qui étreignent ses membres et de les transformer en mots afin de les rendre communicables et compréhensibles aux patients. Cette capacité à ressentir les bouleversements émotionnels et affectifs qui traversent le groupe durant le psychodrame est favorisée par la transe hypnoïde dans laquelle nous plonge la situation de jeu. C'est ce que W.Bion nomme la capacité de rêverie maternelle. Pour lui la rêverie de la mère est un état réceptif capable d'accueillir les identifications projectives, ou angoisses, de l'enfant.

Du fait de l'importance de l'implication émotionnelle suscitée par le groupe de psychodrame, le choix des cas cliniques retranscrits dans cette thèse n'est donc évidemment pas neutre.

Pour exemple la dynamique du premier groupe dont je vais vous parler, pouvait générer dans mon contre transfert une certaine exaspération. Cet agacement était nourri par la sensation d'immuabilité que me renvoyait le fonctionnement de ce groupe, et qui suscitait chez moi des angoisses mortifères. Par ailleurs, à chaque début de séance et ce depuis mon entrée dans ce groupe, la patiente dépositaire du leadership oubliait mon prénom et me le redemandait. Ce comportement concourait à me sentir exclue et illégitime au sein du groupe.

Le temps de reprise avec les thérapeutes a permis de mettre en mot ces éprouvés contre transférentiels et d'y apporter un sens et une signification, permettant ainsi d'évacuer l'agressivité à la fois ressentie et reçue de la part de la patiente.

Cet exemple met en lumière l'intérêt de la co animation de groupe thérapeutique. Le groupe de thérapeutes permet en effet de contenir mais aussi d'accueillir les affects transférentiels et contre transférentiels agressifs. La pluralité inhérente au groupe thérapeute permet de supporter les attaques visant le cadre thérapeutique et le soin par la diffraction du transfert. De même l'institution dans laquelle s'inscrit le groupe thérapeutique et le groupe thérapeute va elle aussi permettre de supporter les projections agressives et recevoir une partie du transfert à l'œuvre.

Il est également important de préciser que les séances de psychodrame décrites sont le reflet du fonctionnement groupal à un instant donné de son évolution. De fait le travail évolue au fil des semaines, ce qui se joue à un instant T se délie dans les séances d'après.

L'analyse d'une séance de psychodrame se fait à plusieurs niveaux. D'abord sur le plan des conflits intrapsychiques en jeu. Ceci repose sur une analyse des organisateurs du Moi, c'est-à-dire comment sont figurés et symbolisés dans le jeu par les patientes les représentations du pulsionnel, du Surmoi, et de l'Idéal du Moi. Les différents membres du groupe et les thérapeutes vont représenter et jouer les différents aspects de la vie intrapsychique, décomposant en quelque sorte le psychisme. Ce mécanisme permet la diffraction du transfert qui présente l'intérêt de répartir les charges pulsionnelles sur plusieurs objets au lieu de les additionner et donc de diminuer l'excitation et l'angoisse dans la relation transférentielle. Ensuite l'analyse du psychodrame peut se faire sur le plan de la relation d'objet, notamment le lien aux imagos parentales et enfin sur le plan de la dynamique groupale. Dans le premier exemple nous nous attacherons à détailler plus particulièrement la dynamique de groupe, plus que le contenu formel de la séance. Dans le deuxième nous nous pencherons plus sur l'analyse des conflits intrapsychiques en jeu.

6.3.2 La résistance :

Depuis plusieurs séances, dans un des groupes de psychodrame de l'HDJ, le déroulement du groupe thérapeutique est devenu opératoire et ritualisé. Ce changement dans la dynamique groupale intervient après des changements dans la composition du groupe. En effet la semaine auparavant une des membres est partie de l'HDJ car son état s'est stabilisé et il a donc été décidé qu'elle poursuive les soins ambulatoires en psychothérapie individuelle. Par conséquent ce groupe de psychodrame a accueilli la séance d'après une nouvelle patiente qui venait juste de débiter les soins.

Le départ de la première patiente qui détenait alors une position centrale au sein du groupe a permis que se libère la place du leadership. C'est assez spontanément que s'est imposée dans ce rôle une des membres du groupe que nous appellerons Elodie. Elodie avec ce départ devenait en effet la nouvelle « doyenne » du psychodrame.

Désormais le déroulement des séances du psychodrame se fait de façon quasi ritualisée. La spontanéité créatrice semble bridée témoignant d'une certaine maîtrise et d'un fonctionnement rigide. Le groupe choisit le thème du scénario avant de rentrer dans la salle du psychodrame, et c'est Elodie qui le présente aux thérapeutes et qui ensuite leur attribue leur rôle. Le plus souvent le thème est calqué sur une situation de la vie réelle déjà vécue ou bien prévue dans les jours à venir ou alors colle à l'actualité : les soldes, les fêtes de Noël, le voyage scolaire à Paris, l'organisation de la fête du nouvel an, Pâques...

La mise en scène depuis plusieurs semaines est invariablement la même. Il règne en effet une excitation majeure quasi maniaque empêchant le jeu scénique et la pensée de véritablement éclore. Tout le monde parle en même temps et tente de tirer l'attention sur soi. Les rivalités sont exacerbées et se mettent en scène souvent sous la forme d'une mise aux enchères : « Je vauz très cher ! Qui me désire ? », les interactions étant régies par la loi du désir mimétique. Ensuite dans le temps de reprise groupale chacune à tour de rôle va valider les propos d'Elodie et puis donner une appréciation subjective sur la scène. Par exemple : « Je suis d'accord avec ce que vient de dire Elodie...J'ai bien aimé le scénario » et « ça me fait penser à la maladie ». Pour finir l'analyse du groupe sur ce qui a été joué fait des liens essentiellement avec la maladie anorexique car il s'agit de ce qui les rassemble et les unit, leur point commun unificateur.

Voici pour illustration un exemple de scène. Il s'agit d'une « sortie à la plage en famille qui sombre soudain dans le vacarme », et où doit surgir l'imprévu. Chaque patiente choisit un rôle qui permet de composer la famille. Les rôles « familiaux » étant depuis le changement de la dynamique groupale plus ou moins toujours attribués de la même manière. Par exemple l'une prend le rôle du petit frère, l'autre de la grand-mère un peu démente, et Elodie le rôle de « l'enfant capricieux qui embête tout le monde ». Les thérapeutes et les autres soignants présents soit deux internes et un externe, vont représenter la famille éloignée, les cousins, que la famille composée par les patientes est censée, selon le scénario préétabli, rencontrer sur la plage.

Dans ce psychodrame la rencontre avec la famille thérapeute n'est pas possible. L'excitation est très grande dans la famille patiente. Les enfants se disputent les jouets, crient beaucoup, refusent de saluer l'arrivée des cousins. Les parents ne forment pas un couple et

n'arrivent pas à créer d'alliance pour contenir cette excitation. La famille thérapeute est « expulsée » du jeu de par l'attitude de la famille patiente qui finit par jouer en cercle et le dos tourné aux thérapeutes. A plusieurs reprises les patientes sortent du jeu en arrêtant de faire semblant, riant de la situation burlesque qu'elles ont créé. De même nous assistons à une dispute entre Elodie et une autre patiente jouant toutes deux des enfants dont il nous est difficile de savoir quelle est la distance entre le jeu et la réalité.

Lors du temps de reprise groupale cependant plusieurs membres du groupe ont pu souligner l'aspect bruyant du jeu qui empêchait toute rencontre avec l'autre. Une des personnes observe même qu'aucune alliance n'a pu se faire entre les deux figures parentales. D'autres ont remarqué que le cadre n'avait pas été respecté. Le scénario initialement prévu, à savoir la rencontre entre deux familles et un incident sur la plage, n'a pas pu être joué.

Les thérapeutes concluent la séance en soulignant que le « vacarme » avait en effet rendu impossible tout échange avec l'autre, et en suggérant que le « vacarme » était probablement réactionnel aux peurs suscitées par la rencontre de l'autre.

Nous observons dans cet exemple plusieurs notions concernant le fonctionnement groupal parmi lesquelles : l'allégeance au leader, la résistance au changement, les enjeux de rivalité, l'identification au groupe et au leader, le débordement pulsionnel.

Ici les stratégies défensives mises en place par le groupe, sous l'influence de ce nouveau leadership, reposent sur le contrôle obsessionnel, le besoin de maîtrise, et les défenses maniaques. Ces moyens de défenses permettent de lutter contre l'angoisse dépressive qui risque d'assaillir le sujet avec la remise en marche des processus d'élaboration et de pensée permise par la psychothérapie groupale. Dans cet exemple la conscience collective semble fortement imprégnée par le fonctionnement défensif de la pathologie anorexique que partagent tous les membres de ce groupe. Ainsi le groupe de patientes anorexiques, visant à une forme de sécurité interne et d'homéostasie permettant d'apaiser leurs angoisses existentielles, va se protéger en usant des défenses qu'il connaît et maîtrise le mieux : celles de l'anorexie mentale.

La tendance à la cohésion et à l'unicité qui réside au sein de ce groupe opère une pression sur chacun des membres qui le composent, leader y compris. Les patientes du groupe ne peuvent dévier de la mentalité groupale majoritaire sans craindre l'exclusion. Ainsi lors du jeu précédemment décrit, une des patientes qui jouait la mère de famille a tenté de rejoindre son « époux » afin de remettre ensemble des limites et un cadre au débordement des enfants. Elodie, qui jouait donc le rôle de l'enfant perturbateur, s'est alors immédiatement rapprochée de sa « mère » et l'a isolée du reste du groupe en instaurant avec elle une relation d'exclusivité totale, interdisant tout échange possible avec les autres membres du psychodrame. Ce phénomène rappelle la définition du couplage décrite par Bion (partie II chapitre 7.2.2). Le couplage étant une réaction émotionnelle inconsciente qui s'instaure dans un groupe lorsqu'il existe une menace d'éclatement de ce groupe. Ici la menace résidait dans la tentative de remise en cause du mode de défense groupalement mis en place.

La dépendance au leader est également un phénomène frappant au sein de ce groupe. Cette dépendance s'illustre notamment par la validation systématique des propos du leader, en l'occurrence Elodie, soit par une paraphrase de ses dires, ou bien par l'expression très explicite de son accord avec ses affirmations. Expression qui est devenue au fur et à mesure une phrase stéréotypée que l'ensemble du groupe s'est approprié inconsciemment: « Je suis d'accord avec ce qu'a dit Elodie ».

Le débordement pulsionnel, nourri par la co-excitation mutuelle des membres du groupe et les mécanismes de défense communs, a malmené le cadre du psychodrame, ne lui permettant plus d'assurer sa fonction de pare excitation et de contenance. Phénomène qui a cependant pu être critiqué et pointé par plusieurs patientes lors du temps d'analyse, démontrant leur ambivalence au changement : malgré leurs peurs l'envie de changer et d'aller mieux persiste. Comme le souligne Pierre Privat (28), le travail en groupe amène à des moments de régression psychique, voire de désorganisation, ce qui peut mettre à l'épreuve les limites du cadre. Le dispositif groupal et le cadre sont donc là pour permettre à l'excitation de s'exprimer, en évitant toutefois les débordements qui empêchent la pensée d'émerger.

Par ailleurs, cette séance de psychodrame a permis au groupe de mettre en évidence les forces d'opposition à l'œuvre. En donnant du sens à l'excitation et l'agitation qui régnaient dans la séance, les thérapeutes ont permis une prise de conscience collective, par la catharsis émotionnelle, des peurs qui agitaient le groupe et nourrissaient la résistance.

La cohésion du groupe thérapeute a permis de supporter les attaques à l'égard du cadre mises en place par les stratégies défensives des patientes. Ainsi nous pouvons voir que le dispositif groupal offre la possibilité à ces patientes d'expérimenter le fait de libérer et d'exprimer leur agressivité sans craindre de rompre le lien affectif. Grandir est par nature un acte agressif a écrit Winnicott, et le processus de séparation individuation nécessite une certaine agressivité pour se mettre en marche. Les peurs abandonniques qui envahissent les patientes anorexiques les empêchent d'exprimer leur agressivité, ce phénomène entravant leur différenciation et leur séparation de leur milieu familial, et donc leur possibilité d'autonomisation.

De par le phénomène d'identification, le leader va influencer les modalités d'interaction au sein du groupe. Le groupe peut alors devenir pour lui un moyen d'assurer son désir de contrôle et de domination ainsi qu'un moyen de valorisation narcissique. Mais cette influence et ce pouvoir octroyés au leader ne va pas sans contrepartie et exigences de la part du groupe qu'il dirige. En effet le leader a la mission inconsciente de juguler les angoisses groupales en mettant en place et en organisant un système de défense qui dans cet exemple est basé sur la résistance au changement et l'annihilation de la pensée. Ainsi Elodie condense toutes les attentes idéalisées du groupe mais aussi toutes ses désillusions. Elle est donc l'objet des projections groupales alternant entre admiration, jalousie et haine. Parfois la frontière entre ce qui distingue la fonction du leader de celle du bouc émissaire paraît bien mince.

Cette vignette clinique illustre bien les écueils du travail psychique en groupe auxquels le thérapeute de groupe doit se montrer attentif afin que toujours les objectifs thérapeutiques du dispositif puissent se poursuivre. De nombreux auteurs, dont J.B Chapelier (23) et N. Catheline (15), soulignent combien le dispositif de soin groupal peut être un soutien au travail d'élaboration des affects et de l'activité de penser pour peu que le groupe permette

de diminuer le risque de passage à l'acte pour figurer les affects, et qu'il arrive à offrir un espace sécurisé d'expérimentation émotionnelle.

Par ailleurs, J.C Rouchy (22), psychosociologue et psychanalyste français, explique que le groupe est un espace transitionnel entre l'individu et le collectif, mais aussi entre l'intrapsychique et l'intersubjectif, entre l'imaginaire et la réalité, entre le moi et le non moi. L'exemple de ce psychodrame vient témoigner des particularités du groupe comme décrites et analysées par Rouchy. Chacun est détenteur d'une partie de la mentalité du groupe, elle-même constituée d'une partie de l'inconscient de chaque membre du groupe. Ici dans ce groupe de psychodrame cette boucle d'interaction réciproque sert à rigidifier les mécanismes de défense entravant l'émergence de toute créativité, et enfermant les patientes dans un mode de fonctionnement immuable et mortifère.

Ce constat vient interroger l'impact du groupe sur le psychisme de l'individu et vice versa. Mais aussi comment l'individu reconnaît et accepte ces règles groupales, et quelle est la part de son libre arbitre et de son pouvoir décisionnel dans l'assujettissement au groupe que génèrent ces règles.

En tant que médecin il nous faut aussi nous questionner sur comment utiliser ces phénomènes groupaux dans un but de soin. Selon S.H Foulkes (39), psychanalyste allemand et un des fondateurs de la thérapie groupale, la névrose est avant tout un trouble des relations interpersonnelles. De fait l'un des buts de la thérapie est d'aider le sujet à mieux appréhender sa façon de rentrer en relation avec l'autre et avec le groupe afin de mieux s'ajuster. En extériorisant au sein du groupe les conflits intra psychiques qui agitent les individus, on leur permet d'expérimenter de nouvelles réponses face à ces conflits, et de nouveaux modes de communication et de relation. De plus le groupe étant considéré comme une structure vivante et dynamique tout changement individuel va ensuite impacter sur la dynamique groupale permettant une boucle de rétroaction positive groupe/individu.

6.3.3 La séparation :

Dans ce chapitre nous rapporterons une séance qui a eu lieu dans un autre groupe de psychodrame que celui précédemment cité, et où la dynamique groupale est actuellement plutôt positive. En effet « *l'énergie* », pour reprendre les termes d'Ophélie Avron (40), circulant dans ce groupe, instaure une « *rythmicité* » dans les échanges pleins de vitalité. De fait le climat relationnel au sein de ce groupe permet que s'engage un travail d'élaboration commun autour des peurs et des émotions douloureuses partagées par l'ensemble des membres du groupe.

Ce jour le scénario avait été apporté par une patiente, Mathilde, dont il s'agissait de la dernière séance de psychodrame. Mathilde avait donc proposé que nous jouions une scène d'au revoir, où une jeune fille part de chez sa famille pour un long voyage. La plupart des patientes s'étaient attribués les rôles des frères et sœurs de la jeune fille qui partait. L'une d'elles avait décidé de jouer la valise et une autre un tableau ardoise. L'une des thérapeutes devait jouer la jeune fille, tandis que l'autre représentait la grand-mère. L'interne et moi-même jouions le couple parental, et l'étudiant en médecine le grand père. Les rôles principaux étaient donc détenus par les soignants, ce qui vient témoigner de leur implication dans le soin. Cette participation active dans le jeu et le travail d'élaboration permet au thérapeute d'éprouver lui-même les émotions qui circulent sur un plan infra-verbal et méta-communicationnel.

