

## PROPOSITIONS POUR UNE THÉORIE DES DISPOSITIFS THÉRAPEUTIQUES À MÉDIATIONS

[René Roussillon](#)

Le Carnet PSY | « [Le Carnet PSY](#) »

2010/1 n° 141 | pages 28 à 31

ISSN 1260-5921

DOI 10.3917/lcp.141.0028

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2010-1-page-28.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Le Carnet PSY.

© Le Carnet PSY. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations<sup>1</sup>

RENÉ ROUSSILLON

L'utilisation de médiations dans le travail thérapeutique, notamment auprès des patients souffrants de problématiques narcissiques-identitaires, est de plus en plus répandue dans les milieux du soin. Or force est de constater que, si l'on excepte quelques travaux référentiels<sup>2</sup>, la théorisation générale de ces dispositifs et des pratiques qui s'y développent, de même que la théorisation de leurs indications spécifiques et celle de l'évaluation de leurs effets, n'ont pas suivi l'ampleur du phénomène clinique. Nombre des pratiques ainsi organisées se transmettent par voie orale directe, et celles qui ont reçu un premier niveau de formalisation et une première ébauche de théorisation des processus qui s'y développent, en restent souvent au mieux à un niveau de réflexion « régional » sans dégager une théorie d'ensemble de l'utilisation des médiations. C'est dans ce contexte que je me propose d'avancer quelques réflexions sur ce que pourrait être une telle théorie.

### Théorie de la souffrance et théorie du « soin psychique »

Une réflexion sur la fonction thérapeutique de tous les dispositifs de soin passe inévitablement par le préalable d'une théorie de la souffrance psychique et du soin à lui apporter, c'est ce qui donne sens au soin et à l'action thérapeutique, et une théorie de la place de la médiation au sein d'une théorie du soin et de la symbolisation.

On peut commencer par remarquer que tous les dispositifs de soin sont des dérivés sophistiqués des dispositifs sociaux spontanés du champ culturel, artistique ou artisan qui étaient l'activité de symbolisation. On peut en effet distinguer trois types de dispositifs « symbolisants », dont l'une des fonctions est de sous-tendre le processus de symbolisation : les dispositifs sociaux ou dispositifs « institutionnels », les dispositifs artistiques ou artisans, qui utilisent un médium emprunté au champ culturel (musique, peinture, dessin, photos, mais aussi terre, masques), les dispo-

sitifs analysants (qui utilisent l'analyse du transfert comme vecteur principal de l'activité de symbolisation). Les dispositifs à médiation sont tous des dispositifs qui s'inscrivent dans la catégorie des dispositifs dérivés du champ artistique ou artisan, ce sont tous des dispositifs qui ont pour objectif de matérialiser l'activité de symbolisation qu'ils proposent à partir d'un médium issu du champ artistique ou artisan.

### Théorie de la souffrance psychique et théorie du soin.

En allant à l'essentiel dans « l'espace forcément réduit » d'un tel article : on souffre du non-approprié de l'histoire et de l'expérience subjective. Le non-approprié de soi est ce qui n'a pas, ou mal été « symbolisé » et ne peut être intégré et approprié par suite dans la vie psychique « utilisable » pour le développement de soi. En dérive une première conception du travail du soin psychique : on « guérit » en jouant symboliquement et en s'appropriant ainsi l'expérience subjective « en souffrance » dans la psyché.

### Matière première psychique « complexe »

Une telle théorie suppose que l'expérience subjective ait laissé des traces intérieures, qu'elles aient été symbolisées ou pas, qu'elle laisse toujours une trace interne qui est, selon le terme de Freud de 1900, la « matière première » de la psyché. Le fonctionnement psychique suppose un processus en deux temps, le temps où ça se passe (ou s'est passé), c'est-à-dire le temps de l'enregistrement de l'expérience, et le temps où ça se signifie, c'est-à-dire le temps de la reprise « auto », le temps de sa symbolisation. Mais la mise en représentation symbolique de l'expérience, le jeu qu'elle comporte, ne va pas de soi, elle résulte d'un travail psychique.

