

ANESTHÉSIE PSYCHIQUE ET ADDICTION A L'ALCOOL

Une approche du psychodrame de groupe

avec des patients addictifs a l'alcool

Guillaume POUPARD*

RESUME

Nous proposons dans cette présentation d'interroger l'état d'anesthésie psychique et les mécanismes qui le sous-tendent, en particulier les conditions de son apparition et de son traitement dans la dynamique de la relation intersubjective et groupale. Nous étudierons également, les spécificités du travail psychothérapique avec des patients addictifs à l'alcool dans des groupes de psychodrame et notamment les caractéristiques du transfert, l'amorçage sensoriel et la relance de l'activité de liaison du Préconscient. Pour cela nous mettrons en relief les critères de repérage de l'état d'anesthésie psychique, puis nous caractériserons le déclencheur du mécanisme de mise en anesthésie ainsi que la fonction de ce dernier dans la mise en suspens d'un état de tension intrapsychique. Enfin, nous établirons une relation entre les effets transformationnels repérables au sein du dispositif psychodramatique groupal et les modalités d'étayage psychique proposées par les cliniciens et / ou le groupe.

Mots clefs : groupe, psychodrame, alcoolisme, anesthésie psychique, anesthésis, dysliaison, conteneur-énergétiseur auxiliaire.

* Docteur en psychologie clinique et psychopathologie, psychologue clinicien, thérapeute en libéral / gp@poupard.fr

PRESENTATION

« Le groupe de l'attendu »

A) État tensionnel (corporel et mental)

Dix minutes après le début de la séance un premier groupe de patients entre dans la salle. Les autres arriveront eux aussi, par petits groupes, de façon échelonnée durant l'énonciation des règles de fonctionnement. Ces entrées successives scandent le temps de la séance, et chacun des participants expérimente cette "dysrythmie". De plus, les différents groupes, ainsi formés, se trouvent en possession d'une partie différente des règles ; ainsi débute ce "groupe de groupes" où seuls de sourds raclements de gorge répondent à de brefs soupirs, à de longs souffles, à quelques phrases agressives adressées aux retardataires et à de très longs instants de silence.

B) État d'anesthésie psychique (corporel, verbal, psychique)

Un lourd silence s'installe pendant lequel chacun s'enfouit dans ses pensées. Les regards ne se croisent pas, la tension muette envahit l'espace désert. Les interventions des moniteurs de groupe ponctuent de longs moments d'immobilité suite auxquelles chacun sort de son isolement pour y replonger après avoir esquissé un mouvement de tête ou un très léger sourire.

Dans ce temps infini qui s'écoule au rythme d'un sablier, je me demande où ils sont et à quoi ils peuvent penser. Ces questions sans réponse aucune, me plongent peu à peu dans un léger et aspirant état hypnoïde. Une douce chaleur envahit mon corps qui s'alourdit et se relâche de plus en plus ; je me laisse glisser dans ma chaise. Mes pensées, qui ne se fixent sur aucun point particulier se déroulent lentement comme si elles flottaient dans un espace cotonneux. Partiellement absent je perçois des sensations physiques et psychiques caractéristiques d'un état de légère somnolence. Seule, l'évocation par monsieur M du jeu de la séance de groupe précédente et son interrogation sur le rôle qui y

a été joué « la dernière fois, quel rôle on avait tenu déjà ? », me permet de sortir de cet état semi-comateux et d'inviter chacun des membres du groupe à se reconnecter psychiquement avec les expériences groupales antérieurement partagées. Réactivant les souvenirs d'une histoire précédente, il me permet de m'extirper de cet état "d'engluement", me redressant physiquement en m'agrippant fermement aux accoudoirs de ma chaise. Ce sursaut de conscience, je tente de le prolonger en balayant du regard les différents participants et pour éviter de m'enfoncer à nouveau dans cet état d'anesthésie, je me centre sur les fugaces réactions corporelles et les mimiques des patients presque figés. Mon invitation à formuler les pensées qui les traversent ne rencontre que le silence comme unique réponse, entrecoupé de souffles et de légers bruits ; je plonge alors comme aspiré dans un état quasi hypnotique, agréable, duquel je ne ressortirai qu'à l'arrivée bruyante d'un nouveau retardataire. J'espère alors qu'il puisse soutenir la rupture d'avec "l'enveloppe soporifique" et résister au processus d'anesthésie afin de permettre à chacun de s'en dégager. Or, malgré son interrogation sur l'état du groupe : « c'est quoi, c'est le silence absolu, c'est la relaxation ? », malgré les réponses teintées de colère : « non, mais on t'attendait, tu dois faire un sketch, tu es en retard tu es puni ! », phrases sur lesquelles je m'appuie pour nommer la souffrance provoquée par l'absence, le silence réinvestit sa demeure et chacun s'évapore lentement dans l'espace groupal. Ma présence évanescence ne se maintient que par quelques unes de mes scansion verbales ou celles introduites par certains participants :

- GP « plus le silence s'installe, plus il s'installe »

- Mr X « il manque quelqu'un là ou quoi ? »

- GP « ça fait deux fois que nous l'évoquons, ça peut faire partie d'un scénario »

(...) silence

Il faudra attendre l'intervention d'une des monitrices de groupe, pour que chacun sorte de la torpeur qui l'envahit et qui paralyse sa capacité de penser ; un scénario pourra alors se construire.

- Mo Gpe « et comme ça, on attend l'absent... l'absent est coupable d'être en retard, il sera puni d'être obligé d'avoir les pensées de tous. Il sera obligé de donner ses idées à tout le monde »

- Mr X « qui est absent ? »

- Mr V « on peut faire la réunion d'anciens buveurs abstinents, qui se réunit de manière hebdomadaire et qui se rend compte que... qui échangent leur opinion, leur mode de vie »

- GP « quel serait le point de tension dans ce jeu ? »

- Mr V « un qui arrive en retard ».

(...)

- Mr V « ou alors, ce jour là, il s'est remis à boire et il avait oublié son rendez-vous habituel »...

« *Le groupe de l'attendu* » insiste sur l'expérience et les effets de l'absence d'un membre du groupe et met en exergue l'émergence d'un état manifeste de torpeur repérable chez un clinicien et probablement partagé par les autres membres du groupe (homologie fonctionnelle, contagion psychique). Ce moment clinique permet de préciser les caractéristiques de cet état de conscience singulier (distorsion du temps, dissociation, baisse de l'activité psychique et physique, retrait des investissements psychiques, paralysie), mais aussi les conditions d'un possible dégagement (maintien de l'activité de penser, remobilisation physique). De plus, il ouvre sur la présence de différentes formes d'enveloppes groupales (enveloppe soporifique, enveloppe de présence en négatif).

Introduction

Cette présentation est issue d'une recherche conduite autour de la spécificité du travail psychothérapique avec des patients addictifs à l'alcool dans des groupes de psychodrame.

Nos points de buté :

- les modalités d'intervention psychothérapiques habituelles dans des groupes de psychodrame qui ne trouvaient pas d'écho chez les patients rencontrés,
- le dispositif qui était l'objet de critiques et d'attaques des patients et des professionnels
- et un certain enlisement du travail de pensée qui caractérisait le déroulement de chaque séance de groupe.

Dans ce travail le recours à des conduites d'alcoolisation est pensé comme une stratégie - externe, ponctuelle, illusoire mais efficace - de **régulation des éprouvés psychiques** chez des patients addictifs à l'alcool,

Elles sont consécutives à des **moments de débordement émotionnel** qui apparaissent dans des **contextes spécifiques** (situation imprévue, absence relationnelle et/ou sollicitations externes).

Si les travaux théoriques autour des conduites addictives soulignent l'existence de troubles des capacités d'introjection et d'intériorisation de l'objet, les données cliniques issues d'une pratique de 8 années en institution mettent au contraire en évidence des **capacités manifestes de fantasmatisation, de scénarisation ou de jeu psychodramatique** chez ces patients addictifs à l'alcool.

Or, j'avais aussi remarqué, et de façon récurrente, la survenue d'un état de conscience spécifique que j'ai nommé plus tard *état d'anesthésie psychique* qui avait pour caractéristique principale d'être une **mise en suspens de l'activité de penser et d'éprouver des patients et des thérapeutes** engagées dans le dispositif thérapeutique.

Cette recherche a été conduite auprès d'adultes addictifs à l'alcool hospitalisés en centre d'addictologie ; je me suis appuyé sur 1000 séances psychodrame de groupe (600 h vidéo / 700 patients).

Je me suis alors plus particulièrement centré sur l'étude chez des patients présentant une addiction à l'alcool, des **facteurs et des mécanismes psychiques en jeu dans leur difficulté à tolérer certains éprouvés psychiques** ainsi que les **conditions de leur gestion dans l'espace psychothérapique**.

Mon hypothèse principale étant « **le recours au processus de dysliaison psychique comme stratégie de régulation des éprouvés psychiques** » chez ces patients.

Lors d'une précédente recherche (Poupard, 2002) j'avais proposé qu'une des fonctions des conduites d'alcoolisation était d'induire un état d'anesthésie des éprouvés psychiques. L'ingestion d'une substance psycho-active, le passage par l'agir et par la concrétude d'un objet étant alors envisagés comme des **tentatives de gestion externe de certaines tensions intrapsychiques massives** se développant dans des contextes d'absence relationnelle ; ce faisant, ces patients pouvaient faire l'expérience de ne pas être débordés par des tensions intrapsychiques.

Puis, toujours confrontés à l'émergence d'un désinvestissement affectif de la relation et du dispositif psychodramatique, mais aussi à la mise en suspens de

l'activité de penser et d'éprouver en situation thérapeutique groupale, je me suis centré plus particulièrement sur **l'étude de cet état de conscience spécifique** et sur les **modalités de traitement des affects et des représentations** dans des groupes de psychodrame accueillant des patients addictifs à l'alcool.

- J'ai alors proposé la **notion d'« état d'anesthésie psychique »** (état intrapsychique auto et/ou hétéro-provoqué qui trouve son pendant dans l'état induit par l'ingestion de substances psychoactives ; Poupard, 2009), **et étudié les mécanismes qui le sous-tendent** (conditions de son apparition et de son traitement dans la dynamique de la relation intersubjective et groupale),
- **J'ai ensuite défini le mécanisme d'anesthésis** (mécanisme de défense)
- J'ai enfin **précisé les spécificités du travail psychothérapique** avec des patients addictifs à l'alcool (caractéristiques du transfert, amorçage sensoriel, relance de l'activité de liaison du préconscient, fonctions conteneur auxiliaire et pare-excitatrice/ excitatrice auxiliaire).

Le matériel clinique recueilli lors de cette recherche est issu d'un dispositif aménagé de psychodrame psychanalytique de groupe, privilégiant la parole et proposant le passage par le jeu comme un des temps du travail psychothérapique. Ce dispositif interroge le transfert qui s'y produit, là même ou plus d'un autre est convoqué dans ses modes de fonctionnement psychiques singuliers.

L'« ETAT D'ANESTHESIE PSYCHIQUE »

J'ai défini l'état d'anesthésie psychique comme un « **état intrapsychique auto et/ou hétéro-provoqué qui trouve son pendant dans l'état induit par l'ingestion de substances psychoactives** ».

Cet état se repère :

- **au niveau corporel** par une baisse du niveau global d'excitation, une perception de chaleur corporelle et une entrée dans un état de pseudo-endormissement ;
- **au niveau verbal**, par une modification quantitative et qualitative des récits ;
- **au niveau psychique**, une chute du seuil attentionnel et une excitation intrapsychique.

Ainsi, à partir d'un dispositif de psychodrame psychanalytique de groupe, j'ai pu constater que les patients addictifs à l'alcool produisent des **discours et des constructions scénarisés centrés sur le factuel, le concret ou sur des éléments de réalité déjà vécue**. J'ai également mis en évidence, leur **non-engagement relationnel et leur désinvestissement du dispositif** dans ce type de situation thérapeutique groupale. De plus, j'ai mis en exergue le fait que **l'état de tension interne** désagréable qu'ils éprouvaient durant les premiers moments de la séance laissait ensuite place à un **vécu émotionnel relativement neutre ainsi qu'à une suspension de toute activité de penser ou de tout conflit intrapsychique**.

J'ai alors avancé que cet état interne a-tensionnel spécifique, nommé « état d'anesthésie psychique », est **favorisé par un certain nombre de mécanismes inducteurs** appréhendables :

- au niveau **discursif** (diminution qualitative de la production idéique, suspension de l'activité associative, réduction des expériences mobilisables, recours à des antinomies, des généralisations, des banalisations, accrochage au factuel et au déjà vécu...)
- au niveau **psychique** (allers-retours entre désirs et défenses, attaques des liaisons associatives, clivage, déni, idéalisation...)

- et au niveau **comportemental** (ruptures de rythme, retards, absences, désinvestissement relationnel, tendances-refus...).

Ce faisant, j'en suis venu à soutenir que la **mise en suspens partielle de l'activité de penser et d'éprouver barre temporairement la réactivation du fraying mnémonique et l'accès à l'image de l'objet absent.**

Par conséquent, les éprouvés psychiques intolérables n'envahissent plus la psyché des patients addictifs à l'alcool, fusse au prix d'une inertie psychique partielle (anesthésie psychique) vécue comme un **moment hypnagogique non créatif.**

En effet, parce qu'aucune liaison psychique entre l'objet absent et la représentation de l'objet n'est activée, ces patients resteraient dans cet **état de pseudo-paralysie, de « flottement sans désir ni affect apparent » où la tolérance de l'attente et de la nouveauté ne se poserait plus.**

LE « MECANISME D'ANESTHESIS »

Le constat du passage, plus ou moins rapide, entre un état de tension interne et l'état d'anesthésie psychique m'a ensuite conduit à questionner les stratégies psychiques mises en œuvre par ces patients. J'ai alors souhaité dégager puis d'étudier le **mécanisme de défense sous-tendant** l'état d'anesthésie psychique (Poupard, 2009), afin de préciser les caractéristiques intrinsèques et les conditions de sa survenue. En particulier, je souhaitais préciser les types d'angoisses et de stratégie de défense ou de dégagement qui mobilisaient ces patients.