Le jeu scénique qui s'est ensuite mis en place était centré autour d'un échange autour de ce que la jeune fille devait amener avec elle. Les parents et grand parents insistent pour qu'elle emmène une boîte à outil, une trousse de secours, des manuels de survie, les gâteaux de mamie etc... et refusant tout ce qui leur paraissait de nature trop libidinale : préservatif, maquillage et robe d'été. Les frères et sœurs quant à eux s'occupaient d'apaiser et de tranquilliser tant bien que mal les angoisses parentales. Au final il est décidé de faire une liste permettant de sélectionner ce qu'il était ou non indispensable de prendre avec soi en voyage.

A l'issue de cette scène les patientes ont pu nommer l'anxiété des parents à voir partir l'enfant, la séparation étant pour eux inenvisageable. Mathilde soulignait l'irritation que cette anxiété suscitait chez elle, et que cela venait paralyser toute possibilité d'autonomisation

pour la jeune fille. Mathilde rapportait aussi la sensation d'oppression que généraient les craintes parentales et familiales. Oppression nourrie aussi par la culpabilité et les propres craintes de l'enfant qui se sépare de sa famille.

Cette mise en scène venait symboliser les angoisses de séparation étreignant à la fois les parents et les adolescents, et rendre compte du travail psychique d'autonomisation en jeu à l'adolescence.

Les thérapeutes ont ensuite souligné combien l'histoire parentale et grand parentale, leurs « valises », pouvait alimenter leurs propres angoisses de séparation. Dès lors le travail qui appartient à l'adolescent est de faire le tri entre les choses utiles pour son développement et son épanouissement, de celles qui l'étaient moins, et risquaient même d'entraver son autonomie.

Cet exemple permet de rendre compte des effets de ce qu'Ophélie Avron nomme « *l'inter-liaison rythmique* » qui président selon elle aux jeux interactifs au sein d'un groupe de personnes. Pour O. Avron tous les membres du groupe qu'ils soient silencieux, indifférents ou intéressés envoient et reçoivent une « *provocation énergétique* » créant une « *pulsion d'interliaison* ». Ainsi se crée un lien groupal de nature inconsciente que chacun vient alimenter par ses modes de communication à la fois verbale et para verbale. Une vigilance flottante rythme et dirige les échanges de regards, de posture, les ébauches de mouvements entre les membres du groupe créant un lien entre tous.

C'est ainsi que les membres du groupes participent à la co-construction d'un scénario venant symboliser une part de leur inconscient groupal. Cette perception de la présence énergétique d'autrui, nous dit O. Avron, nous soumet aux autres en même temps que nous les soumettons par nos propres réactions, dans une sorte de boucle de rétroaction. Naît alors une unité scénique mouvante et rythmée qui donne vie à l'ensemble. Comme le dit Siri Hustvedt, écrivaine américaine dans un livre nommé « La femme qui tremble » : « *Le monde subjectif est aussi un monde intersubjectif, le monde de moi et de toi, et tracer une frontière entre les deux n'est pas facile, parce que les autres font partie de nous* ».

Ainsi le psychodrame offre la possibilité d'explorer les conflits intra psychiques mais est aussi un moyen de rétablir l'accordage affectif, de travailler la qualité du lien à l'autre.

7. Recueil de témoignages au sujet du groupe thérapeutique

7.1 Méthodologie :

Dans le cadre de ma thèse concernant les spécificités apportées par le groupe et les médiations dans la prise en charge thérapeutique des adolescents, j'ai voulu interroger des patients sur leur vécu des soins. Ces entretiens m'ont permis d'appréhender le vécu subjectif des soins proposés aux adolescents en pédopsychiatrie, et de mettre en évidence ce qui était soutenant pour eux. Leurs témoignages permettent de déterminer ce qui fait la thérapeutique « par surcroît » comme le disent C.Mille et ses collaborateurs (35) c'est-à-dire « ces petits riens qui changent tout ». Ces auteurs insistent en effet sur les effets de la rencontre, les occasions d'échange vrais, la peine et les plaisirs partagés en groupe qui participent selon eux aux effets thérapeutiques et pourvoyeurs de changement des thérapies médiatisées en groupe.

Le but final de ces entretiens était de tirer de ces témoignages des points cruciaux pour étayer l'indication de soin en groupe pour un jeune patient.

Au cours de ces entretiens il s'agissait d'évoquer avec eux tout d'abord leur vécu du soin groupal, mais aussi l'évolution perçue dans leurs difficultés spécifiques, et en quoi le groupe et les médiations les avaient aidés, et de recueillir leur point de vue sur ce type de soin. J'ai donc élaboré une grille (annexe 1) afin de réaliser des entretiens semi-structurés auprès des adolescents bénéficiant de soins médiatisés en groupe.

Les entretiens étaient proposés aux patients suivis à la M.U.S.E et à l'hôpital de jour pour adolescents de pédiatrie du CHU de Nantes sur la période de février à mars 2016.

Il était alors expliqué qu'il s'agissait d'une recherche sur le vécu du groupe thérapeutique et de la situation groupale. Recherche destinée à déterminer :

- leur vécu et leur ressenti par rapport au groupe thérapeutique,
- les bénéfices perçus avec les soins médiatisés en groupe

Ainsi, les entretiens s'articulaient autour de ces différents grands thèmes: le contexte du début des soins, la qualité de la sociabilité du jeune, le vécu et le ressenti du groupe thérapeutique, les éléments perçus par le jeune comme soutenant et pourvoyeur de changement.

La confidentialité de ces entretiens leur était assurée. Les parents et les jeunes signaient un consentement écrit (annexe 2).

Il s'agissait d'un entretien unique pour chacun des participants, et d'une durée variable entre 5 et 20 minutes. Ces entretiens faisaient l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une retranscription écrite, afin de rester fidèle à leurs propos et de ne pas prendre de notes pendant l'entretien. Les données ont été anonymisées.

Ces récits reposent donc sur ce que ces patients ont bien voulu me livrer d'eux et de leur vécu. Il est bien sûr possible que certaines réponses, consciemment ou non, ne reflètent pas l'exacte vérité.

Cette thèse ne prétend pas objectiver tous les facteurs étayant l'action thérapeutique du groupe et des médiations. En effet, ce travail s'assimile plus à un recueil de témoignages qu'à une véritable étude qualitative, et présente de nombreuses limites :

- Les patients rencontrés ont été peu nombreux, au nombre de quatre.
 - Il s'agissait en majorité de jeunes filles : 3 sur 4.
 - Il n'y avait pas d'uniformité dans les pathologies que présentaient les différents jeunes interrogés. Un souffrait de trouble du comportement alimentaire, deux des phobies scolaires avec des troubles anxieux sévères, et un de trouble envahissant du développement. De fait leurs réponses ne sont pas uniformes non plus et leur vécu de la situation groupale dépend de leurs difficultés particulières.
- Les patients ont été rencontrés à différents moments de leur parcours de soin.

Chacun de ces témoignages est donc singulier et nous offre un éclairage différent sur le vécu des soins en groupe et des médiations.

Il ne s'agissait pas ici de faire d'analyses standardisées de ces entretiens mais de recueillir des récits.

Nous allons donc ici vous faire partager les récits d'Oriane, Mélusine, Sabine et Nathan.

7.2 Présentation des patients interrogés :

7.2.1 Oriane :

Oriane a 16 ans lorsque je la rencontre en février 2016 dans le cadre de ma thèse sur l'unité de la MUSE.

C'est une jeune fille aux cheveux très noirs, au teint diaphane, et aux traits harmonieux. De contact, elle est assez craintive. Bien que son timbre de voix soit clair, et qu'elle parle distinctement, Oriane semble toujours être hésitante lorsqu'elle prend la parole. Elle présente en outre un surpoids. Le rapport au langage était au début des soins entravé par une inhibition psychique importante, pénalisant ses capacités d'associativité et de verbalisation de ses affects.

Oriane a des soins depuis quatre ans environ pour la prise en charge d'un syndrome dépressif majeur avec des troubles anxieux sévères conduisant à un refus scolaire anxieux. Elle est suivie à la MUSE depuis un an et demi environ. Elle bénéficie d'une prise en charge au sein des ateliers collage, multi-support, jeux de société et d'écriture. Les objectifs thérapeutiques d'Oriane sont le travail sur la confiance en soi et sur l'autonomisation psychique.

7.2.2 Sabine

Sabine a 15 ans lorsque je la rencontre. Elle est suivie depuis plus d'un an à l'hôpital de jour pour adolescent de pédiatrie du CHU de Nantes pour la prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire.

Sabine est une grande jeune fille élancée, à la tenue droite, aux longs cheveux châtain, et aux yeux très clairs. Elle a de très bonnes capacités d'élaboration et de verbalisation. Elle a un ton de voix doux et posé avec des intonations qui sont restées encore enfantines.

Sabine bénéficie d'une prise en charge en psychodrame, en groupe de parole et en atelier photographie.

7.2.3 Mélusine :

Mélusine est âgée de 16 ans. Elle a un visage harmonieux, de longs cheveux châtain, et présente un surpoids. Mélusine a un contact assez franc de prime abord, elle s'exprime bien et fait même preuve d'une certaine éloquence pour décrire ce qu'elle ressent.

Elle bénéficie de soins depuis un an et demi environ pour la prise en charge de troubles anxieux généralisés avec des éléments dissociatifs. Troubles ayant conduits à un refus scolaire anxieux. Mélusine présentait également au début des soins des phénomènes dissociatifs intenses à type d'hallucinations et de dépersonnalisation de nature anxieuse qu'un traitement par Risperdal a permis d'apaiser en partie.

Les objectifs de soins s'inscrivent sur trois axes : l'accompagnement de la reprise scolaire, la poursuite de l'exploration du fonctionnement psychique et le travail sur les angoisses. Les ateliers de soins groupaux dans lesquels est inscrite Mélusine sont : modelage, théâtre, et sociothérapie.

7.2.4 Nathan :

Nathan a 15 ans. Les traits de son visage sont encore très juvéniles. Physiquement il est fin et élancé. Tout le long de l'entretien, Nathan présente des mouvements où il se penche en

avant, posant ses bras sur ses cuisses, puis où il se recule sur son siège. Il semble plus en difficulté pour trouver la juste distance relationnelle. L'entretien avec Nathan durera à peine 20 minutes et sera peu contributif en ce sens que la plupart de ses réponses sont évasives et peu informatives : « Je ne sais pas ».

Nathan est pris en charge à la M.U.S.E pour des troubles du comportement perturbateurs, conduites antisociales, un retard dans les apprentissages, et un refus complet de tout travail scolaire. Il bénéficie d'un groupe de musicothérapie avec deux autres jeunes, et d'un atelier autour de la création de marionnettes seul avec une infirmière.

Ainsi donc, les quatre personnes interrogées dans le cadre de ce travail de thèse, ne peuvent à elles seules être représentatives de la variété des problématiques des patients pris en charge en hôpital de jour pour adolescents. De plus il est important de souligner qu'aucun de ces témoignages ne peut être standardisé car forcément influencé par la reconstruction mnésique des souvenirs, mais aussi par la dimension intersubjective de leur expérience personnelle qui colore différemment la façon dont ils ont vécu le groupe.

7.3 Retranscription des entretiens :

Nous allons ici retranscrire les témoignages de ces quatre patients selon les grands thèmes abordés lors de l'entretien. Nous aborderons dans un second temps, à partir de la page 111, l'analyse des entretiens dans le chapitre suivant.

7.3.1 Le contexte du début des soins:

Lorsqu' Oriane arrive à la MUSE, elle a déjà un long parcours de soin derrière elle. Soins qui ont débuté à son entrée en sixième devant l'angoisse très invalidante qu'elle manifestait lorsqu'elle était en contact avec ses pairs, ou sortait de chez elle.

Elle connaissait donc le travail en groupe avant de rentrer en soin à la MUSE. Cependant, Oriane évoque que le début des soins a été source d'angoisses pour elle, du fait de

représentations inquiétantes concernant le groupe et la rencontre des autres patients : « *Je croyais que j'allais rester dormir, et j'ai rencontré des personnes bizarres lors de ma première visite* ».

Les objectifs du soin groupal étaient pour Oriane de pouvoir « *intégrer un petit groupe pour ensuite reprendre l'école* ». Car comme elle l'expliquait « *il n'y a pas que la relation à l'autre qui est stressante il y a aussi aller vers l'extérieur* ».

Concernant Sabine, lorsque je mène l'entretien pour ma thèse, cela fait déjà un an et demi qu'elle est prise en charge à l'hôpital de jour pour adolescents du CHU de Nantes pour un trouble du comportement alimentaire. Sabine se souvient cependant très bien de ses premières impressions : « *Avant d'aller à l'HDJ on a un peu peur. J'avais peur d'être mise que dans un monde accés sur l'hospitalisation, la maladie, des trucs bizarres...de rencontrer des gens qui n'avaient que des difficultés, des gens bizarres, et d'être mise dans le même panier qu'eux* ». Sabine évoque aussi la peur que soit brisée son intimité, de devoir trop se dévoiler et se mettre à nu devant les autres : « *J'avais peur que ce soit trop intime, de devoir trop parler devant les autres* ».

Ses objectifs de soins sont accés sur la reprise de la confiance en elle, et réussir à mieux se connaître : « *Prendre confiance en moi, me découvrir parce que je n'arrive pas trop à savoir ce que je veux, et m'affirmer un peu plus* ».

Dans les premiers aperçus du groupe thérapeutique et du soin groupal, Sabine et Oriane soulignent combien la peur d'être affiliée à un groupe socialement peu valorisant (« *les gens bizarres* ») était grande au départ. De même, Sabine peut évoquer sa peur de l'intrusion. Elle évoque un sentiment d'insécurité, de mise en danger, où la prise de parole expose au risque de se voir déposséder de son intimité, de soi-même, avec la crainte de dissolution de son identité. On sent ici combien le besoin de sécurisation est important pour pouvoir se sentir bien au sein du groupe.

Pour Nathan, le but des soins était « *améliorer mon comportement et que ça se passe mieux à l'école* ». Cependant il ne voit pas quel est l'intérêt précis de la prise en charge : « *avec les ateliers je ne vois pas à quoi cela me sert* ».

Concernant le début des soins, Nathan n'évoque pas de crainte particulière pour lui tout s'est très bien passé : « *Quand mes parents m'ont dit que j'allais ici (à la MUSE) je voulais voir comment c'était organisé, et j'ai trouvé ça plutôt sympa.* », « *J'ai la moitié de mes amis qui sont ici. Amis que j'ai faits ici.* »

Voici le récit que fait Mélusine du début des soins groupaux : « *Au début j'étais assez stressée, comme j'ai un peu de mal avec les jeunes de mon âge. J'avais peur niveau relationnel. Mais au final c'est super aidant, on sent qu'il y a des gens sur lesquels on peut compter, qui nous soutiennent.* »

Les craintes de Mélusine se rapportaient donc sur la rencontre avec les autres jeunes du groupe : « *ce qui m'angoissait c'était les jeunes, ne pas savoir comment ils allaient réagir, c'était leur comportement dont j'avais peur, et toutes ces questions : est-ce que je vais les supporter ? Est-ce-que je vais être agressive ? Est-ce-que je vais m'emporter ?... Je peux être très vite agacée par un comportement, j'avais peur de déborder, que j'aille trop loin, que je dise une parole blessante.* »

Ses objectifs de soins étaient accés sur la reprise de confiance en elle-même ainsi que sur un plan relationnel : « *Reprendre confiance en moi, puis sortir de chez moi, rencontrer des gens, ne plus avoir peur dehors, que je me sente à l'aise avec d'autres gens que je ne connais pas... Savoir gérer mon agressivité avec les autres, dans le relationnel, ne plus avoir peur de l'inconnu, et ne plus avoir peur de vivre !* »

7.3.2 Le vécu du groupe en général, la sociabilité :

Oriane évoque sa difficulté à rentrer en relation avec ses pairs : « *J'ai tendance à stresser et à me mettre en retrait* », « *Je n'arrive pas à rentrer en contact avec des personnes que je ne connais pas* ». Oriane explique ses difficultés relationnelles avec un manque de confiance en elle : « *Je n'ai pas confiance en moi, ce serait paradoxal de faire confiance aux autres* », « *c'est surtout le manque de confiance en moi qui m'empêche d'aller vers les autres* ».

