

 Open access • Journal Article • DOI:10.3917/RPPG.056.0171

Le temps de la prise de notes : Propositions d'une méthode de notation dans les groupes cliniques — [Source link](#)

Guy Gimenez, Sophie Barthélémy

Published on: 01 Jan 2011

Share this paper:    

View more about this paper here: <https://typeset.io/papers/le-temps-de-la-prise-de-notes-propositions-d-une-methode-de-490ux1xiln>

LE TEMPS DE LA PRISE DE NOTES. PROPOSITIONS D'UNE MÉTHODE DE NOTATION DANS LES GROUPES CLINIQUES

GUY GIMENEZ
SOPHIE BARTHÉLÉMY

Le travail clinique groupal, dans l'après-coup, nous confronte souvent aux traces que nous avons élaborées : des prises de notes qui ne sont pas toujours aussi précises et pertinentes que nous en aurions besoin pour questionner le matériel, construire des hypothèses, et confronter ces réflexions avec des tiers. Le travail de la prise de notes en situations cliniques groupales est une question importante, qui pourtant a été peu travaillée. Il fait partie du dispositif mis en place pour le recueil et le traitement du matériel clinique. En cela, il fait partie du cadre interne du clinicien, et doit être pensé de façon précise. Comme le dit Bion, « la pensée psychanalytique a besoin d'un système de notation, ainsi que des règles présidant à son emploi, qui permettront de travailler en l'absence de l'objet, pour faciliter ensuite le travail en présence de l'objet¹ ». L'activité de notation questionne notre choix implicite sur ce qu'il est pertinent (ou pas) de repérer, noter et interpréter, ainsi que notre façon de traiter le matériel clinique pendant et après les séances. C'est pour cela qu'elle est étroitement liée à notre représentation de la situation clinique et à notre modèle du groupe, de sa nature, et de son fonctionnement. Pour ces raisons, il nous semble important d'étudier avec précision notre méthode d'observation, de repérage interne des

Guy Gimenez, psychologue clinicien, maître de conférence, université de Provence, Centre de recherche en psychologie de la connaissance, du langage et de l'émotion (PsyCLE, EA3273), université de Provence – Lettres et sciences humaines – département de psychologie, 29 av. Robert Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1. guy-gimenez2@wanadoo.fr
Sophie Barthélémy, psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique et psychopathologie, chargée d'enseignement à l'université de Provence, Centre de recherche en psychologie de la connaissance, du langage et de l'émotion (PsyCLE, EA3273) ; C.H. Montperrin, Pôle 13G20, 109 avenue du Petit Barthélémy, 13617 Aix-en-Provence cedex 1.

1. W. R. Bion, *Transformations*, Paris, PUF, 1965, p. 55.

éléments pertinents, de la prise de notes, de notre façon d'échanger avec notre cothérapeute (quand il y en a un), et de restituer à autrui le matériel clinique. Nous avons le projet, dans cet article, de faire le point sur les qualités d'une prise de notes en situation de groupe pertinente, et de présenter une méthode qui réponde à ces attentes. Nous avons en particulier élaboré une méthode de prise de notes pour les situations de groupe, et en particulier de psychodrame et groupes analytiques sans psychodrame. Il s'agit de l'adaptation d'une méthode de prise de notes développée pour une recherche clinique, avec des patients psychotiques en situation individuelle. Le point commun avec la situation de groupe est la difficulté à garder en soi, puis de traduire sur papier des éléments souvent vécus comme épars et difficiles à relier.

LA PRISE DE NOTES

Quand on échange avec des collègues qui gèrent des groupes cliniques, on observe que, souvent, la prise de notes se réduit à traduire sur papier les impressions les plus importantes de la séance. Ces notes sont souvent le résultat d'échange entre les cothérapeutes, ou servent de support pour un dialogue intérieur quand le clinicien gère seul le groupe. La prise de notes a une fonction de mémoire et d'inscription des faits de la séance. Elle a aussi une fonction d'articulation entre les cliniciens en cas de codirection du groupe, et de support d'élaboration dans la visée de présentation à des tiers : superviseur, collègues, travail de recherche. Elle a enfin une fonction élaborative et de traduction du matériel clinique.

Nous avons cherché à élaborer une méthode fiable et précise qui permette de repérer, noter, et mettre en lien, tout en le distinguant, le matériel sensoriel (verbal et visuel), le matériel interne (émotions et pensées du clinicien), et la dimension élaborative sur ce qui a été repéré. Pour la situation de groupe, nous avons comme projet de pouvoir également repérer de façon rigoureuse et dynamique la chaîne associative groupale. Il s'agissait de construire avec rigueur un dispositif clinique et penser avec attention la méthode utilisée pour se laisser aller plus librement dans l'état d'attention librement flottante : c'est la démarche choisie par Bion quand il construit sa « grille » : le travail de l'intuition va de pair avec un modèle de référence précis et bien construit.

