

Napolitani, le grand oublié

Jacques TOSQUELLAS

9ème secteur Marseille

Chaque fois que j'entends parler de groupes, une petite lumière s'allume devant moi, une petite lumière qui porte le nom de D. Napolitani. Pour préciser davantage, ce n'est pas ce nom lui-même qui s'évoque alors, mais bien plus une **question sous-jacente**, question caractérisée par son aspect répétitif et incessant. C'est qu'il semble que quasiment personne n'évoque cet auteur. Même J. Oury dans l'article prévu pour ce N° d'INSTITUTIONS relatif aux groupes n'en fait pas mention. Il appelle certes très largement, et entre autres, F. Tosquelles quant à son texte sur la "séméiologie de groupe", texte essentiel, qui pose, dans une institution, la présence interactive de groupes multiples divers et surtout structurés fondamentalement selon des modes différents, s'appuyant sur la prévalence d'une des instances psychiques. Ainsi des groupes à structure surmoïque, à structure référant au Moi Idéal ou encore à l'Idéal du Moi... L'important est que ces groupes sont **présents ensemble** et qu'ils vont établir des **relations**, en tant que sous-ensembles autonomes dans un ensemble plus vaste. La signification de chaque élément réfère ainsi à sa place et à son jeu articulatoire tant avec les autres qu'avec l'ensemble. Affirmons bien que cette conception a des conséquences considérables. On se rappellera par exemple à ce sujet les recherches d'un Poncin sur les "situèmes", par analogie avec les "phonèmes" décrits par la linguistique. Ou encore la question des "**rappports complémentaires**" dits de Dupréel, si largement décrits dans la "**clinique institutionnelle**" et qui trouvent ici un prolongement fécond, puisqu'on passe ainsi de la dimension individuelle à un espace plus global, collectif, et même social, oserais-je dire. Questions essentielles et centrales. Les oublier ou les négliger dans le travail quotidien d'analyse et de repérage des processus institutionnels revient à rejeter **de fait** tout l'apport de la "**Psychothérapie institutionnelle**", en tous cas à éviter les quelques chances que soit traité ce qu'il en est des processus de l'**aliénation** particulièrement dans son ancrage social. Cependant, pour ce qui nous intéresse ici, la description de ces structures interactives de groupes conservent encore un aspect "archaïque". Archaïque au sens où la photographie précède nécessairement et historiquement le cinéma ou la vidéo, au sens où l'image vient fixer le mouvement, dans une forme qui certes veut se donner comme première. Je sais bien que ces questions concernant le mouvement, la cinétique, les rythmes...etc, ne sont pas absentes des considérations de ces auteurs cités. Ne serait-ce que rappeler le texte de F. Tosquelles sur les articulations du "mouvement désaliéniste de la psychothérapie institutionnelle" et des "espaces thérapeutiques saisis dans la perspective psychanalytique". Ne serait-ce encore de rappeler l'insistance répétée du même auteur pour différencier la cinétique de la dynamique, ou même celle de la définition de la dialectique.

Pourtant la description de cette séméiologie de groupe reste encore **statique**, même si essentielle et féconde. Et c'est justement là que viennent se situer les recherches de Napolitani.

Alors, cette question qui surgit devant moi lors de l'évocation des groupes ? Cette question, on pourrait la résumer ainsi : pourquoi cette insistance personnelle de l'évocation de ce nom et de son apport ? Pourquoi ce contraste avec la non évocation de ce même nom par des auteurs qui restent essentiels pour moi ? Ceci renverrait-il à une mienne fascination, mais alors de quoi, de qui... ? Ou bien, et ce n'est pas nécessairement contradictoire, s'agirait-il du travail d'une résistance fondamentale, tant les questions touchées apparaîtraient délicates ? Je ne peux pas penser, bien évidemment, qu'il s'agisse d'ignorance, en tous cas pour beaucoup.