Sabine en revanche n'a pas de difficulté particulière pour rentrer en relation avec les autres. Cependant sa faculté d'aller vers l'autre et à la rencontre de l'autre va dépendre de

son état affectif et émotionnel: « *ça dépend, si je me referme sur moi, ça dépend des moments, des fois je me renferme, je n'ai pas envie de parler, je me fais moins d'amis, ça dépend de mon humeur, de comment je me ressens, comment je me sens* ».

De son côté, les relations que Mélusine entretient avec ses pairs sont marqués par une agressivité manifeste probablement nourrie par une certaine crainte voire méfiance vis-à-vis de l'autre. De fait Mélusine explique que : « *Généralement j'essaie de me faire une idée des gens avant de leur parler, je jauge avant de leur parler. Je ne vais pas vers les gens de mon âge, plutôt vers les plus âgés. Ceux de mon âge ne sont pas trop intéressants...* »

Pour Mélusine : « *C'est très stressant de parler en public ! Avant je tremblais je bégayais, maintenant c'est beaucoup mieux* ». Mélusine accorde difficilement sa confiance à l'autre, comme elle dit : « *ça dépend de comment je vais sentir la personne.* »

Nathan quant à lui ne rapporte pas d'inquiétudes particulières et me dit se sentir bien dans les groupes : « *Quand c'est dans un groupe d'amis je me sens bien* ».

7.3.3 Sentiment global vis-à-vis du groupe thérapeutique :

Les premières sessions ont été difficiles pour Oriane qui était confrontée à un environnement nouveau qu'elle ne connaissait pas. Pour pouvoir surmonter son appréhension et sa peur paralysante, Oriane a appelé sa mère pour l'aider à s'apaiser sur le chemin de l'hôpital, témoignant de ses difficultés de séparation, et d'une hyper-activation de son système d'attachement.

En revanche, Oriane a réussi à s'appuyer sur les autres et notamment le groupe pour l'aider à dépasser sa peur et ses angoisses : « *De vivre la même chose que les autres était rassurant, car les autres aussi étaient angoissés.* ».

Elle note combien l'aspect groupal est à la fois source de peur car cela l'expose au regard de l'autre, mais aussi source de soutien et d'entraide pour dépasser ses peurs. « *Il y a un lien qui se crée avec le reste du groupe que je connais, je sens que j'ai ma place dans le groupe* ».

Sabine évoque combien les premières sessions en groupe peuvent être angoissantes : « *J'étais intimidée. J'ai vu toutes ces filles...Je m'attendais pas à voir autant de monde ! Ca m'a fait bizarre de voir qu'il y avait autant de filles qui avaient la même maladie que moi !* »

Elle souligne un effet intéressant du travail en groupe, qui lui a permis de prendre pleinement conscience de sa maladie, et commencer à sortir du déni pour aller vers l'acceptation : « *C'était plutôt intimidant ! Genre t'es sûr qu'on a la même maladie ? Parce que moi j'avais l'impression que c'était plus dans ma tête. C'est ça qui m'a permis de comprendre que c'était une maladie. Quand j'ai vu les filles qui s'en sortaient, je me suis dit que j'allais aller mieux* ».

Sabine explique que parler avec des gens qui souffrent des mêmes difficultés c'est soutenant et aidant. De plus, Sabine a le sentiment d'appartenir à une sorte de communauté de soutien et d'entraide: « *Ils comprennent mieux, parce que notre maladie, elle n'est pas facile à comprendre, souvent on ressent la même chose* ». « *Des fois, on n'ose pas dire certaines choses, et en fait t'entends que d'autres vivent la même chose* ». Sabine rajoute : « *Je me retrouve dans les autres. Tu vois aussi comment d'autres filles le vivent, de voir comment les autres le ressentent, ça montre que c'est vraiment une maladie qui ne touche pas que moi. C'est semblable mais ils le vivent pas pareil, c'est la même maladie mais pas pareil* ».

Sabine constate que ce partage d'expériences avec d'autres jeunes lui permet d'arriver à mieux appréhender ses propres difficultés : « *Ça permet de mieux me comprendre, dans la façon de le dire ce sera différent mais au final ce sera le même chemin.* »

Quand elle fait le bilan du groupe thérapeutique, et de son apport, de ce qui fut le plus aidant, Sabine souligne l'importance du partage d'une expérience commune, celle de la souffrance, de la maladie, mais aussi celle du soin. Sabine insiste aussi sur l'aspect libérateur de la parole, et l'importance du groupe dans la prise de conscience : « *Ce qui m'a le plus aidé, c'est de voir qu'il y avait d'autres gens comme moi. Après c'est de pouvoir parler. Avoir ce moment où tu vas pouvoir parler de toi. J'aime bien aussi écouter ce que les autres ressentent, vivent, ça permet d'extérioriser ce qu'on ressent.* »

Mélusine, comme Oriane, a débuté les soins groupaux par l'atelier théâtre. Ce fut une expérience très dure, de par l'exposition au regard de l'autre : « *Premières sessions.. ça a été très compliqué, ça a été théâtre... j'étais pas du tout à l'aise devant les autres personnes, c'était très compliqué, du coup c'était l'inconnu...Il faut se mettre dans la peau de quelqu'un, ou mettre*

des intonations, comme exprimer la colère j'aimais pas du tout, et être en scène devant les autres c'était très dur. En plus pour moi c'était très compliqué d'exprimer ma colère. »

Cependant, les propos de Mélusine suggèrent aussi qu'elle a réussi à trouver un espace de détente, et d'apaisement avec les soins: *« Je me sens plutôt bien avant de venir, si j'ai un souci je peux en parler, et ça me détend, je me sens plutôt bien. »*

Mélusine n'a jamais eu envie ou même songer d'arrêter les soins. Sa motivation pour poursuivre le travail psychothérapeutique semble très importante *« je sais que j'en ai encore besoin maintenant »* et *« On n'est pas en colonie de vacances ! »*.

Nathan n'exprime pas de difficulté particulière quant à la situation groupale *« Au début j'étais plus solo. Mais maintenant ça se passe bien car j'ai pu sympathiser rapidement avec des gens »*. Même si il ne comprend pas trop le sens du soin, et se questionne sur comment cela pourrait l'aider par rapport à ses objectifs personnels sur le plan scolaire : *« Je ne sais pas je ne vois pas trop à quoi cela peut me servir, mais, peut-être que c'est fait exprès. »*

En réalité, Nathan montre peu de motivation et d'intérêt pour les soins, il explique qu'il vient parce qu'il est obligé.

7.3.4 Bénéfices perçus du groupe thérapeutique :

Oriane dit aller en cours avec moins de difficultés, sans crainte de rencontrer les gens, *« Je suis plus ouverte aux personnes, ma famille, mes amis, les voisins »*. De plus Oriane rapporte être plus à même de verbaliser ses affects, de formaliser sa pensée, et sa réflexion : *« Je sors plus mes pensées, ce que je pense, je communique plus. Je ne reste pas tout le temps enfermée dans ma bulle. »*

De même elle constate avoir plus confiance en elle-même : *« Je suis un peu plus en confiance avec moi-même et je vais moins faire attention à ce que pensent les autres de moi »*. Pour Oriane le plus aidant dans le groupe c'est *« être en contact avec les autres même si ce sont des personnes avec qui je ne parle pas beaucoup »*. Cela lui a permis de mieux cerner et comprendre les réactions des autres.

Quand on compare les prises en charge groupale et individuelles, Oriane souligne le fait que la prise en charge groupale est moins stressante que d'être seule en face à face avec un thérapeute.

Par ailleurs, depuis le début des soins, Oriane a acquis une meilleure compréhension de son fonctionnement psychique : « *Je ne suis plus dans des interrogations, je comprends totalement ce que je vis, quand je suis énervée, je sais contre quoi je suis énervée* ». Avant : « *j'avais de grosses angoisses, je ne savais pas pourquoi, je ne pouvais pas mettre de mots dessus* ».

Pour Sabine, l'atout du groupe thérapeutique repose sur le fait de pouvoir échanger sur son vécu de la maladie, sur ses difficultés personnelles avec des patientes présentant la même pathologie, et ainsi de libérer la parole : « *Pouvoir parler avec des gens qui nous comprennent, de parler de pleins de trucs différents, ça fait du bien parce que des fois on en parle pas forcément. On est entre filles, on a la même maladie du coup on parle vraiment de tout, et ça fait du bien* ».

Concernant les changements perçus, son évolution depuis le début de la prise en charge, Sabine réalise que le soin lui a permis d'avoir une meilleure connaissance d'elle-même, de son fonctionnement psychique et de ses ressources internes. « *J'ai plus appris à me connaître, j'ai appris pleins de trucs sur moi. Ça aide à devancer nos émotions. On a quand même une maladie où on va trop loin dans nos émotions, nous connaître permet de devancer ça, de savoir qu'à ce moment-là ça va être plus dur, et qu'on va devoir se protéger* ».

Pour Mélusine : « *Je vais en cours, je peux aller plus dehors, j'ai moins peur des gens que je ne connais pas, je prends les transports en commun, je peux sortir dans la rue... je monte moins dans les tours, je gère mieux ma colère, ça m'aide dans mes relations, je suis plus à l'aise* »

Elle souligne combien la prise en charge groupale lui a permis de réaménager de façon plus sereine la relation à l'autre, de diminuer son vécu de tension psychique, et d'être plus à l'aise dans ses échanges avec ses pairs : « *Franchement avant c'était très compliqué avec les gens que je ne connaissais pas, maintenant je prends du recul j'y fais moins attention, je prends de la distance, je me sens moins touchée je monte moins en pression je fais abstraction de ce qui ne va pas et je reste dans le groupe.* »

En outre, elle insiste sur le rôle à la fois du groupe thérapeutique et des thérapeutes comme soutien de l'expression émotionnelle, et du travail sur le conflit et l'affirmation de soi. Le groupe : *« Ça m'a appris à dire les choses plutôt que de les garder pour moi, j'avais l'habitude de faire comme ça, de ne rien dire. Avant c'était pas possible je criais quand j'étais à bout, ça faisait conflit, alors que maintenant je peux dire. C'est le soutien de mes référents qui m'ont appris ça, s'ils n'étaient pas là j'aurais jamais appris ça ! C'est à force de discuter et de trouver des solutions qui m'a aidé, elles m'ont renvoyé ce qui n'allait pas, et m'ont aidé à trouver des solutions ».*

« C'est d'apprendre à les connaître de voir qu'ils peuvent me déranger moi, ou aussi les autres, et que je suis pas seule à me sentir agressée, ça me reconforte, ça aide à pas trop se prendre la tête que finalement pour dire que ça va pas, et qu'on est pas seul à supporter ça, apprendre à les connaître, de voir comment ils réagissent »

De même Mélusine souligne la tolérance bienveillante qui existe entre les membres du groupe, l'appartenance à une fraternité *« C'est de voir qu'on a tous nos difficultés on va pas chercher à titiller les points faibles vu qu'on en a tous, dans le même groupe on a tous nos faiblesses, ça donne plus de confiance, en soi et en l'autre, on risque pas grand-chose, on est plus tolérant, un esprit de groupe, de respect »*

Nathan ne perçoit pas réellement les changements opérés en lui, au cours de la prise en charge excepté sur le plan scolaire : *« J'arrive un peu mieux à suivre ».*

7.3.5 Les médiations :

Pour Oriane, ces ateliers de médiations lui permettent d'externaliser et de projeter à l'extérieur d'elle ses émotions, et ses conflits intrapsychiques. En effet, elle souligne le fait que les médiations autour de la création : *« Cela permet de s'évader et mettre des mots sans mettre des mots ».* Elle insiste aussi sur l'effet de détente et de bien être que la création suscite : *« Cela fait que l'on se sent bien ».*

Sur la question des bilans trimestriels, du comment elle vit ces moments où chacun s'exprime sur sa création, sur son ressenti, Oriane dit : *« On est tous un peu en retrait et on n'a pas envie de parler à ces moments-là ».* Pourtant elle peut dire que ce temps est un temps

important du travail groupal car en effet : « *On voit pourquoi les autres ont fait ça (leur création), et comment ils se sentaient quand ils ont fait cela. On peut se trouver dans le même état que l'autre avec des similitudes que l'on aurait pu ressentir et on peut alors se mettre à parler dessus* ».

Ce qu'Oriane nomme les similitudes correspond au partage émotionnel et cela « *permet de comprendre que l'on est pas tout seul à ressentir ça* ».

Concernant les médiations auxquelles elle participe, Sabine souligne la valorisation narcissique que la médiation procure, ainsi que le soutien au travail d'élaboration: « *J'aime beaucoup parce que ça permet de s'exprimer autrement... c'est des trucs qu'on n'a pas le temps de faire... on apprend. Des fois il y a des trucs, ça nous remue, surtout en atelier photo, vraiment. Faire marcher nos têtes...tellement on prenait sur nous on en pouvait plus d'y aller ! Après on est contente quand on finit un projet d'avoir vraiment fini un truc. Ça remonte la confiance en nous. On se sent fière. On dit vraiment comment on se ressent au fond de nous* ».

Mélusine fait l'atelier modelage de la MUSE, dont elle peut décrire les bienfaits apaisants : « *C'est plutôt un atelier détente, c'est très apaisant, et en même temps ça permet de faire ce qui nous passe par la tête. C'est poser sur la table, c'est vider ce qu'on a dans la tête, on a un autre regard que quand on pense vu qu'on est le sujet on ne va pas forcément analyser le truc, de voir ça permet de plus se poser des questions, pourquoi on pense à ça, c'est plus concret.* »

« *Au début le regard des autres me stressait un peu : est-ce que ça sera beau ? Est-ce les autres vont voir ce que je veux montrer ? Mais au fil des séances, on s'en fiche, du moment que ça veut dire quelque chose pour nous* »

Mélusine identifie le phénomène de résonance émotionnelle que peuvent porter les créations des autres patients du groupe, et combien leur créativité peut être stimulante et pousser à réfléchir sur soi-même, une sorte de miroir réfléchissant de soi : « *J'aime pas trop parler, j'aime bien entendre ce que les autres disent sur leur modelage je trouve ça intéressant de comprendre les mécanismes, qu'est ce qu'ils ont pensé pour arriver à ce résultat, ça fait réfléchir sur ce qu'on a fait* »

« *Je me souviens d'une production d'un jeune, avec les pensée positives, et négatives, et ça me faisait réfléchir à comment j'aurais fait, et quel but ça aurait eu, je trouvais ça bien, de dissocier*

les deux, dire : ça on dégage ! Le fait qu'il y ait de l'objet ça permet vraiment de prendre conscience du truc »

Mélusine me rapporte qu'une des créations en atelier modelage qui l'a le plus saisie, et qui lui avait permis de figurer une de ses peurs et de prendre ainsi de la distance avec: *« Un cirque alors que j'ai peur des clowns. Faire quelque chose qui m'effraye, mais quand même temps j'arrive à modeler et à prendre de la distance. »* Les propos de Mélusine témoignent du rôle que jouent les médiations dans la figuration et l'expression des affects en leur permettant de devenir malléables et extérieurs à soi.

Lorsqu'on aborde les médiations, Nathan se montre à ce moment de l'entretien plus animé, il semble en effet y prendre beaucoup de plaisir dans la créativité et aussi dans l'expression émotionnelle que cela permet: *« C'est plutôt sympa car on peut construire des choses qu'on savait pas qu'on pouvait faire et aussi on peut faire des scènes rigolotes ou tristes ou des choses qu'on dit alors qu'on voulait pas les dire et qu'on dit sans le faire exprès cela peut être bien. »* , *« Quand on joue avec les marionnettes quand on fait des scènes on dit des trucs qu'on avait caché et que l'on dit. Cela peut nous aider ».*

7.3.6 Moments difficiles :

Un moment particulièrement éprouvant pour Oriane a été l'atelier théâtre : *« La première fois que je suis venue à la MUSE, c'était mon premier atelier, j'étais tellement stressée que ça a élargi la douleur, j'ai fait un malaise, c'est tellement dur que c'est encore dur d'y revenir. Faire du théâtre c'est se mettre en avant bouger, parler devant tout le monde, ça a créé une angoisse ».*

Oriane a déjà pensé arrêter les groupes thérapeutiques, notamment dans des moments d'angoisse, où cela lui demandait beaucoup d'effort pour se rendre à la MUSE. Elle souligne que ce qui lui a permis de poursuivre les soins était de se dire que *« le travail n'est pas fini ».*

Sabine quant à elle rapporte se sentir mal à l'aise lors de l'atelier écriture de l'HDJ car elle trouve ce mode d'expression trop direct, et trop intime : « *Il fallait montrer aux autres après, c'était trop intime* ».