De l'observation à la notation interne : un état de réceptivité

Le premier niveau de notation est interne et se déroule pendant la séance. La méthode de prise de notes influe sur cette notation interne. Celle-ci est une première transformation des « faits de la séance » (Bion, 1970) en notes internes. Elle fait suite au travail d'observation et implique le repérage des éléments cliniques pertinents et leur différenciation par rapport aux très nombreux éléments qui le sont moins ou qui

ne le sont pas. Ce repérage et cette discrimination impliquent un travail en amont sur la méthode d'observation et de notation, une réflexion sur l'état psychique nécessaire permettant d'effectuer ce repérage, et sur le ou les modèles de références qui servent d'étayage aux cliniciens dans la pratique clinique. La question de l'observation a été plus étudiée (Bick, 1964 ; Cramer, 1979 ; Green, 1992 ; Haag, 1994, etc.) que celle de la prise de notes (ou retranscription). Elle implique une réflexion sur ce qu'il est pertinent de repérer (ce qui est en lien direct avec le modèle utilisé) et sur l'état psychique du clinicien qui permet de repérer certains de ces indices cliniques. Freud a, dans ce sens, développé la notion d'attention flottante (ou également flottante), pour rendre compte des modalités de fonctionnement du clinicien permettant de recevoir, repérer et traiter les productions d'associations libres du patient. Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin. La prise de notes implique également de développer son attention, telle qu'elle a été étudiée par Freud, et Bion (1970) après lui. Nous proposons de la définir momentanément comme le préinvestissement de ce qui n'est pas encore arrivé, dit ou fait dans la séance : elle permet de repérer des indices cliniques qui, sinon, seraient passés inaperçus.

Nous nous inscrivons dans la continuité de la démarche de W.R. Bion (1970), qui nous invite à approfondir l'attitude de « l'attention flottante » telle que la présente S. Freud. Il émet l'hypothèse que le clinicien peut parvenir à une réceptivité qui peut lui permettre, « en se dépouillant du souvenir et du désir² », de se mettre en état d'unisson (at-one-ment)³ avec le groupe et d'intuitionner⁴ la réalité psychique des individus et du groupe. L'exigence de « l'attention également flottante vis-à-vis des manifestations de l'inconscient⁵ », implique le repérage des défenses du clinicien à construire en parallèle à la chaîne associative des liens qui pourraient être anxiogènes, douloureux, excitants, etc. Dans une même démarche, et pour être dans un état de réceptivité nécessaire à la compréhension de l'autre, C. et S. Botella⁶ préconisent : « L'abandon chez l'analyste des représentations-but, comme Freud le suggère, et l'acceptation, "au-delà de l'attention flottante", d'un "état singulier de passivité du moi, de relâchement, d'ouverture des mailles du réseau d'investissement", ce qui permet le développement de l'intuition, qui, comme le rappelle Bion⁷ vient du latin *intueri* : voir (*tueri*) dedans (*in*). »

2. W. R. Bion, 1970, *L'attention et l'interprétation*, Paris, Payot, 1974, p. 75.

3. *Ibid.*, p. 76.

4. W. R. Bion, *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1967, p. 182.

5. R. Kaës, *La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*, Paris, Dunod, 1994, p. 32.

6. C. et S. Botella, « La problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire », *Revue française de psychanalyse*, 1989, p. 68.

7. W. R. Bion, *L'attention et l'interprétation*, *op. cit.*, p. 30 et 33.

Bion (1970) a mis en évidence les mécanismes régressifs produits par la rencontre entre deux ou plus de deux appareils psychiques et les transformations qui peuvent en résulter. Il appelle « transformation dans O » l'ensemble de ces transformations sur le clinicien. Rappelant sa position selon laquelle l'objet de la psychanalyse n'est pour lui ni les mots ni le produit des sens (auditif, visuel, etc.), mais l'effet transformateur d'un psychisme sur un autre, W.R. Bion décrit l'effet sidérant et angoissant de la rencontre à l'autre avec sa partie la plus indifférenciée. La transformation qui s'effectue dans la psyché du clinicien peut amener à de courts moments de dépersonnalisation, ou d'expériences de vide, d'angoisses sidérantes. Le clinicien peut alors faire l'expérience, passagère, du néant, du non-sens, du trou noir, tel que le décrit Grotstein (1981) en écho aux angoisses très primitives du patient psychotique, encore nommée *agony* par Winnicott (1974). La « transformation dans O » est rendue possible, chez le clinicien, grâce à une certaine discipline et vigilance, lui permettant d'être « sans mémoire ni désir ». C. et S. Botella explorent cette voie ouverte par Bion en termes de « régression formelle de la pensée » : ils ne s'intéressent pas à une technique ou une méthode, mais au contraire à « des surgissements inattendus d'un état régressif de la pensée de l'analyste, à l'insu de son moi et le surprenant à chaque fois⁸ ». Cet état de régression formelle de la pensée peut être utilisé pour repérer, puis traiter du matériel clinique qui, autrement, aurait pu passer inaperçu : la régression formelle, en tant qu'état psychique régressif, effet du ratage, de la faille ou de l'absence des instances régulatrices et frénatrices de l'hallucinatoire⁹, fait émerger chez le clinicien une capacité à « percevoir une intelligibilité qui ne fait pas intervenir les processus secondaires et qui donne accès à certaines zones psychiques autrement inatteignables¹⁰ ». La régression formelle de la pensée est ainsi présentée comme un des moyens d'approche de la « non-représentation », ce qu'on appelle fréquemment le « négatif ». En situation de groupe, la transformation dans O renvoie à une réactivation des groupes internes du ou des cliniciens, qu'il s'agisse des groupes internes archaïques ou élaborés, et l'amène à être en contact non avec une seule voix, mais avec une polyphonie (écoute polyphonique) [Kaës, 1973, 1974] ou dans certains cas une cacophonie... (babélisation). Dans notre démarche, les mouvements internes du clinicien, qu'il s'agisse de ses pensées ou de ses affects, font partie du matériel clinique des séances, et, de ce fait, doivent être repérés et notés, et sont susceptibles d'informer le matériel de la première colonne.

