

L'ART-THERAPIE AUPRES DE L'ORGANISATION SOCIOPSYCHIATRIQUE CANTONALE TESSINOISE

Cette année marque le cinquantième anniversaire de la naissance du journal « Insieme¹ », première étape vers la création du Club 74.

C'est bien à l'intérieur du Club 74 que j'ai fait mes premiers pas en art-thérapie. Mais pour favoriser une meilleure compréhension pour le lecteur, je vais d'abord essayer de repérer les éléments historiques fondateurs, qui peuvent nous permettre de mieux comprendre l'Organisation Sociopsychiatrique Cantonale, telle qu'on la retrouve aujourd'hui.

Evolution de la psychiatrie au Tessin

On peut faire commencer l'histoire de la psychiatrie publique Tessinoise avec l'ouverture de l'Hôpital Neuropsychiatrique Cantonal ² en 1898, à Casvegno, Mendrisio.³

La forme architecturale de l'asile est déterminante pour le type d'approche et le soin de la maladie psychique. Après avoir évalué différents types de projets - on recherche des modèles surtout en Italie, en particulier le

¹« Ensemble »

² Le nom de l'Institut reflète son évolution dans le temps et l'évolution de la conception des soins : dans les années 1830, il s'agissait de « Asile pour fous » ou « Asile pour aliénés » ; lors de son inauguration, en 1989, il est devenu un « asile cantonal » ; en 1943, il s'appelait « Hôpital Cantonal Neuropsychiatrique (ONC) » ; en 1985 est née l'organisation socio-psychiatrique cantonale (OSC) qui regroupe depuis 1994 la Clinique psychiatrique cantonale (CPC) et le Centre d'hébergement, de loisirs et de travail (CARL).

³ Mais déjà dans un journal local du 1837, *Il Repubblicano della Svizzera Italiana*, on retrouve dans un article qu'une telle *Commissione* fondée par la *Società di Utilità Pubblica* se trouvait en difficulté dans la rédaction d'un rapport sur la "convenance d'ériger un lieu d'asile pour les fous".

Manicomio Centrale di Imola et le Manicomio San Lazzaro à Reggio Emilia:

- le choix se fait sur le modèle de l'hôpital-village.

Il s'agit d'un asile-village, séparé en pavillons plus ou moins refermés, selon la gravité de la maladie, avec des ateliers de travail de différents genres⁴, qu'on positionnerait aujourd'hui sous le terme d'ergothérapie, relié à une colonie agricole, impliquant même une autarcie de type économique de petite communauté productive.

On trouve des traces, par exemple, rapportées dans les récits oraux de la « pièce en aluminium » valable uniquement à Casvegno: « ul marquitt », avec laquelle les patients sont payés et qui servait à acheter des articles de confort à la boutique.⁵

Pour « les fous », à cette époque, le travail est une thérapie en soi. Il représente un dérivatif aux idées noires. Toutes activités éloignant le malade de ses obsessions sont encouragées. C'est une façon agréable de passer le temps plutôt que de se morfondre dans ses états d'âme. C'est ce qu'on appelle le principe de diversion. Il s'agit d'une méthode de rééducation, essentiellement basée sur le travail artisanal et ce jusqu'à la première moitié du vingtième siècle. On donnera le nom d'ergothérapie à cette méthode. Avec cette réhabilitation, qui vise un certain accomplissement professionnel et social, nous nous dirigeons vers la professionnalisation du métier d'infirmière psychiatrique, dont la spécificité est reconnue. En 1934, est publiée *L'Assistance aux malades mentaux. Manuel théorique et pratique à l'usage des infirmières*⁶, en même temps s'ouvre l'école triennale d'infirmières. C'est à partir du développement de ces activités dans le domaine psychiatrique que les infirmières ont ressenti

⁴ Dans les ateliers protégés on assemblait des cagettes, des fermoirs, des brosses, des tapis selon les époques et les différents opérateurs.

⁵ *La minaccia di un destino*, 1898-1998 Casvegno da manicomio-villaggio a quartiere, OSC, Dipartimento delle opere sociali del Cantone Ticino. 1998

⁶ W. Morgenthaler, B. Manzoni, *L'Assistenza dei malati di mente. Manuale teorico-pratico ad uso degli infermieri edito sotto gli auspici della Società Svizzera di Psichiatria*, Lugano, 1934.

le besoin d'une formation spécialisée, et que parallèlement la recherche sur l'art⁷ a débouté.