Certes, il n'y a pas de nombreux textes de Napolitani disponibles en français. Son passage au Colloque international sur "les traitements au long cours des états psychotiques" de Paris, en 1972, n'a pas suffisamment marqué, malgré la pertinence de l'exposé, noyé qu'il était dans le profusion et la diversité des apports, la qualité des intervenants avec un nombre impressionnant de représentants du "gratin" mondial de la "psychothérapie" des psychotiques. La tentative faite ensuite par Bleanodonu en 1974 n'a eu que peu d'échos. Rien n'a été repris pas les ténors des "groupes". Rien chez Anzieu par exemple dans son ouvrage sur "le groupe et l'inconscient", que ce soit avec la première édition ou la seconde. Rien encore dans toute la série de livres si intéressants de la collection "Inconscient et culture"... etc. Mais aussi pratiquement rien lors des interventions entendues ou lues dans les diverses rencontres organisées autour de la "Psychothérapie institutionnelle". Et pourtant c'est bien un véritable "choc" qu'avait produit Napolitani lors des 4^e Journées d'intérêt psychiatrique de l'Institut Pere Mata de Réus en 1971 ! Et ce "choc" n'était certainement pas dû uniquement au caractère chantant de la langue italienne ou à la clarté de la voix de l'orateur ! Alors : oubli ?, ignorance ?, résistance ?

Quant à moi, chaque fois que j'en ai l'occasion, je tente de rappeler les quelques choses qui me paraissent ici essentielles et sans aucun doute incontournables. Je le fais donc encore aujourd'hui, avec la certitude de me répéter bien sûr.

Les textes disponibles.

A ma connaissance, la bibliographie minimale au sujet de cet auteur peut se résumer ainsi :

De Diego Napolitani lui-même :

1- Rapport aux 4^e journées d'intérêt psychiatrique de l'Institut Pere Mata, Réus, 1971, rapport qui n'a pas été publié, et c'est fort dommage, par les organisateurs..., mais ils y sont habitués !

2- Signification, fonction et organisation dans les institutions psychiatriques, mouvement psychiatrique, N°12, 1972, p.16-32 ;

3- La conduzione di un gruppo de lavoro psichiatrico, riflessioni sui rapporto tra l'individuale e il sociale nelle istituzioni, intervention au Séminaire de Psychiatrie Communautaire et de Sociothérapie, Milan, 1970 ;

4- Relazioni narcisistiche et relazioni oggettuali istituzionali nel processo di personalizzazione delle comunita terapeutiche, Milan, 1971 ;

5- Un ensemble de Communautés thérapeutiques - Le processus de personnalisation des institutions communautaires, Rapport au Colloque sur les traitements au long des états psychotiques, Paris, 1972, in : "Traitement au long cours des états psychotiques", éd. Privat, 1974, p.259-268 ;

6- Les groupes thérapeutiques en Institution, rapport au Colloque de l'Hôpital Edouard Toulouse, Marseille, 1972 ;

7- Le social dans la psychanalyse et la psychanalyse du social.

De Gérard Bleanonu :

Thérapie multiple et processus groupal, Bulletin de psychologie, "groupes, psychologie sociale clinique et psychanalyse", N° spécial, 1974, p.75-79.

J'essaye moi-même de systématiser cet apport dans un texte toujours non achevé et qui porte le nom provisoire de : "**A propos des fonctions dans le cadre thérapeutique institutionnel**".

Les concepts de base.

Je vais reprendre, pour présenter ces concepts de base, une partie d'un exposé que j'ai fait il y a peu . Ce texte tentait de formuler quelques postulats servant de références théoriques minimales dans un travail thérapeutique d'intervention dans un Secteur de Psychiatrie Publique intégrant des "appartements associatifs" et se référant au courant dit de la "Psychiatrie institutionnelle".

Voyons voir de plus près.

Précisons d'abord qu'au centre des dires de D. Napolitani se situera une **double question éthique** essentielle : d'une part, dénoncer sans cesse la mise en place active des **résistances** ainsi que leur organisation sous une forme ou sous une autre, d'autre part, rechercher une **définition d'un champ de travail spécifique** à l'accueil et à l'accompagnement du sujet humain souffrant, recherche qui fondera nos interventions thérapeutiques dans une identité propre. C'est que nous nous trouvons :

"à la rencontre, d'une part, de l'ancienne demande sociale pour une assistance psychologique et psychiatrique, surtout vis à vis des patients psychotiques, et d'autre part, des nouvelles possibilités techniques issues du développement de la psychanalyse dans son application au traitement des psychotiques, des groupes et des institutions dans leur ensemble. La perspective y apparaît d'emblée triangulaire puisque la communauté thérapeutique est fondamentalement intermédiaire entre le besoin social, la capacité technique et le milieu social.

Cet aspect de triangulation est essentiel dans ce qu'il vient reproduire la situation origininaire du rapport mère-enfant, avec les pôles suivant : capacités de la mère, besoins de l'enfant dans ses dimensions performances et compétences, enfin milieu familial.