8. C. et S. Botella, « La problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire », *op. cit.*, p. 67-68.

9. *Ibid.*, p. 82.

10. *Ibid.*, p. 73.

Les temps de la prise de notes

Nous notons le matériel clinique « après coup », par écrit, et en deux temps. Dans un premier temps, juste après les séances, une première prise de notes permet de recueillir le contenu (ou plutôt une partie du contenu) de la séance à partir des souvenirs et des lignes associatives. En effet, comme le fait remarquer W. R. Bion, nous ne prenons que les notes concernant la partie du matériel que nous avons pu – ne serait-ce qu'en partie – élaborer, ou penser : « Il m'est très difficile de décrire ce type de séances parce qu'il n'est pas possible de prendre note, même peu de temps après la séance, des longs passages de verbalisation dont la signification, à supposer qu'elle existe, m'échappe¹¹. » Le deuxième temps est constitué par un travail de reprise, et vient compléter la première notation au fur et à mesure que des souvenirs et des associations font retour chez le clinicien. Ces associations internes ou souvenirs « après coup » sont ajoutés dans la colonne 2, en italiques pour les différencier de celles survenues pendant les entretiens. Le système de représentation qui rend compte de notre expérience clinique permet ainsi, dans son incomplétude et sa plasticité, d'aménager un espace ouvert, apte à recevoir les éléments nouveaux issus d'élaborations ou de remémorations ultérieures, et permettant la formulation de nouvelles hypothèses de travail.

LA MÉTHODE DES QUATRE COLONNES

Nous avons élaboré une méthode de notation (prise de notes, compte rendu du corpus clinique) qui permet de rendre compte de l'expérience clinique dans sa dynamique (Gimenez, 1993), et de différencier, tout en les reliant, données sensorielles et mouvements internes, et de ne pas confondre les notations et les interprétations. La méthode de notation en colonnes a pour objectif de maintenir en lien, tout en les séparant, quatre niveaux de découpage de la réalité psychique : la description et le repérage de la chaîne associative groupale, les « scénarios de base » sous-jacents, les réactions internes et intertransférentielles, et les hypothèses sur les phénomènes observés.

Première colonne : le verbal en groupe et la chaîne associative groupale

Dans la première colonne, sont inscrites les *données sensorielles*. Celles-ci sont essentiellement constituées d'éléments auditifs et visuels, même si les autres canaux sensoriels (olfactif, cénesthésique, gustatif) peuvent être utilisés. Nous transcrivons nos observations en essayant de rendre compte au plus près de l'expérience clinique, en décrivant de

11. W. R. Bion, *Réflexion faite*, op. cit., p. 83.

façon la plus précise possible ce que le patient et le clinicien donnent à voir et à entendre dans ce contexte particulier : c'est-à-dire, les paroles, expressions, sons, du patient et du clinicien, les actes et les mimiques du patient.

Nous nous sommes demandé quel degré de *précision* les notes devaient avoir pour être pertinentes et jusqu'à quel degré et nous avons pris le parti de noter de façon la plus précise possible l'expérience clinique. Nous nous sommes rendus à l'évidence que la notation des événements cliniques est déjà une première interprétation, un premier codage du matériel. Nous avons noté entre guillemets les énoncés qui nous paraissent les plus proches de certains sons ou mots entendus, mais non compris. Il nous a souvent été difficile de traduire la tonalité affective si importante des phrases, du rythme, de la prosodie, des silences, ainsi que certains éléments visuels, tels que les impressions référant à la spatialité ou à des mouvements.

Une partie du travail de notation de la première colonne consiste à repérer et à transcrire la ou les chaînes associatives de groupe articulant et nouant les productions individuelles et groupales. S'observe ici comment « le groupe travaille le sujet à travers le travail psychique des autres » (Kaës, 2002).