On reconnaissait, à l'époque, le malade psychique comme *objet de soin médical* et donc susceptible de guérison s'il n'était pas abandonné à lui-même, ou, dans le meilleur des cas, laissé à la charge de la famille peu instruites en la matière. Le travail, l'entourage bucolique, les douches froides, étaient les principaux moyens de soins utilisés à l'époque, avant l'avènement de la pharmacologie et de l'électrochoc.

Une microsociété asilante, donc, comme lieux de garde des malades psychiques et des déviants de la norme sociale, comme lieu de soins, comme "industrie" la plus autonome possible, comme employeur.

Au début des années cinquante/soixante on organise les premiers Services ambulatoires psychiatriques pour mineurs et adultes.

La psychiatrie publique commence à opérer directement sur le territoire, en renforçant aussi la fonction de prévention.

Vers la moitié des années '70, le Tessin, dans un climat culturel bouillonnant, stimulé surtout par trois courants de pensée:

- 1) *les Communautés thérapeutiques - Angleterre (M. Jones)*
- 2) *la Psychothérapie Institutionnelle - France (J. Oury)*
- 3) *la Psychiatrie Démocratique - Italie (F. Basaglia)*⁸

a vu se développer un débat sur le rôle et la fonction de l'Hôpital psychiatrique.

Au centre du discours se posait la question de « comment l'équipe aurait pu être réévaluée comme moment fondamental du soin, en particulier pour le patient psychotique ». Ce ferment culturel apporte toute une série de réflexions, de propositions, d'expériences et de pratiques des équipes

⁷ Voir aussi J.P. Royol, Cahiers de formation en art-thérapie U. V3, PROFAC, Arles

⁸ La psychiatrie Démocratique, ou antipsychiatrie s'oppose à la psychiatrie des asiles et à celle organiciste. On doit en particulier au psychiatre italien Franco Basaglia et à son groupe les concepts de l'asile comme "usine de folie" et la fermeture des asiles en Italie avec la fameuse loi 180.

soignantes et des opérateurs qui ont débouchés dans la "Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)⁹".

Avec la nouvelle Loi et l'approbation du Règlement d'application, le 1er janvier 1985 a lieu un autre grand changement structural dans la psychiatrie publique tessinoise: tous les services ayant une gestion autonome sont réunis dans un seul organisme: L'"Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale" (OSC)¹⁰. L'OSC représente donc l'organisme d'état du Canton Tessin qui rassemble toutes les structures hospitalières et ambulatoires publiques concernant la prise en charge du patient psychiatrique.

A travers les nouvelles dispositions législatives, trois objectifs ont été poursuivis, en particulier au niveau opérationnel :

- sortir de la logique hôpitalo-centrique en décentrant les services sur tout le territoire
- utiliser l'hôpital psychiatrique comme un moment thérapeutique;
- modifier les rapports entre thérapeute et patient

En 1994 on trouve un troisième changement institutionnel: l'Hôpital Neuropsychiatrique Cantonal (ONC) se sépare en CARL et CPC¹¹, deux structures différentes suivant le type de pathologie des patients.

Le Service Sociothérapeutique

⁹ Loi sur l'assistance sociopsychiatrique

¹⁰ Organisation Sociopsychiatrique Cantonale

¹¹ La *Clinica Psichiatrica Cantonale*, CPC, est la Clinique Psychiatrique Cantonale pour les cas aigus; le *Centro Abilitativo Ricreativo e di lavoro*, CARL, est le Centre Abilitatif, Créatif et de Travail, une structure démedicalisée pour patients chroniques stabilisés qui ont le droit à une rente d'invalidité.

Le Service de Sociothérapie, qui s'occupe d'organiser et de gérer des activités d'animation, et d'ergothérapie est une partie intégrante de l'Hôpital. Le Service est structuré et fonctionne sur le modèle des Clubs socio-thérapeutiques dont les concepts fondamentaux dérivent de l'école de la Psychothérapie Institutionnelle Française.