Il a été largement démontré que dans le couple mère-enfant sont en jeu deux composantes : d'une part, la composante narcissique et symbiotique formant une "réalité fusionnelle et unitaire" où se produisent des échanges de parties non objectales ou pré-objectales ; d'autre part, la composante objectale de l'institution familiale qui vient imposer à la mère comme à l'enfant le "bain des échanges objectaux de la famille dans son ensemble". L'identité de chaque membre du "collectif familial" est ainsi autorisée et garantie par la "loi des échanges objectaux".

C'est l'interaction de ces deux composantes qui déterminera fondamentalement l'histoire familiale. On pourrait décrire là les mouvements incessants de retour de la famille fantasmatisée vers ce couple origininaire tout-puissant marqué par la suppression violente du tiers. Mais sans doute il demeure essentiel de remarquer que la famille va établir des

défenses pour se tenir à distance de cette "invasion de fantasmes narcissiques dans la réalité collective". Le code familial et sa personnification dans la figure paternelle en est une.

*Il est capital d'insister sur le fait qu'existent des **relations entre le processus de personation individuel de l'enfant** quant à la formation du "soi individuel" **et le processus de personation du groupe familial** quant à la formation du "soi collectif de la famille". Le groupe familial va ainsi prendre deux orientations : organiser ses structures défensives, les articuler dans des rôles assignés à chacun de ses membres selon les mécanismes culturels qui viennent faire référence.*

*Le premier postulat apparaît ici : il y a une **analogie profonde entre le processus de personation des communautés thérapeutiques et celui des groupes familiaux.***

La communauté thérapeutique reproduit les modèles familiaux dynamiques où l'identité individuelle se forme au travers de l'identité du collectif, le style de la famille, sa façon d'élaborer les changements.

*Un deuxième postulat s'en suit donc immédiatement : celui de la **nécessité du changement permanent.** L'institution thérapeutique est une **structure dynamique** et à ce titre, elle est une "loi de transformation" plus qu'une forme d'organisation. S'établissent entre les protagonistes de la famille des "rapports d'influence et d'induction réciproques du changement". Les individus sont invités à participer activement au changement et c'est bien où se rejoignent la famille du schizophrène et l'établissement psychiatrique traditionnel : nier et s'opposer à cette loi fondamentale de changement.*

*La communauté thérapeutique se donne par contre comme tâche centrale de **stimuler et d'induire un changement de maturation** du patient.*

*Le **caractère familial de l'institution** est affirmé, à savoir la réactivation de fantasmes de la famille, dans l'institution, dans le transfert et le contre-transfert, circulation de fantasmes génétiques, etc. Mais aussi, mobilisation de défenses, adéquates ou pathologiques, chez le patient comme chez les intervenants soignants.*

On peut se représenter par exemple ainsi la complexité de la tâche à développer, selon deux grands types de fonctions :

*1) d'une part, la **fonction de satisfaction**, elle même subdivisée avec : la **fonction de contenance** qui va permettre de travailler à essayer de satisfaire les besoins et désirs régressifs et fusionnels ; la **fonction de valorisation** qui va permettre de viser les désirs d'émancipation et d'individuation, en notant bien évidemment que ces divers désirs peuvent apparaître certes chez des patients différents, selon leurs niveaux de déstructuration, mais aussi alternativement chez le même patient ;*

*2) d'autre part, la **fonction de personnification** des divers besoins et désirs dès lors qu'ils seront abordés dans le collectif.*

Identification et séparation des rôles vont venir se jouer dans l'espace social communautaire, où rôles et parties pourront être assurés par tel ou tel patient, où l'une ou l'autre des "parties du self" pourra représenter des objets partiels, en tous cas où rôles et parties seront essentiellement personnifiés et viendront établir des rapports réciproques, dominés par les

mécanismes psychiques relativement archaïques. Ainsi, les jeux d'identification et de séparation rappelleront-ils une situation de clivage, avec la tendance expulsive des membres menaçants et le privilège apporté aux membres idéalisés.

De cette situation de changement continu, c'est donc l'**angoisse** qui en surgira. Et face à la séparation, c'est la nécessité de construire des **défenses** où apparaît d'abord bien sûr les tentatives et les efforts sur le contrôle permanent des parties.

Les conséquences des deux postulats précédents sont majeures puisqu'elles indiquent le "**lieu**" du processus central du traitement : "**l'échange continu**" des parties entre les patients et entre les patients et les intervenants soignants. Les possibilités de changement continu de rôle, les possibilités de vivre et d'expérimenter ces échanges de parties... permettent une "internalisation du drame collectif comme drame propre" nous dit Napolitani, et au delà, un niveau de maturation plus grand.