La notation interne pendant la séance permet de repérer le processus même de construction de chaîne associative groupale (Kaës, 1994), dans son double mouvement de liaison et de déliaison psychique (Gimenez, 2006). Ce repérage, pendant la séance, mais aussi après coup, en présence d'un autre (ou d'un groupe de pairs), permet que certains éléments en suspens, non liés, trouvent leur place dans la chaîne associative. Dans l'après-coup, le partage sur le repérage des chaînes associatives par les cliniciens coprésents dans la séance sera souvent très utile pour une meilleure articulation des cliniciens entre eux.

Mais la construction de la chaîne associative implique des conditions, décrites par René Kaës : comme, par exemple, les modalités de l'écoute « du discours tenu à plusieurs voix » : est nécessaire une écoute de « la polyphonie de l'intersubjectivité et de l'interdiscursivité » ainsi que des groupes internes des interlocuteurs¹². Cette écoute polyphonique implique également de ne pas croire que quand un individu prend la parole dans un groupe, une seule personne parle : comme Bakhtine l'a bien montré en remettant en question la croyance en l'unicité de l'auteur¹³. En effet, les paroles produites par un sujet n'ont pas qu'un seul auteur ; Bakhtine parle dans cette perspective de polyphonie du discours et des différents auteurs qui parlent en nous¹⁴.

12. R. Kaës, *La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*, op. cit., p. 29.

13. *Ibid.*, p. 35.

14. *Ibid.*, p. 35.

Deuxième colonne : le repérage des scénarios de base

Les chaînes associatives sont sous-tendues par une succession de ce que nous avons proposé de nommer « les scénarios de base » (Gimezez, 2000) à repérer et transcrire. Il s'agit de scénarios énoncés dans le groupe et épurés des personnages et compléments qui le qualifient et habillent le scénario. Ces scénarios sont structurés comme une phrase : sujet, verbe, complément sous la forme : « Quelqu'un fait quelque chose à quelqu'un d'autre, éventuellement devant un troisième qui regarde. » Il s'agira d'observer leur succession et leur articulation chez chaque sujet et dans le groupe, dans une séance et entre les séances. Le clinicien aura à rêver ces liens, et en quoi ces scénarios de base figurent ou tentent de figurer ce qui se passe chez les sujets et dans le groupe. Les différentes places dans le scénario, traduisant des vertex différents mais complémentaires, pourront également être explorées : celle de l'acteur, celle de celui sur lequel on effectue l'action et celle de l'observateur. Par exemple, quand un membre du groupe parle d'un souvenir dans lequel il a été abandonné par sa mère, à l'âge de 8 ans, dans un bois sombre, et qu'il avait très peur, le scénario de base est ainsi traduit : « Quelqu'un (une mère) abandonne quelqu'un d'autre (son fils). » Les places dans le scénario sont celles de celui qui abandonne, de celui qui est abandonné et de celui qui observe la scène de l'abandon.

Troisième colonne : pensées, émotion, contre-transfert et l'intertransfert

Dans la troisième colonne, peuvent être notés les *mouvements internes*, associations et mouvements émotionnels contre-transférentiels du clinicien se rapportant aux données de la première colonne (associations, réactions émotionnelles), comme écho de la relation au patient, et comme matériel pouvant enrichir et compléter l'observation (Freud, 1910b ; Searles, 1979). Dans son article « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique », S. Freud définit très clairement le contre-transfert et lui donne une place fondamentale dans la recherche et le travail clinique : « D'autres innovations d'ordre technique intéressent la personne même du [clinicien] [...]. Notre attention s'est portée sur le "contre-transfert" qui s'établit chez le [clinicien] [...] par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Nous sommes tout prêt *d'exiger* que le [clinicien] [...] reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert¹⁵. »

Avec A. Searles, nous considérons le contre-transfert comme un outil « d'une très grande valeur et extrêmement fiable aussi bien pour la recherche que pour la thérapie [...]. [La personnalité du clinicien-cher-

15. S. Freud (1910), « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique », dans *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953, p. 27.

cheur] constitue un instrument scientifique fort sensible et instructif fournissant des informations sur ce qui se passe dans le traitement, souvent dans des domaines verbalement inexprimables par le patient¹⁶ ». C'est ainsi que la colonne 3 consigne ce qui, du fonctionnement psychique du clinicien, peut être informatif sur le matériel clinique du groupe. Nous y consignons le plus précisément possible nos associations internes (ce que nous ressentons, nommons et différencions en nous-mêmes) et nos mouvements émotionnels contre-transférentiels.