Au début des années '70 se constitue un premier noyau d'activités socio-ergothérapeutiques; on peut attribuer à Ettore Pellandini, un animateur avec une longue formation "psychodynamique-labbordienne", la paternité du Club 74, qui, suite à la rencontre des cofondateurs de la clinique de la Borde en France : Jean Oury et Felix Guattary¹², - le premier est psychiatre, le deuxième philosophe et psychanalyste -, a importé à Mendrisio, l'utilisation des techniques expressives corporelles à travers le pantomime. Pendant mon premier stage d'art-thérapie auprès du Club 74 en 2003, j'ai eu la chance de rencontrer personnellement Ettore qui m'a accordé un entretien au cours duquel il m'a expliqué les racines historico-culturelles de la naissance de la psychothérapie institutionnelle, ayant vécu pendant neuf ans à l'intérieur de la clinique La Borde avec sa femme Jeanine (sœur de Felix Guattari) et ses deux enfants qui ont grandi dans le « collectif abitatif de la Borde ». Un lieu où la pensée de la singularité était pratiquée, critique des tentatives de normalisation des personnalités. La diversité a été le point de départ de la construction, une coexistence qui n'a pas ignoré le conflit mais qui en a fait une occasion de dialogue et d'imagination. (Voire DOC avec interwiev intégrale)

« La nouveauté (...) consistait dans la création d'un ou plusieurs ateliers d'ergothérapie créative où le travail n'était pas l'objectif de réhabilitation professionnelle, mais une nouvelle occasion de relation entre opérateurs et patients (...). Cette expérience a exploité des segments plus larges de l'Hôpital en allumant un débat vivace et souvent polémique qui eut le mérite

¹² Voir le texte Jean Oury, *Psichiatria e psicoterapia istituzionale*, Semiotica e psicanalisi, Marsilio, Venezia, 1976.

*de porter à la conscience de façon irréversible tout le complexe et délicat terrain de la relation entre celui qui soigne et celui qui est soigné ».*¹³

L'étroite collaboration des patients et des opérateurs, débouchera en 1974 sur la constitution d'un Club Thérapeutique des Patients: Le Club 74. Du point de vue théorique le Club est un concept de travail qui fait référence à l'Autre social, un lieu de rencontre, une instance réelle qui, par l'intermédiaire d'un statut public, permet de proposer, organiser et réaliser différents moments et activités inscrits dans le circuit de la parole, de la subjectivation du patient, trop souvent considéré comme "objet nécessitant des soins".

Interlocuteur privilégié, le Club se veut dans les conditions de créer un circuit de relations qui rend le patient *moins fou* en tant que "sujet", enfin, et donc moins impuissant face aux différentes formes d'aliénation sociale qui provoquent des effets d'isolement.

Le Club a été organisé à la suite des Clubs thérapeutiques: l'*Assemblée des patients* est reconnue comme instance socio-thérapeutique grâce à un statut qui prévoit un Comité et un Secrétariat. Le Secrétariat représente l'organe opérationnel dont les tâches sont de coordonner les activités socioculturelles, de rédiger le journal, d'organiser l'accueil des nouveaux patients, de gérer son propre budget, grâce à l'organisation d'événements tels que la grande fête champêtre qui se tient tous les ans.

Le Club Sociothérapeutique-culturel-récréatif des Patients coordonnés dans ses activités par des opérateurs du service de sociothérapie est donc une structure "autonome" car en partie elle se auto-financie par la loterie annuelle, le bar et d'autres différentes activités. Le Club, comme dit Oury, est une "instance médiatrice entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif - un symbolique Autre".

¹³ AAVV. "Dall'assistenza manicomiale alla psichiatria sociale" in L'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale di Mendrisio 1898-1976" a cura di M. Borghi e E. Gerosa, ed. DOS, Bellinzona, 1978, pp. 21-73.

A l'intérieur se reproduit un espèce de microcosme qui fait miroir au macrocosme externe avec des responsabilités différentes (Assemblée Générale, statuts, règlements, présidents, cassiers, vice-présidents, coordinateurs, secrétaires) où le patient est responsabilisé à travers une "mise en situation".

Le tout est considéré comme un ensemble de méthodes de rééducation. A travers l'objet médiateur représenté par les réunions, par les activités, par les produits manufacturés, on cherche chaque jour à recréer un circuit relationnel qui permet d'activer une réhabilitation pour la réinsertion socioculturelle des patients. Un important travail d'équipe permet à chaque intervenant d'ajuster son action et ses attitudes pour répondre de manière adéquate et coordonnée aux besoins de chaque personne.