Deux autres postulats se dessinent.

Celui de l'importance majeure du **travail d'élaboration des angoisses** qui surgissent dans l'institution et plus particulièrement chez les intervenants soignants. Ceux-ci sont d'emblée marqués par la **tension** entre deux fonctions de base que l'on peut désigner sous plusieurs vocables, que ce soit celui de l'opposition du monde du souci et de celui de la tâche, ou celui de l'opposition entre d'une part une **fonction de type maternel**, référant à l'**Idéal** et qualifiée de compréhensive, renvoyant souvent au **narcissisme du groupe soignant** et aux questions de son **omnipotence**, parfois portée par une position où l'Idéal est centré par une culture pantanalytique, de psychanalyse généralisée et généralisante..., et d'autre part une **fonction sociale, normative, disciplinaire** qui va venir interférer sans cesse avec la dimension curative. Je laisse volontairement de côté ici les questions liées à d'autres fonctions dynamiques pour les soignants, telles que celles du désir... Vous voyez que ce n'est pas rien ce que je laisse là... Mais la question reste bien complexe. Je me contenterai d'en dire qu'ils sont engagés **en tant que sujet** dans la relation thérapeutique, qu'ils le veuillent ou non.

La description des mouvements d'évolution du groupe thérapeutique nous conduirait ainsi à croiser des situations où la perte de l'omnipotence devient synonyme de **réaction dépressive** en liaison avec la perte d'un pouvoir et la castration, réactions dépressives alternant très souvent avec des sentiments de **persécution**. A partir du moment où le groupe soignant, pour des raisons techniques fondamentales, refuse de se figer dans cette relation de dépendance faite d'identifications réciproques avec le groupe soigné, c'est à dire à partir du moment où elle refuse d'assurer exclusivement cette fonction maternelle, compréhensive, idéale, directement ou au travers de la désignation de "terres de conquête" extérieures à l'espace du groupe, comme cela se passe avec l'Armée ou l'Eglise, à partir de ce moment donc, nous serons amenés à différencier dans le vécu du groupe **divers types d'angoisses** : d'abord certainement des **angoisses orales de mort** de type cannibalique avec des **fantasmes de dévoration** des soignants de la part des soignés, des **angoisses de dépersonnalisation** avec des **expériences de confusion** intense et d'impuissance quasi totale, des **angoisses de marginalisation et d'abandon** avec des **fantasmes de scène primitive**, etc.

Il est essentiel de rappeler que c'est bien, à chaque mouvement maturatif, **l'élaboration de ces angoisses par le groupe soignant**, toujours en relation avec le groupe soigné et les sous-groupes qui apparaissent - nous ne sommes pas en position d'une psychothérapie du groupe soignant, faut-il le rappeler, même s'il conviendrait de différencier psychothérapie du

personnel et psychothérapie des personnes - c'est bien le travail d'élaboration de ces angoisses qui permet la progression du travail thérapeutique des patients. On voit bien là l'importance des rencontres des divers collectifs soignants, au delà bien évidemment des nécessités inhérentes à la circulation des informations. Il serait équivalent de dire que c'est par la "mise en crise" du groupe soignant, et par le traitement de ces crises, que peut se produire cette rupture du rapport de continuité psychique entre les divers protagonistes et le passage à une situation de contiguïté, transformation qui finalement est le but de toute thérapie digne de ce nom. L'objectalité, la discrimination, la différenciation...etc, tout cela revient à parler du mouvement d'émergence de l'individualité hors du tissu psychotique fait d'identi-fications projectives et introjectives.

*La question du changement doit être en ce sens envisagée en terme de **défense collective**. Comme l'organisation interne et l'appareil psychique de l'individu sont décrits en terme de structures défensives, l'institution est décrite comme un corps social qui va vivre de ses conflits. Le changement ne peut se représenter sans conflits sauf à se perdre dans une entreprise d'idéalisation qui conduirait l'institution à ne pas vivre ses réalités. Les "sociopathies institutionnelles" seront la conséquence des conflits et des défenses contre les angoisses qui y apparaîtront.*

*C'est enfin le dernier des postulats qui apparaît avec le fait que l'identité individuelle ne peut se construire que sur une **expérience d'historicisation**. Historicisation de chaque sujet, historicisation du groupe soignant, historicisation de l'ensemble institutionnel. Fondamentalement, l'histoire de la succession des phases du groupe thérapeutique et de l'institution, de la confusion narcissique originelle jusqu'à la défusion dialectisée des rôles, va permettre que l'identité personnelle soit reprise dans son "histoire d'être dans le monde".*