Le groupe est un lieu catharsis, où les émotions peuvent s'exprimer, les langues se délient pour dire la souffrance et de ce fait soulager les cœurs. Sabine me raconte qu'il y a eu pour elle lors des groupes de paroles notamment des moments très forts, où elle a pu évoquer des choses très difficiles : « *Parfois c'est difficile de parler de toi, de raconter son histoire. De dire, que par exemple t'as perdu un proche, ça fait pleurer, ça remonte d'un coup. Mais en même temps ça soulage parce que c'est des trucs qu'on ne lâche pas d'habitude. Je sais que j'ai pleuré plusieurs fois pour ça. Dans le groupe il y a des choses spéciales qui se passent qui ne se passent pas avec mes copines. Avec mes copines, je ne parle pas de tout ça, le groupe c'est le moment où on peut vraiment en parler, c'est le moment où ça fait du bien ! Des fois j'ai honte d'avoir pleuré mais ça soulage...* ».

La perception du groupe peut se faire sur un mode très clanique avec une porosité des liens favorisant la diffusion des émotions. En effet, Sabine évoque combien les affects se propagent au sein du groupe d'adolescentes anorexiques : « *Il y a eu plusieurs moments durs. Quand il y a une fille qui part du groupe... Du coup des fois on pleure... ou quand il y a une fille qui va vraiment pas bien... Ça touche car on s'attache, on se connaît bien... Du coup c'est plus par rapport aux autres que c'est difficile. Des fois il y a des périodes où tout le monde va moins bien. Ça se ressent au groupe de parole. On parle plus de la maladie. C'est difficile du coup on ne va pas bien nous aussi. Y a des moments où c'est hyper porteur, le groupe, et d'autres où on ressent la douleur de l'autre. Il y a des périodes aussi où on est toutes un peu endormies et ça agit sur presque tout le monde* ». « *Mais on s'aide quand on va pas bien* ».

Malgré cette cohésion groupale très forte soulignée dans le discours de Sabine, vient poindre la peur du regard de l'autre. Nous pouvons apercevoir cette peur d'être jugée dans la crainte que Sabine exprime lorsqu'elle montre au reste du groupe ce qu'elle a créé ou réalisé : « *J'aime pas montrer, j'ai peur que les autres trouvent cela moche.* » Cette crainte du jugement dévoile et confronte Sabine à ses fragilités narcissiques et identitaires. Ceci rejoint ce que disait J.P Sartre pour qui c'est d'abord dans le regard de l'autre que chacun saisit son identité, ce regard pouvant être à la fois valorisant ou aliénant. Sabine oscille entre besoin d'être vue et admirée et peur de se dévoiler, illustrant les difficultés pour un individu à faire sa place au sein de la collectivité (65).

Dans le discours de Sabine nous retrouvons la crainte de la perte de l'homéostasie groupale, et la rupture d'équilibre. En effet Sabine nous dit avoir été très touchée du départ brutal d'une autre patiente qu'elle connaissait depuis un an environ. Nous pressentons la crainte inconsciente que les relations se modifient et que la cohésion du groupe en soit ébranlée. Nous percevons dans le témoignage de Sabine cette tendance à l'illusion groupale, répondant au désir de sécurité du groupe et d'en préserver l'unité.

Pour Mélusine, les temps les plus compliqués pour elle, sont les moments de conflits qui peuvent survenir dans le groupe, et la tension psychique que ces conflits génèrent pour elle. Cependant ces moments difficiles sont aussi des moments fondateurs et fondamentaux dans la prise en charge :« *Y a eu un groupe qu'avec des garçons et leur comportement m'énervait vraiment beaucoup, et j'ai dû partir en pleine activité car je ne supportais plus, j'étais à deux doigts d'exploser, j'ai donc pleurer, puis le deuxième fois les infirmiers m'ont dit de dire ce qui n'allait pas, pendant le groupe, plutôt pendant le groupe, parce que quand on est dehors il n'a plus vraiment de cadre, y a quelque chose de cadrant dans le groupe, les infirmiers sont là pour cadrer pour éviter la violence et la méchanceté, c'est déjà arrivé que ça parte et c'est pas vraiment très gérable* ».

7.3.7 L'arrêt temporaire des soins lors des vacances :

Pour Oriane ce temps d'arrêt c'est un temps de répit où elle peut oublier ses difficultés : « *De faire quelque chose d'autre, de ne pas être tout le temps focaliser dessus. Cela met un peu en parenthèse. Cela permet de souffler un peu.* »

Sabine est plus ambivalente. Elle évoque un sentiment de liberté, et de lâchage tout à la fois. « *Je suis contente pendant les vacances. D'un côté ça me manque et en même temps ça fait du bien...On fait une pause pendant une semaine, mais en même temps on sait qu'on est lâché et quand on ne va pas bien on sait qu'on ne va pas avoir le groupe à ce moment-là* »

Chez Mélusine ces temps de rupture dans le soin, sont des moments où elle met à profit ses capacités d'autonomisation : « *au début c'est assez compliqué car me retrouver chez moi dans un cadre pas très agréable, maintenant ça se passe mieux, car je peux plus sortir, ou je m'occupe et ça se passe mieux chez moi.* »

Nathan dit apprécier de rester chez lui : « *Et là je suis chez mes parents et je me dis tant mieux. Comme ça je suis chez moi.* »

7.3.8 Qualité relationnelle avec les autres membres du groupe :

Cela est évidemment dépendant des personnes, et des relations d'affinité qui se nouent entre les membres : « *je vais être plus à l'aise avec les personnes quand j'ai des liens avec ces personnes.* » précise Oriane.

Connaître les autres membres du groupe permet de se sentir à l'aise, mais aussi savoir que les autres personnes traversent les mêmes choses et vivent les mêmes angoisses : « *Quand il y a des personnes nouvelles sur le groupe cela aide à se sentir à l'aise, du coup on n'est pas seul.*»

Sabine met en avant les notions de solidarité, d'entraide et de co-créativité qui résident au sein du groupe : « *On se donne des solutions, on propose des choses et du coup à la fille qui va pas bien, on lui donne des solutions, des fois on donne de bonnes astuces...* »
« *On est très amies, on se voit au dehors on aime bien venir avec les filles, y a personne avec qui on s'entend vraiment pas* ».

Dans le discours de Sabine on est frappé par la recherche de cohésion et d'unicité auquel tend le fonctionnement du groupe de l'hôpital de jour. La séparation est impossible, l'unicité semble totale et idyllique. Ce qui semble aussi être en réaction aux angoisses de séparation à la fois individuelles et groupalement partagées.

Ce groupe est régulé par des règles tacites, misent en place inconsciemment, auxquelles se soumettent les jeunes pour pouvoir s'intégrer. Ces règles touchent par exemple la réciprocité dans les échanges : « *On est plusieurs à parler, à s'exprimer, ce n'est pas accès que sur nous. Ça fait du bien, parfois c'est oppressant que ce soit que sur nous* ». De son expérience,

Sabine souligne que chacun donne quelque chose de soi, et attend que l'autre fasse de même. Chaque nouveau venu dans le groupe se plie à ces règles et ces normes. Un peu comme s'il s'agissait d'un cadre dans le cadre.

Il est également notable qu'une série de rituels s'est instauré dans le groupe, comme celui de l'échange dans la salle de détente : « *Le petit salon ça aide parce que entre les ateliers, cette pièce là c'est là où on va se voir, on se dit ce qu'on a fait. C'est trop la pièce où on se voit, on se raconte nos petites histoires.* » Celles qui s'en excluent marquent leur différence et leur non appartenance au groupe, et par là même à la maladie, et donc leur opposition au soin. Sabine en fait référence dans cet entretien. Il s'agissait en effet d'une jeune patiente qui montrait et exprimait son opposition aux soins, en restant assise sur un banc dans le couloir de l'HDJ, en dehors de cette fameuse pièce de vie.

Pour Mélusine la relation à l'autre au sein du groupe est moins fusionnelle et moins idéalisée que pour Sabine. En effet, on sent de façon latente la question du conflit générée par la proximité : « *Généralement ça se passe bien, je me sens bien, pas de conflit, mais ça dépend des jours des jours où je vais être bien dedans et d'autres où il faut prendre sur soi...* ». « *Y a avait des groupes où je n'avais pas envie de les supporter, soit parce que je déprime un peu soit que je me suis disputée avec quelqu'un* ».

Mélusine apprécie cependant les moments de convivialité et de partage qui semblent être comme des moments de grâce, des instants précieux par leur spontanéité et leur côté instantané : « *En soi être dans un groupe quand j'apprécie les gens, ça se passe bien, ça donne l'impression de pas être dans un groupe thérapeutique, on va parler de quelque chose, on fait des blagues, on rit, on est plus dans un groupe où on est tous là pour des soins, n'est là et on passe du temps ensemble, c'est agréable, c'est vraiment bien* »

Les arrivées et les départs : « *Ça me fait bizarre, il faut se réadapter, ça chamboule notre manière de nous comporter* ».

7.3.9 Lien avec les thérapeutes :

Oriane identifie et attribue la fonction de médiateur aux thérapeutes, créateur de lien et de cohésion entre les membres du groupe : « *Le thérapeute cela permet le lien. Tout le monde*

est un peu timide, et le fait que le thérapeute va interroger pour savoir, par exemple, comment s'est passé nos journées cela fait aussi lien dans le groupe, sinon on resterait tous à être là à faire nos trucs ».

De même, elle a pu identifier que le rôle du thérapeute était d'aider à la verbalisation des affects : *« Ils font chercher, ils poussent à chercher dans le détail, à gratter ce qu'il pourrait se cacher sur ce que l'on peut dire. On parle plus de ce que l'on ressent, plus dans le détail, pas en surface. Et ça permet de partager ça avec les autres ».*

Dans les propos de Sabine à ce sujet on retrouve de nouveau cet aspect de cohésion dans sa perception des soins : *« Je les aime toutes bien, donc ça va, elles ont chacune leur caractère, y en qui nous aide à rigoler, d'autres qui viennent nous chercher, elles ont toutes leur petits trucs, on en a besoin »*

Pour elle, le rôle des thérapeutes : *« c'est un accompagnateur qui nous aide à nous exprimer de plusieurs façons. Chacun à sa façon. Qui nous aide à prendre sur nous, à vraiment nous faire chercher comment on est, qui on est. Il nous accompagne dans notre réflexion sur nous-mêmes».*

Pour Mélusine, le rôle du thérapeute est crucial dans la gestion du conflit et pour poser des limites contenantantes, mais aussi dans le soutien au travail psychothérapique : *« de donner un cadre, poser les limites, pour nous pousser dans nos limites à nous en fait. Ils nous accompagnent, ils sont là pour nous faire passer des petites étapes sans nous brusquer, et nous motiver aussi. Pour nous dire ce qui va pas et ce qui va. Je pousse mes limites. Ils sont stricts sur certaines règles, et ils nous poussent à nous dépasser. »*

Chez elle, le sentiment que les thérapeutes s'impliquent et sont authentiquement intéressés est très important pour permettre que s'établisse une relation de confiance : *« Ils sont vraiment là pour nous, ils sont impliqués, et on sent qu'ils sont intéressés ! »*

Nathan dit se sentir en confiance avec les soignants.

7.3.10 Recommandations :

Sabine et Oriane insistent sur l'importance du lâcher prise dans l'acceptation des soins : « *Oser se lâcher parce que c'est le moment, tu sais que les autres aussi vont parler d'eux, tu vas arrêter de culpabiliser pour pleins de choses* ».

« *Si on a besoin d'y aller, il faut y aller même si cela ne lui plaira pas il faut essayer et trouver un groupe qui convienne.* »

Sabine soulève le fait qu'être trop nombreux dans la prise en charge groupale nuit aux potentialités thérapeutiques du groupe, et donc met en évidence un facteur limitant dans la prise en charge groupale : « *Il ne faut pas être trop car après ça a plus le même sens si on est trop, il faut que le groupe nous aide, et aussi le thérapeute doit avoir du temps pour nous.* »

Mélusine souligne l'importance de l'implication personnelle dans les soins, et de la motivation au changement : « *c'est à chaque jeune de trouver sa manière d'être bien dans le groupe, c'est à notre niveau qu'il faut agir, il faut s'impliquer personnellement, le groupe nous pousse à nous adapter aux autres, mais c'est à nous d'agir, et de réagir et de faire attention.* »

7.4. Analyse des entretiens :

Ces entretiens avaient pour but de souligner quels étaient les facteurs de changement au sein des groupes à médiation thérapeutique pour de jeunes adolescents, en analysant leur vécu de la prise en charge groupale.

L'approche par des entretiens semi dirigés permettait d'extraire le plus d'informations possible de leur discours, et ainsi de pouvoir mettre en évidence les processus thérapeutiques en jeu selon le point de vue des patients, au sein des groupes à méditation. Tentons maintenant de dégager les points communs relevés dans les témoignages de ces jeunes patients, et les axes qui s'en dégagent.

7.4.1 Les processus groupaux:

Les effets de résonance émotionnelle du groupe :

A travers ces témoignages revient souvent la notion de partage de l'émotion au sein du groupe. « *De vivre la même chose que les autres était rassurant(...)* » souligne Oriane. « *Souvent on ressent la même chose* » nous dit Sabine. Chacun se reconnaît dans l'autre et dans les émotions qu'il exprime : « *J'aime écouter ce que les autres ressentent, vivent, ça permet d'extérioriser ce qu'on ressent* ». Les membres du groupe se sentent alors plus proches les uns des autres car ils reconnaissent entre eux l'humanité qui les rassemble et les soude. Ils s'identifient à la problématique de l'autre et aux émotions qui bouleversent son monde intérieur : « *Je me retrouve dans les autres* ». De même, comme le décrivent si bien Mélusine, Sabine et Oriane, entendre l'autre exprimer son ressenti fait écho et rentre en résonnance avec leur propre vécu émotionnel et affectif, ce qui leur permet de mieux reconnaître et identifier leurs émotions, et ainsi à travers le discours de l'autre arriver à mieux se comprendre et se connaître : « *ça permet de mieux me comprendre* » dit Sabine. Pour Oriane : « *On peut se trouver dans le même état que l'autre avec des similitudes(...)* ». Le groupe agit donc comme un miroir réfléchissant de soi-même.

L'empathie, la capacité à se mettre à la place de l'autre, participe à ce phénomène de diffusion de l'émotion au sein du groupe : « *Y a des moments (...) où on ressent la douleur de l'autre* » nous dit Sabine. Foulkes (41) décrit également ce phénomène : « *La résonance est un bon exemple de communication, sans aucune interaction précise, sans aucun message émis ou reçu, et qui n'est pas de nature télépathique mais qui est en réalité purement instinctive.* »

René Kaës (26) évoque quant à lui la notion de résonnance fantasmatique groupale. Au sein du groupe se propagent des fantasmes communs qui viennent unifier le groupe. Un de ces fantasmes unificateur est celui de la fusion entre les membres du groupe : « *Il y a un lien qui se crée avec le reste du groupe, je sens que j'ai ma place dans le groupe* » dit à ce sujet Oriane. « *Il n'y a personne avec qui on ne s'entend pas* » explique Sabine concernant le groupe de l'HDJ. La diffusion et la propagation de l'imaginaire et des fantasmes groupaux instaure une communication inconsciente entre les membres du groupe, qui selon R.Kaës va amplifier la dynamique thérapeutique.

Pour Roussillon (42) le groupe se crée une enveloppe englobant et contenant tous ses membres, une sorte de corps commun qu'il nomme Soi de groupe et qui correspondrait à ce partage émotionnel et fantasmatique au sein du groupe : *«Par sa face interne, l'enveloppe groupale permet l'établissement d'un état psychique trans individuel que je propose d'appeler un Soi de groupe : un groupe a un Soi propre. Mieux encore il est Soi. Ce Soi est imaginaire. Il fonde la réalité imaginaire des groupes. Il est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes. C'est lui qui rend le groupe vivant. »*

Selon ces témoignages, le partage des émotions permet d'augmenter les capacités d'empathie envers ses pairs et d'améliorer les capacités d'introspection et de mentalisation des affects par un jeu de résonance émotionnelle entre les membres du groupe.

L'expression émotionnelle et la mentalisation des affects :

Le groupe et la médiation, nous disent les patients interrogés, favorisent l'expression des émotions, l'extériorisation des conflits intra psychiques plus ou moins conscients. De cela Oriane dit : *« (la médiation) cela permet (...) de mettre des mots sans mettre des mots »*, elle rajoute combien l'expression de ses émotions lui apporte un sentiment de bien-être. Cette expression émotionnelle fait l'effet d'une libération, d'une purification de l'âme ou catharsis qui se trouve ainsi allégée du poids des choses non dites jusqu'à présent. Cet effet cathartique permet d'éprouver une sensation de détente et d'apaisement: *« Des fois j'ai honte d'avoir pleuré mais ça soulage »*.

