

SPRF

Matinée-débat autour du livre :

‘Spécificités du traitement psychanalytique. Naissance d’une méthode’

11 avril 2026

‘L’expérience des groupes cliniques de Spécificité’

Fabienne FILLION¹

J’ai choisi de vous parler de notre expérience des groupes cliniques de la « Spécificité » en m’appuyant particulièrement sur ce que nous appelons la construction du patient groupal. Comment l’ombre du patient, présenté au travers de trois séances par son analyste, anime le groupe clinique de multiples mouvements et porte sur celui-ci toute les nuances possibles.

Le dispositif des groupes cliniques de la Spécificité est très particulier, voire exceptionnel dans sa durée et sa composition. Un jour et demi de travail en six sessions avec une nuit au milieu.

Le groupe s’engage dans une aventure qu’il ne pourra quitter que sous forme ‘d’Acting’, (oubli, retard, démission, rupture) et chaque membre s’apprête à vivre l’expérience clinique comme une rencontre avec l’inconnu. Le dispositif suppose deux modérateur(e)s, un(e) observateur(trice), et un(e) analyste présentateur(trice).

Ce que Marie-France Dispaux et Lila Hoïchman nomment le ‘Trépied’.

Il s’agit d’un cadre bien rodé aujourd’hui, après les essais/erreurs des premières années. Un cadre amené à contenir les différents mouvements psychiques conscients et inconscients à l’œuvre pendant toute la durée du travail, un travail d’écoute en égal suspens et d’associations libres.

Dès la présentation de la première séance lue par l’analyste, les membres du groupe sont « pris », touchés, par l’énoncé. Une sorte d’effraction se produit pour chacun des membres et chacun, dans son écoute, à sa manière, est percuté par la scène présentée. Un(e) analyste expose son travail, laisse entrevoir sa relation transféro-contre-transférentielle avec son patient, un(e) analyste se dévoile.

Le jeu des identifications se met à vibrer, la chaîne associative groupale -comme la nomme Luc Michel - s’enclenche pour donner, une association libre groupale ou encore un libre discours. Les différents espaces psychiques du groupe prennent place : individuel, inter-individuel et groupal.

Comme le souligne Catherine Desvignes, une écoute à différents niveaux se met au travail, et « l’impact de la clinique peut devenir traumatique, entraînant jusqu’à l’impensable ».

Le groupe d’analystes associe et interroge, comme à la recherche de résolutions d’une énigme : comment fonctionne ce couple analyste/patient, quels sont les enjeux transféro-contre-transférentiels, comment se déploie psychiquement ce/cette patient.e dans les séances proposées ?

Tout doucement, dans les groupes de la Spécificité, les associations libres des participants dessinent des formes, esquissent des contours de la relation transférentielle (et CT) et commencent à imaginer le/la patient(e) ...

¹-Membre de la Société Belge de Psychanalyse

Les membres du groupe explorent les différentes facettes de ce lien au travers des mots, des mouvements, des ressentis retransmis par l'analyste qui présente.

Le groupe devient comme un réceptacle qui dans un premier temps saisit ou se débat avec ce qui est projeté sur lui, puis quelque chose commence à s'articuler.

Un(e) patient(e) prend corps comme porté par le groupe. Ce patient, ce « patient groupal » commence à exister, à vivre, indépendamment de son analyste qui assiste, muet.e, à sa mise en mots, à sa mise en forme, parfois même à sa prise d'autonomie. Ce patient du groupe est plus ou moins malaxé, comme on le dirait d'une sculpture en devenir, il peut être saisi avec rudesse ou avec bienveillance, avec délicatesse, c'est selon. Il peut être d'un seul coup rejeté puis repris, en fonction des mouvements qui traversent le groupe. Tristesse ou mélancolie, agressivité ou dépression, ennui ou excitation, angoisse ou désintérêt, quelque chose s'infiltré dans les failles ou les interstices des pensées de chacun et laisse advenir les différents espaces psychiques contenus dans les séances.

Des sensations de collages, d'éléments symbiotiques en présence, des éléments Beta, alourdissent le groupe et peuvent le faire sombrer dans l'ennui et le sommeil. Surgissent des éléments jusque-là informes ou refoulés, pris dans une chaîne de transformations qui va du patient à la représentation groupale du patient. S'effectue alors un travail de mise en forme de l'informe (Luc Michel). Ou encore les éléments d'une sexualité infantile très active peuvent irriguer le groupe d'une excitation ou d'une vitalité joyeuse et débridée.

La construction de ce patient groupal prend l'allure d'un jeu, plus ou moins pénible, cette construction délimitant un espace transitionnel qui s'ouvre et s'active, un espace dans lequel les participants prennent place en se laissant traverser par la chaîne associative groupale et par ce qui se dégage de la séance présentée. Le groupe peut se détourner du patient pour se focaliser sur l'analyste, à la recherche de son contre-transfert, pourquoi cet analyste-là réagit ainsi avec ce patient-là ?