*Le processus de personification d'une institution ne peut être saisi en dehors de son **histoire familiale**. Et cette histoire va résulter du **mode d'élaborer la composante narcissique et symbiotique originelle**. Tout ceci nous renvoie en particulier bien entendu à la question des présupposés de base de BION, en tant que ces états émotionnels sont des réactions groupales défensives contre les angoisses psychotiques et qu'ils sont des équivalents de fantasmes tout-puissants sur le mode de résoudre les difficultés apparues dans le groupe, particulièrement en relation avec la frustration inhérente à l'apprentissage par l'expérience".*

Les différents types de groupe.

De nouveaux repérages conceptuels sont encore indispensables, avant d'envisager un modèle de genèse d'un "**groupe thérapeutique**". Je dis "groupe thérapeutique", mais il est bien évident que nombre des caractères qui seront croisés peuvent se rapporter à la structure de groupes divers, situés dans d'autres champs de pratiques. Mais ici, la connaissance (et le repérage), tant des éléments de la structure même du groupe que de celle des règles de sa transformation, demeurent essentiels puisqu'elle sera désormais une des conditions du travail thérapeutique, dans son articulation cadre - processus. Cette connaissance reste une des conditions pour que s'introduise et se poursuive le changement permanent mentionné plus haut, changement permanent qui est le mouvement thérapeutique lui-même. Sans cela, c'est l'inertie et au delà l'aliénation qui s'installent plus ou moins définitivement. On parle alors sans doute de "**stabilité**" dans nombre de structures sociales ; ici, on parlera certainement de **chronicisation**.

Rôles techniques et rôles dynamiques.

Les rôles techniques réfèrent à la **tâche** telle qu'elle est définie, donc aux buts officiels du groupe ou de l'Institution, alors que les rôles dynamiques vont concerner "les positions que chaque participant du groupe peut assumer dans sa confrontation même au groupe, en fonction de la promotion de chaque instant". Il s'agit ici des "rôles qu'un membre du groupe assume lorsqu'il s'**identifie à une des instances psychiques fondamentales**, par rapport aux membres du groupe", qu'il assume à tel ou tel moment, isolément ou avec d'autres, avec un sous-groupe.

Ces instances psychiques fondamentales sont proposées au nombre de quatre :

- l'instance **surmoïque**,
- elle en relation à l'**idéal du moi**,
- celle en relation à l'instinct, à la pulsion ou au **désir**,
- enfin, celle en relation avec "le jugement critique dans la confrontation à la réalité, soit : la **norme**".

Groupe fusionnel et groupe promotionnel.

Cette deuxième série de différenciation vient redoubler la première : alors que le "groupe fusionnel" se caractérise par l'**absence d'émergences particulières**, que chacun y est ressenti comme non différent des autres, que le "vécu d'appartenance au groupe" s'apparente à celui de l'enfant au "corps de la mère", avec le groupe promotionnel, les **émergences individuelles** vont apparaître, les différences acceptées vont être nécessairement en jeu entre l'ensemble des membres du groupe.

Il est important de noter que dans chacun de ces types de groupe, l'**angoisse** qui surgira prendra une signification différente : ainsi avec le groupe fusionnel, c'est l'**angoisse de dépersonnalisation** qui sera au premier plan, bien qu'elle restera liée à une expérience d'omnipotence ; avec le groupe promotionnel, ce sera l'**angoisse de castration** liée à la perte de l'omnipotence et de la participation "illusoire" à un corps unique maternel. Et devant chaque type d'angoisse et d'expérience vécue, une élaboration défensive différente devra être nécessairement entreprise par le groupe. Capital est que cette élaboration défensive n'aura pas que des aspects que l'on pourrait qualifier de "négatifs" puisqu'elle pourra permettre également une maturation du groupe lui-même. On voit là les parentés conceptuelles avec ce que déclare par ailleurs E. Jaques quant aux relations entre les organisations sociales et le mouvement d'élaboration des angoisses archaïques, schizo-paranoïdes et dépressives. C'est ainsi en tous cas par exemple que chaque phase évolutive du groupe thérapeutique sera incluse comme mouvement de maturation à partir des nécessités défensives en relation avec les questions posées dans les phases précédentes. Ce qui suppose bien sûr d'accepter que des questions fassent problèmes. Ce qui suppose bien sûr de "traiter" ce qui surgit comme problématisation. Ce qui suppose encore un dispositif construit adéquat pour que ces deux niveaux de la question aient quelques chances de pouvoir être repérés et abordés. En tous cas, ici, c'est ainsi, que le "groupe promotionnel", avec l'affirmation de l'individualité en termes promotionnels et la mise en jeu de rôles dynamiques, découlera des nécessités de lutter contre les sentiments de dépersonnalisation régnant dans le "groupe fusionnel".