La médiation va être un soutien à l'expression sur un mode métaphorique et symbolique. Comme le dit Sabine : *« ça permet de s'exprimer autrement (...) de faire marcher nos têtes »*. La médiation va aussi permettre une élaboration des affects cloisonnés, et des conflits intrapsychiques inconscients qui alimentent la souffrance psychique. Ce que Nathan a pu identifier à travers l'atelier marionnettes : *« On dit des trucs qu'on avait caché. Cela peut nous aider. »*

La médiation et le groupe : des espaces transitionnels :

La médiation offre un espace de rêverie précise Oriane dans son témoignage : « *Cela permet de s'évader* ». Le cadre du groupe, en occupant cette fonction de maternage, de soins suffisamment bons (en référence à la mère suffisamment bonne définie par D.Winicott psychanalyste et pédiatre anglais), permet le déploiement de la créativité et de l'imagination de chacun, de créer un espace transitionnel, un espace d'illusion entre le réel et l'imaginaire, permettant de lever les inhibitions psychiques qui entravaient jusqu'alors tout recours à la vie fantasmatique et imaginaire pourtant source de ressources internes. Le cadre groupal a donc pour but de favoriser une atmosphère propice à l'introspection, encourageant le lâcher prise, le dévoilement de son monde intérieur, l'expérimentation et l'expression de soi.

La notion d'aire transitionnelle a été élaborée par D.Winnicott (32). L'aire transitionnelle, dans le développement psychoaffectif de l'enfant, désigne une zone intermédiaire, située entre le « moi » et le « non-moi », entre le subjectif et la perception objective, entre la réalité intérieure et extérieure à soi. C'est précisément dans cet espace transitionnel que la créativité primaire de l'enfant s'exprime, à l'image du jeu, première activité créatrice, fondement préalable de toute vie culturelle de l'adulte.

La fraternité des « bizarres »:

Si au départ les modèles d'identifications, que renvoie le groupe thérapeutique, sont peu valorisants (la communauté des gens « bizarres » dont parlent Oriane et Sabine), progressivement et assez rapidement au cours de la prise en charge, se forment des liens autour de mécanismes d'identification très forts. Identification à une communauté de gens partageant et acceptant leurs faiblesses et leur vulnérabilité. Cette identification aux fragilités des autres membres permet de créer une atmosphère de bienveillance et de respect mutuel comme le décrit Mélusine, un « *esprit de groupe* » valorisant l'authenticité des échanges, la tolérance, l'expression des émotions, le respect : « *On a tous nos points faibles, ça donne plus confiance en soi et en l'autre* »...

Les dispositifs groupaux et de médiation favorisent par l'atmosphère de tolérance respectueuse qui y règne l'expression des émotions malgré les craintes que le fait de trop se dévoiler peuvent susciter. Or pouvoir verbaliser son ressenti et le sentir accueilli par le groupe soulage. Ce support groupal d'identification favorise l'affirmation de soi, et participe à étayer les assises narcissiques de chacun.

La crainte du débordement émotionnel et de l'insécurité :

L'arrivée dans un dispositif de soin groupal va réveiller des angoisses d'intrusion et de débordement émotionnel. Comme le raconte Sabine le groupe a fait émerger chez elle la peur de se dévoiler et de perdre toute intimité : « *J'avais peur que ce soit trop intime* ». Par ailleurs, l'expérience du groupe théâtre a également décuplé chez Mélusine et Oriane la peur de s'exposer au regard de l'autre.

Mélusine évoque aussi comment le groupe vient mettre ses difficultés relationnelles en évidence ainsi que sa peur du débordement émotionnel et pulsionnel : « *Est-ce que je vais les supporter ? Est-ce que je vais être agressive ? Est-ce que je vais m'emporter ?... (...) j'avais peur de déborder, que j'aille trop loin...* ».

La contenance du cadre groupal :

Dans son témoignage, Mélusine insiste sur les limites et le cadre du groupe qui apportent un sentiment de sécurité et permettent que se déploient l'agressivité et les conflits dans une juste mesure. Les angoisses et les affects douloureux qui traversent les membres du groupe sont absorbés et dépassés par la contenance portée par le groupe lui-même. Ainsi le groupe assure les fonctions de *holding et de handling*. C'est D.Winnicott qui a défini les termes de *holding et handling* appliqué au développement psycho affectif de l'enfant. Winnicott désigne par le terme de *holding* (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. L'aspect essentiel du maintien, souligne-t-il, est le

fait de tenir physiquement l'enfant. Le centre de gravité du nourrisson ne se situant pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère ce qui rappelle la définition de l'intersubjectivité.

De fait le cadre occupe une fonction de soutien, de contenance psychique permettant de limiter l'envahissement et le submergement par les angoisses qui peuvent traverser le groupe. Cette fonction maternelle primaire est donc tenue par le groupe lui-même, par la cohésion et la solidarité existant entre les membres du groupe.

Mélusine suggère que le rôle du groupe et des thérapeutes, en plus des règles édictées, est fondamental pour assurer cette sécurité et cette solidité face aux conflits, assurant une fonction de pare excitation : *« Il y a quelque chose de cadrant dans le groupe, les infirmiers sont là pour cadrer pour éviter la violence et la méchanceté »*. Selon Pierre Privat (43) le cadre tenu par le thérapeute sert à *« protéger des effets de l'agressivité qui empêchent le groupe de fonctionner »*.

Dans les années 1970, J.B Chapelier et P.Privat ont participé à la réflexion autour du cadre thérapeutique dans les thérapies groupales pour enfants. Leurs réflexions ont pris essor grâce à l'expérience empirique que ces deux praticiens avaient du groupe thérapeutique. Ils ont pu observer et mettre en évidence combien le risque de désorganisation collective était important lorsqu'aucun cadre entourait la prise en charge groupale. Le cadre participe à l'action thérapeutique et fait que l'activité groupale n'est pas à but purement occupationnel, mais a des vertus soignantes.

Le cadre dispositif selon Pierre Privat (28), tient un rôle fondamental et structurant notamment dans les groupes avec des adolescents en prise avec des problématiques narcissiques, où la relation à l'autre oscille entre le désir d'emprise et de possession de l'autre ; et la destructivité. L'agressivité et la destructivité proviennent de la lutte anxieuse contre la menace de désobjectivation, de perte identitaire liée à la mise en groupe vécue comme une violence.

La question de la contenance groupale nous permet d'aborder la notion d'enveloppe psychique du groupe ou autrement dit Moi peau (44) comme l'a défini Didier Anzieu. Le Moi-

peau selon le concept d'Anzieu joue un rôle de barrière protectrice contre l'excitation et de contenant pour la pensée, et constitue une métaphore des rôles et des fonctions du dispositif groupal. Le concept du Moi peau considère que le Moi est avant tout un Moi corporel. C'est à partir de son expérience sensuelle et corporelle que l'enfant se forge une représentation de lui-même et de ses limites. La définition du Moi-peau repose sur les différentes fonctions de la peau. La première est celle d'un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein. La peau, deuxième fonction, est aussi la surface de séparation (interface) qui marque la limite par rapport au dehors et le maintient à l'extérieur : c'est la barrière qui protège contre la pénétration des avidités et des agressions d'autrui, êtres ou objets. Enfin la peau, troisième fonction, est un lieu et un moyen majeur de communication avec les autres, permettant d'établir des relations. De fait nous retrouvons dans la définition de ce concept toutes les propriétés thérapeutiques recherchées dans le dispositif groupal : un espace contenant et sécurisant qui permette de partir à la découverte de soi-même et de l'autre.

En résumé, la contenance du groupe groupale repose sur différentes fonctions qui peuvent être assimilées aux préoccupations maternelles primaires comme définies par les psychanalystes dans le développement psycho affectif de l'enfant. Cette contenance est tout à fait primordiale dans le soin, de même que cet espace de créativité et de liberté offert par le cadre groupal.

L'illusion groupale et le conformisme

Un autre des phénomènes groupaux mis en lumière et illustré par les propos de Sabine est l'aspect fusionnel des relations entre les membres du groupe, et la tendance à l'uniformisation des pensées et du comportement. Chez Sabine ce mouvement d'appartenance groupale s'illustre par son utilisation du pronom personnel « on » ou « nous », tout le long de l'entretien. Ce phénomène semble refléter un désir de se fondre dans le groupe, dans le but de l'incorporer, et d'être relié à lui. Ce mécanisme se rapproche du besoin d'attachement primaire qui relie l'enfant à la mère, et semble répondre à un sentiment d'insécurité interne.

Pour les individus qui composent un groupe ce phénomène de cohésion groupale présente à la fois des aspects négatifs mais aussi des aspects positifs sur le plan thérapeutique dont le dispositif groupal essaiera de tirer le meilleur parti. Pour les jeunes patientes anorexiques comme Sabine suivies à l'hôpital de jour, l'illusion groupale vient consolider l'alliance aux soins et leur acceptation : *« ça m'a fait bizarre de voir qu'il y avait autant de filles qui avaient la même maladie que moi (...). C'est ça qui m'a permis de comprendre que c'était une maladie. Quand j'ai vu les filles qui s'en sortaient, j'ai compris que j'allais aller mieux »*. L'espace de soin représentant pour ces patientes un espace sécurisant et contenant qu'elles idéalisent, et un espace où se vit une fraternité chaleureuse basée sur l'entraide, la compréhension mutuelle et l'empathie. Comme le dit Sabine : *« Ce qui m'a le plus aidé c'est de voir qu'il y avait d'autres gens comme moi »*.

La position du thérapeute :

Les thérapeutes sont perçus comme un point d'ancrage central par les patients interrogés, et participent au maintien de la cohésion groupale : *« Le thérapeute cela permet le lien »* dit Oriane. Ils sont aussi identifiés comme étant un nécessaire soutien à l'expression des émotions et à la verbalisation des affects : *« Ils poussent à chercher dans le détail, à gratter ce qui pourrait se cacher. On parle plus de ce que l'on ressent, plus dans le détail, pas en surface »*.

Mélusine abonde en ce sens en disant que les thérapeutes viennent : *« donner un cadre, poser les limites pour nous pousser dans nos limites à nous (...) pour nous pousser à nous dépasser »*.

Les soignants ont aussi un rôle de cadre, et de pare-excitation apportant le sentiment nécessaire de sécurité. De même l'implication émotionnelle et affective des thérapeutes : *« ils sont impliqués et on sent qu'ils sont intéressés ! »* auprès du jeune, leur accordage affectif à l'expérience subjective du patient, favorise la rencontre qui permet au jeune de se sentir soutenu et compris.

Le thérapeute a pour rôle de confronter le patient avec ses attitudes, sentiments ou comportements négatifs et inconscients comme le raconte Mélusine. Cette confrontation amène le patient à regarder en face et à reconnaître ses émotions, ses attitudes.

Concernant les qualités humaines que doit posséder le thérapeute S.H Foulkes (39) dit qu'il doit être :« *raisonnablement ferme et enclin à la réalité dans sa propre personne. Il doit avoir perdu la tentation de jouer à Dieu et d'utiliser son groupe pour sa propre satisfaction, c'est-à-dire qu'il doit avoir résolu son propre complexe d'Oedipe. Il aime et respecte le groupe et son but est de faire des membres de ce groupe des individus responsables d'eux-mêmes. Il veut remplacer la soumission par une coopération entre égaux et en terme d'égalité. En dépit de sa sensibilité émotionnelle, il possède la confiance qui naît de la modestie et le courage de conduire tel qu'il naît de sa responsabilité sociale* ». C.Roger (45) (chapitre 3) rejoint la pensée de Foulkes lorsqu'il considère qu'un thérapeute de groupe «*doit avoir conscience de ses limites et de ses forces ainsi que de l'effet de ses gestes et attitudes sur le processus groupal* ». Pierre Privat (43) quant à lui insiste sur la place particulière du thérapeute au sein des groupes, en raison de la différence générationnelle qui existe entre lui et les adolescents pris en charge. Cette différence permettant selon lui aux jeunes d'élaborer autour de leur relation à l'adulte grâce à cette relation privilégiée et particulière qui s'instaure dans le cadre du groupe thérapeutique. Pour C Constatino et M.Billard (31) le thérapeute de groupe participe au processus thérapeutique en lui-même, et de ce fait il est garant du bon fonctionnement du groupe. Le psychisme du thérapeute est ainsi mobilisé au cours du groupe thérapeutique, il ne peut donc faire l'économie d'un questionnement personnel en lien avec sa pratique, le risque étant qu'il fasse alors porter aux patients des éléments de sa propre histoire personnelle. Cette dernière considération vient souligner l'importance des temps de supervision par un thérapeute extérieur au groupe de la prise en charge. La médiatisation apportée par la supervision est un soutien à la pensée des thérapeutes venant pointer les mécanismes en jeu à la fois au niveau groupal mais aussi individuel pour chaque patient, et d'analyser les relations transférentielles, contre transférentielles et inter-transférentielles.

7.4.2 Les bénéfiques ressentis :

La détente, le bien-être :

Bien-être procuré à la fois par le côté hypnotique des médiations, mais aussi en lien avec les moments de convivialité informelle.

Améliorer l'estime de soi, le dépassement de soi :

Interrogés sur ce qui leur a permis de se revaloriser et de porter sur eux même un regard plus positif les patients ont souligné notamment l'importance de réaliser jusqu'au bout une création, d'éprouver ainsi leur créativité, et leur capacité de mener à terme un projet, et donc leur détermination malgré les difficultés rencontrées. En outre ce qui semble participer à restaurer une estime de soi va être le regard bienveillant du groupe, ainsi que le soutien de ses membres. Cet appui permet au sujet de mieux s'affirmer et de réévaluer le regard qu'il porte sur lui-même, en acceptant les aspects de soi perçus comme des défauts. Petit à petit, et parallèlement à une meilleure acceptation de soi, Mélusine par exemple souligne comment elle est arrivée à se libérer des entraves imposées par la peur du jugement, en prenant plaisir à exprimer sa créativité.

Apprendre à se connaître:

La médiation, ainsi que les processus groupaux permettent au sujet d'être plus conscient de ce qui se passe en lui, de ce qu'il ressent, et de la manière dont il se perçoit. L'espace groupal permet cela car en effet, l'identité de chacun se construit dans l'intersubjectivité, dans la rencontre de l'autre.

Si on considère le groupe comme un espace offrant une enveloppe contenant maternelle, assimilable à l'image de la mère « suffisamment bonne » définie par D.Winicott, on peut alors rapprocher les fonctions du cadre groupal de la fonction alpha maternelle définie par W.Bion. Selon Bion, le nourrisson est bombardé de données sensorielles confuses qu'il ne peut comprendre. Il projette alors sur sa mère cette expérience angoissante. Lorsqu'elle est « suffisamment bonne », elle accueille ce que le bébé vit et lui donne du sens. En d'autres termes elle « digère » cette projection et la rend dans un format « pensable »,

assimilable psychiquement. C'est ce que Bion nomme la fonction alpha dont nous avons déjà précédemment parlé. De cette façon la mère contribue à la formation d'un psychisme chez l'enfant en lui prêtant son propre psychisme. Il pourra bientôt, seul, par la pensée, assumer ses expériences frustrantes ou angoissantes. Ainsi le groupe offre aux patients la possibilité de projeter leurs angoisses et grâce au travail de symbolisation qui peut passer par la médiation, rendre ces angoisses compréhensibles : « *Je ne suis plus dans des interrogations je comprends totalement ce que je vis, je sais contre quoi je suis énervée. Avant j'avais de grosses angoisses, je ne savais pas pourquoi, je ne pouvais pas mettre de mots dessus* ».

L'autonomisation:

Mélusine et Oriane mettent en avant dans leur discours combien le travail en groupe leur a permis de gagner en autonomie. Comme Mélusine le raconte, grâce au groupe elle a appris à exprimer ses sentiments sans honte ni culpabilité, lui permettant d'instaurer envers elle-même et avec les autres des rapports plus authentiques et plus sereins. Lui permettant ainsi de sortir d'un vécu d'impuissance et de passivité vis-à-vis de ses sentiments, et réajuster sa façon de vivre les choses. De même, Mélusine exprime le fait qu'elle a appris à se suffire à elle-même, et à s'occuper, à prendre des décisions pour sa vie et son existence. Elle sort peu à peu de l'emprise de l'angoisse pour s'ouvrir au monde et à elle-même, sa prise d'initiative et sa liberté s'en trouvent augmentées. Enfin Mélusine ainsi qu'Oriane, s'autorisent aussi progressivement au cours du travail groupal à se détacher du regard d'autrui qu'elles imaginaient scrutateur. Ceci leur permet ainsi d'agir en fonction de leur désirs personnels et non pas en fonction de ce qu'elles imaginent du désir de l'autre. Il s'opère alors une véritable levée d'inhibition des processus psychiques.