Ce travail de recherche m'a conduit à nommer « mécanisme d'*anesthésis* », un mécanisme de défense actif contre un état de tension intrapsychique intolérable qui ne peut être régulé et qui est déclenché par la confrontation avec l'imprévisible, ou l'absence. Il consiste en la **mise en suspens des liaisons** entre des représentations et des affects, et entre des représentations entre elles. Il se caractérise par une **inactivation du frayage mnémonique** en dépit de sa réalisation et par un **état de l'énergie psychique** que j'ai qualifiée de « *dyslié* » et qui se trouve sous le primat *d'hypnos* (Poupard, à paraître). Stratégie de régulation des éprouvés psychiques face à l'inefficience du refoulement, il est une tentative de solution que l'on peut relier à la persistance d'un conflit entre le moi et la réalité du fait d'un **dysfonctionnement de l'activité de liaison du préconscient et de l'activité pare-excitatrice /excitatrice du moi**. Ce conflit donne lieu à l'émergence **d'angoisses archaïques de viduité ou de surtension** face auxquelles les patients addictifs à l'alcool tentent répétitivement de se défendre.

Ainsi, l'*anesthésis*, comme défense des patients addictifs à l'alcool contre l'émergence de pensées et d'affects intolérables, permet une **insensibilité à la souffrance psychique** par un démenti de la réalité et un **triomphe du narcissisme** (De Mijolla, Shentoub, 1973, 47-50), là même où des **traces d'expériences sensori-affectives – non prises dans un travail d'inscription** et de transformation psychique – ont laissé le sujet en proie à des angoisses intolérables. Seule la **mise en suspens** de l'activité de penser et d'éprouver peut être proposée comme substitut de la fonction de constance du Moi et comme tentative ultime de résistance face à un débordement pulsionnel potentiel. Le sujet se trouvant cependant condamné à errer dans l'espace mince et fragile qui sépare le risque de débordement, par émergence de processus primaires et du risque d'assèchement, par excès de processus secondaires. Enfin, j'ai avancé que le mécanisme d'*anesthésis* était repérable dans la **suspension de la libre**

association, mais aussi dans **l'altération de la mobilité, de la variété et de la richesse de la chaîne associative individuelle et groupale.**

Aléas dans la constitution d'un objet interne

Ces propositions rejoignent l'hypothèse chez les patients addictifs d'avatars du développement des relations d'objets, d'aléas du processus d'introjection et de faible stabilité de l'objet interne avancées par Mc Dougall (1978), Gutton (1984) et Jeammet (1994-1995). Ceux-ci ayant alors recours à certaines stratégies défensives spécifiques afin de lutter contre les angoisses archaïques massives qui le submergent ; position soutenue par certains auteurs indiquant qu'il « devient alors évident que l'addiction, c'est-à-dire la transformation d'un comportement de consommation d'un produit plaisant et/ou stimulant et/ou calmant en une dépendance et un mode de résolution des difficultés internes et externes, est à mettre en relation avec ce qui conditionne cette défaillance de la constitution de l'objet » (Pedinielli, Rouan, Bertagne, 1997, 59).

Cependant, j'ai alors mis en évidence comment le mécanisme d'*anesthésis* et l'état d'anesthésie psychique rendaient paradoxalement possible la relance du **processus d'élaboration**. En effet, j'ai montré que l'accrochage à la réalité et au factuel sont à la fois une **stratégie d'évitement** de la tension corrélative à l'imprévu ou à l'absence, mais aussi une **stratégie d'étayage** du processus d'élaboration psychique. En effet, les éléments de réalités ramenés en séance même s'ils paralysent ou retardent le processus d'exploration du scénario, sont comme les restes diurnes dans le travail du rêve, un matériel à partir duquel se tisse le contenu manifeste. Par conséquent, en s'appuyant sur des éléments de réalité vécue, ces patients pourraient « **pré-jouer** » et « **pré-penser** » mentalement un scénario, et ainsi, « **s'auto-protéger par anticipation** » des

éprouvés psychiques à venir. Position qui rejoint la proposition selon laquelle « anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir : en prévoyant d'avance ses propres réactions émotionnelles ; en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles » (Ionescu, Jacquet, Lhote, 1997, 139).

« Conteneur et énergétiseur auxiliaires »

Face à la singularité des modalités relationnelles de ces patients addictifs à l'alcool (contiguïté de demandes affectives massives et de rejets massifs), j'ai souhaité questionner les types d'angoisses mobilisés par la rencontre « d'un ou plus d'un autre » et les conditions de l'alliance thérapeutique.

Il m'est apparu que **l'aménagement du dispositif psychothérapique** (aire de proximité distanciée, limitation spatiale ; Poupard, 2003a, 2003b) et de la **modalité relationnelle** (synchronie relationnelle, passage par le signe, soutien de la fonction « pare-excitatrice / excitatrice auxiliaire », maintien de la fonction « conteneur / énergétiseur auxiliaire ») sont les conditions nécessaires au déploiement des capacités de transformation - c'est-à-dire de relance de la fonction de liaison du préconscient - puis de régulation de tensions intrapsychiques desdits patients (Poupard, 2004). Nous rejoignons en cela la position développée par Bion (1962) puis Gimenez (2010) concernant les quatre temps du travail de pensée du clinicien (recevoir, garder, transformer, restituer). **Travail de pensée** dont le patient fait l'expérience et qu'il introjecte alors au cours du processus psychothérapique, mais aussi **expérience singulière** contenue au cœur du dispositif psychothérapique qui vise à permettre aux patients de **développer leurs appareils à penser les pensées** en s'étayant sur la capacité de rêverie et la fonction alpha du clinicien et / ou du groupe.

Conclusion

« **Entre rien et trop** », c'est de ce côté que j'ai situé la question de l'économique et de la gestion de l'énergie pulsionnelle. **La gestion par anesthésie psychique** offre une mise en suspens de l'état de tension interne, mais suppose un « ensommeillement » de l'activité de penser et d'éprouver ; le conflit intrapsychique n'étant pas traité, mais tout au plus, ponctuellement différé. Nous assisterions ainsi à **une régression topique** dans la mesure où le sujet suspend ses investissements du système conscient, ce qui entraîne un abandon de l'épreuve de réalité ; les fantasmes de désir pouvant pénétrer dans le système et être reconnus comme une réalité. Cette modalité de traitement de l'état de tension interne se caractérisant ainsi par un **désinvestissement énergétique temporaire** rendu nécessaire du fait d'une **confrontation à l'inconnu ou à l'absence**. J'ai proposé le terme de « *dysliaison* » (Poupard, 2009) pour définir cet état spécifique de l'énergie psychique consécutif à une défense contre le « trop ou trop peu pulsionnel », dangers majeurs pour l'économie psychique ; « *dyslié* » et non forclos (Mc Dougall, 1982) tel est le terme que nous pourrions employer pour définir la suspension de phénomènes inter-pulsifs (Avron, 1996) que nous observons dans ces moments d'anesthésie psychique et qui nécessitera de poursuivre plus avant les piste ouverte par cette recherche.

Bibliographie

Avron, O., (1996). *La Pensée scénique. Groupe et psychodrame*, Toulouse, Érès.

Bion, W.-R., (1962/1979). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

Bion, W.-R., (1962/1983). « Une théorie de l'activité de pensée », *Réflexion faite*, Paris, PUF, p. 125-135.

De Mijolla, A., Shentoub, S.-A., (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Paris, Payot.

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

Gutton, P., (1984). « Pratiques de l'incorporation », *Adolescences*, 2, p. 315-338.

Ionescu, S., Jacquet, M.-M., Lhote, C., (1997). *Les Mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Paris, Nathan.

Jeammet, P., (1994). « Dépendance et séparation à l'adolescence, point de vue psychodynamique », in D. Bailly, J.-L. Venisse (dir.), *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson.

Jeammet, P., (1995). « Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction », *Cliniques méditerranéennes*, 47-48, p. 155-175.

Mc Dougall, J., (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard.

Mc Dougall, J., (1982). *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard.

Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Bertagne, P., (1997). *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF.

Poupard, G., (2002). « Addiction à l'alcool, dispositif psychothérapeutique et régulation des internes », mémoire de DEA en psychologie clinique et psychopathologie, université de Provence, Aix-Marseille-I.

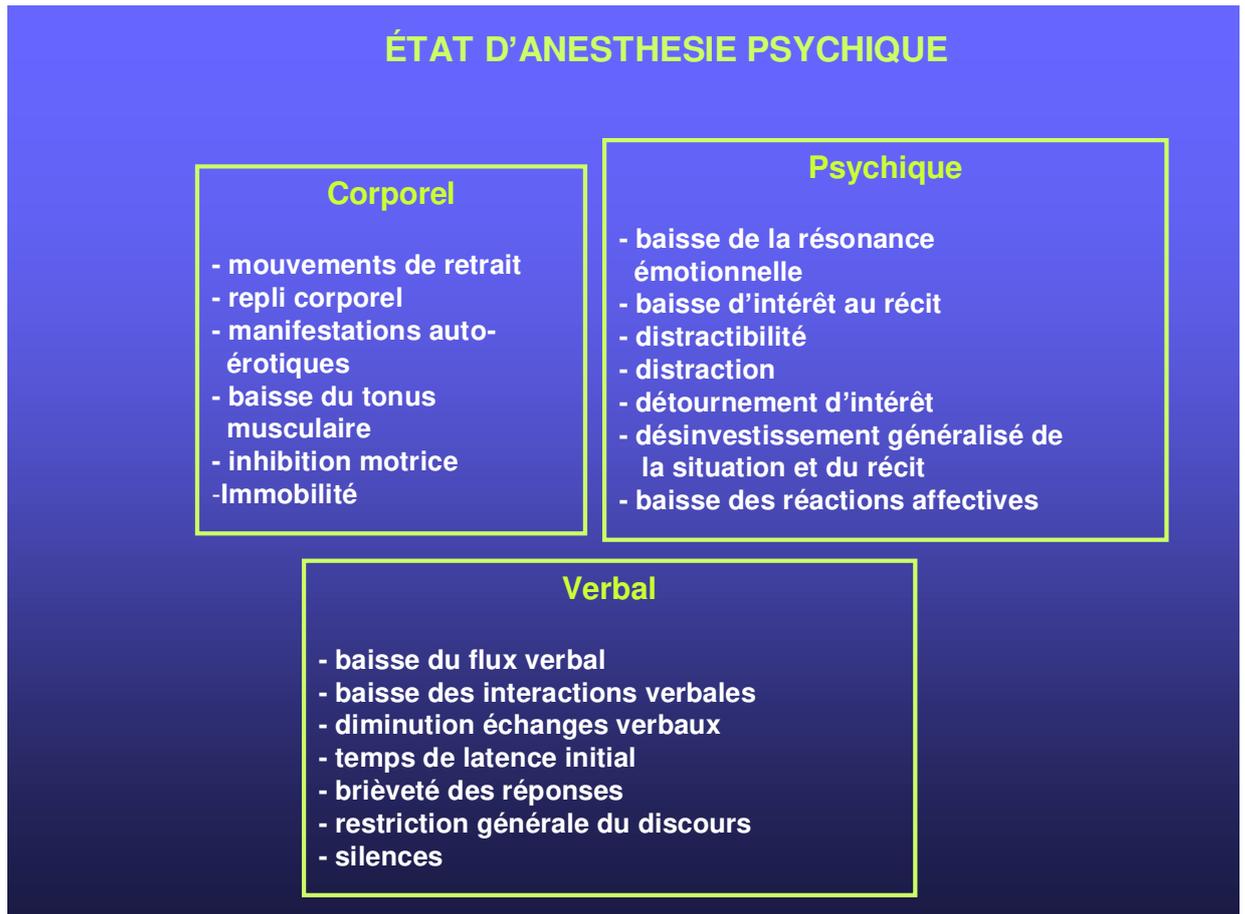
Poupard, G., (2003a). « Anesthésie des éprouvés internes et objets de relation dans des groupes d'alcooliques », in *Groupe, violence et objets de relation*, actes des journées d'études du COR, Aix-en-Provence, p. 87-98.

Poupard, G., (2003b). « Dispositif psychodramatique et alcoolisme », *Psychologues et psychologies*, 168, p. 12-15. Paris.