On observe quelquefois que cette colonne reste vide, ou que le matériel clinique y apparaît de façon éparse. Ces blancs révèlent ici les incertitudes du sens manifesté dans les « ratés » de la prise de notes (oublis, brouillage, lapsus d'écriture, le refoulé, le négatif, etc.). Ces « ratés », résultat du négatif, peuvent alors être traités comme du matériel clinique à prendre en compte dans le travail d'analyse. C'est ainsi que nos mouvements contre-transférentiels et intertransférentiels non encore bien élaborés peuvent faire retour dans la mise en forme du travail de prise de notes. On se perd ainsi quelquefois dans la lecture du texte, comme les cliniciens étaient perdus dans les associations vécues comme éparpillées des participants ; des « blancs » dans les souvenirs, ou leur double inversé, le trop plein d'associations ou encore d'interprétation venaient trahir des mécanismes psychiques non encore perlaborés, ce qui se traduisait dans la typographie des colonnes, trop pleines, trop vides ; ou encore le vide d'une colonne était contrebalancé par le trop plein d'une autre, en vis-à-vis.

La troisième colonne nous permet de repérer et évaluer notre état de réceptivité (notre accordage affectif au sens développé par Stern [1987]) à ce que les membres du groupe cherchent à nous adresser. Cette colonne permet ainsi de repérer les effets de ce qui, du fonctionnement du groupe, a été déposé ou a produit des effets par résonance émotionnelle (Sandler, 1976) dans le ou les cliniciens.

Nous nous inscrivons ici dans le prolongement de la réflexion de S. Freud, qui définit en 1910, dans les *Cinq leçons sur la psychanalyse*, une composante économique du transfert : le patient « déverse sur le [clinicien] un trop-plein d'excitations affectueuses, souvent mêlées d'hostilité, qui n'ont leur source ou leur raison d'être dans aucune expérience réelle ; la façon dont elles apparaissent et leurs particularités montrent qu'elles dérivent d'anciens désirs inconscients¹⁷ ». Dans la réaction transférentielle, le clinicien « joue, selon l'excellente expression de Ferenczi, le rôle d'un ferment catalytique qui attire temporairement à lui les affects qui viennent d'être libérés¹⁸ ». Comme le dit Searles¹⁹, le clinicien « doit devenir lui-même capable de supporter,

16. A. Searles, *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard, 1979, p. 261.

17. S. Freud (1910), *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1973, p. 61.

18. *Ibid.*, p. 61.

19. A. Searles, *Le contre-transfert*, *op. cit.*, p. 260.

et même prendre plaisir à occuper différentes positions transférentielles » quelles qu'elles soient, même celles dans lesquelles « il voit une menace effrayante à sa propre humanité subjective », en particulier face à un « transfert polyphonique » et diffracté (Kaës, 1988).

Dans les situations où deux cliniciens conduisent le groupe, une part des effets de transfert se rejoue dans le lien entre les cothérapeutes : il s'agit de l'intertransfert tel qu'il a été décrit par René Kaës (Kaës, Anzieu et coll., 1976, 1982). L'analyse intertransférentielle est le travail effectué par les deux coanalystes de groupe, se recentrant sur ce qui se répète, entre eux (au niveau des formations narcissiques et idéales) de la problématique non dite, non conscientisée et du négatif des membres du groupe. Quand un clinicien intervient seul dans un groupe, il est important que l'expérience de l'analyse intertransférentielle soit maintenue dans son groupe d'affiliation²⁰.

De plus, dans notre tentative de noter nos associations internes et nos émotions (éléments contre-transférentiels), nous avons été confrontés à une difficulté du même ordre que les difficultés d'autoanalyse : nous avons été renvoyés à nos propres résistances en tant que cliniciens. Nous avons été sensibles, comme le montre bien G. Devereux (1967), au fait que les notes, à l'endroit même où elles semblent faillir dans leur fonction d'exactitude ou de précision quant aux faits rapportés, peuvent nous renseigner sur des éléments psychiques qui restaient jusque-là invisibles. Ainsi, G. Devereux, quand il corrige un manuscrit d'observations cliniques, « cherche délibérément à repérer tous les passages rédigés d'une manière ambiguë dont le manque de clarté est souvent dû à la présence [...] [d'une] idée supplémentaire encore latente et préconsciente. Il se rend également compte que la difficulté, très rare, inexplicable et exaspérante, qu'il a parfois à exprimer clairement, au premier jet, une idée apparemment simple, est presque toujours due aux remous d'une idée encore refoulée. C'est pourquoi, chaque fois que cela lui arrive, il cesse de se battre contre la syntaxe et cherche plutôt à découvrir quelle est l'idée refoulée qui essaie de faire intrusion dans l'affirmation "simple" qu'il veut consciemment faire. C'est, dit-il, de cette façon qu'il est tombé sur certaines de ses meilleures idées²¹ ».

Quatrième colonne : la place du tiers et la position auto-méta

Dans la quatrième colonne, le clinicien écrit les hypothèses qu'il a élaborées pendant ou après la séance sur le matériel clinique repéré

20. R. Kaës, « L'intertransfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal », dans R. Kaës, A. Missenard, J.-C. Ginoux et coll., *Le travail psychanalytique dans les groupes. 2. Les voies de l'élaboration*, Paris, Dunod, 1982, p. 105. Voir aussi É. Grange-Ségéral, « Un dispositif pour contenir la violence de la transmission dans l'intertransfert des cothérapeutes : l'intervision », *Le divan familial*, 2010/1, n° 24.