Plus le groupe d'analystes prend corps, plus le patient reconstruit prend forme. Un groupe qui ressent ou agit par moment les « répliques » de la relation transféro-contre-transférentielle, comme le souligne Yvette Dorey, des répliques qui font penser à celles des tremblements de terre, ou comment les soubassements du lien patient-analyste deviennent actifs/réactifs au sein du groupe. Ces répliques passent par la diffraction des transferts sur le groupe. Tel membre du groupe sera au contact des éléments dépressifs du patient quand un autre sera sensible à la dimension archaïque en jeu en arrière-plan ou encore se sentira envahi par le désespoir émanant à un certain niveau de la présentation. D'autres porteront l'excitation infiltrée d'un sexuel infantile luttant contre la dépression ... Les articles du livre donnent de nombreux exemples de ces manifestations.

Les mouvements du groupe cherchent à se représenter ce patient groupal, cherchent à le définir, lui donner une présence physique, grand, petit, jeune, âgé, beau ou non, etc. Plus ce patient est modelé, plus le groupe s'attache à lui et veut le conserver. Nous pouvons observer des mouvements dépressifs ou de tristesse traversant le groupe quand la fin du travail approche et qu'il faudra « rendre » le patient à son analyste en quelque sorte. Il faudra se séparer du patient groupal rêvé/crée/construit par le groupe, il faudra le quitter.

Du côté des analystes qui présentent, différentes réactions se font entendre. Certains acceptent le jeu du groupe avec le patient, assistent à sa création par le groupe, le reconnaissent ou non, découvrent d'autres dimensions jusque-là laissées dans l'ombre, ou encore laissent s'ouvrir devant eux de nouvelles voies d'accès à leur patient, laissant entrevoir comment dépasser certaines résistances à l'œuvre.

D'autres analystes nous font part de leur souffrance, de leur colère, voire de leur désarroi. Pour l'analyste dont je parle dans l'article du livre, le groupe s'était mis entre elle et sa patiente, lui avait pris sa patiente, la lui avait arrachée. Elle avait vécu cet arrachement dans son corps, au travers de douleurs qui l'avaient empêchée de dormir la nuit entre les sessions, des douleurs identiques à celle de sa patiente. Elle souligne quand elle prend la parole combien elle et sa patiente ne faisaient qu'une, elle se voit alors dans la fusion avec sa patiente au même titre que sa patiente avec sa propre mère. L'indifférenciation avait été mise au grand jour dans les associations des membres du groupe. Le lien symbiotique apporté par le matériel clinique était entré en résonance avec les liens symbiotiques dans le groupe.

Martine Sandor décrit les mouvements qui l'ont animée lors de la présentation des séances avec son patient : dépossédée de son patient, elle avait l'envie de le protéger. Mais par ailleurs, elle décrit son étonnement et son soulagement en observant, silencieuse, le groupe passer par les mêmes ressentis et les mêmes interrogations qu'elle avait eu à vivre dans l'analyse avec son patient. Ici il n'y avait pas d'écarts avec ce que le groupe faisait avec ce patient groupal, et ce qu'elle vivait dans la « réalité ». Dans d'autres situations, des écarts peuvent être ressentis entre la perception qu'a l'analyste du travail avec son patient et les perceptions vécues par le groupe. Ces écarts peuvent ouvrir des voies d'accès à explorer comme ils peuvent être vécus par les présentateurs(trices) comme faisant violence à leurs perceptions mêmes du travail avec leur patient.

Lorsque l'analyste qui présente prend enfin la parole, le groupe s'attend à découvrir le patient « réel » et à se mettre au contact d'une sorte de vérité de la cure. Les questions posées par les membres du groupe et les réponses apportées par l'analyste entraînent souvent le groupe vers des éléments de réalité qui déçoivent, qui font tomber l'illusion groupale dans laquelle il s'était installé. La magie de l'association libre se perd dans ces moments-là, le contact avec l'anamnèse ne permet plus le penser-rêver qui était à l'œuvre. Il est difficile dans cette fin de travail de garder vivante l'association libre. Les analystes présentateurs ont envie de donner leur vérité, leur histoire à eux avec ce patient-là. Bien qu'ils soient invités à associer sur ce que leur ont fait les associations du groupe, ils cherchent parfois à justifier leur travail et de ce fait entrent dans des éléments de réalité qui font perdre l'associativité.

Il faut du temps pour réussir à s'extraire d'une réalité qui s'abat sur le groupe, ce qui parfois reste impossible quand l'analyste prend des positions trop défensives. Mais parfois aussi le temps de l'élaboration reste ouvert sur un inconnu qui ne donnera jamais sa réponse ...