La complexité de la « matière première », son caractère largement inconscient et énigmatique, a pour effet qu'elle ne peut être immédiatement intégrable. Elle est complexe parce qu'elle est multi-sensori-motrice, multi-perceptive, multi-pulsionnelle, qu'elle mêle le dedans et le dehors, le moi et l'objet (elle est produite par la rencontre du moi et de l'autre, à l'interface des deux). Elle mêle donc facteurs « objectifs » et « subjectifs », ceux de l'environnement et ceux du sujet. Sans travail de différenciation, elle est donc toujours plus ou moins menacée de confusion.

Cela vaut tout particulièrement pour les expériences infantiles, et plus elles sont précoces et plus cela est vrai, mais encore plus particulièrement pour les expériences « traumatiques » de la première enfance. L'immaturité de la psyché infantile, l'intensité des éprouvés qui la parcourent, la faible capacité de synthèse (Freud, 1938) dont elle est capable, notamment quand le langage verbal n'est pas acquis, ajouté au caractère potentiellement traumatique du sexuel infantile (dans la mesure où il n'a pas de moyens de décharge spécifique) concourent à cet état de fait. Mais les expériences de débordement ultérieures peuvent être aussi « confusantes » et désorganisatrices.

### Logique du soin, logique de la symbolisation

Comment la psyché va-t-elle se débrouiller pour traiter cette matière première psychique énigmatique parce que complexe ? L'hypothèse fondamentale, celle qui préside à la théorisation des dispositifs à médiations mais aussi celle qui préside à toute théorie de la pratique clinique, est qu'elle va tenter d'externaliser cette matière pour la traiter, tenter de la « transférer » dans une matière perceptive, plus repérable, et plus facile à travailler, elle va ainsi chercher à « décondenser » la complexité, la diffracter, la répartir sur différents objets articulables entre eux. Les expériences en souffrance d'intégration sont, selon Freud et l'hypothèse de fondement de la pratique psychanalytique, soumises à une contrainte de répétition : l'expérience subjective traumatique tend à se présenter de nouveau à l'intérieur du sujet, souvent « avec une fidélité indésirable » (Freud), elle ne se représente pas, elle se présente de nouveau « subjectivement », elle ignore qu'elle se re-présente (échec de la réflexivité). La répétition à l'identique menace de désorganiser la subjectivité et ses organisateurs, elle menace « d'actualiser » le traumatisme. La psyché va tenter d'évacuer cette forme réactualisée, de l'externaliser au nom du déplaisir, ou tenter de la lier sur place (à l'intérieur) en tentant de retourner le déplaisir du trauma en « plaisir ».

Ce qui nous intéresse ici est la tendance de la psyché à évacuer au nom du principe du plaisir-déplaisir ce qui n'est pas ou trop faiblement symbolisé. Cette « solution » est à la fois potentiellement la pire pour le sujet et la plus « intéressante » pour le soin. Tout va dépendre du « lieu » où peut avoir lieu cette

évacuation, et du devenir de ce qui est ainsi évacué. Ce processus est à la base et au fondement du processus du « transfert » et de son utilisation au sein des dispositifs-symbolisants, son traitement implique la mise en œuvre de trois fonctions pour étayer le processus de métabolisation de ce qu'y engage : la fonction phorique dont le rôle est d'attirer, recueillir, contenir et « porter » (*phorein*) ce qui est transféré, la fonction sémaphorique dont l'enjeu est de mettre en forme signifiante, en signe (*semenphorein* le porte signe), la matière psychique accueillie et enfin la fonction métaphorique qui vise à la rendre symbolisable et intégrable, à la mettre en sens.

### La question de la médiation

Ce que le clinicien offre au transfert, que nous le voulions ou non, c'est toujours l'arène de la relation avec lui-même, il s'offre comme espace de projection et objet pour le transfert, pour « séduire » ce qui s'évacue, l'attirer ou tenter de l'attirer. Que le clinicien s'offre n'implique pas qu'il soit « utilisable ». Du côté du clinicien se pose le problème d'être ainsi « utilisé » comme « poubelle », « *waste disposal* » (Winnicott), ce qui secoue son identité et sa capacité d'empathie. Si le transfert est toujours violent dans son processus (pour qui, quoi, me prend-on ?), il l'est plus particulièrement quand les problématiques narcissiques-identitaires sont impliquées.