21. G. Devereux (1967), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980, p. 288.

et transcrit dans les trois premières colonnes. Ces hypothèses sont le résultat d'une transformation intégrative et élaborative rendue possible par le système de représentation théorique opérationnel du ou des cliniciens. Le travail de l'hypothèse est une transformation du matériel qui implique une méthode « d'interprétation » ou de traduction de celui-ci. Ces cadres de référence (modèle, référentiel), méthodes et procédés dont nous disposons, peuvent alors prendre une place de tiers dans l'activité clinique. Nous rejoignons la position de Bion (1965) pour qui le recours à la théorie signe l'espace donné au tiers, condition indispensable de la pensée et du travail de symbolisation. Comme il l'écrit, « la théorie vise à faciliter l'observation et son enregistrement en des termes qui se prêtent à une manipulation scientifique en l'absence même des objets²² ».

Les hypothèses se différencient des associations du clinicien (consignées dans la troisième colonne) en ce qu'elles sont le résultat d'une convergence significative d'indices cliniques (cohérence interne), qu'elles doivent rendre compte de tous les faits pertinents observés de façon non contradictoire (cohérence interfactorielle), et qu'elles ont une dimension prédictive (que l'on peut vérifier ou à mettre à l'épreuve²³). C'est la recherche d'une convergence significative des indices et leur degré de prédiction qui constituent les *garants méthodologiques* de la démarche du clinicien (Lagache, 1949 et Guillaumin, 1968, cités par Thaon, 1981).

Ces repérages théoriques et ces hypothèses peuvent nous permettre de contenir l'expérience de groupe quelquefois très chargée en affects, constituant ainsi un lieu où déposer puis élaborer ces mouvements internes. Ils peuvent, en cela, réduire la tension psychique produite par le matériel clinique (en particulier, les données émotionnelles). La méthodologie de traitement du matériel clinique – en tant que transformation – peut ainsi avoir une fonction *pare-excitative* qui peut nous aider à maintenir la tension psychique à un niveau qui nous permette de continuer à penser et à élaborer l'expérience clinique, face à du matériel très archaïque. Avec G. Devereux, nous pensons utile de distinguer (voire d'opposer) cette fonction pare-excitative de l'utilisation défensive des théories : « Il est légitime que le [clinicien] ayant affaire à un matériau anxiogène cherche les moyens de réduire suffisamment son angoisse pour accomplir efficacement son travail, et il se trouve que le moyen le plus efficace et le plus durable pour effectuer une telle réduction est une bonne méthodologie. Elle ne vide pas la réalité de son contenu anxiogène, mais elle le “domestique” [le transforme] en

22. W. R. Bion (1965), *Transformations*, Paris, PUF, 1982, p. 50.

23. M. Thaon, *Essai psychanalytique sur la création littéraire. Processus et fonctions de l'écriture chez un écrivain de science fiction : Philip K. Dick*, thèse présentée pour le doctorat de troisième cycle, Aix-en-Provence, 1981, p. 61-62.

prouvant que lui aussi peut être compris et perlaboré (*processed*) par le moi conscient²⁴. »

Cette colonne correspond ainsi à un travail de transformation, de liaison et d'élaboration de ce qui a été reçu et gardé par le clinicien dans la séance : c'est la fonction alpha du clinicien (fonction de métabolisation et de « détoxication ») (Bion, 1962a), de mentalisation, de perlaboration, fonction contenant et conteneur (Kaës, 1993). Le clinicien est ici « appelé » à être un « appareil de transformation » (Bion, 1962a ; Kaës, 1976, 1993), mettant en œuvre la fonction de symbolisation. Le remplissage de la quatrième colonne implique la fonction de *transformation élaborative* qui permet de « digérer » les expériences émotionnelles afin de permettre à la psyché de croître par le processus d'apprentissage grâce à l'expérience. Elle transforme les impressions des sens liées à une expérience émotionnelle en éléments-alpha qui sont des faits « digérés » « mis à la disposition de la pensée » et du travail de la remémoration (Bion, 1962a). La fonction alpha est la fonction de « l'appareil à penser », avec lequel elle s'institue et qu'elle édifie progressivement. Une partie du travail du clinicien, dans la notation et son élaboration, consiste ainsi à transformer ce que les membres du groupe lui ont adressé et qu'il a reçu par sa capacité de rêverie. La quatrième colonne est un espace spécifique, pour le travail clinique, garant du travail préconscient du clinicien, qui est quelquefois mis en suspens ou mis à mal dans le travail de groupe. Cette capacité à recevoir, garder, transformer permettra d'apprendre à tolérer la frustration et de construire ce que Bion (1962a) nomme l'appareil à penser.