Le groupe thérapeutique va être ainsi un étayage et un soutien du processus d'individuation séparation. Ce mécanisme va s'appuyer sur le travail de groupe axé sur la relation aux pairs, favorisant les jeux d'identifications hors du champ familial, mais aussi en axant le travail sur la relation avec l'adulte. C'est en investissant le groupe de pairs que l'enfant ou l'adolescent va acquérir petit à petit une autonomie psychique dégagée de l'emprise familiale.

Accepter la conflictualité dans les rapports à l'autre

Le cas de Mélusine illustre bien comment le groupe lui a appris à tempérer son agressivité. Agressivité qui, par ailleurs, éveille chez Mélusine beaucoup d'angoisse de par la peur du débordement, et de la perte du contrôle pulsionnel.

Améliorer la relation à l'autre :

La place que chacun occupe dans le groupe, et le type de relation et d'échanges qui se tissent avec les autres membres du groupe informent le sujet sur son fonctionnement psychique, affectif, relationnel, et permet ainsi au sujet de se réajuster, et d'apprendre à mieux se connaître, à mieux saisir ce qui se passe en lui-même.

Pour conclure ce qui ressort de ces témoignages, et qu'il nous paraît intéressant de souligner, ce qui soigne, ce n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir ses fantasmes dévoilés et rendus conscients. C'est faire l'expérience d'une vie émotionnelle douloureuse trouvant un espace dans lequel elle est reçue et contenue, mais aussi l'expérience de nouvelles formes de relations interpersonnelles, de communications, aller vers plus d'affirmation de soi, d'autonomie, et d'apaisement. Grâce à la contenance et à la sécurisation apportée par le dispositif du cadre, le lien à l'autre et l'intersubjectivité peut s'envisager de façon sereine pour des sujets soumis à des angoisses en lien avec leurs failles narcissiques.

Les processus thérapeutiques qui entrent en jeu dans les thérapies groupales et à médiation sont multiples et complexes, car pluridimensionnels. Ils s'inscrivent à la fois au niveau groupal, mais aussi dans l'espace intersubjectif, dans l'intrapsychique, ainsi que dans les effets inducteurs de la médiation. Le groupe et le cadre groupal constituent en soi un soin pour des sujets à vifs, aux assises narcissiques bancales, en difficultés pour établir des liens satisfaisants et gratifiants avec les autres et avec eux même.

Nous observons à travers ces divers entretiens la solitude affective dans laquelle sont plongés ces jeunes adolescents, solitude dans laquelle les plonge une angoisse indicible et paralysante. Le soin groupal offre à ces patients l'opportunité de briser cette solitude, et de partir à la rencontre de l'autre et par ce biais, à la rencontre d'eux même. Car c'est dans la

rencontre de l'autre, dans le regard de l'autre que se construit en partie le sentiment d'être soi, participant au processus de subjectivation qui se déploie à l'adolescence. La subjectivation étant définie comme la capacité du sujet à s'informer de son propre fonctionnement psychique. Ce processus de subjectivation s'inscrit à la fois en plein et en creux, nous dit D.Marcelli (46) : « *d'un côté, le regard de l'autre sur soi, nécessité absolue, conditionne l'émergence du sentiment de soi ; d'un autre côté, le développement de la psyché trouve son ferment le plus propice dans l'écart introduit par le jeu des défaillances et des manquements dans la place qu'occupe l'autre, cet écart entre ce qui est attendu et ce qui advient* ». Le sentiment d'être soi se nourrit de ce qui se passe dans l'intersubjectivité, c'est-à-dire dans la rencontre avec l'autre.

IV Prescription médicale du groupe thérapeutique :

En nous appuyant sur l'ensemble des références théoriques et cliniques abordées précédemment, nous allons dans cette partie évoquer les différentes étapes de la prescription d'un groupe thérapeutique ainsi que les points permettant de s'assurer du bon déroulement du groupe durant la prise en charge.

1. Etapes de la prescription d'un groupe thérapeutique :

1.1 Les indications :

Dans les exemples cliniques évoqués dans cette thèse nous avons pu observer que l'indication de groupe thérapeutique ne repose pas sur un diagnostic de pathologie mais

plutôt sur un diagnostic de fonctionnement psychique. En effet nous ne prescrivons pas de groupe dans le but clair et précis de lutter contre un syndrome dépressif ou un trouble envahissant du développement.

En revanche, l'indication d'un groupe thérapeutique sera posée devant l'observation de difficultés à communiquer, à associer ses pensées, à mentaliser ses affects, à investir sa réflexion, sa vie fantasmatique et imaginaire, à être en lien avec l'autre, à reconnaître ses émotions, à poser un regard introspectif sur soi-même, ou même devant des défauts de contenance psychique... De ce fait poser l'indication de ce type de soin impose au médecin d'avoir une connaissance assez fine et approfondie du patient d'une part, et d'autre part des particularités de chaque groupe thérapeutique.

Dans les cas d'Oriane et d'Emilie les indications étaient basées par exemple sur l'inhibition névrotique des processus de pensée, sous tendue par des angoisses de séparation massives, entravant le processus de séparation individuation de leur milieu familial.

L'indication de groupe peut également être posée, comme pour le groupe de patientes anorexiques, sur le besoin de créer une alliance aux soins, et un soutien entre pairs. Ceci afin notamment de favoriser plus tard la relance de la pensée associative qui permettra de reprendre leur développement psycho-affectif.

De même la recherche de contenance psychique offerte conjointement par le dispositif groupal et les médiations peut orienter vers la prescription de groupe thérapeutique. En effet la structure et le cadre du groupe ainsi que l'outil de médiation, participent à constituer une enveloppe psychique procédant du même mécanisme que le Moi Peau défini par Didier Anzieu. Ainsi dans ce but le groupe thérapeutique à médiation peut être indiqué chez des patients présentant des angoisses psychotiques de morcellement, de perte d'identité, avec une représentation floue de leurs limites corporelles et psychiques comme dans le cas de Paul. Dans ce cas l'indication de groupe repose sur le travail autour des limites entre le soi et le non soi, entre le dedans et le dehors. De plus le processus thérapeutique va s'appuyer sur les dimensions sensorielles et motrices proposées par la médiation, ainsi que sur la diffraction du transfert à l'œuvre au sein du groupe.

Toutefois penser l'indication de soin groupal exige de s'assurer que le jeune patient pourra supporter les angoisses suscitées par la mise en groupe, comme la peur de perdre son individualité, la peur de libérer son agressivité ou de ne pouvoir la contenir... Comme nous l'avons vu dans l'exemple de Mélusine, travailler sur les difficultés psychiques et relationnelles du sujet peut conduire à le mettre dans une situation qui le poussera à remettre en cause son fonctionnement et son mode de défense psychique habituel. Cette remise en cause peut être à la fois douloureuse et salvatrice. En prenant de la distance avec son mode de fonctionnement antérieur, le sujet peut arriver à percevoir les mécanismes qui entretiennent et nourrissent sa souffrance psychique. Cependant ce travail psychique implique de se faire progressivement et pas à pas pour ne pas acutiser les failles narcissiques du sujet et fragiliser l'identité qu'il s'est construite jusqu'alors.

Mélusine explique très bien dans son témoignage combien l'angoisse de se retrouver dans une situation de groupe était à l'origine très envahissante du fait de la peur de la perte du contrôle pulsionnel, et la peur de ne pouvoir contenir son agressivité envers l'autre. Selon les théories des thérapies narratives, l'identité n'est pas figée et définitive. Elle se construit plutôt à partir de ce que l'on se raconte sur soi-même, et donc à partir des relations avec les autres, de ce que les autres nous renvoient de nous-même. Ce sont les récits à propos des expériences vécues et validés par les autres qui donnent forme à l'identité. Une personne qui est perçue comme agressive, anxieuse, timide...etc, peut se conformer à une histoire qui l'enferme dans cette identité.

Or a posteriori même si cela fut éprouvant et difficile pour elle, avoir réussi à dépasser ses peurs, a permis à Mélusine d'éprouver une satisfaction narcissique majeure. Nous pouvons présager que cette expérience émotionnelle et relationnelle lui a permis d'identifier ses ressources cachées, et de modifier le regard qu'elle se portait sur elle en lui révélant de nouvelles compétences, et ainsi de modifier son identité. Ce cas illustre aussi l'importance de l'attention des soignants pour accompagner et soutenir de façon sécurisée, c'est-à-dire progressivement, pas à pas, le travail psychique à l'œuvre.

Nous supposons cependant dans cet exemple que la structuration névrotique du psychisme de Mélusine lui a permis de supporter ce que lui a renvoyé le groupe de son fonctionnement.

De fait, réfléchir à la question des indications du groupe thérapeutique impose de réfléchir à celle des contre-indications. Comme nous venons de le voir avec Mélusine, le processus psychothérapique en groupe bouleverse les représentations qu'a le sujet de lui-même et du monde qui l'entoure ; en même temps qu'il mobilise ses capacités psychiques et cognitives. Ce changement des perceptions et du monde interne du patient exige dès lors une structuration psychique assez stable pour pouvoir supporter cette remise en question qui peut faire vaciller ses assises narcissiques et identitaires. De plus le vécu ou les angoisses d'intrusion suscitées par le groupe peuvent générer une reviviscence de traumatismes psychiques ou physiques passés.

Par conséquent le groupe thérapeutique peut être contre indiqué chez des patients qui présentent une décompensation psychiatrique en cours entravant leurs facultés cognitives et fragilisant leurs défenses psychiques. Il peut s'agir de patients délirants, pour qui le groupe va être persécutant et acutiser leur délire. Ou bien de patients présentant des troubles thymiques majeurs avec des éléments dysphoriques, dans ce cas le groupe sera source d'excitation et de stimulations qu'il leur faut justement éviter. Il peut s'agir aussi de patients présentant un syndrome dissociatif que ce soit de nature psychotique, de nature anxieuse, ou dans le cadre d'un syndrome de stress post traumatique...

Des précautions, voire même des restrictions, devront également accompagner la prescription de groupe pour des patients dont la symptomatologie se manifeste par des troubles du comportement à type d'agitation psychomotrice. Le risque étant que le groupe crée un effet d'émulation et que l'inclusion d'un tel patient vienne faire écho aux défenses maniaques d'autres patients composant le groupe, détournant et dévoyant ainsi l'effet de résonance émotionnelle. Dans ce cas se pose la question de contre indiquer temporairement l'indication de groupe thérapeutique. Le patient pourrait bénéficier au préalable d'une prise en charge individuelle avec médiation afin de l'aider à s'apaiser

physiquement et psychiquement avant qu'il puisse être envisagé une prise en charge groupale.

En ce qui concerne les patients de structuration psychotique ou souffrant d'un trouble envahissant du développement, stabilisés sur le plan de la clinique psychiatrique, il n'existe pas de contre-indication formelle au groupe thérapeutique mais plutôt des précautions à prendre au niveau du dispositif de soin. En effet comme le rappelle René Kaës (34), l'utilisation des techniques de médiation ne va pas de soi pour le patient psychotique. Car selon lui la médiation peut susciter des angoisses dans le rapproché qu'elle met en œuvre entre soi et l'objet. La manipulation de l'objet peut mettre dangereusement en question les limites entre dedans et dehors, entre moi et l'autre. Kaës insiste alors sur le rôle fondamental de l'accompagnement de l'expérience de médiation par l'écoute et la parole du soignant. En outre les précautions porteront sur le type de groupe proposé au patient, les objectifs du groupe, les outils thérapeutiques utilisés dans ce groupe, les particularités des autres membres composant le groupe, le nombre de patients inclus... En ayant soin de porter attention aux qualités de contenance de ce groupe.

Ainsi poser l'indication de soin en groupe nécessite d'avoir une idée assez précise du fonctionnement psychique de l'adolescent et des défenses en place. Ceci dans le but d'envisager comment l'accompagner au mieux dans le soin et surtout d'éviter tout risque de décompensation en lien avec les angoisses et la fragilisation narcissique que peut susciter l'entrée dans un groupe thérapeutique. De même le prescripteur devra s'attacher à écarter toute indication de groupe chez un patient dont la pathologie psychiatrique n'est pas assez stabilisée.

1.3 Quels sont les objectifs thérapeutiques ? :

Ici nous distinguerons les objectifs thérapeutiques appartenant au groupe, des objectifs personnels de chaque patient.

Les objectifs personnels de changement doivent être discutés avant le début des soins lors d'un entretien médical avec le jeune. C'est au patient de les définir et c'est au médecin de les valider s'ils lui paraissent réalistes et ajustés à la problématique. Ici tout l'enjeu est de pouvoir créer une alliance et une adhésion vis-à-vis du soin en rendant le jeune actif dans sa prise en charge en travaillant avec lui sur des objectifs de changement qui le motivent et lui tiennent à cœur. Ces objectifs doivent être personnels, précis, réalistes, concrets et objectivables. Ainsi pour exemple les objectifs pour Mélusine étaient d'améliorer son autonomie dans sa vie quotidienne c'est à dire pouvoir sortir et se rendre un peu plus au collège. Et aussi améliorer ses compétences sociales. Pour Oriane les objectifs personnels étaient aussi centrés sur le fait de se rendre plus souvent au collège, et pouvoir aller à la rencontre de l'autre. Pour Nathan il s'agissait d'améliorer ses compétences scolaires.

Ces objectifs personnels du patient doivent cependant être différenciés des objectifs de soin. Les objectifs du patient lui permettent d'avoir un but concret et visualisable à atteindre de par l'aspect symptomatique et comportemental qu'ils peuvent éventuellement revêtir. Les objectifs thérapeutiques quant à eux vont se baser sur l'observation de la psychopathologie du jeune. Ainsi ils peuvent être très variés et vont s'appuyer sur le cadre fixé au préalable et les médiations utilisées. Voici quelques exemples d'objectifs thérapeutiques pouvant être portés par le soin médiatisé en groupe : l'autonomisation, améliorer la relation à l'autre, améliorer l'estime de soi, améliorer les capacités de mentalisation des affects, ou d'empathie, l'expression et la reconnaissance des émotions, la relaxation, réengager le développement psycho-affectif de l'adolescence et le processus adolescent...

Le processus de changement engagé par le patient dans le but d'atteindre ses objectifs personnels va le conduire à répondre aux objectifs thérapeutiques alloués au groupe.

Les objectifs personnels et thérapeutiques doivent être revus lors d'entretiens médicaux, à intervalle réguliers au cours de la prise en charge, afin notamment de revoir si besoin les indications de groupe thérapeutique. Ainsi ces objectifs vont être des critères objectifs de jugement de l'évolution des soins à la fois pour l'équipe soignante et pour le patient lui-même.

Dans le contexte actuel de restriction budgétaire des dépenses de santé, revient souvent la question de la durée des soins. Cependant la seule pression financière ne peut dicter et déterminer le temps nécessaire pour une thérapeutique. La durée des soins doit en effet reposer sur des critères cliniques et médicaux. Toutefois il est important de pouvoir évoquer avec le patient et sa famille le terme de la prise en charge et ses conditions. Cette question permet déjà une amorce de mentalisation du processus de séparation et soulève en filigrane que le but de la thérapie est l'autonomisation du jeune.

Dans le contrat de soin fixé avec le patient et sa famille peuvent être inclus les critères d'arrêt des soins. Ces critères englobent évidemment la réalisation des objectifs thérapeutiques mais aussi le non-respect des règles du cadre thérapeutique, l'absence de motivation pour les soins du patient et de sa famille. Par ailleurs cette réflexion sur les critères d'arrêt vient soulever la question de l'arrêt des soins pour cause d'absence d'évolution du patient.

Dès lors il paraît intéressant qu'avant le début des soins le médecin puisse contractualiser les objectifs personnels et thérapeutiques avec le patient et sa famille. Cet entretien préalable en plus de participer à forger l'alliance vis-à-vis des soins, permettra de poser des échéances et les prochaines étapes du soin. Même si la durée du soin ne peut être estimée de façon précise il est important d'avoir à l'esprit que le groupe n'est pas une fin en soi et que le but final du soin est d'aider à l'autonomisation des patients, et de les orienter éventuellement vers une prise en charge individuelle. Il est important ne pas troquer la dépendance au milieu familial pour une autre dépendance.