Du côté de « l'utilisateur » il faut souligner la peur d'utiliser ainsi le clinicien comme « matière à symboliser », voire la terreur d'utiliser les humains-soignants pour leur faire subir cette chose « innommable » d'eux-mêmes, pour traiter l'objet comme un abject, avec le cortège de honte et de culpabilité que cela implique. Il faut parfois des années pour que certains patients acceptent de nous utiliser de manière « impitoyable ». Cette dimension du soin est souvent inévitable, elle est toujours présente à l'arrière-plan.

Une manière de tourner la double difficulté est de détourner le processus évacuateur en direction d'un objet médiateur, représentant du soignant, mais différent et détaché de celui-ci. Ceci suppose un objet médiateur capable « d'accueillir » et de mettre en forme la « matière première psychique » qui s'y transfère. Nous touchons là le problème fondamental de la médiation : offrir un objet, des objets, « transformables » en représenta-

tion psychique symbolique, des médias. Le premier de ceux-ci c'est toujours, d'abord, la parole, voire le groupe quand la médiation se joue en groupe. La caractéristique des thérapies à médiations est la proposition de l'utilisation d'un ou de plusieurs objets, « objeux », selon le terme de F. Ponge, un médium-malléable, selon celui que j'ai repris de M Milner, proposé pour « jouer et mettre en forme » ce qui ne peut l'être dans la relation directe au clinicien.

*On met en forme avec « l'objeu », avec le médium-malléable ce qui ne peut pas se jouer directement avec l'objet, avec le clinicien.*

Cette mise en forme de l'expérience subjective, de la matière première psychique, constitue une expérience subjective spécifique qui étaye tout le travail psychique de la subjectivation, celle qui préside à l'organisation d'une représentation de la représentation et dont l'essence consiste à trouver-crée des représentants-représentations de l'expérience subjective. Cette expérience subjective singulière, « en présence du soignant », ouvre la possibilité d'un traitement représentatif de la zone traumatique du sujet.

#### Caractéristiques et spécificités des espaces et dispositifs médiateurs

La première question qui se pose est celle du choix du médium. Il doit correspondre aux systèmes perceptivo-sensori-moteurs du sujet utilisateur. Il doit être « créable » par celui-ci, le dispositif lui permet de trouver ce qu'il est capable de créer. Chaque médium privilégie un mode de rapport spécifique à la sensorimotricité : type de tactilité, de visualité, d'odeur, etc. Il implique ou induit ou accueille un transfert spécifique. Même si l'expérience tend à être amodale, ce qui rend envisageable plusieurs types de médium, elle privilégie néanmoins un certain type de sensorialité.

*On ne transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet.*

Il y a une certaine plasticité du processus de transfert, un certain jeu possible, mais il possède ses limites. Il faut que la perception actuelle du médium offre l'illusion d'accueillir et de loger ce que le sujet est en mesure d'halluciner de son expérience antérieure et ceci suppose une certaine co-incidence entre l'hallucination et la perception. On n'hallucine pas

la douceur d'un sein dans un couteau tranchant ! C'est pourquoi le choix du médium, de l'offrande de l'objet de transfert détermine en partie le type d'expérience subjective qui peut être engagée.

Soit dès le départ, soit en cours de travail, le médium doit pouvoir être amené en position de « symboliser la symbolisation » elle-même. Il doit représenter non seulement ce qu'il symbolise, mais aussi l'activité représentative elle-même.

Ceci suppose un transfert spécifique sur l'objet médiateur proposé : celui du transfert de la fonction représentative sur « l'objeu ». Nous ne symbolisons pas tous de la même manière, ni à l'aide des mêmes étayages sensori-sensuel-perceptivo-moteurs, ni en fonction de notre histoire singulière ni en fonction de notre âge. Une autre condition concerne la règle et le droit à la « libre utilisation » du médium pour symboliser. J'insiste : la liberté est donnée ou conquise pour symboliser et pas pour n'importe quelle utilisation. Ce qui suppose que l'idéal implicite du champ soit « tout est bon à symboliser », qui ne renvoie pas au produit mais au processus, au vecteur qui met le champ sous une certaine forme de tension. La « libre utilisation » suppose ainsi une certaine « malléabilité », une certaine « transformabilité » du médium proposé et de l'utilisation qui peut en être faite.