L'existence du Club fait naître des inquiétudes au personnel soignant, préoccupé de garder les distances entre castes différentes avec le risque d'isolement des opérateurs. Intérêts transférentiels, comme investissements sur l'Autre, se manifestent concrètement avec toute la suite des jalousies, des rivalités et de conflits, propres à chaque groupe social.

Le Club dispose d'un ancien établissement sur deux étages placé tout au bout, côté sud, de l'espace de l'hôpital « la Valletta » : un grand dinosaure rouge qui fait écho au cheval bleu de Trieste « Marco Cavallo »¹⁴ devant l'entrée du bâtiment semble annoncer l'entrée dans un espace ludique malgré la grande souffrance qui règne tout autour: c'est le lieu des réunions des différentes commissions chargées d'organiser les activités, on y trouve aussi la rédaction du journal des patients « Insieme » et un bar qui

¹⁴ On retrouve les traces de cette expérience dans l'événement exceptionnel de Marco Cavallo et de l'asile de Trieste en 1973, expérience et mythe fondateur de la loi de réforme psychiatrique. Marco Cavallo, un cheval bleu en papier mâché de 4 m de hauteur, qui contenait tous les désirs dans son ventre et un jour il voulait sortir de l'asile. On raconte que les portes de l'hôpital ont été défoncées pour le faire passer et qu'ensuite c'est formé un cortège composé par ceux qui étaient par ici et par là des murs. Une confusion créatrice: le mythe qui détruit l'asile.

devient un lieux pour des rencontres informelles. Au dessus du bâtiment, où autrefois étaient renfermés les patients dits "intempérants"¹⁵, on trouve aujourd'hui un grand atelier où se tiennent toutes les activités créatives. C'est dans cet espace qu'ont eu lieu les séances d'art-thérapie et que j'ai fait mes premières expériences au sein de la psychiatrie.

Le laboratoire d'art-thérapie

C'était l'an 2003, à l'art-thérapie n'était pas encore reconnu un statut de thérapie autonome¹⁶, du point de vue législatif elle se trouvait dans une zone grise; il était presque interdit de la nommer comme si elle suscitait toutes sortes de fantasmes, mais dans la pratique, les séances hebdomadaires d'art-thérapie étaient bien fréquentées; les groupes, ouverts pour garantir un maximum de flexibilité, dépassaient souvent les vingt participants. Quand il faisait beau nous travaillions à l'extérieur de l'établissement, assis par terre en cercle. Les patients arrivaient de tous les pavillons souvent après une période de fermeture, attirés par la musique et le climat accueillant et créatif qu'y régnait, signe que le besoin d'expression individuel était bien fort... En accord avec les socio-thérapeutes j'ai pu organiser mon stage en focalisant l'attention en particulier sur les patients « chronicisés » de longue date.

¹⁵ Intempérants: appartenaient à « l'immodéré » ce type de personnes qui « à cause de l'ivresse habituelle ou parce qu'elles mènent une vie dissolue et errante, ou sont vouées à l'oisiveté et à la mendicité, compromettent leur substance ou celle de leurs proches ou mettent en danger leur sécurité ou celle d'autrui. »

¹⁶ Depuis mars 2011, l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) a reconnu la profession d'art-thérapeute à travers la création d'un examen supérieur fédéral. La pratique de l'art-thérapie est définie et réglementée en Suisse par un code de déontologie. (Oda Arte Cura).

Avec cette expérience duré une année, dans un milieu avec une histoire particulièrement riche du point de vue humain et culturel, j'ai pu commencer à observer de façon directe la puissance, la richesse, la versatilité du médium graphique-pictural à l'intérieur de la relation thérapeutique, dans le sillon des psychiatres telles que Eugène Minkowski et Ludwig Binswanger, psychiatres qui étaient conscient de la nécessité d'une boussole anthropologique face à la vie psychique et à l'art. « Cela se serait avéré être une étape fondamentale pour les études sur les relations possibles entre l'expérience artistique et la maladie, où ces auteurs auraient lu le délire et les états aigus de psychose comme une façon d'être dans le monde dans des situations extrêmes: des expériences, donc, à affronter sous le signe d'un dialogue intersubjectif, d'un regard qui tente de suspendre le jugement, donc nos propres préjugés, chercher un sens, un contact avec l'autre. Un discours qui a radicalement changé l'approche des expressions artistiques des malades, qui ne se lit plus comme des symptômes, mais, au contraire, comme une expérience vécue, comme un langage qui ne doit pas être interprété mais compris, lu en termes polysémiques ». ¹⁷

Comment dit Jacques Lacan dans la thèse de son travail de doctorat *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*: Le discours du psychotique a un sens.