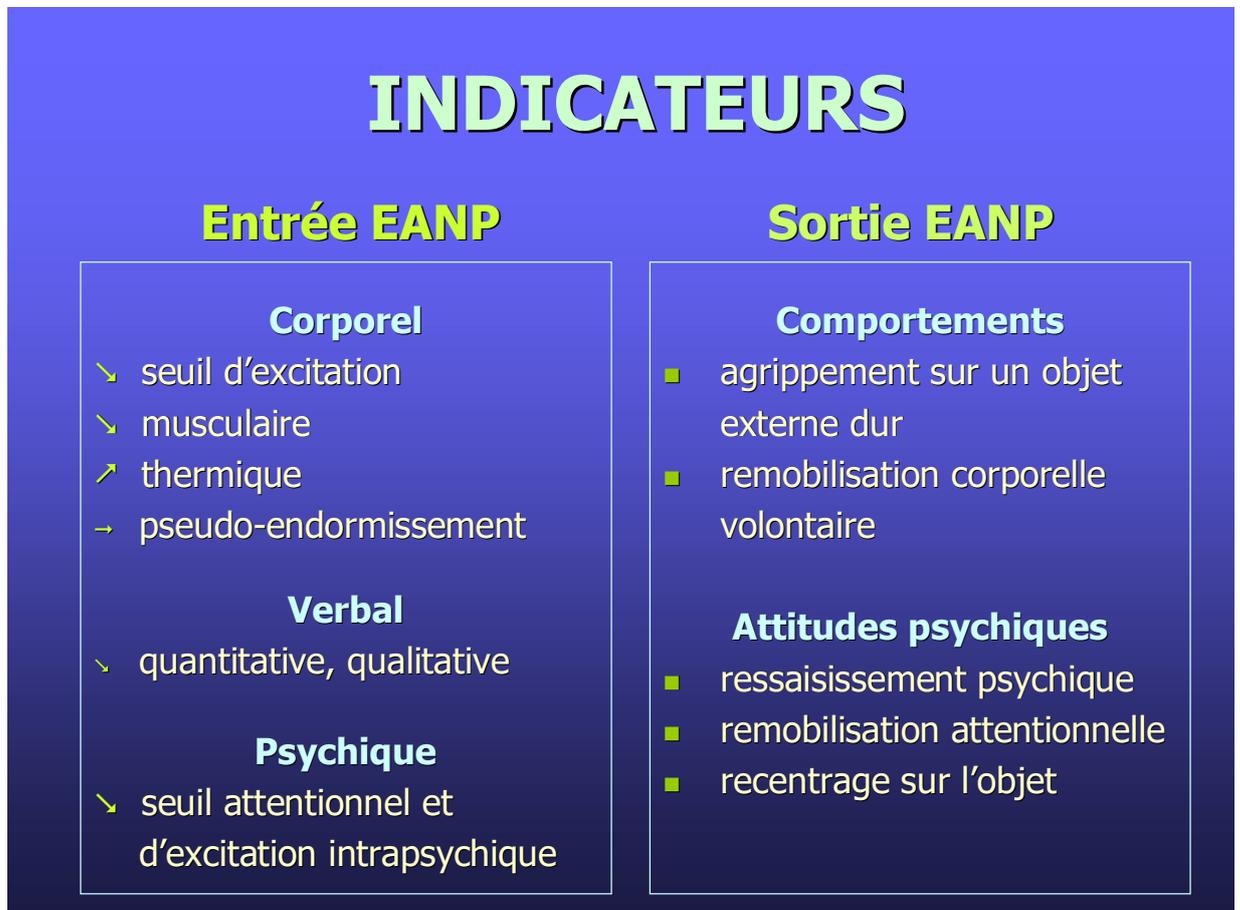
Poupard, G., Gimenez, G., Pardinielli, J.-L., (2004). « Addiction à l'alcool, objets concrets et régulation des éprouvés internes », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, t. 2 43, p. 159-173, Toulouse, Érès.

Poupard, G. (2009). « Anesthésie psychique et addiction à l'alcool : contribution à l'étude psychodynamique et psychothérapique de l'alcoolisme », thèse de doctorat de l'université de Provence (mention psychologie), Aix-en-Provence.

1) Critères de l'Etat d'Anesthésie Psychique

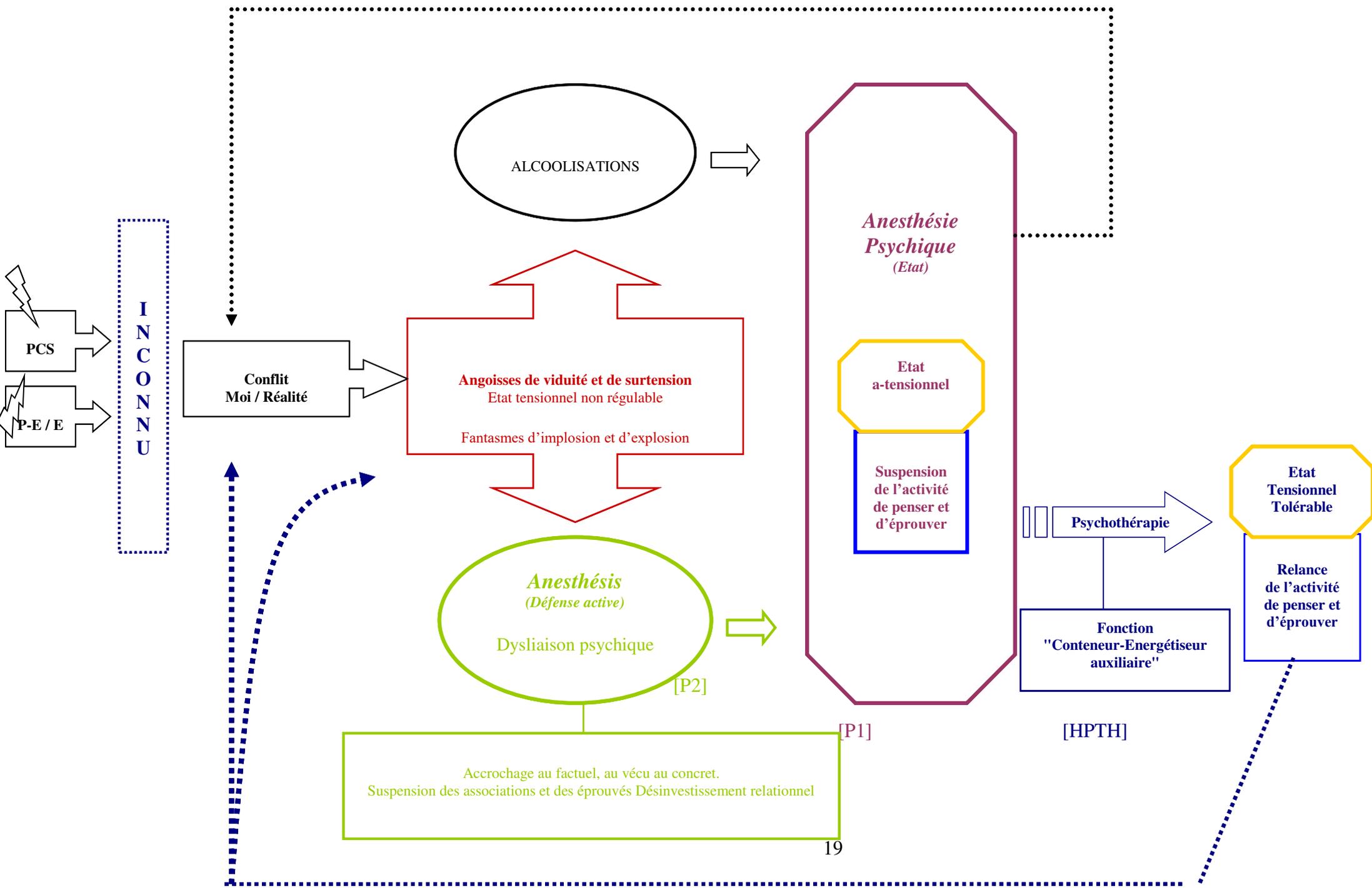


2) Indicateurs d'entrée et de sortie de l'Etat d'Anesthésie Psychique



Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique une articulation des notions d'anesthésie psychique et d'anesthésis. Il propose d'appréhender la défaillance de la fonction de liaison du préconscient et de l'activité Pare-Excitatrice / Excitatrice du Moi ; de souligner la présence d'un conflit entre un fragment de réalité externe et le Moi dans sa capacité Méta-représentative ; de situer l'existence d'angoisses de viduité et de surtension comme à l'origine du recours à des conduites d'alcoolisation ou au mécanisme d'anesthésis dont l'issue commune est l'entrée dans un état d'anesthésie (avec mise en suspens de l'activité de penser et d'éprouver) ; de positionner la fonction conteneur-énergétiseur auxiliaire comme point d'appui et d'engagement d'un processus de changement.

Tableau 1 : Modèle de présentation des notions d'anesthésie psychique et d'anesthésis



Etapes du (re)déploiement de l'activité de penser (Bion, 1962 ; Gimenez, 2010)

- ⇒ **Maintenir** une attention également flottante aux éléments verb et non-verbaux
- ⇒ **Accueillir** des éléments déposés par le groupe
- ⇒ **Contenir** les contenus informes
- ⇒ **Catégoriser** des contenus épars
- ⇒ **Transformer** singulièrement le matériel recueilli
- ⇒ **Restituer** les éléments transformés
- ⇒ **Observer et prendre acte** des effets de symbolisation amorcés.

Ainsi, il s'agit pour les thérapeutes de se laisser **imprégner par ce que le patient lui "donne à ressentir"**, afin de pouvoir occuper cette place nommée par l'un d'entre eux comme celle de l'écoute « des cris de détresse de l'enfant ». Puis de les transformer, dans un second temps, en **paroles audibles** ; ce qui en d'autres termes pourrait être formulé comme le fait de se laisser toucher par les mécanismes archaïques d'identification projective et adhésive que ces patients développent en notre adresse. Ce mode relationnel très spécifique a pour effet d'induire en nous des réactions émotives très fortes et peut-être aussi pour fonction de permettre que soient déposés, puis transformés (Bion, 1962) des affects jusqu'alors intolérables pour la psyché de ces patients. Ce faisant, nous proposons que le travail psychothérapique avec ces patients consiste essentiellement à **rendre audibles leurs affects étouffés** (Mc Dougall, 1978, 1982) et à permettre une **reprise de l'activité fantasmatique**. Alors, il s'agit, comme nous l'avons souligné précédemment, d'amener ces patients à relier les **traces expérientielles brutes** (représentations de chose) à des traces plus élaborées (représentations de mot et affects associés) ; ce qui correspond, pour reprendre les travaux de Resnik (1986, 2001), à accompagner la "dégelée" progressive de leurs affects, selon "*la rythmicité singulière*" (rajouté par nous-même) des participants et du groupe.

l'EANP n'est pas l'état de rêverie car il n'existe pas de suspension de l'accès à la motilité et le plaisir et le déplaisir semblent avoir temporairement disparu de la vie psychique.

l'EANP est un temps de partage émotionnel et de déploiement de processus psychiques spécifiques au sein du groupe, il est un indicateur de l'état émotionnel du groupe à un moment donné de son évolution.

Il existe des conditions et des stratégies pour lutter contre l'état d'anesthésie psychique ou se dégager de cet état de conscience singulier dont ils étaient la proie :

- maintien de l'activité psychique, remobilisation physique
- état hypomaniaque, excitation sensorielle, verbalisation d'affects agressifs...

Si nous avons considéré que l'état d'anesthésie psychique était marqué par une mise en suspens de l'activité de penser et d'éprouver, nous souhaitons ici souligner que ce **temps d'envahissement et de partage de phénomènes sensoriels et psychiques particuliers permet à la fois de suspendre l'état de tension interne, mais aussi de maintenir une fragile activité de penser** ; un peu comme si une certaine "**synchronie groupale**" pouvait s'établir entre les différents participants d'un groupe et rendre possible, dans ce « **passage par les sensations** », l'exploration de l'absence et de l'altérité.

Ceci nous conduit aujourd'hui à envisager l'anesthésie psychique comme un **temps de partage émotionnel et de déploiement de processus psychiques spécifiques au sein du groupe**. Cette proposition nouvelle appréhende l'anesthésie psychique comme un **indicateur de l'état émotionnel du groupe** à un moment donné de son évolution. Ce faisant, nous aurons à interroger les conditions de sa survenue, le niveau d'élaboration des défenses mobilisées, les types de conflits à l'œuvre ainsi que les ressources que le groupe met à disposition de ses membres. Mais elle devra aussi pouvoir être située sur **l'échelle temporelle allant du temps fantasmatique au temps mythopœïétique**, et ce, afin d'analyser et dégager précisément le processus qui la sous-tend. Ce dernier point d'étude présentera l'intérêt majeur de saisir le concept d'anesthésie psychique au sein de la clinique groupale, afin de rendre plus lisibles certains phénomènes, de dégager les enjeux à l'œuvre au sein d'un groupe et de préciser les modalités d'intervention des thérapeutes le conduisant.

7. 3. 1) Ce que « l'invitation au penser » convoque

Les séances de psychodrames sont une invitation à un « laisser venir les pensées, comme elles viennent », puis à un dire précédant leur mise en jeu. Nous avons pu observer que le mouvement réflexif initié s'orientait rapidement vers une entrée dans un profond silence, et un vécu de vide psychique ou une multitude de pensées brouillées et circulantes.

Nous soutenons que, sollicités à la libre émergence de représentations latentes, les patients addictifs à l'alcool font **l'expérience de la rencontre de traces sensori-affectives anciennes dont** la survenue insistante et intrusive convoque le recours à de **drastiques mesures de protections du moi**. Cependant, cette expérience intrapsychique que nous qualifions de « **réactivation traumatique** » laisse flottantes et ineffaçables les traces de souvenirs impensables. De plus, nous avançons que cette invitation au dire (soutenue par les moniteurs du groupe situés en place de fondateurs) renvoie à la question des origines, à la violence qui y est associée et ouvre sur l'espace de **l'inconnu contre lequel les patients tentent inlassablement de se défendre**. L'évitement, comme tentative de protection passerait alors par le recours au factuel, au déjà vécu, au concret et au clivage entre les bons objets (facilement introjectables) et les mauvais objets (difficilement introjectables). Les mécanismes caractéristiques de la position paranoïde-schizoïde (classifier, partielliser, regrouper) permettraient à l'appareil psychique d'affronter l'inconnu sans être détruit, et de se défendre contre toute pulsionnalité : fuir l'insupportable pour pouvoir, dans un temps ultérieur, « Penser les pensées-douleurs, suscitées par la rencontre avec le vide... » (Anzieu, 1994).