#### Le clinicien « animateur »

De telles conditions supposent aussi une attitude interne chez le clinicien, il écoute en quoi ce qui se produit contient un signe ou un indice du travail de symbolisation, il cherche à dégager celui-ci, c'est là que se repère la fonction sémaphorisante du travail clinique. Un tel prescriptif a des implications sur le style de « l'animation » (ce qui donne le droit « d'animer » le médium au sens de l'animisme, celui qui donne le droit à la vie animique) au sein des dispositifs à médiations. L'animateur n'est que le présentateur, le représentant du médium (et ceci même si bien sûr le médium est aussi le représentant du « présentateur », la relation avec le clinicien est toujours centrale), il est et n'est pas le médium.

Le médium appartient à tout le monde, il n'appartient à personne, il est utilisable pour la symbolisation. Le présentateur se doit de garantir cette fonction, il est le garant de ce

cadre. L'animateur est ainsi situé « du même côté » que l'utilisateur par rapport au médium, c'est une pratique du « côte à côte », en « côte à côte », dans laquelle la différence des positions entre patient et clinicien tient dans la fonction de garant de l'utilisation « symbolique » du médium qui spécifie le clinicien. Le médium n'est pas l'objet d'une rivalité possessive. Il est « présenté » et « donné » pour l'utilisation, il doit être « approprié » et « conquis » par l'utilisateur.

L'animateur-présentateur du médium est garant de la tension symbolisante du dispositif, il ne fait *pas d'interprétation de contenu* (qui installe des résistances à la symbolisation), ses interventions sont destinées à optimiser l'utilisation du dispositif et du médium, elles sont centrées sur l'utilisation de « l'objet » et la survivance et le maintien de l'activité de symbolisation. Les seuls encouragements donnés sont des encouragements à utiliser l'objet et à représenter. L'étayage que le clinicien doit offrir est celui des besoins du moi, seul le processus est déterminant et doit être soutenu.

#### Limites du médium et *squiggle-play* avec le médium.

Chaque médium possède ses propriétés et limites propres, elles sont intrinsèques à sa matière même. Elles définissent le champ de ce qui est symbolisable avec ce médium-là, et ce qui bute sur sa matière, elles ouvrent le champ de la symbolisation de l'absence et de la limite de la symbolisation dans ce dispositif là. Un seul médium ne saurait ainsi suffire à toute la tâche, ce qui impose de dépasser la question du médium lui-même pour dégager une « fonction médium ». C'est en celle-ci que doivent être repérées des différentes fonctions et propriétés du « médium malléable »<sup>3</sup>.

Pour finir quelques dernières réflexions sur la pratique clinique de ces groupes.

#### Co-associativité et modèle du *squiggle-play*<sup>4</sup>

Le matériel en lien avec le médium se présente comme un faisceau d'associations utilisant le médium comme « induction », il s'agit donc d'une « associativité focale », focalisée (c'est la première méthode utilisée par Freud dès 1893). Le travail du clinicien est ici un travail de co-associativité, son associativité prend la chaîne associative du patient comme

objet inducteur, il en « fait » quelque chose par son propre jeu associatif ( Winnicott, « le travail se déroule là où les deux aires de jeux se chevauchent », se chevauchent ou se rencontrent).

Le modèle général peut être donné par le *Squiggle-play* de Winnicott, jeu dans lequel alterne ce que le sujet propose, ce que fait le clinicien de ce que le sujet propose (co-associativité), ce que le sujet fait de ce que le clinicien co-associe sur ce qu'il en a fait etc. C'est dans cette « correspondance », de cette « conversation » que se trame et s'approprie la symbolisation de l'expérience en souffrance qui a été transférée et engagée dans la rencontre clinique.

**René Roussillon**

*Psychanalyste, professeur de psychologie et psychopathologie clinique à l'université Lumière Lyon 2, membre formateur de la Société Psychanalytique de Paris*

#### Notes

- 1- Les limites imposées à ce travail obligent à un style laconique qui indique plus qu'il ne montre, il appelle donc à développements.
- 2- Comme le travail d'A. Brun (2007).
- 3- Pour mémoire : saisissabilité, consistance propre, indestructibilité, fidélité, prévisibilité, sensibilité, transformabilité, transfert des quantités en qualités, disponibilité, constance, cohérence, conséquence, etc.
- 4- Selon le terme de N. Chalindard.