À l'intérieur de la relation thérapeutique, chaque production acquiert valeur de message, même si le sens peut parfois nous échapper, peut être caché, crypté, partiel ou polysémique. D'après mon expérience, j'ai remarqué comme chaque individu articule et rend pertinent quelques unes de ces catégories en structurant ainsi son propre langage selon ses moyens à disposition, sa personnalité, sa capacité de symboliser, mais aussi en fonction de l'attitude de l'art-thérapeute, du contexte énonciatif, c'est à dire de l'institution, du groupe et de toutes les autres variables qui peuvent être identifiées. Ces catégories peuvent être plus ou moins explicitées et rendues

¹⁷ Giorgio Bedoni, Antonio Rocca, *Vincent Van Gogh*, in Vittorino Andreoli, *Genio e Follia*, Mind, La Repubblica, 2021, p. 43

conscientes lors de la relation thérapeutique dans un processus de lecture coopérative entre patient et art-thérapeute.

Je me souviens par exemple de Franco¹⁸, très renfermé sur lui-même, qui était à sa 24^{ème} hospitalisation avec un diagnostic de Schizophrénie paranoïaque. Par le biais d'un dessin, il a su prendre sa parole et s'exprimer d'une façon très singulière mais qui était partageable à l'intérieur du groupe: *« L'homme en orange symbolise l'intériorité: derrière lui une porte difficile à ouvrir. L'homme jaune représente comme il est vu de l'extérieur, derrière lui une palissade qui est facile à sauter. Le hérisson représente la réalité, la difficulté à atteindre la perfection. La pomme et le serpent sont des références bibliques. La feuille est celle d'Adam. Peut-être Adam était un homme externe heureux, après avoir mangé la pomme il est devenu un homme interne.»*

L'art de l'art-thérapeute sera celle de garder une attitude phénoménologique pure et exempte de toute attente pendant le temps de production. Dans un deuxième temps, selon les cas, il pourra identifier les catégories pertinentes et repérer les changements qui sont en cours et qui normalement correspondent à des mouvements dynamiques à l'intérieur de la personne. C'est très important de ne pas forcer cette recherche pour saturer les formes de sens en les figeant ainsi avec des étiquettes. Il vaut mieux laisser de l'espace à l'invention créative, et à un discours qui va se construire pe(a)u à pe(a)u entre thérapeute – objet – et créateur avec son propre rythme et ses règles qui s'établissent à chaque fois.

FICHE TECHNIQUE

Le cadre

¹⁸ Nom fictif

Les séances d'art-thérapie ont eu lieu régulièrement entre 14.00 heures et 16.00 heures chaque mercredi après-midi, dans l'espace d'ergothérapie, à partir du mois de janvier 2003 jusqu'à la fin du mois de février 2004. Il y a eu une pause pendant la période de Noël pour laisser place aux activités spéciales organisées par la sociothérapie.

Modalité de participation à l'atelier

Le groupe était ouvert. Les personnes qui ont suivi les séances ont été signalées ou accompagnées par les psychologues, par les animateurs, par les infirmiers ou autre personnel soignant, ou bien elles fréquentaient déjà l'espace d'ergothérapie pendant le reste de la semaine.

L'important était de créer "la culture" du moment d'art-thérapie. J'ai pu réaliser cet espace grâce à un noyau central de trois ou quatre personnes fidélisées, qui, avec moi, garantissaient la continuité. Les autres participants venaient et partaient selon leurs désirs, leurs possibilités, aussi en fonction de leur programme d'occupation du temps et de l'institution. Pour ma part j'accueillais chaque personne qui avait envie de participer à la séance d'art thérapie, en tenant compte de mes propres limites et de la gestion du groupe.