7. 3. 2) Accrochage au factuel

Notre premier préalable a mis en exergue que l'état d'anesthésie psychique est précédé et induit au niveau intrasubjectif par l'émergence de phénomènes spécifiques observables sur les plans discursif et relationnel (accrochage au factuel, au concret, au déjà vécu ; ruptures du discours ; désinvestissement relationnel ; refus de jouer...). Nous avançons que ces derniers témoignent de la mise en œuvre du mécanisme d'anesthésis et qu'ils contribuent à tenter de lutter contre l'émergence d'un **état de tension interne majeur intolérable qui ne peut être régulé** (chaos, confusion, vide de forme...). Cette expérience corporelle et pulsionnelle singulière, dont les patients addictifs à l'alcool peuvent

témoigner, se situe à des niveaux extrêmes plutôt du côté de la jouissance que du plaisir ; le trop d'absence (viduité) versus le trop de présence (surtension) mettent en exergue de façon manifeste une **défaillance de la fonction Pare-Excitatrice/excitatrice**.

Nous avançons que l'accrochage au concret est une **défense contre la perte sous-tendue par le passage par la symbolisation**. La conduite alcoolique peut alors être comprise comme ce mode de traitement du rapport impossible au manque imaginaire (Zemmour, 2003) ; recherche à l'extérieur d'un objet de satisfaction attendu comme pouvant arrêter la quête toujours infinie de l'objet originaire manquant. L'alcoolique fait alors comme si il savait ce dont il manque, mais prend la décision du silence de l'alcool plutôt que du risque de sa parole ; stratégie que nous retrouvons dans le processus d'anesthésie psychique. Cette modalité de refus de l'imaginaire (la représentation est réifiée, chosifiée) et de dissociation des éprouvés psychiques (l'affect est suspendu) se retrouve chez les patients alexithymiques, chez ceux qui témoignent d'une pensée opératoire et aussi chez les anti-analysants (Mc Dougall, 1972, 1978 ; Pedinielli, 1996).

7. 3. 3) Avatars dans la constitution d'un objet interne

Cette nécessaire rupture partielle avec la réalité, cette suspension de l'intérêt à l'égard du monde, des patients addictifs à l'alcool que nous avons rencontrés, indiquent pour nous **l'inefficience du mécanisme de refoulement** comme défense contre l'émergence de fantasmes persécutifs d'implosion et d'explosion (Houzel, 1985 ; Kaës, 2003) et insistent sur les **avatars dans la construction de l'enveloppe psychique du moi** (De Mijolla, Shentoub, 1973 ; Monjauze, 1991, 1999).

Une recherche non publiée (Poupard, 2006) concernant la pratique de la passation du Rorschach avec les patients addictifs à l'alcool nous a conduit à mettre en relief plus particulièrement la présence marquée de « **réponses**

globales informulées » [(Do)G] dans les protocoles que nous avons analysés. Ces dernières se définissent par une implication globale confuse, incertaine (les réponses énumératives fragmentaires ne sont pas suivies d'une synthèse explicite) et mettent en évidence un **éparpillement des éléments** potentiellement constitutifs d'une réponse et une **tentative non suffisamment efficace de regroupement** autour d'une figure centrale. Si un début de synthèse des différents éléments constitutifs d'une réponse synthétique est bien opéré par le sujet, il ne débouche cependant pas sur une réponse globale secondaire qui prendrait en compte la totalité de la tâche [G]. La dynamique de la réponse [(Do)G] est marquée par une addition linéaire de réponses détails [D et/ou Dd] et non de réponses complexes comme dans [Gz] (réponses combinées) ; elle aboutit alors à une unité par contiguïté.

Nous proposons de les interpréter ici comme les témoins d'une modalité de fonctionnement de **pensée par contiguïté** qui est à distinguer de la pensée syncrétique. En effet, il ne s'agit pas ici d'une difficulté à appréhender les différentes parties d'un objet mais plutôt d'une difficulté à réaliser une synthèse cohérente à partir de celles-ci. Soulignons enfin, qu'une des spécificités des réponses [(Do)G] est la fausse logique qui les caractérise ; si, prises séparément les propositions A et B sont vraies, elles se retrouvent être fausses quand elles sont prises ensemble ("A" est vraie, "B" est vraie, mais "A lien B" est fausse). Ceci insiste pour nous sur la difficulté de ces patients à articuler de façon pertinente des objets en co-présence.

Si les réponses [G] rendent compte « du type d'investissement cognitif mais aussi de la manière dont se dessine l'image que le sujet se construit de lui-même à partir du repérage d'une cadre perceptif plus ou moins stable » (Chabert, 1998, 104) nous proposons que la fragmentation énumérative - sans proposition de synthèse - témoigne d'une difficulté à appréhender la réalité externe à partir des **fragiles repères de l'image interne**. Les réponses [(Do)G] révéleraient ici un **ancrage vacillant dans une réalité incertaine** ainsi qu'une faiblesse des capacités de ces patients à cerner un objet total et différencié, rendant compte de

l'existence d'un self dont l'intégrité peut être partiellement remise en cause. Plus avant, elles pourraient être pensées comme la marque d'un **processus d'agrippement et de collage au percept** face au désinvestissement du monde interne (Chabert, 1998) ; ce que confirme l'étude des réponses kinesthésie et estompages [K, E]. Nous proposons alors de relier cette modalité d'organisation perceptive - chez des patients addictifs à l'alcool - à la réactivation **d'angoisses de confusion face aux limites fluctuantes Soi-Objet** et à l'existence d'une **identité plus ou moins acquise** (Boizou, de Traubenberg, 1984, 99-105). Nos différentes remarques rejoignent les propositions interprétatives formulées par de Mijolla et Shentoub (1973) ainsi que celles de Monjauze (1991, 1999) sur l'image de soi chez les patients addictifs à l'alcool ; elles pourraient être prolongées et approfondies par l'étude conjointe d'autres items d'analyse d'un psychogramme (déterminants, qualités des formes, Type de Résonance Intime, Indicateur d'Angoisse).

7. 3. 3. 1) Un objet primaire "évanescent"

Partant du postulat que les limites du sujet s'originent à partir de celles de l'autre, nos données cliniques pourraient être appréhendées dans la lignée des travaux de recherches de De Mijolla et Shentoub (1973) et de Monjauze (1991, 1999) sur l'existence d'une faille identitaire consécutive, pour ces auteurs, à des discontinuités répétées lors des interactions précoces (alternance de collages et d'arrachements). Ces dernières étant à la fois envisagées comme la conséquence de la constitution d'un objet primaire que nous qualifions "**d'instable**", "**d'évanescent**" et de "**fluctuant**" (hyper-excitant versus hypo-excitant), mais aussi de l'**entrave des capacités de régulation interne** (Pare-excitations) et **d'auto-contenance** du sujet, et enfin, de la **défaillance des fonctions de constance et de signifiante du Moi** (Anzieu, 1994 b).

7. 3. 3. 2) Une "peau passoire"

Les signifiants formels : « Un corps se liquéfie », « Un liquide s'écoule », « Une poche se vide », issus du discours de patients addictifs à l'alcool, rendraient alors compte de cette représentation d'une "**peau-passoire**" ou même d'une "**peau sans bord**". Ces dernières seraient le témoin des avatars du développement d'une peau commune satisfaisante, condition préalable à l'activité de penser les pensées, et conduiraient aux nécessaires et inefficaces tentatives de colmatage, de tapissage, de bouchage d'un contenant inapte à contenir ses contenus, d'une surface inapte à transformer les traces inscrites. On comprend mieux alors cette résonance émotionnelle récurrente des patients addictifs à l'alcool aux formes creuses (chaises vides, espace de parole ouvert sur l'espace de jeu...) et l'on peut mieux envisager l'apaisement immédiatement éprouvé lors de l'introduction dans l'espace scénique du psychodrame d'une corde jaune ; nous proposons d'appréhender cette dernière comme le **support concret et la matérialisation d'une frontière externe venant borner un Moi illimité** (Freud, 1929) et **permettre la constitution d'un sentiment interne d'unité et le déploiement de**

l'activité de symbolisation (Chapellier, 1998) là même où les signifiants formels échouaient partiellement dans leur fonction de contenants actifs. Ces remarques insistent du côté des entraves de l'accès à l'individuation, des avatars dans la constitution des limites entre le dedans et le dehors, de l'altérité (différence des sexes et des générations) ou de l'identité.

7. 3. 4) Identification projective massive comme stratégie de protection

L'identification projective est pour Klein (1946) un fantasme omnipotent qui permet d'évacuer hors de la psyché et d'attribuer à l'Objet des parties bonnes ou mauvaises en vue de les protéger ou de se protéger. Elle est pour Bion (1959, 1962) un mode de communication considéré comme normal et permet d'explorer ce que l'autre pense à l'origine du développement de l'activité de penser.

L'identification projective massive est quant à elle pathologique et vise l'effacement, le brouillage, la confusion des frontières Soi / Objet (Meltzer, 1967). Elle est une tentative de lutte contre la séparation d'avec l'Objet, la rencontre de la différence, de la discontinuité et de l'inconnu et témoigne d'une insuffisance de notre appareil psychique à penser les pensées. Dénier de l'impuissance douloureuse, renforcement des défenses maniaques soutenant l'illusion d'omnipotence, l'identification projective pathologique est cet essai de **maîtrise exercée sur les affects et les représentations**, qui caractérise le temps de la position paranoïde-schizoïde et met en exergue l'échec plus ou moins total de l'accès à la position dépressive.

Nos observations nous ont conduit à repérer l'impuissance des patients addictifs à l'alcool à tolérer suffisamment les expériences de trop plein ou de trop vide, qui auraient pour conséquence la survenue d'angoisses archaïques massives et innommables de type "surtension" ou de type "viduité". Ils se trouvent alors face

à un paradoxe : ***Effacer les traces trop présentes d'expériences traumatiques, mais aussi, Inscrire les traces constitutives d'un sentiment d'identité.***

Dans le premier cas (absence de peau pour les "pensées sauvages") l'ensemble de l'appareil psychique y compris de la pensée embryonnaire est clivé et projeté à l'extérieur par le mécanisme d'identification projective massif, en raison de la prédominance de mouvements haineux contre les objets et du danger qu'ils représentent (détruire versus être détruit). Il peut s'ensuivre une suspension des activités de penser (Mijolla, Shentoub, 1973, 32) et d'éprouver alors envisagées comme une **stratégie de gestion efficiente mais radicale des mouvements internes** ; que le vivant se retire de l'espace psychique et qu'il laisse place à l'inanimé en serait le lourd coût à payer.

A l'opposé de ces retraits massifs (absentéité) peuvent s'observer des **mouvements d'agitation comme luttes contre la disparition** (deuxième cas).

Ainsi, nous avançons qu'une insuffisance de mouvements centrifuges (caractéristiques de la liaison entre les parties éparses) et un excès de mouvements centripètes (caractéristiques de l'identification projective massive) caractérisent le système dysfonctionnel complexe que nous étudions.

Ce faisant, nous avons avancé que les conduites d'alcoolisation, comme tentatives de solution par défaut de capacités de régulation des éprouvés psychiques, viseraient des résultats similaires à ceux obtenus par anesthésie psychique. Nous soutenons ici que cette dernière permettrait la **mise en suspens des liens entre les Objets**, produisant un **effet de brouillage** (Anzieu, 1993) afin **d'éviter de revivre l'expérience de séparation d'avec l'Objet et de se maintenir collé à celui-ci** (Objet-sein). Ainsi, il existe une reconnaissance de l'objet comme objet total et une différenciation Soi-non-Soi mais un refus d'en convenir. Ceci nous amène à avancer que les distorsions de l'accès à la transitionnalité - en raison de blessures narcissiques et conduisant le sujet vers le retrait libidinal et le maintien de la relation spéculaire - ne sont que temporaires.

7. 3. 5) L'écart intolérable et les pensées sauvages

L'accrochage au factuel et au déjà vécu, les actes cycliques, l'uniformisation du quotidien, la répétition de l'identique (De M'Uzan, 1970) et l'orientation vers l'immuable - dont la tonalité létale est manifeste - peuvent être pensés comme la recherche d'un objet externe venant assurer la continuité du Moi (Jeammet, 1994 a, 1995).

Nous avançons que ce sont des stratégies qui apparaissent lors d'une séparation, d'un engagement relationnel, d'un changement ou de toute situation nouvelle et témoignent de la fragilité et de l'instabilité des objets internes (« Groupe de ceux qui s'en vont » ; « Le groupe de celle qui est là, absente » - annexes 3). De plus, nous soutenons qu'elles promeuvent l'émergence de l'état d'anesthésie psychique et permettent au sujet de **faire l'économie de se représenter l'absence d'un objet "évanescent", instable, insuffisamment constitué et incapable de contenir et de transformer les contenus psychiques.** L'introjection, qui suppose la séparation d'avec l'objet, une ouverture au changement et donc un enrichissement du moi, **n'a opéré que de façon partielle**, laissant certaines parts de l'objet dans un état de pseudo-édification ; la résistance au changement n'ayant alors d'égale que le danger de l'inconnu.

Comment pouvoir penser l'absence de l'objet et réactiver les traces mnésiques déjà constituées mais dont l'accès semble potentiellement barré ? Les avatars dans la constitution des objets internes, posent aux cliniciens la question du type de travail psychothérapique qui peut être envisagé pour accompagner ce travail d'élaboration de l'absence et de constitution d'un objet interne conteneur là où l'indifférenciation des imagos parentales reste centrale (Mijolla, Shentoub, 1973, 64). Des travaux précédents (Poupard, 2002, 2003) nous ont permis de constater que l'émergence de signes (gestes, graphiques, sons) et d'objets concrets permettaient que "s'expérientie" une relative absence de l'objet et, ce faisant, que s'enrichisse progressivement la texture de l'objet interne jusqu'à rendre

tolérable l'autre dans ce qu'il fait montre de son altérité (« Grille de représentation picturale des éprouvés psychiques » - annexes 1).