C'est le travail qui s'effectue quand le clinicien développe un dialogue intérieur avec son superviseur interne (Casement, 1985) et ainsi sa « propre capacité de réflexion spontanée » mais aussi son activité de « théorisation flottante²⁵ ».

Le travail de la quatrième colonne développe la capacité à être non seulement pleinement présent dans la situation (première colonne) mais aussi dans une « position méta », à côté, décalé, observateur et commentateur de ce qui se passe, et apte à échanger avec son superviseur interne au sens de Casement (1985). Il s'agit de la capacité à dialoguer entre deux parties de soi : la première qui expérimente et éprouve ce qui est en train de se passer, alors que la seconde, simultanément, observe et commente ce qui se passe²⁶. Il s'agit aussi de la capacité à maintenir coprésents deux vertex : celui des patients (et du groupe) et celui du clinicien (ou des cliniciens) et leur permettre de dialoguer. « Avec la pratique, il devient possible d'utiliser ces deux points de vue simultanément, celui du patient et le sien propre, un peu comme l'on

24. G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, op. cit., p. 151.

25. P. Aulagnier citée par McDougall, 1982, *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard, 2004, p. 21.

26. P. Casement, *À l'écoute du patient*, Paris, PUF, 1985, p. 41.

suit les différentes voix dans la musique polyphonique. Cette capacité d'être, à la fois, à la place du patient (et du groupe) et à la sienne propre simultanément, ne peut être circonscrite que si les thérapeutes sont à même de développer une capacité de synthétiser ces états du moi apparemment paradoxaux. C'est ici que la fonction opérante du superviseur interne passe au premier plan. C'est plus qu'une autoanalyse, c'est plus qu'une auto-supervision²⁷. » Le travail de repérage en colonnes devrait permettre de développer la capacité à de tels dialogues avec le superviseur interne.

La transcription du matériel clinique en colonne permet également de développer la capacité du clinicien à repérer et « jouer » avec les scénarios renvoyant à des impasses, des impensés, ou des inscriptions pas ou peu symbolisées. Le sujet apprend également à explorer, sans trop de risques, les différentes places de ces scénarios et ainsi à mieux les intégrer. La notation permet que se délient ainsi, pour se réorganiser de façon plus fluide, les différentes parts de chacun et les différentes composantes des groupes internes des participants. Se développe alors la malléabilité du clinicien (Milner, 1977 ; Roussillon, 2004), la capacité à s'adapter de façon fluide à la situation et à l'autre. De façon concomitante, la formation, dans son dispositif de groupe, permet que soient remises en travail l'organisation des enveloppes individuelles et groupales et leur articulation.

La quatrième colonne convoque, réveille et excite la pulsion épistémophilique (lien K *knowledge* ou C connaissance, selon Bion [1962*b*]). Il s'agirait ici d'un développement épanouissant d'un équivalent de la pulsion épistémophilique du côté de l'être : le mouvement qui nous pousse, chacun, à nous connaître mieux, plus intimement, tel que peut le révéler le partage avec un groupe, « par le travail de l'intersubjectivité » (Kaës, 2002). Dans la quatrième colonne peuvent être repérés les mécanismes à l'œuvre dans le groupe (clivage, idéalisation, projection, etc.), les alliances inconscientes, ainsi que les fonctions psychiques particulières en jeu, comme par exemple les fonctions phoriques, au sens de René Kaës (1993, 1994), par lesquelles un individu du groupe porte pour un autre que lui, et pour le groupe, quelque chose qui ne lui appartient pas et qui pourra servir au groupe : porte-affect, porte-voix, etc.

Un découpage en items

Un « découpage » des séances en items numérotés permet de se référer aux différents épisodes cliniques transcrits. Le matériel est divisé en unités minimales, qui, selon nous, peuvent renvoyer à un processus repérable ([12] par exemple). Nous avons observé un effet rétroactif du repérage des processus sur la mise en forme de la prise de notes (qui sont « découpées » en fonction des processus repérés).

27. *Ibid.*, p. 46-47.

Ce découpage des « faits » ou « événements » permet de repérer les répétitions et les liaisons des éléments entre eux, ce qui constitue déjà un traitement du matériel clinique. Il forme la base d'une élaboration non encore articulée à une hypothèse de travail. Dans la présentation de textes cliniques, nous pouvons donc faire référence à ces items, grâce à un système de numérotation des unités minimales ainsi dégagées.