Sur dix-huit rencontres de la première période, il y a eu une fréquence totale de 217 personnes pour une moyenne d'environ 12 personnes pour chaque séance. Dans le but de poursuivre ma recherche et d'avoir une certaine continuité, j'ai demandé à la personne responsable du service de pouvoir travailler avec un petit groupe de personnes (entre 5 et 7), de façon régulière pendant au minimum 5 ou 6 fois. Ma demande n'a pu être prise en considération que partiellement: en travaillant au sein d'une institution avec son règlement très stricte, j'ai dû adapter mes conditions de travail aux exigences et au fonctionnement de l'institution. Il faut tenir compte du fait que la période moyenne des séjours à l'hôpital devient de plus en plus courte, environ deux ou trois semaines.

Qui a fréquenté l'atelier?

44 patients provenant des différents pavillons, une personne de l'extérieur après sa période d'hospitalisation, 5 psychologues, 7 jeunes stagiaires, deux infirmiers.

Structure de la séance

Les séances étaient organisées selon la structure suivante:

4) Accueil des personnes.

Je me présentais toujours une demie heure avant le début de la séance pour organiser l'espace et me préparer à l'accueil des participants.

5) Départ de la séance avec :

- **presentations** des personnes avec un "tour de table";
- explication de ma part des **modalités de participation** au groupe (ce que l'on fait, modalités d'entrée et de sortie du groupe, que faire en situation de malaise);
- **attribution de la consigne** qui n'était jamais trop directive mais qui avait surtout une fonction de stimulation. Le patient était toujours libre de ne pas suivre le thème proposé.

6) Activité créative-expressive

Le travail expressif et créatif se fait individuellement et en silence avec un fond musical (généralement avec un morceau classique).

L'objets médiateurs: utilisation des crayons colorés, des gouaches, des pastels ou des aquarelles qui étaient disposés au centre de la table en début de la séance. Le médium était choisi par le patient.

Le support: je proposais de travailler sur papier de format A2 donc un format assez grand, mais je laissais toujours le choix à l'individu.

Pour activer le désir de créer chez les patients les plus repliés sur eux, je montrais les couleurs, les papiers, les pinceaux en insistant surtout sur les couleurs parce qu'elles possèdent en elles une force activatrice de stimulation. Ma voix faisait médiation entre le patient et la couleur.

Tout le monde, moi comprise, dessinait, toujours en gardant un oeil sur ce qui se passait dans l'atelier.

7) Pause

Avec café et petits gâteaux préparés par les patients qui terminaient leur travail plus tôt. C'était un moment d'échange informel tout en permettant de mettre un petit moment de coupure entre l'action créative et le moment de la parole.

8) Moment de parole

C'est le moment du passage de l'action individuelle à la mise en relation avec le groupe, qui représente à la fois un tissu social symbolique, et une fonction contenante, grâce à la fonction symbolique maternelle. C'est un moment particulièrement délicat et il est important que chaque participant puisse se sentir à l'aise, non obligé, pour éviter qu'il y ait des effets de résistance trop marqués et que le patient se sente menacé.

Pour les participants qui avaient plus de difficultés à gérer la relation, cela pouvait être un moment particulièrement difficile et certains quittaient librement la séance juste après avoir réalisé le dessin.

Le moment de la parole est géré différemment en fonction de chaque participant, de sa capacité et de sa possibilité de s'exprimer dans le groupe. La norme principale selon laquelle je gère le groupe est celle de permettre à chaque participant de disposer d'un moment de parole protégé pour exprimer ses propres instances: cela permet d'offrir une majeure possibilité d'expression à qui normalement prend peu d'espace et d'inviter à l'écoute

qui normalement à tendance à s'en prendre beaucoup. Le désavantage est que ces conditions sont loin de la réalité extérieure: avoir l'attention assurée, la possibilité d' expression, la protection, sont des conditions désirables mais réellement jamais présentes dans les groupes dans lesquels chacun est inséré.

Un point important du travail de groupe est celui de habituer à apercevoir soi même comme une entité individuelle et comme membre d'un groupe en apprenant à conjuguer deux aspects de sa propre identité: individuelle et celle groupale, cette dernière peu connue dans notre culture.

Dans l'expérience de groupe avec les psychotiques, il convient de moduler en fonction des pathologies où l'autre peut être mal vécu (agression, persécution), pour autant le groupe permet au psychotique de se tenir en retrait par rapport à la demande du thérapeute et le protège tout en l'éclairant aussi. Il bénéficie de la parole des autres et se rend compte petit à petit qu'il n'est pas seul.