Nous avons proposé l'idée selon laquelle, la non distinction suffisante entre sujet et objet caractériserait la modalité relationnelle princeps des patients addictifs à l'alcool que nous avons rencontrés. Nous la pensons comme à l'origine des angoisses de **surtension** (hyper-stimulation) et de **viduité** (hypo-stimulation) qui infiltrent - sur fond de violence - et de façon récurrente, les scénarii psychodramatiques proposés. Lors du temps d'élaboration des scénarii, l'accès conscient aux mouvements pulsionnels agressifs (repérable au niveau des contenus latents) est soumis aux limitations sévères de divers mécanismes défensifs (dénégations, scotomisations, annulation, déni...); il en est de même dans l'espace de jeu où leur exploration est activement évitée.

Nous avançons ici que la distinction partielle soi-non-soi, le chevauchement entre imaginaire et réalité, la toute puissance de la pensée et la massivité des mouvements haineux rendent **impossibles leur exploration par peur d'endommager, de détruire et de subir les représailles en retour de l'objet externe** (Winnicott, 1971 ; Green, 1973 ; Shentoub, 1973). Cette modalité de fonctionnement psychique a été définie par les analystes de l'école anglaise sous le terme de position paranoïde-schizoïde et se caractérise par des identifications narcissiques selon le Moi-idéal, des identifications projectives massives, des fantasmes et des angoisses archaïques à thématique corporelle et des processus de pensée spécifiques (classifier, partielliser, regrouper).

7. 3. 6) Anesthésie psychique et état émotionnel du groupe

A l'issue de ce travail de recherche nous soutenons que l'anesthésie psychique est un **indicateur de l'état émotionnel du groupe** à un moment donné de son développement. Nous avançons qu'elle témoigne d'une impossibilité pour le groupe de passer à une modalité de fonctionnement où les conflictualités

intrapyschiques peuvent être transformées sinon contenues. Seules les modifications quantitatives et qualitatives des quanta d'affects, ainsi que les suspensions des liaisons associatives, semblent pouvoir maintenir le groupe dans une expérience a-tensionnelle ; celles-là correspondant à une modalité défensive de type narcissique (selon le Moi-idéal) qui caractérise le temps idéologique et barre la traversée du temps de l'illusion groupale.

Nous proposons de penser que ce sont la complexité des représentations en circulation, la massivité de certains états émotionnels (mouvements haineux) et l'insupportable écart entre les fantasmes et la réalité, qui conduisent les patients et le groupe à s'engager dans un mouvement protecteur de régression : le processus d'anesthésie. Celui-ci, nous l'envisageons comme le dernier bastion protecteur face à une désorganisation psychique ; il aurait pour effet de suspendre le rapport à des expériences émotionnelles qui ne peuvent pas être contenues et traitées par le groupe. Il est à noter que ni l'idéalisation d'un objet externe ou interne, ni le clivage et la projection ne sont appelés au sein du groupe comme des tentatives de traitement des angoisses de viduité ou de surtension ; là même où le regroupement des participants autour d'un leader permettrait que se constitue un objet total et commun ouvrant sur la tolérance de mouvements émotionnels massifs.

Cependant, nos observations cliniques nous ont aussi permis de repérer dans des groupes stables des modifications de la capacité des participants à tolérer les mouvements libidinaux et agressifs, consécutifs de la traversée par le groupe, du temps de l'illusion groupale (idéalisation selon le Moi-idéal, clivage et projection endo-groupe ou exo-groupe des mouvements haineux) puis de son dépassement (capacité du groupe à se représenter comme groupe et à reconnaître l'écart entre les sujets). Nous soutenons ici que la constitution d'une "**enveloppe enivrante**" (Poupard, 2002) ou d'une « **enveloppe de brouillard** » (Anzieu, 1994) peuvent être envisagées comme les prémices du temps de l'illusion groupale ; elles sont des structures psychiques groupales d'accueil et de transformation des mouvements pulsionnels et sont des défenses contre des angoisses innommables

(« Le groupe ivre » - annexes 3). De plus, nous formulons l'hypothèse qu'elles rendent compte de **l'état psychique des patients à un moment donné de la rencontre, de la qualité des introjections d'objets infantiles et des caractéristiques du premier objet d'amour.**

Après Anzieu (1975, 1985, 1994 b) nous avançons que les aléas de la représentation d'un corps psychique groupal sont liés aux avatars du passage entre la peau psychique individuelle et la peau psychique groupale dans le temps initial de constitution du groupe ; la spécificité des métaphores corporelles apportées par les membres du groupe lors des séances de psychodrame, caractérisant les dits avatars.

Partant de l'idée que l'accès à des modalités de fonctionnement groupal relativement élaborées, se remarque au niveau de l'émergence de processus d'identification intra-groupe qui s'appuient sur l'idéalisation du groupe de pairs considéré comme bon objet (homologie fonctionnelle et expérientielle) et sur le rejet du mauvais objet représenté par les moniteurs de groupe ou tous ceux « n'ayant pas vécu ce qu'ils ont vécu ». Nous soutenons que ces modifications de la dynamique groupale indiquent la mise en place d'un **mouvement mutatif intrapsychique et groupal**. Cependant, la réactivation des parts infantiles de la personnalité des participants - consécutive à la mise en groupe - oriente le plus souvent ces derniers vers la recherche de positions de dépendance à un objet idéalisé supposé totalement protecteur face à tout mouvement émotionnel potentiellement désorganisateur. Les représentations fantasmatiques du groupe correspondent alors soit, à un ventre vide réactivant de façon aigüe des angoisses de viduité, soit à un ventre trop plein à la limite de l'explosion (angoisses de surtension). Mobilisant ces types d'expériences singuliers, le **passage par le groupe** permet d'expérencier les **figures du vide, de la négativité radicale, du trop plein**, et de les penser tout en continuant à vivre ; cette expérience qui

s'inscrit en deçà du verbal ouvre au passage de la négativité radicale à la négativité relative (Kaës, 1989).

7. 3. 7) Une modalité thérapeutique aménagée

7. 3. 7. 1) La recherche d'une juste distance

Les résultats de notre recherche sur modalités d'un travail psychothérapique avec des patients addictifs à l'alcool, soulignent la nécessité de définir la **distance psychique la plus juste possible** pour qu'une rencontre ait lieu (ajustement subtil entre une hyper-présence et une hypo-présence). En effet, il ressort de l'analyse psychopathologique des liens intersubjectifs de ces patients, que les positions relationnelles "être différent" ou "être séparé" sont sources d'angoisses majeures (de surtension ou de viduité) dans la mesure où elles posent de façon aiguë la question de l'altérité (Mr Détecteur – illustration annexes 2 ; « Le groupe des identiques » - annexes 3).

Ainsi, nous avançons que les modalités d'intervention des thérapeutes (mobilité, accordage, sensoriel et rythmique...) peuvent être pour ces patients le **témoin expérientiable de la présence physique et psychique ajustées** de leurs interlocuteurs. Cet ajustement aux modalités interactionnelles et aux processus psychiques de l'interlocuteur rejoint les travaux de Stern (1989) sur l'accordage affectif, et est à l'origine du déploiement de l'activité de la mentalisation permise par la modulation de l'émotionnalité et de l'activité réflexive (Fonagy et al., 2002 ; Fonagy, 2004) ; ceci dans la mesure où « la modulation de l'émotionnalité ouvre à la pensée des pensées de l'autre sur fond de relation de très bonne qualité » (Despinoy, 2005) et au développement de l'activité de penser de ses propres expériences sans en être débordé.

Ce faisant, nous soutenons qu'il s'agit de **rentrer avec le sujet dans son système de souffrance**, et ce à partir des **éléments qu'il présente** et selon les **modalités qu'il propose**, même si celles-ci peuvent nous apparaître comme une

"menace" pour notre système de compréhension, notamment par l'écart au connu qu'elles laissent entrevoir. Explorer d'autres positions perceptuelles et d'autres modalités d'appréhension du monde nous ouvre à "**la langue du patient**", celle-là même qui lui permet d'être au plus proche de ses souvenirs et de ses affects. Nous rejoignons en cela les travaux de Bandler et Grinder (1981, 1990) sur l'établissement du rapport à partir du travail de calibration et de synchronisation, mais aussi de Resnik (1999, 12) qui souligne que « s'occuper de patients psychotiques, entrer dans leur champ, signifie aussi entrer en contact avec leurs émotions présentes ou refoulées ».

Ce type de positionnement relationnel **potentialise l'établissement du transfert**, du fait de l'analogie entre les caractéristiques du dispositif proposé (systèmes perceptuels, langage, théories, représentations...) et celles des patients reçus. Ces ajustements des différentes variables du dispositif aux caractéristiques psychologiques et psychopathologiques des patients accueillis, ont été particulièrement développés par les ethnopsychanalystes (Devereux, 1972, 1980 ; Nathan, 1996).

Si, nous avons pu observer que, laissés à "leur solitude", ces patients s'enfermaient rapidement dans une attitude restrictive marquée par le désinvestissement de l'activité de penser et d'éprouver que nous avons nommé état d'anesthésie psychique ; celui-ci étant concomitant de la présence non expérientiable des moniteurs de groupe, et l'arrêt provisoire de la mobilité des charges affectives se repérant à la fois dans le factuel des récits et dans l'impossibilité de témoigner d'un travail de symbolisation. Alors, le soutien d'une **position silencieuse** est en contradiction avec les effets thérapeutiques escomptés, dans la mesure où elle confronte les patients addictifs à l'alcool aux traces d'expériences émotionnelles innommables, renforce leurs angoisses de viduité ou de surtension et confirme leurs fantasmes d'implosion ou d'explosion.

7. 3. 7. 2) Le détour par l'en-deçà des mots

La démarche thérapeutique que nous soutenons est conçue comme une "propédeutique" à l'expression, à la contention et à la régulation des éprouvés psychiques. Nous affirmons qu'elle nécessite que les thérapeutes tiennent compte à la fois **des contenus**, mais aussi et surtout, **de la forme** du message déposé ; ce que Taylor (1977, 1990) avait déjà mis en exergue en précisant que « c'est la forme et la fonction des communications du patient plutôt que leur contenu, qui devraient devenir le point de focalisation de l'attention » du clinicien.

Nos observations cliniques nous ont conduit à repérer que les interventions verbales formulées par les thérapeutes du groupe mobilisaient, soit des mouvements hostiles que l'on pourrait après Bion (1962) qualifier d'attaques contre l'activité de penser dans la mesure où celles-ci mettaient en relief les éléments jusqu'alors mis en suspens, soit un désinvestissement des contenus verbaux, qui se manifestait par une incompréhension ou une indifférence aux interventions des thérapeutes. Par contre, le recours à une **modalité communicationnelle de type analogique** (en-deçà des mots), permettait de soutenir la liaison des mouvements pulsionnels - face à la dévitalisation pulsionnelle envahissante - sans que soient activées des défenses radicales. Le "passage par l'analogique" (visuel, sonore, olfactif, kinesthésique) est à comprendre comme la **création d'une liaison d'attente, provisoire et alternative** entre plusieurs représentations ; elle est une matérialisation de l'inconnu, c'est-à-dire la **constitution d'une pré-forme d'appui et d'organisation du chaos** qui permet la sortie de la confusion et l'entrée dans un travail de pensée (Villier, 2002, 69).

Ce faisant, nous soutenons que cette **figuration pré-verbale** est incitatrice du penser dans la mesure où elle offre de l'espace, du mouvement et de la couleur pour des pensées-pensables. Elle est cette juste forme, qui peut émerger, être co-créée, puis transformée - sans risque d'être détruite - dans cet espace mobilisateur

du travail du Préconscient. Nous convenons, après Bottella et al., (2001) que le **détour par la sensation** - appuyé sur les dispositions signifiantes émergeant en séance (objets, mouvements, sonorités) - est un moyen de re-convoquer la trace inscrite dont l'accès était jusqu'alors barré. Elle permet ainsi la mobilisation émotionnelle interne et favorise la réactivation du frayage mnémonique jusqu'alors suspendu (Bevilacqua, 1997 ; Guérin, 1997).

De plus, cette modalité d'intervention spécifique se saisit de l'importance pour les patients addictifs à l'alcool de la place du corps des thérapeutes en le proposant comme une **trace expérientiable de leur présence**. Si la métaphore confronte le sujet à l'absence de l'objet, l'analogique témoigne de sa présence continue, soutient le travail du préconscient, et ouvre au passage des conduites addictives du statut d'acte mortifère au statut de symptôme vivant. Mais au-delà, c'est la **présence émotionnelle du thérapeute**, saisi dans son corps par les affects dont ses mots témoignent, qui rend à la représentation sa vivance. Ainsi, peut être soutenue et prendre forme l'histoire d'un sujet dans ce "**passage par l'expérience concrète**" constitutive de la construction d'un objet interne. Nous rejoignons, en cela, les travaux de Bion (1962) sur la construction de la connaissance (C) par l'expérience et formulons à nouveau l'importance pour les patients addictifs à l'alcool d'une "**proximité expérientiable**" au cours du processus psychothérapique.

Nous avançons enfin que les **ébauches de représentations corporelles**, qui émergent dans le discours des patients que nous accueillons, constituent **l'indice d'un mouvement mutatif** qui va de pair avec la disparition progressive du recours au mécanisme d'anesthésis. "Des cercles se ferment", "des morceaux durs apparaissent", "une surface prend de l'épaisseur", "une matière se solidifie"... qui apparaissent au détour d'un récit verbal ou graphique ; ils sont pour nous autant d'indices du passage de représentations de sensations (pictogrammes : Aulagnier, 1975) à des représentations de mouvements (Signifiants formels : Anzieu, 1987).