Groupe formel et groupe informel.

Formel sera synonyme d'**exécutif** et renverra donc à une **situation technique**. **Informel** par contre équivaudra à **décisionnel** et référera à une **situation promotionnelle** et dynamique.

Cette différenciation n'a d'intérêt que si on considère qu'existera nécessairement et à tout moment une **tension** entre ces divers niveaux de groupes, entre promotion et décision d'une part, entre exécution et technique d'autre part. Cette tension sera responsable d'un **mouvement continu** où pourront s'originer les changements de la structure, donc autant les **transformations thérapeutiques** que les **sociopathies institutionnelles**. Parmi celles-ci, une place centrale serait à faire avec ce qu'il en est de la fixation du "groupe fusionnel" : son lit procède bien avant tout de la **confusion** entre les deux séries de niveaux du groupe, le formel et l'exécutif, l'informel et le décisionnel. On entend là, j'espère, les nécessités d'une identification suffisante des structures institutionnelles dans le dispositif d'ensemble, dans la "tablature institutionnelle" si souvent évoquée.

Quant à la genèse d'un modèle de groupe...

Napolitani nous propose une reprise de tous ces concepts dans ce que l'on pourrait nommer une histoire structurale et évolutive du "groupe thérapeutique". Pour cela, il va se servir de l'étude faite par Schindler des familles de schizophrènes, mettant en scène un ensemble de mouvements d'identifications réciproques et de rapports conflictuels de contre-identifications entre les divers individus et les divers sousgroupes qui se forment. Il en donne un schéma topologique qui montre le jeu des identifications et des oppositions :



Les doubles traits indiquent un lien fait d'identifications (projectives, sans doute) ; les simples traits, un lien d'oppositions.

A partir de ce schéma princeps, nous est proposé toute une dynamique évolutive posée sur la similitude du développement des institutions, quelle qu'elles soient. Je vais reprendre les formulations indiquées dans une intervention personnelle récente au Portugal, en y rajoutant des schémas adéquats que Napolitani avait développé à Réus.

1. "Une première phase du groupe thérapeutique évoque la **phase schizo-paranoïde** décrite par Mélanie Klein, caractérisée par le **rapport unique à l'univers maternel, l'omnipotence et l'exclusion du tiers**. Ici, **l'ensemble des patients** sont porteurs d'un **Désir**, de nécessités, de besoins..., face au **leader** qui est nécessairement en position de celui qui sait, de l'**Idéal**... et avec qui s'établit un **rapport narcissique symbiotique et fusionnel** fait d'identifications projectives prévalentes. En même temps, **l'espace du groupe** se sépare du **non-groupe**, maintenu à l'extérieur et porteur à la fois de la **norme**, de la **loi** et du **sur-moi**".

2. "Dans le groupe thérapeutique, la tâche du leader ne sera pas de guider les membres du groupe vers la conquête des lieux extérieurs qui seraient censés contenir les moyens de satisfaction des désirs, comme avec l'Armée ou l'Eglise" (les terres de conquêtes ou les actes propitiatoires). "Le **travail d'interprétation** du leader modifie les choses : ne proposant pas d'actes de conquête, il devient l'objet d'**attaques avides** et le support de phantasmes

cannibaliques permanents, le groupe reconnaissant que les choses précieuses à conquérir sont contenues dans le leader. Suit nécessairement une **confrontation d'angoisses réciproques** (angoisses de mort chez le leader, angoisses de perte irrémédiables de l'apport idéal de nourriture pour le groupe), qui débouche sur une sorte de **compromis structural nouveau**. Le **leader** commence à être porteur, certes toujours de l'**Idéal**, mais en plus à présent du **Sur-moi**, voir de la norme, afin d'être armé contre les attaques dont il fait l'objet. Et bien évidemment, dès lors que le leader se retrouve avec des fonctions qui demeurent confondues, se produit un **clivage** dans le groupe, selon les mouvements qui relient identifications projectives et fonctions (dés lors diverses), clivage défensif et maturatif à la fois qui différenciera les "bons" des "mauvais", les "passifs" des "actifs"... et qui appellera la répression, par delà les rapports conflictuels d'opposition des deux sous-groupes. Désormais, nous ne sommes plus dans une situation de dépendance, mais d'**attaque-fuite**".