CONCLUSION

Comme nous venons de le souligner, la notation du matériel clinique est le résultat d'un travail d'après-coup. Nous le pensons comme un compromis entre, d'une part, le mouvement même de la séance et, d'autre part, la façon de le gérer. Le recueil des données cliniques, qu'il s'agisse de la notation interne pendant les séances ou de la prise de notes après coup, devrait être effectué avec une grande rigueur, une grande précision et dans la perspective de mieux penser la pratique de groupe, et de transmission à autrui. Cet outil a pour but de nous permettre de rendre compte des éléments pertinents de la séance : chaîne associative groupale, dynamique émotionnelle du groupe et écho interne dans le ou les cliniciens, et un début de travail d'élaboration et de mise en forme d'hypothèses. La notation pourrait devenir un outil de collaboration, de confrontation des points de vue (ou vertex) et de leur articulation possible. Il pourrait étayer les recherches sur les phénomènes et les processus groupaux qui leur sont sous-jacents. Il pourrait être utile, dans cette perspective, de travailler plus avant sur la place de la sensibilisation à la prise de notes clinique dans la formation des cliniciens intervenant en situation de groupes.

BIBLIOGRAPHIE

- BION, W. R. 1962a. « Une théorie de l'activité de pensée », dans *Réflexion faite*, Paris, Presses universitaires de France, 1983, 125-135.
- BION, W. R. 1962b. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- BION, W. R. 1965. *Transformations*, Paris, PUF, 1982.
- BION, W. R. 1967. *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.
- BION, W. R. 1970. *L'Attention et l'interprétation*, Paris, Payot, 1974.
- BICK, E. 1964. « Notes on infant observation in psycho-analytic training », *International Journal of Psycho-Analysis*, 45 (4), 558-566.
- BOTELLA, C. ; BOTELLA S. 1989. « La problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire », *Revue française de psychanalyse*, Colloque SPP Unesco du 14 et 15 janvier 1989, 63-90.
- CASEMENT, P. 1985. *À l'écoute du patient*, Paris, PUF.
- CRAMER, B. 1979. « Sur quelques présupposés de l'observation directe », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 19, 113-130.
- DEVEREUX, G. 1967. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980.

- FREUD, S. 1910a. *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1973.
- FREUD, S. 1910b. « Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique », dans *La technique psychanalytique*, Paris, Presses universitaires de France, 23-34.
- GIMENEZ, G. 1993. *L'hallucination psychotique, représentation présymbolique*, thèse d'université, spécialité Psychologie clinique et pathologique, université de Provence.
- GIMENEZ, G. 2000. *Clinique de l'hallucination psychotique*, Paris, Dunod.
- GIMENEZ, G. 2006. « La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à une possible polyphonie », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupes* 47, 79-91.
- GOLSE, B. 2004. « L'observation directe et la formation des étudiants en médecine », dans P. Delion (sous la direction de), *L'observation du bébé selon Esther Bick. Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, Toulouse, érès, coll. « 1001 BB », 279-284.
- GRANGE-SÉGÉRAL, E. 2010. « Un dispositif pour contenir la violence de la transmission dans l'intertransfert des cothérapeutes : l'intervision », *Le divan familial*, 2010/1, n° 24, 57-70.
- GREEN, A. 1992. « À propos de l'observation des bébés » ; interview par P. Geissmann, *Journal de psychanalyse de l'enfant*, 12, 133-153.
- GROTSTEIN, J. 1981. « Primal splitting, the background object of primary identification, and other self-objects », dans *Splitting and Projective Identification*, New York, Jason Aronson Ed., 77-89.
- HAAG, G. 1994. « L'observation à la crèche, méthode de prévention ; réflexions sur les niveaux primitifs d'identification chez le bébé », dans R. Sandri, (sous la direction de), *L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications*, Césura, Meyzieu, 137-153.
- KAËS, R. 1976. « L'analyse intertransférentielle », dans R. Kaës, D. Anzieu et coll., *Désir de former et formation du savoir*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 1982. « L'intertransfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal », dans R. Kaës, A. Missenard., J.-C. Ginoux et coll., *Le travail psychanalytique dans les groupes. 2, « Les voies de l'élaboration »*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 1988. « La diffraction des groupes internes », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 11, 169-174.
- KAËS, R. 1993. *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 1994. *La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*, Paris, Dunod.
- KAËS, R. 2002. « Les groupes de formation : perspective psychanalytique », *Le journal des psychologues*, 203, 22-25.
- MCDUGALL, J. 1982. *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard, 2004.
- MILNER, M. 1977. « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole », *Revue française de psychanalyse*, vol. 43, n° 5-6, 844-874.
- ROUSSILLON, R. 2004. « Le jeu et le potentiel », *Revue française de psychanalyse*, 1, 79-94.
- SANDLER, J. 1976. « Contre-transfert et rôle en résonance », *RFP*, n° 3, 403-412.

- SEARLES, A. 1979. *Le contre-transfert*, Gallimard, 1981.
- STERN, D. 1987. « L'accordage affectif : le partage d'états émotionnels entre mère et enfant », *Annales médico-psychologiques*, n° 3.
- THAON, M. 1981. *Essai psychanalytique sur la création littéraire. Processus et fonctions de l'écriture chez un écrivain de science-fiction : Philip K. Dick*, thèse présentée pour le doctorat de troisième cycle, Aix-en-Provence.
- WINNICOTT, D.W. 1974. « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1975, n° 11, 35-44.