Mais aussi, nous avançons que cette mise en circulation de traces antérieurement inaccessibles au travail de pensée témoigne de la **relance des processus tertiaires**, là où, jusqu'alors, seuls des processus secondaires majoritaires et rigides envahissaient l'espace psychique pour lutter contre l'émergence de processus primaires. Se réactivent ainsi, la mobilité de la chaîne associative groupale, la prise de conscience du lien entre les éléments la constituant et émergent des associations de type métaphoriques dans un travail de libre association qui peut alors se prolonger.

7. 3. 7. 3) Quelle modalité transférentielle ?

Les entretiens individuels et les séances thérapeutiques de groupe nous ont mis en contact avec le mode relationnel particulier développé par les patients addictifs à l'alcool. A savoir, **interpeller massivement**, du point de vue affectif, leur interlocuteur (thérapeute) dans une demande urgente d'aide à la gestion de leur souffrance intra-psychique, pour le **rejeter très rapidement** ensuite du fait de son impuissance à répondre à leur demande initiale et/ou à percevoir leur souffrance (Mr Détecteur – illustration annexes 2).

La problématique dont ils font montre semble s'articuler autour de la question du lien : **comment être en lien tout en restant séparé ?** Questionnement de la différence d'avec l'objet et de la fiabilité de l'autre sur fond d'angoisse d'engloutissement. Plus avant, et en particulier dans le dispositif psychothérapique, il peut être avancé leur souhait de trouver d'autres identiques (recherche de pairs ayant traversé la même expérience) qui eux seuls peuvent les comprendre. Ce qu'illustrent pour nous les adhésions à des mouvements d'alcooliques (Alcooliques Anonymes, Croix bleue...) et les textes de chansons de groupe (« Il est des nôtres...comme les autres »).

Nous proposons que cette problématique du lien (trouver la juste distance à l'autre entre l'hyper-présence et l'hypo-présence) interroge les aléas du

mécanisme d'introjection d'un objet interne suffisamment stable et contenant ; "L'évanescence de l'Objet", la pseudo-différenciation, la faible tolérance de son absence conduiraient ces "écorchés du lien inter-subjectif" à recourir à des modalités relationnelles les **préservant de l'envahissement par des fantasmes archaïques**. Le fonctionnement par clivage et projection étant alors des mécanismes protecteurs efficaces visant à délimiter un dedans d'un dehors, puis à expulser le mauvais au dehors et à conserver le bon au dedans. Bien que ce mécanisme contribue au développement de la pensée (Freud, 1925) il est appauvrissant lorsqu'il s'oriente vers l'exclusion de toute différence.

Ceci n'est pas sans nous interroger dans le cadre de nos dispositifs soignants sur les **conditions et les effets de l'alliance thérapeutique**. En effet, comment faciliter un possible travail psychothérapeutique là-même où le lien à l'autre est source de danger. Cette spécificité transférentielle nous oriente vers un aménagement nécessaire des liens intersubjectifs visant à témoigner d'une **relative présence** (présence expérientielle) et non d'une **relative absence**. Elle guide nos actes d'aménagement du dispositif et des modalités relationnelles proposées. Sans cela, nous ne pouvons que voir apparaître tout un ensemble de mécanismes défensifs, dont l'anesthésie, qui sont pour nous une réponse à la façon dont sont vécus le dispositif thérapeutique et la relation qui s'y noue. Quant aux confusions géographiques - attribuables à la massivité du mécanisme d'identification projective - aux projections dans un « sein toilette » (Meltzer 1967) et aux différents types de contaminations (Poupard, Olivier, 2003a) que nous pouvons constater, nous avançons qu'elles correspondent à diverses tentatives de **brouillage et d'effacement** de la séparation d'avec l'objet.

Ce faisant, il nous est paru pertinent de nous référer au "**modèle de la contenance**" plutôt qu'au modèle de la décharge-catharsis (parole libératrice, causalité, explication, sens) ou au modèle du dévoilement (traquer le fantasme puis le révéler). En effet, ce premier est centré sur la contention de la vie

émotionnelle troublée (héberger et penser les pensées douleurs de la rencontre avec le vide), l'implication émotionnelle, la sensorialité et l'accordage affectif. Dans cette optique le clinicien est plus particulièrement sensible à la potentialisation du transfert par les éléments du cadre ; sa démarche vise à proposer un dispositif, une théorie et un langage qui soient **au plus près des processus psychiques** des patients accueillis afin de les **accompagner dans leur système de souffrance**, dans leurs **modalités relationnelles et leurs capacités intégratives**. Ce faisant, peut être trouvée-crée, "la langue" qui permet au sujet d'être au plus proche de ses souvenirs et de ses affects afin - en les re-convoquant - de les élaborer. De façon pratique, nous sommes particulièrement attentifs à témoigner de notre **présence physique et psychique** (résonance énergétique comme témoin perceptuel de l'existence d'un autre bien vivant) par un accompagnement verbal des associations et des propositions de scénarii.

Plus avant, nous insistons sur la **place du sensoriel** dans le travail d'amorçage et de soutien de l'activité psychique des patients addictifs à l'alcool, là-même où la transformation des Objets internes est pour nous un axe à privilégier dans le cadre de notre approche psychothérapique. Ce "passage par le sensoriel" permet aux patients de retrouver le contact avec certaines expériences sensori-affectives jusqu'alors laissées en suspens sur fond de présence expérençiable du clinicien. Leur "**reviviscence sous transfert**" permet un dégagement d'avec les sensations envahissantes et paralysantes (dissociation kinesthésique). Les **figurer sensoriellement** correspond à un premier niveau (non verbal) de transformation et de dégagement : localiser l'expérience dans une forme n'est pas la revivre. Ce premier temps peut être compris comme la nécessité d'accompagner progressivement un dégel des affects sans confronter le sujet, dans ce moment de réactivation de traces non élaborées, à des excitations trop fortes et trop brutales, sources potentielles de débordement et de désorganisation psychiques. En effet, celles-ci peuvent apparaître comme consécutives d'un travail de pensée et confronter ces patients à des angoisses de surtension (brûlure, éclatement, éparpillement...), et/ou à des angoisses de viduité (chute sans fin, aspiration dans une béance informe, expérience du néant...). Le clinicien

accompagne ainsi, avec souplesse, la traversée de mouvements pulsionnels parfois contradictoires. Il soutient la liaison des perceptions éparses et isolées et promeut le travail de dissociation puis de ré-association à des expériences sensorielles tolérables. Nous avançons que la mobilité psychique qu'il propose permet une **réintroduction de la polysensorialité** et ce faisant un passage de **l'immobilité comme défense au mouvement**, comme condition d'un possible changement.

7. 3. 7. 4) Ce que le groupe propose

Si un dispositif thérapeutique est l'aménagement artificiel d'éléments destinés à produire un effet de travail psychique spécifique (ici la régulation des éprouvés psychiques) notre questionnement se situe autour de ce que le groupe propose de singulier et en quoi il est pertinent du point de vue de la psychopathologie des patients addictifs à l'alcool.

D'une façon générale, nous pouvons avancer que le groupe conduit par des thérapeutes permet une ouverture au dehors, à l'altérité et à un espace où "l'être avec" devient possible et ne confronte pas à l'unique nécessité d'être un même. Il offre un dégagement du **mouvement insistant de collage, de fusion, de négation de l'altérité** dont l'issue semble la disparition du sujet sous l'emprise de l'envahissement par thanatos. Nous avons nous même pu observer dans les premiers temps d'un groupe des mouvements régressifs et un état de tension consécutifs à la mise en groupe. De plus, nous avons pu remarquer que pour lutter contre les angoisses archaïques de fragmentation et de perte des limites du Moi, les différents participants avaient à constituer une **enveloppe sensorielle groupale**, source à la fois de sécurité (par son pôle contenant et la similitude entre ses parties constituantes) et de danger (par la résonance émotionnelle qu'elle favorise). Ce qui nous a conduit à mettre en exergue que le passage de la "recherche du même" à la gestion des mouvements haineux via la tolérance de

l'absence est le chemin le plus fréquemment emprunté au cours des différentes séances de groupe (« Le groupe ivre » ; « Le groupe de la guerre » - annexes 3).

Alors, la **constitution de l'enveloppe groupale** et le **repérage de ses aléas** représentent pour nous un **point d'évaluation de l'état et du moment du groupe**. Le passage du Moi idéal de chacun à un Moi idéal commun confronte les participants du groupe à des expériences archaïques de fragmentation ou de perte des limites du Moi qui ne sont que temporaires. A moins que l'expérience de séparation d'avec l'objet primaire ait, pour les participants du groupe, été insuffisamment constituée et conduise au maintien de la position schizo-paranoïde.

Nous avons mis en évidence que la "recherche du même" est un temps nécessaire dans la construction de l'enveloppe groupale. Elle est ce par quoi le groupe peu à peu se représente comme unité ; mais elle est aussi une défense contre tout mouvement mutatif (tout écart étant perçu comme un danger de désorganisation potentielle). Elle se constitue progressivement à partir des métaphores et des échanges à tonalité analogique qui favorisent l'accueil de représentations. Mais plus avant, s'élabore ce que nous proposons d'identifier comme la **texture de l'enveloppe groupale** qui se fonde à partir de la présence expérientielle de l'autre ; surface sensorielle pour un accueil à venir d'expériences sensori-affectives jusqu'alors en attente de sens. Dans les groupes que nous avons observés, la texture de l'enveloppe groupale peut être qualifiée de "**brumeuse**" ou "**d'évanescence**". En effet, elle permet que Moi et non-Moi ne soient pas différenciés et que se maintienne une "**illusion du même**" par indistinction. Soulignons ici que si la question de l'homosexualité a été mise en exergue chez les patients alcooliques (Mijolla, Shentoub, 1973) nous proposons de la situer du côté de la "recherche du même", et avançons qu'elle témoigne du repérage de la différence des sexes mais non de son intégration ; ce que nous avons déjà souligné au niveau du transfert. Enfin, nous proposons que l'anesthésie

psychique qui apparaît dans les premiers moments du groupe, contribue au **maintien défensif d'une enveloppe groupale archaïque** où la différenciation n'est pas encore opérante.

Le groupe est marqué par l'expérience des **figures du vide, de la négativité radicale et de l'absence**. Il est une ouverture sur « la béance que figure le négatif de l'absence (et qui) est différente du manque qui permet de penser » (Kaës, 2003, 61). Chacun des participants se trouve alors confronté à l'inconnaissable et à l'insupportable déposés en lui et va devoir s'engager - dans l'après coup de cette expérience sidérante - à les penser afin de pouvoir s'en dégager (Kaës, 2003, 69). Il s'agit d'un travail **d'extirpation du sujet de la négativité radicale pour un passage à la négativité relative** (Kaës, 1989) qui est permis par l'inter-étayage sur les parties saines des différents participants du groupe. Ce moment de reviviscence d'expériences archaïques pose ici la question de la gestion des mouvements pulsionnels destructeurs chez des patients pour lesquels nous avons mis en relief les avatars de la constitution de la fonction Pare-Excitatrice/excitatrice.

De plus, apparaît ici le danger de déposer sur un objet idéalisé des mouvements hostiles, dans la mesure où l'objet interne est insuffisamment constitué dans ses limites, et sa différenciation d'avec le sujet. En témoignent les fantasmes de rétalion (représailles) ou de solitude, consécutifs aux attaques haineuses. L'absence d'une régulation suffisamment efficiente des mouvements pulsionnels du groupe oriente celui-ci vers le déploiement de défenses économiquement coûteuses à l'origine d'une paralysie du fonctionnement psychique (suspension des investissements, pauvreté représentationnelle et affective). Elles sont une tentative de lutte contre une surcharge pulsionnelle désintriquée et un barrage ultime au sentiment envahissant de désobjectalisation.

L'expérience d'un **contenant ajusté** (suffisamment mobile) d'abord externe puis intériorisé, favorise **l'intrication des mouvements pulsionnels** de vie et de mort

jusqu'alors présents en excès dans la psyché de ces patients. Elle ouvrira sur la transformation de leurs angoisses archaïques de viduité et de surtension en des expériences internes plus tolérables, et rendra l'accès à d'autres processus de pensée et à d'autres comportements.

Ainsi pensé, le groupe permet la constitution d'un **Objet interne suffisamment conteneur** dans la mesure où il opère à la fois au niveau non verbal et verbal ; il ouvre alors sur une **meilleure gestion des quantités d'excitation** et facilite **l'accès à la différenciation et à la subjectivation**.

Nos observations cliniques nous ont amené à avancer que l'expérience de groupe, par la convocation de mouvements régressifs qu'elle favorise, permet la reviviscence puis le dégagement de fantasmes d'implosion et d'explosion, ainsi que des angoisses archaïques (viduité / surtension) qui y sont associées ; ceci se réalise à partir de l'étayage sur les parties saines des différents participants mises en commun.

Le dispositif groupal permet que s'explore, dans le huis clos de l'espace thérapeutique, le passage d'une modalité de fonctionnement marqué par des **mouvements d'identification narcissique** (le même, la non différence, identification de collusion) à une modalité de fonctionnement selon **l'idéal du Moi** (identifications de liaison, l'identique, la différence) ; celles-ci sont réactivées, voire accentuées par la régression consécutive à la mise en groupe des différents participants et eu égard à leur psychopathologie. Nous soutenons que les effets de transformations doivent passer par des aménagements du dispositif thérapeutique, et par le travail de dégagement soutenu par les thérapeutes du groupe. Ainsi pensé, le travail en groupe, mobilise la réactivation de traces sensori-affectives non élaborées et met les différents participants en contact avec des ressources disponibles. Le groupe, nous le pensons comme une **"zone active de contenance multifocale, multidimensionnelle, multiaxiale"** permise par une **"inter-mise à disposition des parties saines"** des différents participants du

groupe et un **inter-étayage** possible sur celle-ci ; ce faisant, il est constitutif de la subjectivité à partir de la rencontre de "plus d'un autre", là-même où la relation duelle était inadaptée (trop fusionnelle, trop destructrice, trop absente). Enfin, et peut-être de façon spécifique pour les patients que nous avons rencontrés, le groupe se propose comme le **miroir mobilisateur de l'intégration d'éléments internes épars et dissociés**.