Dans cette perspective d'autonomisation, l'orientation des patients sur les différents groupes va évoluer au cours de la prise en charge pour se tourner de plus en plus vers des groupes valorisant la prise d'initiative personnelle et l'autonomisation. Ainsi pour exemple la prochaine étape du soin pour Oriane est de participer au groupe théâtre, qui représente pour elle un véritable défi. De même progressivement au cours du soin, l'intensité des soins c'est-à-dire leur fréquence pourra décroître peu à peu. La décroissance permettant de symboliser les étapes de la séparation psychique et de l'individuation du jeune, et d'investir une psychothérapie individuelle.

Dans le but de réduire ces effets de dépendance vis-à-vis de l'institution vécue comme un substitut narcissique et identitaire, un système de parrainage entre les patients peut s'envisager. Les patients en soin depuis plus longtemps peuvent renvoyer aux nouveaux venus la perspective d'un mieux-être futur, comme ce que décrit Sabine dans son témoignage. Par ailleurs l'arrivée de nouveaux patients au sein du groupe va permettre aux plus anciens d'envisager et d'imaginer de nouvelles étapes dans leur démarche de soin.

1.3 Quel type de soin en groupe :

Une fois l'indication de soin groupal posé, le prescripteur devra se questionner sur le type de prise en charge le plus adapté en fonction de la problématique du patient et des objectifs thérapeutiques à atteindre

1.3.1 Quelle médiation ? :

En fonction des objectifs thérapeutiques recherchés et de la problématique en jeu on oriente les patients sur des médiations différentes. C'est pourquoi au sein d'une institution de soin en pédopsychiatrie le choix des médiations et des ateliers thérapeutiques proposés est très large. Cette diversité repose sur les possibilités matérielles, financières, ainsi qu'humaines de l'institution, mais également sur l'intérêt et le plaisir ressenti des thérapeutes pour les différentes médiations.

Voici quelques exemples des aspects thérapeutiques recherchés selon les différentes médiations :

Artistique : Relaxation, sensorialité, mentalisation des affects, symbolisation des affects, expression émotionnelle, partage émotionnel

Corporelle : Travail sur les enveloppes physiques et psychiques, le holding, le handling

Expression scénique, théâtre : sur la communication, expression émotionnelle, l'accordage affectif,

Psychodrame : éprouver des affects, mettre en scène et externaliser ses conflits intrapsychiques, accordage affectif, travail sur la relation à l'autre

Jeux : Sociabilité, lien à l'autre, mobiliser sa pensée et sa réflexion

Le choix du médiateur n'est donc pas neutre et vient questionner les besoins du patient en fonction de ses difficultés.

Ainsi comme nous l'avons vu dans le cas de Paul, ou de tout autre patient souffrant de trouble envahissant du développement, le médiateur agit comme une sorte de pare excitation face au risque de débordement pulsionnel, et comme un objet créateur de lien entre les membres du groupe. Pour Paul il était important que le soin médiatisé soit contenant, calme et apaisant. Ceci lui a permis d'éprouver sans être submergé par l'excitation des affects enfouis, mais aussi d'expérimenter un lien à l'autre sécure. La médiation collage de par la sensorialité à l'œuvre crée une enveloppe psychique contenante, un holding sensoriel, autorisant et accueillant les moments de régression des patients. En outre la relation à l'autre n'étant pas directe, chacun étant plongé dans une rêverie intime propice à la création, cela crée spontanément une distance relationnelle atténuant les effets de l'angoisse en lien avec la rencontre de l'autre.

Pour Oriane et Mélusine, même si les enjeux et la problématique sont très différents de ceux de Paul, il était aussi important que la médiation utilisée puisse avant tout mettre une distance avec l'autre, tout en leur permettant d'éprouver le fait « d'être avec » de façon sécure. En effet, au vu de l'inhibition comportementale qui les a conduit à bénéficier de soins psychiques, l'atelier théâtre avait été proposé d'emblée à ces deux patientes. Toutes deux ont évoqué dans les entretiens passés pour cette thèse combien cette expérience, qui les avait confrontées directement à leurs difficultés, avait été éprouvante émotionnellement. A l'issue de cette première expérience, Oriane était d'ailleurs tombée malade et ne s'était pas rendue pendant plusieurs semaines à la MUSE. Ce dont elle a pu dire par la suite qu'il s'agissait bien

d'une stratégie d'évitement. Devant les angoisses que manifestait Oriane à l'idée de faire l'atelier théâtre il fut donc décidé qu'elle ne participe pas à ce groupe. Aujourd'hui, après un an de soin à la MUSE, Oriane dit se sentir capable de dépasser ses peurs et de participer à ce groupe. Ce n'est qu'après avoir consolidé sa base de sécurité interne que le système défensif et de protection d'Oriane peut s'assouplir, améliorant l'alliance thérapeutique.

Concernant le psychodrame, ce choix pour des patientes anorexiques s'explique car ce média, du fait qu'il nécessite de faire usage d'imagination et de spontanéité, permet de diminuer les défenses opératoires et l'alexithymie en place dans l'anorexie. Cette médiation offre donc une voie d'accès à des affects habituellement refoulés et permet de créer un lien thérapeutique plus authentique, détournant les attitudes conformistes et lisses du faux self.

Pour Nathan, qui présentait une enveloppe d'agitation motrice, le choix des médiations reposait donc sur leurs propriétés contenantes. Médiations qui, en outre, comprenaient, dans leur approche thérapeutique, une dimension corporelle et sensorielle (marionnettes et musicothérapie). De plus le groupe dans lequel il était pris en charge, la musicothérapie, était un groupe restreint en nombre car il ne s'adressait qu'à trois patients. Cette caractéristique du groupe offre de fait un effet de cohésion et de contenance nécessaire afin de d'apaiser l'excitation et l'agitation psychomotrice d'un patient comme Nathan.

1.3.2 Quel cadre ?

Le cadre est comme nous l'avons vu est indispensable pour le bon déroulement du groupe, et est garant de ses effets thérapeutiques.

Le cadre englobe les règles de confidentialité, d'assiduité, de non passage à l'acte, de libre association des idées, et les objectifs de soin.

Par ailleurs le cadre va reposer aussi sur le mode de fonctionnement du groupe. Il peut en effet s'agir d'un groupe fermé dans ce cas les patients restent les mêmes du début jusqu'à la fin de la prise en charge groupale. Ou alors le groupe est dit ouvert comme dans les

exemples cliniques apportés dans cette thèse, c'est-à-dire que les inclusions sont possibles au cours de la prise en charge.

Le groupe ouvert a pour avantage d'éviter que le mode de fonctionnement du groupe se rigidifie autour de rituels inconsciemment mis en place, réduisant ainsi les effets de la résistance au changement. Cependant l'arrivée de nouveaux patients et le départ de membres du groupe peuvent déséquilibrer la dynamique groupale. A ce titre Sabine évoque l'impact affectif et émotionnel que certains départs peuvent causer sur l'ensemble du groupe. Toutefois ces mouvements d'arrivée et de départ permettent également d'impulser une certaine vitalité au groupe thérapeutique. Ils offrent aussi pour les membres du groupe la possibilité de se projeter dans un avenir, un futur proche où eux aussi se sentiront mieux, ou pourront envisager d'autres étapes dans leur démarche de soin.

De même il serait intéressant de réfléchir dans la mesure du possible aux qualités des thérapeutes qui animent le groupe, qui permettraient de mieux mobiliser les ressources internes du patient. Sabine explique par exemple que pour elle la diversité et la particularité de chaque thérapeute offrent aux patients la possibilité d'expérimenter divers modes relationnels, et diverses façons d'explorer leurs potentialités et leurs compétences.

De la même façon une attention particulière peut être portée, lorsqu'on pose l'indication d'un soin médiatisé en groupe pour un patient, aux particularités des patients qui composent déjà le groupe, en fonction de la dynamique de groupe que l'on recherche. Nous observons en effet que le processus thérapeutique recherché n'est pas le même dans un groupe de la M.U.S.E que dans un groupe composé uniquement de patientes souffrant de TCA. Au sein du groupe TCA par exemple est recherché pour y être exploité le phénomène d'identification mutuelle.

Ainsi le choix du groupe dans lequel sera pris en charge le patient présente certains enjeux. En effet un patient, comme Nathan ou Paul, présentant une agitation psychomotrice majeure ayant tendance au débordement pulsionnel, sera probablement mieux au sein d'un groupe composé de patients plus calmes que présentant la même symptomatologie que lui.

Le nombre de patients maximum au sein d'un groupe devra aussi être fixé au préalable. Car comme le relève Sabine quand il y a trop de personnes au sein d'un groupe thérapeutique la cohésion se dilue, ainsi que les capacités de contenance du groupe. De plus, plus un groupe est restreint en taille et plus le risque de propagation de l'excitation diminue.

2. Temps de reprise ou de supervision :

Le temps de reprise permet de réfléchir en équipe à la dynamique en jeu au sein d'un groupe thérapeutique. En général ce temps a lieu à intervalle régulier, tous les deux ou trois mois, en présence d'un thérapeute extérieur au groupe. Ce temps est nécessaire pour évaluer les effets du soin groupal sur chaque patient composant le groupe, et ainsi de réaménager le soin en fonction de leurs besoins, de leur évolution. Il est également questionné à ce moment-là l'intérêt médical de poursuivre ou d'arrêter la thérapie pour les patients, d'où l'importance que soit présent le médecin responsable des soins. Ce temps est également nécessaire pour évaluer la dynamique groupale qui s'est instaurée dans le groupe, ainsi que les transferts, contre transfert et inter transfert en jeu.

Cette analyse des effets de la dynamique groupale se fait sur trois niveaux :

- **Au niveau intrapsychique individuel.** Nous nous questionnons alors où en est le patient dans ses objectifs de soins. Pour cela le médecin sera attentif à l'évolution de sa posture, de son attitude, de son tonus moteur, de sa présence au groupe, sa façon de s'exprimer, le lien instauré avec les autres membres du groupe, sa place au sein du groupe, sa prise d'initiative, sa spontanéité, la qualité des liens associatifs qu'il fait, la clarté de ses propos, s'il arrive à exprimer son ressenti émotionnel, l'évolution de son esprit critique, de son ouverture sur l'autre et sur le monde, ses capacités d'empathie et d'ajustement au niveau relationnel etc... Le médecin portera également son attention sur l'individuation du patient au sein du groupe. Est-ce que le patient est dans un collage mimétique vis-à-vis d'un de ses pairs ? Quelle figure d'identification au sein du groupe a-t-il choisie ?

-Au niveau groupal. Nous observons alors la place spécifique au sein du groupe de chaque patient, et quel rôle joue-t-il : le perturbateur, le leader, la victime... Nous essayons à ce moment d'analyser le type de leadership. Le leader est-il capable de stimuler le groupe ? Est-ce que son action facilite la prise de décision ou au contraire l'entrave et musèle les participants dans une résistance passive ? Le leadership est-il centré sur un chef unique ou se diffuse-t-il au sein du groupe permettant une fluidité des échanges et des prises de décision ? Nous regardons également les facteurs de cohésion groupale : c'est-à-dire les mouvements d'identification, l'attrait pour l'appartenance groupale, le plaisir à être ensemble, l'attrait partagé pour l'action commune, la qualité des échanges. Nous devons également être attentifs aux fonctions méta-défensives en place au sein du groupe renforçant les postures défensives et rigides bloquant toute possibilité de changement, comme nous avons pu le voir dans le premier psychodrame.

-Au niveau relationnel. Le groupe apporte des informations au clinicien sur la façon dont chacun interagit avec l'autre, comment il communique, quels jeux il entretient de façon répétitive. Son mode d'interaction témoignant de son style d'attachement. L'évolution des relations que les patients entretiennent entre eux au sein du groupe va pouvoir refléter leur évolution sur le plan clinique. En effet on peut présager qu'un adolescent prenant plus d'initiatives, se montrant plus adapté et à l'aise dans la relation avec l'autre, trouvant la juste distance relationnelle, ni trop avide, ni trop fuyant ou agressif, se sent suffisamment sécurisée pour activer son système exploratoire, et ainsi se comporter avec plus de souplesse dans ses échanges. Ces nouvelles expériences relationnelles vont permettre de forger une nouvelle histoire interactive pour le sujet, et ainsi modifier ses patterns d'attachement, ou modèle opérants internes qui influençaient jusqu'alors sa conduite. Les conditions propices pour que le système exploratoire s'active permettent au patient de développer ses capacités d'autonomisation, ses capacités d'empathie, de régulation émotionnelle, d'améliorer ses compétences sociales.

Le temps de supervision est un temps indispensable pour que le médecin prescripteur puisse s'assurer de la bonne évolution du soin. L'observation de la dynamique groupale relevée par les thérapeutes de groupe est riche en éléments cliniques dont le médecin a besoin pour réfléchir aux prochaines étapes du soin pour chaque patient et afin de rester

toujours ajusté aux besoins de l'adolescent. Pour que la thérapie médiatisée en groupe puisse rester créative et pour lui éviter de s'enfermer dans une routine mortifère, l'équipe soignante et médicale doit pouvoir se réinterroger régulièrement sur les enjeux du soin et comment les atteindre. Cela nécessite une grande part de créativité de la part des soignants et de l'institution ainsi qu'une certaine souplesse d'esprit garante d'adaptabilité. Cette créativité dans le soin nourrissant en retour celle des patients.

Comme nous venons de le voir dans ce chapitre la prescription de groupe thérapeutique implique de prendre en compte de nombreux paramètres. De cette rigueur médicale dépend la qualité du processus thérapeutique, et la différence entre de l' « occupationnel » et du soin.

Conclusion :

Le contexte actuel de crise financière tend à favoriser les économies en matière de dépenses de santé. Le dispositif thérapeutique du groupe vient dès lors répondre à ces exigences d'ordre économique que sont un minimum de soignants pour un maximum de patients. Cependant comme nous l'avons vu dans cette thèse prescrire un groupe thérapeutique engage une véritable réflexion médicale touchant aux bénéfices escomptés, aux précautions à prendre et éventuelles restrictions voire contre-indications. Le groupe thérapeutique n'est pas indiqué pour tous les patients, et il détient des actions thérapeutiques bien spécifiques. Ce type de soin ne peut remplacer une psychothérapie individuelle et vice versa car leurs buts et les moyens en œuvre sont différents.

Au sein d'une institution soignante le médecin est le garant de la préservation de la qualité des soins. Pour cela il doit pouvoir être convaincu de leurs bienfaits, et surtout savoir sur quels processus et mécanismes ces bienfaits s'appuient. De même le médecin doit connaître les règles de prescription des soins qu'il administre, ainsi que ses effets escomptés et ceux indésirables. La prescription du groupe thérapeutique ne déroge pas à ces exigences.

En réponse aux enjeux développementaux propres à l'adolescence, la médiation et le groupe viennent aider à travailler ce que la relation à l'autre a de fondateur et de structurant pour le psychisme de l'adulte en devenir. Ces enjeux s'inscrivent dans cette exigence de se construire une identité singulière et autonome, reflet des qualités personnelles du sujet et tentant de répondre à un idéal du Moi sociétal surmoïque. L'affirmation de soi paraît entravée par les besoins d'attachement et de sécurité interne car perçus comme aliénants aux yeux de l'adolescent désirant s'émanciper, grandir et s'autonomiser.

La médiation permet d'appivoiser la relation humaine par le décentrage qu'elle opère. Elle permet de se soustraire de la problématique adolescente qui régit le lien à l'autre c'est-à-dire la double menace abandon ou persécution. L'attention conjointe du groupe sur l'objet de médiation atténue les effets de cette double menace.

L'action thérapeutique du groupe est quant à elle portée pour partie par le cadre du groupe, apportant une contenance sécurisante, autorisant les adolescents à lâcher leur posture défensive et leur permettant ainsi un travail d'élaboration. Libérer le jeune des inhibitions de nature anxieuse entravant sa pensée, et l'empêchant d'éprouver du plaisir à réfléchir et à penser, procure un apaisement et une revalorisation narcissique comme Oriane, Mélusine, Sabine et Nathan ont pu en témoigner. En outre, le plaisir éprouvé dans la capacité réflexive retrouvée va progressivement aider le jeune à développer son autonomie psychique et à penser par lui-même.

Les entretiens avec ces patients témoignent également du fait que la prise de conscience que l'autre peut avoir les mêmes difficultés que soi, agit comme un levier thérapeutique et d'introspection. Ainsi le groupe thérapeutique pour adolescents s'appuie sur l'importance du lien qui nous rattache aux autres dans notre construction identitaire et offre un support

d'identification et d'appartenance autre que celui du groupe famille, soutenant le processus de séparation individuation, et permettant de travailler sur l'équilibre narcissico-objectal.