Le changement structural peut se schématiser ainsi :

schéma 1.

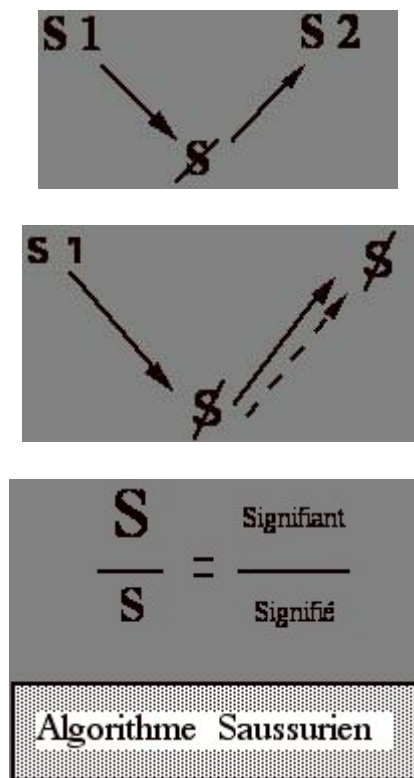


Schéma 2

3. "C'est par l'évolution de l'état du leader que passe "l'évolution du groupe" ; c'est à partir de son **angoisse de dépersonnalisation** en rapport avec la confusion liée à son propre conflit intérieur entre les promotions idéales et les promotions surmoïques qu'il va **demander de l'aide** pour gérer sa solitude et son sentiment d'impuissance. Il est ainsi amené à **vivre ses parties infantiles** qui étaient jusqu'alors projetées sur le groupe, en attendant satisfaction et défense du sous-groupe des "bons" qui deviennent alors de plus en plus les **porteurs de l'idéal de survie du groupe entier**. L'autre sous-groupe sera le siège de l'assomption progressive de la **fonction surmoïque**, au travers du sentiment d'être "préoccupés" face à leur agressivité vis à vis du leader, dans un mouvement d'identification à l'agresseur. Les conflits incessants

entre les deux sous-groupes mettent en tous cas le leader dans la situation de se sentir **exclu** de cet accouplement, de ce **rapport de continuité**".

4. "Le leader devient de plus en plus **l'enfant à l'intérieur du groupe**. Il n'assure pas la fonction répressive liée à la fonction surmoïque qu'il abandonne progressivement. Les configurations qui apparaissent évoquent l'**hypothèse de couplage**, où dans l'attente messianique, c'est le leader lui-même qui serait engendré. Il devra en tous cas élaborer l'**angoisse de marginalisation et d'abandon** face à la **scène primitive** qu'il vit de plus en plus, et qui devra lui faire expérimenter la naissance d'une **fonction nouvelle**, inconnue jusqu'alors dans le groupe : celle relative au **Moi**. Le **rapport de contiguïté** devient prépondérant ; l'individualité peut émerger hors du tissu psychotique fait d'identifications projectives et introjectives. Comme le dit Napolitani, en remarquant l'apparition tardive de la fonction égoïque, le "groupe-mère, de la confusion narcissique originelle jusqu'à la défusion dialectisée des rôles, va produire la fonction égoïque du leader au travers de sa mise en crise", particulièrement quant à ses rapports de continuité avec tous les participants. Dès lors, les phénomènes d'identification réciproques se réduisent".

schéma 3

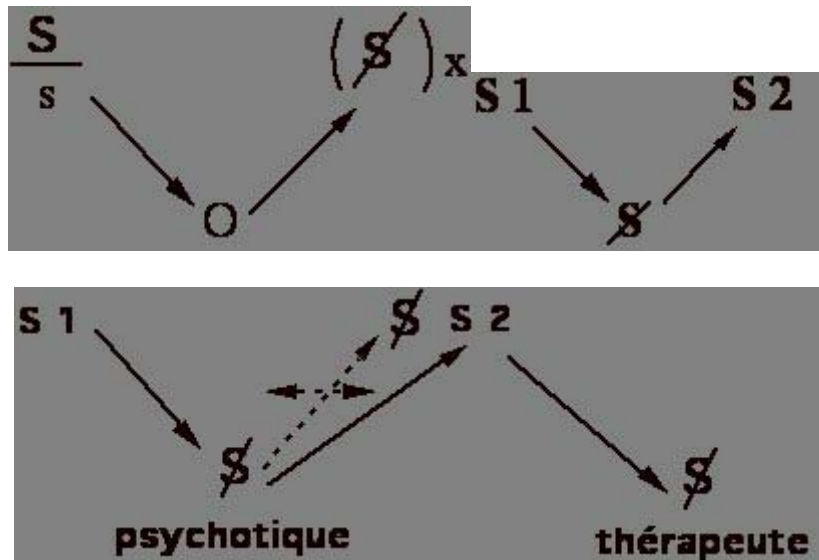


schéma 4.