7. 3. 7. 5) De l'intérêt du psychodrame

Les aménagements que nous avons mis en œuvre dans le dispositif psychodramatique que nous proposons, nous semblent nécessaires pour que le transfert puisse se déployer. Une des caractéristiques centrales visées dans cet espace de travail est de produire ce qu'il peut traiter : **remobiliser chez les participants des expériences sensori-affectives non-élaborées, afin de les transformer**.

Mais, à la différence des agirs comportementaux que constituent les conduites d'alcoolisation et qui peuvent être pensés comme une disparition du sujet dans cette tentative échouée de reprise scénarisée d'une expérience sensori-affective non symbolisée, les jeux psychodramatiques, quant à eux, promeuvent la **constitution d'une expérience nouvelle dans l'espace du « comme si », le passage de l'éprouvé à la pensée et l'émergence d'une position subjective tolérable**.

En effet, c'est à partir du jeu que l'individu peut - dans cet espace si particulier où la question de la réalité et de l'imaginaire ne se pose pas - **mobiliser les ressources qui** lui sont nécessaires pour traiter les expériences qu'il a traversées ainsi que celles qu'il traverse. Le psychodrame est alors une invitation à mettre en scène et en jeu les représentations de ses objets internes afin d'explorer le rapport qui est entretenu avec eux, et d'envisager, si nécessaire, de le transformer. Ceci, nous l'avons vu, s'effectue en groupe et par le groupe,

notamment lorsque l'un propose un scénario et que les autres le composent, mais aussi lorsque l'un va jouer et que les autres s'identifient.

Au cours de cette recherche, nous avons avancé que dans l'espace du jeu psychodramatique, **l'étayage sur des objets externes** permettait la reprise ("**initiateur fantasmatique**"), le soutien ("**étayage fantasmatique**") et le développement ("**potentialisateur fantasmatique**") de l'activité psychique. Nous soutenons ici que ces objets externes "se proposent" dans une **fonction d'enveloppe étayante** des objets internes perçus comme fugaces et rejoignons en ce point les propos d'Anzieu concernant la fonction de maintenance (1994, 113).

A la différence du langage qui est sous-tendu par le meurtre de la chose qui invite à l'insaisissable et confronte au manque (quelque chose devant être manquant pour que la métaphorisation soit possible, que la chaîne signifiante soit mobile), le jeu maintient la **présence d'un objet visible** tout en permettant cependant d'aborder la **question de la séparation**. Ceci suppose que se construise au travers des séances psychodramatiques, puis s'introjecte, un **objet interne bien vivant et suffisamment fiable**. Nous avons proposé l'idée selon laquelle la juste présence du thérapeute, ainsi que le soutien d'une rythmicité suffisamment synchronisée à celle des patients, permettait que le processus d'introjection ne soit pas perçu comme une menace d'un narcissisme insuffisamment constitué, et que s'ouvre "**l'espace de la tolérance de l'absence de l'objet**". Sans cela, la réification du désir (passion du besoin) pouvait envahir l'univers mental des patients condamnés à fonctionner au plus proche du Moi plaisir originaire, afin d'éviter que se posent les questions de l'autre, du manque et de la séparation.

Au cours de ce travail de recherche nous avons mis en exergue sept moments constitutifs de ce travail psychodramatique que nous distinguons aujourd'hui :

0) Moment d'avant séance : expérience sensorielle inconsciente

Il se caractérise par la **présence d'éléments archaïques et de leurs effets sur la psyché** des participants du groupe. On repère un état émotionnel chaotique et indifférencié qui témoigne de la présence de traces psychiques violentes qui restent inaccessibles. Expérience des figures du vide, de la négativité radicale et de l'absence, à partir du dispositif à venir qui proposera de les penser dans un après coup. Expérience fondatrice, située en deçà du verbal, qui nécessite d'être **traversée tout en continuant de vivre**, tout en résistant à la sidération provoquée par la destructivité du vide ; telle est la condition nécessaire pour que le sujet ne soit pas impuissant à réanimer ses parts internes mises en arrêt de mouvement face à la violence du trauma. Après Kaës (1976), nous insistons lors de ce temps, qu'il nomme fantasmatique, sur la place centrale de la violence qui est figurée à travers des représentations pictogrammiques les plus souvent agies.

1) Moment initial de rencontre : expériences sensorielles conscientes

Il a trait à la confrontation des participants aux **éléments traumatiques réactivés par la mise en groupe** et auxquels ils ne peuvent que s'associer kinesthésiquement. Il reste marqué par des mouvements massifs de régression et réactive un fonctionnement pictogrammique (Aulagnier, 1975), même si, peu à peu, se structure l'informe, s'estompe la sidération provoquée par la destructivité des turbulences pulsionnelles, et s'habite l'espace psychique confronté à la viduité et au trop plein. Dans ce moment initial du groupe, le désir des fondateurs ouvre la voie à la fondation des désirs, lesquels sont appelés à se manifester et à se spécifier. Il s'agit ainsi de la mise à disposition d'une **pré-forme d'appui et d'organisation du chaos**, qui permet la sortie de la confusion et l'entrée dans le travail de pensée : « Chacun se trouve confronté à l'inconnaissable déposé en lui, inconnaissable insupportable et cependant à penser pour s'en dégager » (Kaës, 2003, 69).

Là où les processus tertiaires ont cette fonction de permettre la remise en mouvement de la psyché jusqu'alors en veille forcée, nous avançons que les étapes de la **relance et du maintien des processus tertiaires** sont : une reconnaissance des points de vivance intrapsychiques, la traversée des angoisses archaïques et leur élaboration progressive et la reprise du travail de figuration, de déplacement, de transformation et de symbolisation. Ce faisant, ce qui jusqu'alors était mis en demeure de rester inanimé... peut désormais être réanimé.

2) Moment de passage à une forme : expériences des pensées naissantes

Il est le **temps du travail de l'origine**, à partir de mouvements de dégagements et de déplacements. Il concerne la structuration d'une forme dans une tentative d'émergence d'un sens. La construction d'une représentation et d'une cause de l'expérience du chaos, de la béance, du vide, de l'inconnu, de l'impensable - c'est-à-dire des différentes formes du négatif radical - permet que **se tisse une histoire pensable** de ce qui jusqu'alors ne pouvait se nommer et s'appréhender que par son absence. Nous rejoignons l'idée de Kaës (2003) selon laquelle le tissage d'une histoire pensable est rendu possible, dans le psychodrame, par la relance de l'imaginaire. Notamment dans la mesure où ce dernier est soutenu par le Préconscient mobilisable du fait des caractéristiques du dispositif thérapeutique (jeu, double sens, cadre défini avec rigueur, co-travail de pensée). Ainsi, la parole constructive du scénario rend possible une séparation d'avec l'objet, ouvre au travail de figuration de l'impensable, permet que l'état de tension interne décroisse et que s'élabore progressivement une forme scénarisée qui marquera le passage du temps des pensées-pensées aux pensées-énoncées.

Nous avançons que ce temps est une **première forme de jeu** (exploration mentale) qui soutient la mise en mouvement de contenus psychiques par la

dramatisation qu'il en propose. A contrario, en l'absence de l'émergence d'une forme travaillée pour figurer l'impensable, les patients restent collés à des vécus archaïques chaotiques, désorganiseurs, confusionnels qui marquent l'envahissement par le négatif mortifère. Nous avons mis en exergue que l'anesthésie psychique pouvait alors apparaître dans ce temps là du groupe, et qu'elle témoignait de la mise en œuvre de défenses face à ces vécus intolérables.

3) Moment de mise en jeu : expériences de jeu

Il est une ouverture vers l'exploration corporelle, verbale et psychique d'expériences sensori-affectives. Il offre la **mise en mouvements de traces corporeïisées en attente de sens**, dans un espace et dans un temps défini et il soutient plus avant le dégagement d'une "**forme partageable**". Si le détour par le jeu remet le sujet en contact avec l'objet traumatique, il en permet l'élaboration grâce, notamment, à la remise en mouvement de la capacité à métaphoriser des participants du groupe. Nous reprenons ici l'idée selon laquelle le jeu psychodramatique vient là où la parole fait défaut, ouvre au deuil de la chose et de l'acte et confronte joueurs et spectateurs au passage entre incapacité et capacité de jouer.

Or, nos expériences de psychodrame avec des patients addictifs à l'alcool nous ont conduit à mettre en exergue une logique du **refus du meurtre de la chose** : vivre plutôt que jouer, rechercher des sensations, tenter d'annuler l'écart entre le jeu et la réalité, maintenir position de repli narcissique, refuser de jouer... Nous avançons aujourd'hui que leur accrochage majeur à la réalité et leur refus du « comme-si » correspondent à une **tentative de contrôle de l'inconnu** et marquent une **difficulté certaine à se dissocier** de situations déjà vécues. En l'absence d'un espace transitionnel - au sein duquel la différence entre le jeu et la réalité ne se pose pas - se maintiennent, dans une vivance et une acuité sidérante, les expériences traumatiques desquelles aucun dégagement n'est possible.

4) Moment de reprise après-jeu : expériences de paroles d'après-coup

La parole qui survient après le jeu-joué favorise une distanciation d'avec l'objet et ouvre au travail d'élaboration psychique des expériences traversées. Ce quatrième moment constitue une **forme troisième du jeu** lors duquel les participants s'engagent dans un travail de symbolisation. Par ce mouvement de reprise en pensées des "éléments de soi" dégagés de soi, il introduit un **espace entre la chose et l'image de la chose** et rend davantage possible encore la tolérance de l'absence de l'objet.

Au regard des remarques précédentes, nous pouvons appréhender le psychodrame d'un point de vue métapsychologique :

- il est un lieu de précipitation fantasmatique, de figuration, de mise en forme, puis de traitement psychique (point de vue dynamique),
- il est un lieu **partagé** présentant une face interne et une face externe (point de vue topique),
- il est un lieu de régulation des tensions intrapsychiques et intersubjectives (point de vue économique).

8. 1) Une mise en suspens temporaire

8. 1. 1) Fonction et caractéristiques du mécanisme d'anesthésis

Ce travail de recherche nous conduit aujourd'hui à avancer que le mécanisme d'anesthésis consiste en la **mise en suspens des liaisons** entre des représentations et des affects et entre des représentations entre elles. Il se caractérise par une **inactivation du frayage mnémonique** en dépit de sa réalisation et par un état de l'énergie psychique que nous qualifions de **dyslié**. Stratégie de régulation des éprouvés psychiques face à l'inefficience du refoulement, il est une tentative de solution que nous relient à la persistance d'un **conflit entre le moi et la réalité** du fait d'un dysfonctionnement de **l'activité de liaison du préconscient et de l'activité pare-excitatrice / excitatrice du moi**. Ce conflit donne lieu à l'émergence d'angoisses archaïques de **viduité ou de surtension** face auxquelles les patients addictifs à l'alcool tentent répétitivement de se défendre.

Ainsi, l'anesthésis, comme défense des patients addictifs à l'alcool contre l'émergence de pensées et d'affects intolérables, permet une **insensibilité à la souffrance psychique** par un démenti de la réalité et un triomphe du narcissisme (De Mijolla, Shentoub, 1973, 47-50), là même où des traces d'expériences sensori-affectives - non prises dans un travail d'inscription et de transformation psychique - ont laissé le sujet en proie à des angoisses intolérables. Seule la mise en suspens de l'activité de penser et d'éprouver peut être proposée comme **substitut de la fonction de constance du Moi** et comme tentative ultime de résistance face à un **débordement pulsionnel potentiel**. Le sujet se trouve cependant condamné à errer dans l'espace mince et fragile qui sépare le risque de débordement (par émergence de processus primaires) du risque d'assèchement (par excès de processus secondaires). Sous tendant l'état d'anesthésie psychique, nous avançons que le mécanisme d'anesthésis est repérable dans la **suspension de la libre association et l'altération de la mobilité, de la variété et de la richesse de la chaîne associative individuelle et groupale**.

Ce faisant, nous devons pouvoir le mettre en exergue comme suit :

1) Les liaisons associatives

2) L'anesthésis

Elle est repérable à partir de nombreux indicateurs comme : les récits banalisés ou impersonnels, les placages ; la nécessité de poser des questions ; la tendance refus et le refus de participer ; les arrêts dans le discours ; les critiques de la situation ; l'accrochage au contenu manifeste ; l'accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel et le concret ; l'absence de conflictualisation ; l'accent porté sur le faire ; les affects exprimés à minima ; la limitation des éprouvés psychiques ; les affects de circonstance ; le remâchage ; l'appel à des normes extérieures

3) La suspension des liaisons

Elles peuvent être mises en exergue à partir de : la baisse des associations d'idées ; la diminution de la résonance associative ; la baisse de la résonance fantasmatique ; l'absence de conflictualisation ; les affects exprimés à minima ; la limitation des éprouvés psychiques ; les affects de circonstance ; l'arrêt de la chaîne associative).