Pour commencer j'invite le participant qui souhaite prendre la parole en premier à montrer au groupe son dessin, ça représente symboliquement un moment d'ouverture au collectif (voir Anzieu et la conception du groupe comme contenant + Sybony¹⁹, 1980, Le groupe et l'inconscient); dans un deuxième temps j'invite la personne à y ajouter des mots en le décrivant librement si elle le désire. J'intervenais avec des questions où en proposant des activités qui mettaient en relation le sujet avec son dessin (activités de jeu et/ou de transformation).

Dans un troisième moment je laissais l'espace à des questions et/ou à des interventions de la part des autres membres du groupe pour activer

¹⁹ Sybony soutient que l'inconscient est un groupe et de la même façon un groupe peut être considéré comme l'inconscient. Voir aussi les écrits de Bion et de Robert Pages

l'échange et la relation, en intervenant seulement si je le considérais nécessaire.

A la fin je demande à chaque participant de donner un titre à son dessin, de le signer et de poser la date. Les dessins étaient recueillis et conservés dans un grand enveloppe restant à la disposition des patients.

9) **Conclusions et dissolution du groupe**

Je mettais un mot pour annoncer la fin de la séance, et je rappelais aux participants la rencontre de la semaine suivante, le même jour à la même heure.

10) **Feedback interne** avec stagiaires et psychologues.

« La Valletta »







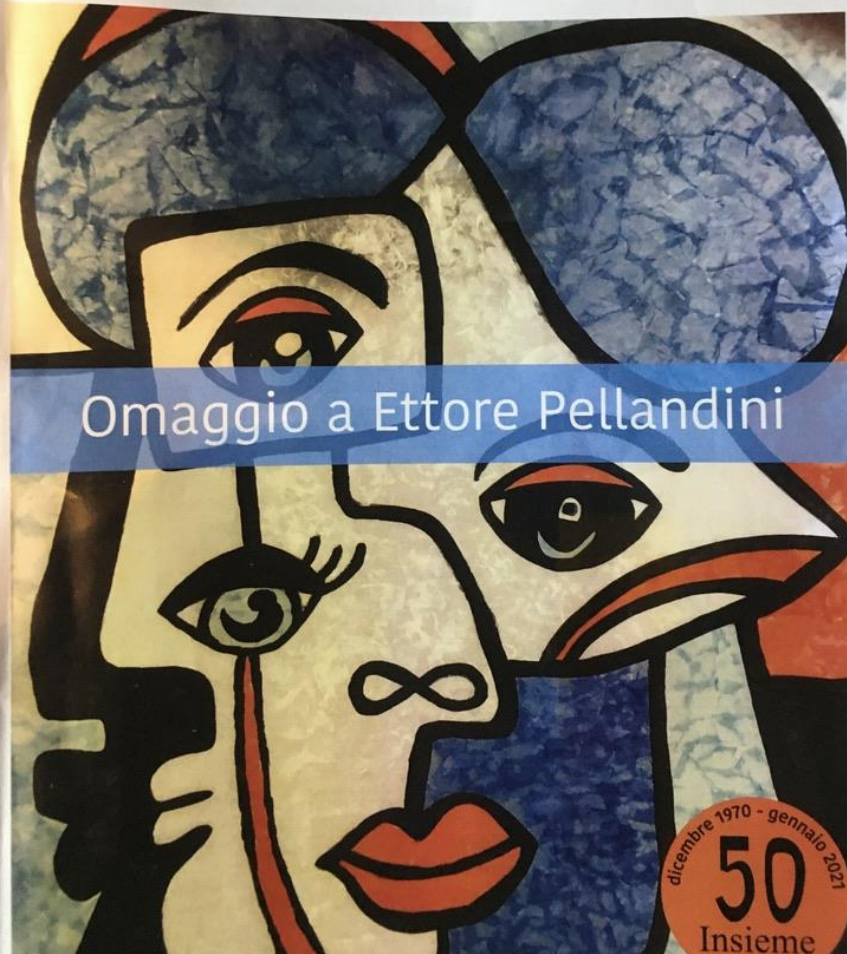
Club '74

Insieme

CINQUANTESIMO

GIORNALE PERIODICO

N. 1
2021



Omaggio a Ettore Pellandini

dicembre 1970 - gennaio 2021
50
Insieme