5. "Enfin, le leader cesse d'être en quelque sorte un membre du groupe pour venir se situer dans une **position totalement autonome** "coïncidant avec l'assomption de son **rôle technique complet**", à savoir : "**interpréter** les relations objectales ou identificatoires des divers membres du groupe".

A travers de l'analyse systématique des phénomènes de transfert et de contre-transfert, au travers d'une expérience d'historicisation, ce sont les notions de perpétuel devenir, de culture de groupe... qui apparaissent".

Le dernier schéma proposé est le suivant :

On voit là l'ensemble des fonctions : Idéal du moi, Surmoi, Moi, Désirs. Toutes présentes beaucoup moins de fixité ; elles sont susceptibles de mobilité.



schéma 5.

Certes, on peut critiquer une telle conceptualisation, particulièrement celle relative à la question de l'Idéal, dans laquelle le Moi Idéal se transforme en Idéal du moi en relation avec une plus grande maturation du groupe. Le Moi Idéal va même alors jusqu'à disparaître. Mais on peut difficilement demander à un auteur dont les références sont essentiellement Kleinienne d'évoquer certains apports qui s'intègrent à un modèle théorique lacanien !

L'important est que le **leader** sera alors en position d'**analyste**.

Pour conclure...

On voit que le centre de cette démonstration réside dans le fait que la réduction des phénomènes d'identification entre le leader et le groupe ou les divers sous-groupes qui viendront s'y dessiner est nécessairement liée au "**mouvement de récupération de l'identité historique du leader, à la mise en cause de son lien au groupe et à son évolution vécue et repérée**". C'est sans doute cet aspect qui pourrait expliquer le plus la massivité des résistances signalées au début du texte. En tous cas, l'**analyse systématique** des phénomènes de **transfert** et de **contre-transfert** reste essentielle, et dans la situation institutionnelle, c'est la **fonction diacritique** qui sera appelée, au delà des fonctions phorique et métaphorique .

Ce dont il s'agit, dans "l'Institution thérapeutique", c'est de la promotion du **changement comme modalité permanente de la structure**. Or, on sait bien que le changement est ce qui **mobilise le plus d'angoisses** profondes en matière humaine. On connaît parfaitement nombre de mouvements classiques de **fuite** de la question, qu'elle soit très concrètement et directement liée aux processus thérapeutiques qui se déroulent, avec l'hyper activité et la dispersion, parfois dans des directions qui se veulent encore thérapeutiques, mais parfois aussi vers d'autres, telles que la "Formation professionnelle" quasi exclusive, le syndicalisme tout aussi "professionnel"..., les changements d'orientations plus ou moins brutaux du projet orientant la pratique (la sienne et celle des autres souvent)..., les changements de postes (voir là une apport critique au sacré saint principe de la "mobilité professionnelle", critère mis en général au premier plan des revendications syndicales, en tous cas bien avant celui de la "continuité des soins"),..., sans oublier la maladie, les accidents, parfois du travail...etc, ou que ce soit plus indirectement, sous une forme idéologique, avec les pratiques de la psychiatrie qui mettent le biologique au devant de la scène, ou celles qui y mettent le discours socio-politique, bref, celles qui organisent la négation des manifestations de l'Inconscient. Plus curieux est ici cette sorte d'amnésie, de méconnaissance ou d'ignorance.

Vouloir en entendre et en savoir quelque chose est essentiel dès lors que l'on se prête à cette aventure fantastique et bien souvent douloureuse de la rencontre et de l'aide du sujet souffrant.

La position de l'analyste, j'irai jusqu'à dire simplement celle du thérapeute, n'est pas donnée. Elle n'est pas le résultat d'une "autorisation", ni personnelle, ni institutionnelle, ni étatique bien évidemment... Elle n'est pas instituée. Elle est fondamentalement le résultat long, difficile et douloureux d'un **travail**. Qui plus est, cette position restera toujours marquée par

la **précarité**. On pourrait dire qu'elle est équivalente à un processus d'institutionnalisation permanente.