8. 1. 1. 1) D'une inertie psychique partielle

Nous affirmons que la mise en suspens partielle de l'activité de penser et d'éprouver **barre temporairement la réactivation du frayage mnémonique et l'accès à l'image de l'objet absent**. Ce faisant, les éprouvés psychiques intolérables n'envahissent plus la psyché des patients addictifs à l'alcool, mais ce, au prix d'une **inertie psychique partielle** (anesthésie psychique) vécue comme un moment hypnagogique non créatif. En effet, parce qu'aucune liaison psychique entre l'objet absent et la représentation de l'objet n'est activée, ces patients restent dans cet état de pseudo-paralysie, de "flottement sans désir, ni affect apparent" où la tolérance de l'attente et de la nouveauté ne se pose plus.

Si, comme nous venons de le souligner, l'activité de penser et d'éprouver est temporairement suspendue, alors la différenciation de l'interne et de l'externe se trouve mise en péril. Ceci a pour conséquence de fragiliser les limites entre objectif et subjectif, entre réalité et imaginaire, entre soi et non-soi, et peut les conduire à recourir à des stratégies défensives contre ces confusions (accrochage à la réalité, aux objets concrets, au factuel...); étayages nécessaires sur des objets externes "expérientiels" de l'environnement. Nous proposons de différencier la mise en suspens des liaisons entre les représentations, de l'attaque contre les liens (Bion, 1962), mais aussi de la répudiation du fantasme (Krystal, cité par Pedinielli, 1996, 83).

8. 1. 1. 2) D'un chemin d'accès inactivé

Nous avons proposé que le mécanisme d'anesthésis se repère au niveau psychique par une baisse du seuil attentionnel et d'excitation psychique. Celle-ci se traduisant cliniquement par des troubles de l'accès à certaines informations, des difficultés de conceptualisation, ainsi que par l'altération de la mobilité, de la variété et de la richesse de la chaîne associative individuelle et groupale. Nous soutenons que **l'absence de résonance émotionnelle et intellectuelle aux métaphores** vient illustrer la singularité clinique de ces troubles psychiques lors de séances de psychodrame de groupe avec des patients addictifs à l'alcool. Cependant, et parce que nous avons pu aussi constater la capacité de ces patients à s'engager, à certains moments, dans une activité métaphorique, nous proposons d'avancer qu'il s'agit ici bien plus d'un **problème d'accès aux informations** stockées que d'un **problème d'encodage** de celles-ci. Le conte du Petit Poucet (Perrault, 1697) illustre métaphoriquement, pour nous, la singularité de cette **mise en suspens temporaire de l'activité métaphorique** qui se distingue du **mécanisme de démétaphorisation** (suppression de la dimension métaphorique abstraite d'une expression ou d'un scénario intolérable : le mot est indifférencié de la chose. Gimenez, 2000). En effet, pour le petit Poucet, il ne fait pas de doute

que l'image de sa maison est bien pour lui disponible au moment où il sait qu'il se trouve perdu dans la forêt. Ce qui fait défaut pour lui est alors à situer **du côté du tracé** ; effacement du tracé du chemin - sous les attaques destructrices des oiseaux envieux - qui **entrave les retrouvailles avec l'objet absent**. L'environnement est à partir de ce moment là ouvert à tous les dangers dont il s'agit de se défendre pour ne pas risquer de disparaître.

C'est, comme une solution temporaire et partielle face à l'inconnu et à l'informe, que nous appréhendons l'accrochage aux objets concrets. Solution temporaire et partielle dans la mesure où l'objet concret remplace illusoirement l'objet absent mais ne le représente pas. A contrario, le développement de l'activité de penser et d'éprouver est une solution efficace et durable concernant l'accès aux traces d'expériences sensori-affectives, mais suppose le "passage par des sollicitations non verbales plurimodales" (indiciage sensoriel, priming) comme mode de réactivation de celles-ci.

8. 1. 1. 3) Un état d'énergie dyslié

"**Entre rien et trop**", c'est de ce côté que nous avons situé la question de l'économie et de la gestion de l'énergie pulsionnelle. Gestion par anesthésie psychique qui offre une mise en suspens de l'état de tension interne mais suppose un "ensommeillement" de l'activité de penser et d'éprouver ; le conflit intrapsychique n'est pas traité mais tout au plus **ponctuellement différé**. Nous assistons ainsi à une **régression topique** dans la mesure où le sujet suspens ses investissements du système conscient, ce qui entraîne un abandon de l'épreuve de réalité ; les fantasmes de désir peuvent pénétrer dans le système et être reconnus comme une réalité. Cette modalité de traitement de l'état de tension interne se caractérise par un **désinvestissement énergétique temporaire** rendu nécessaire du fait d'une confrontation à l'inconnu. Nous avons proposé le terme de **dysliaison** pour définir cet état spécifique de l'énergie psychique consécutif à une défense contre le trop ou trop peu pulsionnel, dangers majeurs pour

l'économie psychique. Dyslié et non forclos (Mc Dougall, 1982) tel est le terme que nous employons pour définir la suspension de phénomènes inter-pulsifs (Avron, 1996) que nous observons dans les moments d'anesthésie psychique et qui nécessitera de poursuivre et de préciser plus avant les résultats de cette recherche.

8. 2) DÉFINITION MÉTAPSYCHOLOGIQUE DU MÉCANISME D'ANESTHÉSIS

8. 2. 1) Introduction au mécanisme d'anesthésis

A l'issue de ce travail de recherche en psychologie clinique et psychopathologie, nous définissons l'anesthésis comme un mécanisme de défense actif qui vise à protéger l'économie du sujet contre l'émergence d'éprouvés psychiques intolérables, et avançons que le recours à celui-ci souligne l'inefficacité d'autres modes de gestion moins coûteux économiquement, de l'état de tension interne. De plus, nous proposons que ce mécanisme de défense agit en **suspendant l'activité de penser et d'éprouver** du sujet et en le plongeant dans un état spécifique que nous avons nommé **état d'anesthésie psychique**.

8. 2. 2) Formalisation métapsychologique

Après Freud, nous envisageons ici la définition du concept d'anesthésis d'un point de vue métapsychologique, c'est-à-dire « sous les rapports dynamique, topique et économique » (Freud, 1915 a, 89 ; 1926, 155-156), mais aussi du point de vue processuel et de la dynamique thérapeutique.

8. 2. 2. 1) Point de vue dynamique

Du point de vue dynamique (conflits et échanges), nous avançons que le mécanisme d'anesthésis est consécutif d'un **conflit non traité entre un fragment de la réalité externe et le Moi dans sa capacité de méta-représentation** (capacité à se représenter comme pouvant se représenter un fragment de la réalité externe); certains éléments de la réalité externe confrontant le sujet à une expérience sensori-affective non symbolisée par le travail du Préconscient. Cependant, si l'absence de travail psychique de transformation est analogue à celle repérée dans l'hallucination psychotique,

nous soutenons qu'il s'agit ici d'un **trouble de la fonction méta-représentative du Moi** et non « d'une carence de représentations de mots (du Préconscient) aptes à contenir l'expérience et à relier l'affect qui lui est conjoint » (Gimenez, 2000, 208). Il apparaît ici que la modalité de gestion du conflit intrapsychique diffère dans le sens d'une suspension de l'activité de penser et d'éprouver et non du remplacement d'un fragment de réalité externe par un fragment nouveau construit à partir des exigences du Ça. Ce faisant, le mécanisme d'anesthésis provoque un effet d'insensibilisation et protège temporairement le sujet contre des angoisses archaïques massives de viduité et de surtension même si il le condamne à une errance infinie et désobjectivante de tonalité létale.

8. 2. 2. 2) Point de vue topique

D'un point de vue topique (lieux psychiques) le mécanisme d'anesthésis **entrave l'efficacité du Préconscient** dans sa fonction d'élaboration des expériences sensori-affectives (liaison des représentations de chose avec des représentations de mots aptes à penser l'expérience de façon métaphorique). Les représentations de mots ne permettent plus d'évoquer l'expérience en son absence, et les mots qui restent comme identifiés à des choses, dévoilent la proximité des traces corporeïsées d'expériences archaïques. Il s'ensuit des **troubles des fonctions de constance** (défense contre l'envahissement par les pensées, continuité/discontinuité de l'activité pensante) et de **signifiante** (encodage des signes renvoyant aux qualités distinctives des choses, des mots et des pensées) du Penser (Anzieu, 1994).

Face à cela, le thérapeute est à la fois engagé à soutenir un rôle de "Pare-Excitateur/Excitateur auxiliaire" pour lutter contre les stratégies de brouillage : il « stimule la pensée concrète et imagée du patient quand celui-ci revit la régression dépressive face à l'imgo de la "mère morte" » (Anzieu, 1994, 110). Mais aussi, un rôle d'identification /construction des signifiants formels face aux stratégies d'effacement : il « rend possible l'accomplissement des expériences

non faites dans l'enfance ; jeu de la bobine, du squiggle ; aire transitionnelle, être libre en présence de quelqu'un... » (Anzieu, 1994, 110). Ce faisant, il contribue à la différenciation et à l'articulation entre pare-excitation et surface d'inscription et ouvre au développement de l'appareil mental et du moi (Anzieu, 1994, 140).

8. 2. 2. 3) Point de vue économique

Du point de vue de la gestion des affects et des investissements psychiques, le mécanisme d'anesthésis se présente comme une tentative de **gestion des tensions intrapsychiques par un hyper-contrôle psychique**. Celui-ci renvoyant à un recours excessif au principe de réalité et aux processus secondaires afin de maintenir de façon rigide une distance vitale à des éprouvés psychiques intolérables. Le mécanisme d'anesthésis produit un **désinvestissement partiel de la réalité psychique et externe** qui laisse le sujet sans déplaisir, ni satisfaction. Il agit au niveau des représentations et des affects bruts qui se trouvent être **figés mais non rejetés de la psyché** ; il n'y a pas de décharge mais plutôt une **mise en suspens des quanta d'affect**. Nous proposons le terme **dyslié** pour qualifier ce statut particulier des affects et pour le différencier des notions d'affect libre ou lié (Freud, 1895, 1900) ou encore d'affect déposé (Gimenez, 1993).

8. 2. 2. 4) Point de vue processuel

D'un point de vue processuel, l'anesthésis est une **tentative inefficente de traitement des affects** dans la mesure où il ne consiste qu'en une mise en suspens de la circulation de l'énergie psychique et une désactivation ponctuelle du frayage mnémonique existant entre différentes représentations et non en un processus symboligène. L'action de ce mécanisme porte à la fois sur les affects qui débordent le patient (hyper-contrôle par immobilisation) mais aussi sur la liaison entre des affects et les représentations associées et entre ces représentations entre elles (désinvestissement énergétique, désactivation du

frayage mnémonique). Cette défense qui se déploie conjointement sur les pôles énergétique et associatif est une stratégie nécessaire mais ponctuelle, répétée, peu variée, précaire et inefficace de lutte contre l'émergence potentielle d'un conflit intrapsychique désorganisateur, mais aussi de gestion de certains éprouvés psychiques.

8. 2. 2. 5) Point de vue évolutif

D'un point de vue de la dynamique thérapeutique, nous soutenons que le mécanisme d'anesthésie ne constitue pas une régression mais qu'il est une **mise en suspens de tout mouvement transformationnel symbolique** dont la reprise se manifeste au décours de séances de psychothérapie de groupe. En cela, les stratégies thérapeutiques viseront une relance des activités d'éprouver et de penser qui ont été jusqu'alors mises hors de fonctionnement.

De plus, nous observons que l'état d'anesthésie psychique **se modifie parallèlement à l'évolution de l'engagement transférentiel**, et soulignons que le dégagement de l'état d'immobilité psychique et émotionnel est favorisé par la **synchronie relationnelle** (rythmique, verbale, non-verbale...) **l'ajustement formel** des modalités d'intervention des thérapeutes (passage par le signe) et les **caractéristiques du dispositif psychothérapeutique** (Poupard, 2002).

Le clinicien, désinvesti dans un premier temps, se trouve être réintroduit dans l'espace de la rencontre intersubjective afin d'être le dépositaire, puis le garant, d'un travail de "**trans-formation**" (modification à travers l'interlocuteur) des éléments informés et de l'activité de penser et d'éprouver dont le patient s'est dépossédé par le recours à l'identification projective massive. Zone de libre circulation de l'inconnu, espace de tolérance de l'informe, le clinicien se propose de soutenir son maniement de la **fonction pare-excitatrice/excitatrice auxiliaire du Moi** ainsi que de la **fonction de liaison auxiliaire du Préconscient**. Ce

faisant, le patient peut alors s'étayer, puis explorer pour enfin expérencier et introjecter les fonctions psychiques jusqu'alors défailantes.

Cependant, nous avons souligné que ceci nécessitait, pour le thérapeute, de reconnaître tout d'abord les **effets anesthésiants** dont il était l'objet, afin de tolérer ensuite l'emprise du **mécanisme d'identification projective massif**. Ce faisant, il pouvait alors plus aisément accueillir, contenir puis figurer les éléments intolérables et informes dont les patients tentaient de se défendre.

Ainsi, à l'issue de cette recherche, nous avançons que du maintien de son activité d'éveil, du soutien de l'adéquation rythmique (synchronie) et formelle (passage par le signe) mais aussi de sa "syntonie empathique" (Corcos, 2003, 233) dépendent en retour la capacité des patients à tolérer les tensions intrapsychiques et à introjecter l'activité de régulation des éprouvés psychiques. En particulier, nous maintenons que le thérapeute doit partir du niveau de fonctionnement du sujet et du groupe (niveau des traces d'expériences corporeïsées) afin que, dans ce "**passage par le signe**", soient reconvoquées les **traces muettes d'expériences archaïques en attente de mots**. La réactivation du lien intrapsychique entre affect et représentation et entre des représentations entre elles, mais aussi du lien entre les patients entre eux et entre les patients et les thérapeutes, permet une ouverture sur le travail de scénarisation **d'éléments informes et d'éprouvés intolérables**.