Le processus thérapeutique sous-tendant l'intérêt pour le soin médiatisé en groupe va reposer sur un ensemble de facteurs intriqués. Ces facteurs comprennent le bon fonctionnement de l'institution soignante dans laquelle sont mis en place les groupes, les qualités humaines et professionnelles des thérapeutes de cette institution, le cadre du groupe thérapeutique, ainsi que la pertinence des indications de soin groupal pour chaque patient.

Les indications de groupe thérapeutique reposent donc sur un diagnostic de fonctionnement psychique même si une connaissance précise du diagnostic psychiatrique reste nécessaire pour orienter le patient vers un groupe thérapeutique vraiment adapté à ses difficultés.

Les objectifs du soin doivent être définis au préalable en concertation avec le patient qui devient dès lors un acteur de sa démarche de soin concourant ainsi à stimuler sa motivation et son observance pour la prise en charge.

La prescription de groupe thérapeutique impose au médecin d'avoir une double expertise. Celle concernant la psychopathologie du patient et de son fonctionnement, et celle touchant aux particularités de chaque type de groupe thérapeutique à médiation au sein de l'institution.

Bibliographie

1. Dominique Cohou, « Les groupes médiatisés en hôpital de jour », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2006/2 (n° 47), p. 93-107.
2. Marcelli D, Braconnier A « Adolescence et psychopathologie » Collection les âges de la vie, Edition Masson
3. Brusset B « Psychopathologie de l'adolescence » page 2181 à 2199 « Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » sous la direction de Serge Lebovici paru en 2004
4. Le Breton D « Le mal de vivre adolescent », in David Le Breton, Cultures adolescentes, Autrement « Mutations », 2008 (), p. 165-174
5. Morin E, « L'esprit du temps » paru en 1962 Edition Grasset
6. Ehrenberg A « De la névrose à la dépression. Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine », Figures de la psychanalyse 2001/1 (no 4), p. 25-41.
7. Marcelli D « Adolescents et société : remarques sur les aménagements névrotiques et leur évolution dans le temps », Adolescence 2011/3 (n° 77), p. 585-593.
8. Saint André S et al. «Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique » Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 59 (2011) 169-175
9. Damasio A., 2010. L'autre moi-même. Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions. Odile Jacob, Paris.
10. Delage M, « Identité et appartenance. Le systémicien à l'entrecroisement du personnel et de l'interpersonnel dans les liens humains », Thérapie Familiale 2014/4 (Vol. 35), p. 375-395.

11. Roussillon R., 2013. La pulsion messagère et l'intersubjectivité in N. Georgieff, M. Speranza (eds). Psychopathologie de l'intersubjectivité. Elsevier Masson, Paris, p. 91-104.
12. Jeammet P « Vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence » Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Congrès, Amiens , FRANCE (14/05/1993) 1994, vol. 42, n° 8-9 (10 ref.), pp. 395-402
13. Thomson C . « La fêlure adolescente », Les troubles psychotiques chez l'enfant et l'adolescent, ERES « Le Carnet psy », 2013 (), p. 173-179.
14. Jeammet P « les destins de la dépendance à l'adolescence »,Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,vol 38, n°4-5,1990p.190-199.
15. Marcelli D et Catheline N « Ces adolescents qui évitent de penser, pour une théorie du soin avec médiation » Edition Eres, la vie devant eux 2011
16. Jeammet P. Les enjeux identificatoires à l'adolescence. J Psychanal Enfant 1991;10:140–63
17. Nicole Catheline « Intérêt thérapeutique des groupes institutionnels à médiateur dans la prime adolescence » p83 revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, édition ERES, num 31
18. Emmanuelli M « Les processus de pensée à l'adolescence : l'éclairage projectif », Psychologie clinique et projective 2014/1 (n° 20), p. 79-92. DOI 10.3917/pcp.020.0079
19. Guédeney N et Lamas C, « Concept de système motivationnel : les systèmes impliqués dans le phénomène de base de sécurité » dans « L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée »
20. Milijkovitch R " L'attachement au niveau des représentations" dans "L'attachement: approche théorique" de N.Guédeney, et A.Guédeney, Edition Masson
21. Atger F et Lamas C « Attachement et adolescence » dans « Attachement : approche théorique » de Guédeney
22. Falguière J, Rouchy J.C, « Éditorial : L'individu et le groupe », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2006/1 (n° 46), p. 5-7.

23. Chapelier J.B, « Intérêt de l'approche groupale avec les enfants et les adolescents », in François Sacco et al., Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe, ERES « Groupes thérapeutiques », 2013 (), p. 29-41.
24. Quelin Souligoux D, « Ensemble se séparer », revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, N 32, 1998.2 Edition Eres
25. Anzieu D, Martin J.Y, « La dynamique des groupes restreints » Editions PUF
26. Kaës R « Les théories psychanalytiques du groupe », Edition Que sais je ?
27. Petit D et Sanchez M « De la précarité psychique au bouc émissaire : le groupe thérapeutique », Enfances et psy 2015/3,num 67, p81-92,
28. Privat P, Quelin Souligoux D « Travailler avec les groupes d'enfants » Approche thérapeutique. Edition Dunod
29. Pines M « L'Influence de John Rickman et de Melanie Klein sur W.R. Bion. », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 1/2009 (n° 52) , p. 7-18
30. Maisonneuve J, « La dynamique des groupes »,Edition PUF Que sais je ?
31. Constantino C et Billard M «Fonction contenante groupes et institution soignante » Cliniques, 2011/1 n 1,p 54 76
32. Winnicott D., Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, 1953, trad. fr. in : Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975
33. Petit J.P « Des images à l'œuvre : le travail de collage comme mise en lien » page 27 de « Pratiquer les médiations en groupe thérapeutique » Edition Dunod,
34. R.Kaes « Médiation, analyse transitionnelles et formations intermédiaires » dans B.Chouvier et coll, « les processus psychiques de la médiation, Paris, Dunod, 2002.
35. Mille C « Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 63 (2015) 332-340
36. Rabeyron T « Associativité, symbolisation et entropie : propositions théoriques et cliniques » Annales Médico-Psychologiques 173 (2015) 649–658

37. Jeammet P « Les aménagements de la séparation à l'adolescence : place des médiations » dans Les processus psychiques de la médiation » de Bernard Chouvier, Edition Dunod
38. Lony Schiltz "Multimodal arts psychotherapy with adolescents suffering from conduct disorders" The Arts in Psychotherapy Volume 41, Issue 2, April 2014, Pages 187–192
39. Foulkes, S. H. (1964). "Therapeutic group analysis" page 65
40. Avron O. « La pensée scénique » Edition ERES
41. Hinshelwood R.D., « Bion et Foulkes. Le groupe comme un tout. », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 1/2009 (n° 52) , p. 99-109
42. Roussillon : »proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations »le carnet psy num 141, 2010, p 28 31
43. Privat P« «Accueillir, contenir, transformer en groupe thérapeutique d'enfants » Eres « groupes thérapeutiques » 2009, pages 67 à 76 :
44. Kaës R, « DU MOI-PEAU AUX ENVELOPPES PSYCHIQUES Genèse et développement d'un concept » in Didier Anzieu et al., Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites ERES | « Le Carnet psy » 2008 | pages 67 à 87
45. Rogers C.R "Les groupes de rencontres, Animation et conduit de groupe". Edition Interédition paru en 1970
46. Marcelli D « Adolescence et subjectivation. Une déconstruction de l'intersubjectivité ? » *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* Volume 55, Issues 5–6, September–October 2007, Pages 251–257

Annexe 1

Grille d'entretien :

1/ Recueil de l'anamnèse et le contexte du début des soins :

- Pour quelles raisons tu reçois des soins ?
- Comment les soins ont-ils débuté ? Etais tu d'accord ?
- Quels sont tes objectifs thérapeutiques ?
- Qu'est-ce que tu pensais du groupe thérapeutique avant de commencer ? Avais-tu des peurs, des appréhensions ? Qu'imaginais tu qu'il s'y passait au sein de ces groupes ?
- Bénéficies-tu en parallèle d'une prise en charge individuelle ?

2/ Vécu du groupe en général, sociabilité du jeune :

- Comment te sens tu en général dans un groupe ?
- Est-ce que tu parviens à nouer contact avec des gens que tu ne connais pas ?
- Est-ce que tu arrives à faire confiance aux autres ?
- Comment t'entends-tu avec les gens de ton âge ?

3/Vécu, sentiment global par rapport au groupe thérapeutique :

- Quels bénéfices attendais-tu du groupe thérapeutique ?
- Comment as-tu vécu les premières séances ?
- Y-a-il eu une évolution de ton vécu du groupe thérapeutique depuis que tu as commencé ?
- Y-a-t-il eu des moments difficiles où tu t'es senti mal sur le groupe ? Pour quelles raisons ? Comment as-tu réagi face à ce mal être ?

- Qu'est ce qui t'as aidé ?
- Après coup, qu'est ce qui, selon toi, t'aurait aidé ?
- As-tu déjà manqué des séances ? pour quelles raisons ?
- As-tu déjà pensé arrêter le groupe ? pour quelles raisons ?
- Comment vis tu l'arrêt du groupe pour les vacances par ex ? comment vis tu la séparation avec le groupe ? ou l'arrêt du groupe ?
- Si tu as déjà arrêté un groupe comment cela s'est-il passé ?
- Que penses-tu du médium utilisé ? Es-tu à l'aise avec ? Qu'est-ce que cette technique ce médium t'apporte comme sensations agréables ou désagréables ?
- Comment vis tu le regard que l'on porte sur ton attitude ou ta création au sein du groupe ?
- Que ressens-tu avant d'entamer une nouvelle création ? Que ressens-tu quand tu réalises une création ? Que ressens-tu quand tu as fini ta création ?
- Comment vis tu le fait de parler de ta création /ressenti devant le groupe ? Est-ce un moment important pour toi ? Que penses-tu d'entendre parler les autres de leur création/ressenti ? Et que ressens tu quand les autres interagissent autour de ta création/ressentis ?
- Qu'est ce qui t'a le plus aidé dans ce groupe ? Qu'est-ce que cela t'a apporté ?

4/ Qualité relationnelle avec les autres membres du groupe, mouvement d'identification d'appartenance :

- Quelles relations as-tu avec les gens du groupe ?
- Ces relations ont évolué au cours de la prise en charge ?

- Qu'est ce qui t'a aidé à te sentir à l'aise, en confiance avec les autres membres du groupe ?
- Qu'est ce qui t'aurait aidé à te sentir plus à l'aise/en confiance avec eux ?
- T'es-tu déjà senti exclu sur le groupe thérapeutique ?
- As-tu déjà eu peur d'être jugé par les autres ou le thérapeute ? Qu'est ce qui nourrissait cette peur d'être jugé ? Comment as-tu pu te tranquilliser par rapport à la peur du jugement ?
- As-tu la sensation de partager quelque chose avec eux ? Et en quoi cette expérience de partage peut-elle être aidante dans la vie de tous les jours?

5/ Qualité relationnelle avec les thérapeutes : analyse du transfert :

- Quel rôle a le thérapeute selon toi ?
- Te sens-tu en confiance avec le thérapeute ? Qu'est ce qui te permet de te sentir confiant vis-à-vis de lui ?
- En quoi sa présence aide ? (Est-ce qu'il te rassure ? Est-ce qu'il permet d'aider à la relation aux autres ? Comment circule la parole en sa présence ?)

6/bénéfices perçus depuis le début du groupe :

- As-tu perçu du changement en toi depuis le début du groupe ? A quel niveau ? (émotionnel, relationnel, estime de soi)
- En quoi le groupe thérapeutique t'a-t-il aidé dans tes difficultés? Et comment ?
- Qu'est ce qui t'a le plus aidé ?
- Qu'est-ce que le groupe thérapeutique apporte de différent par rapport à une prise en charge individuelle ?
- Qu'est ce qui a permis que tu te sentes à l'aise dans le groupe ?

- Est-ce que ta perception /compréhension de tes difficultés a changé ? En quoi ? Et comment le groupe thérapeutique peut aider en cela ?

- Qu'est ce qui t'a mis mal à l'aise, ou en difficulté ?

- Quel est le souvenir que tu garderas en mémoire ?

- Quelle est la création dont tu te souviendras le plus ?

7/ Avis sur le groupe :

- Selon toi de quoi le groupe thérapeutique aurait besoin pour être plus efficace ? As-tu des recommandations ? Aurais-tu des conseils à donner à un jeune à qui on proposerait un groupe thérapeutique ?

Annexe 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS DESTINES AUX PARENTS, ET AU PATIENT :

Avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique les buts de ce projet de recherche et ces procédures. Il indique les coordonnées de la personne avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Votre enfant est actuellement ou bien a déjà été pris en charge en groupe thérapeutique dans une institution de soins psychiques.

Tu bénéficies actuellement, ou bien tu as déjà bénéficié, de soins psychiques au sein d'un groupe thérapeutique.

C'est à ce titre que nous vous sollicitons. En effet, ma thèse de docteur en médecine porte sur l'analyse du vécu subjectif du groupe thérapeutique par les adolescents pris en charge dans une unité de soin pédopsychiatrique. Cette étude tente de définir quels sont les facteurs, selon les patients, qui favorisent le changement dans le groupe thérapeutique, et quelles sont les spécificités des soins en groupe par rapport aux soins individuels. Cette étude essaye ainsi de définir et d'affiner les indications pour le groupe thérapeutique pour adolescents.

Ainsi, nous proposons à l'adolescent bénéficiant de thérapie en groupe de participer à ce travail de thèse qui se déroulera sous la forme d'un entretien unique. Les thèmes abordés seront en lien avec leur vécu du groupe.

Les informations recueillies seront anonymes (votre nom n'apparaîtra pas et votre prénom sera modifié), confidentielles et utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Ces entretiens seront enregistrés sur audio avec votre

consentement, puis ces données enregistrées seront détruites au terme de ce travail. Lors de l'entretien, le participant pourra refuser de répondre à certaines questions ou décider de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à fournir de raisons. Dans ce dernier cas, tous les renseignements personnels le concernant, incluant les enregistrements, seront détruits.

Cette thèse se fait sous la direction du Dr Gétin, pédopsychiatre au S.H.I.P et sous la présidence de Monsieur le Professeur Venisse, médecin psychiatre à l'hôpital Saint Jacques.

Nous espérons que vous serez intéressés par cette recherche pour laquelle votre collaboration est très précieuse et que vous accepterez d'y participer.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Vous pouvez me contacter par mail : agathe.pechberty@hotmail.fr

Agathe Pechberty, interne en pédopsychiatrie, CHU de Nantes.

L'adolescent en soin :

-Pour les mineurs Je soussigné(e)....., représentant légal de consens librement à sa participation à ce travail de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients (le cas échéant) du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du représentant légal

Date.....

-Pour les majeurs Je soussigné(e).....consens librement à participer à ce travail de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients (le cas échéant) du projet de

recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du ou de la participant(e).....

Date.....

Chercheur :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients (le cas échéant) du projet de recherche au participant. J'ai pu répondre au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur.....

Date.....

Ce formulaire est à réaliser en deux exemplaires originaux, dont le premier sera gardé par Me Pechberty et le deuxième remis aux participants.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM : Pechberty-Pautal

PRENOM : Agathe

Titre de Thèse :

Intérêt thérapeutique et prescription médicale des groupes thérapeutiques à médiation chez les adolescents.

RESUME

Au cours de sa pratique professionnelle le médecin pédopsychiatre est amené à prescrire des thérapies de groupe à médiation à des patients adolescents. De nombreuses questions sont soulevées par cette prescription. Tout d'abord quels sont les enjeux développementaux et psychopathologiques que devra relever et soutenir le soin groupal. Ensuite quels sont les phénomènes groupaux sur lesquels s'appuie le processus thérapeutique en jeu dans cette forme de prise en charge. Le médecin devra se questionner sur comment utiliser et potentialiser au mieux la dynamique groupale et les effets de la médiation afin de poursuivre les objectifs thérapeutiques du patient. Ce travail de thèse se propose d'explorer et de dégager, à travers des cas cliniques et l'analyse du vécu du soin des patients pris en charge en groupe thérapeutique à médiation, des axes qui permettront d'aider et de guider le praticien dans sa prescription de groupe.

MOTS-CLES

Groupe thérapeutique ; médiation ; adolescence ; prescription

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les

perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.