

# ***QUAND LES IMAGES NOUS AMENENT AU PLUS PRES DE L'EXPERIENCE PSYCHOTIQUE***

***Agnès HUSSMANN***

## **Introduction**

«*Ne me dérange pas, je le suis déjà assez* » est la réponse humoristique donnée au téléphone par Jules, un de mes patients schizophrène à son voisin.

Comment mieux vous inviter à cheminer avec moi dans la clinique de la psychose, dans le monde de la psychiatrie qu'avec cette première phrase humoristique, qui signe néanmoins une certaine appréhension de ses troubles par le patient, qui vient souvent questionner la réalité pendant nos séances et se montre délirant.

En évoquant le dérangement, il nous place d'emblée dans le contexte. L'expérience psychotique ne peut que nous déranger, nous questionner, elle ne nous laisse pas dans tous les cas indifférent.

Quand une ligne téléphonique est en dérangement, nous ne pouvons plus communiquer. Dans la clinique de la psychose, la question de la rencontre vient constamment se poser. Nous nous interrogeons comment rejoindre l'autre lorsqu'il s'est comme retiré du monde et de lui-même ou lorsque il est foisonnant d'idées et d'impressions sur le monde que l'on ne peut pas toujours partager.

Aujourd'hui, je souhaiterais davantage me pencher sur ce pont qui peut nous relier à l'autre en proie à des troubles psychotiques quelquefois invalidants et me questionner sur la place d'un psychanalyste rêve-éveillé dans un hôpital psychiatrique. Comment l'imaginaire et la créativité peuvent-ils être servir de pont pour aller à la rencontre de l'autre. En quoi ce recours à l'imaginaire est-il spécifique ?

## ***Travail de l'imaginaire en psychiatrie***

Lorsque l'on est psychanalyste rêve éveillé en psychiatrie, notre travail ressemble à celui d'un équilibriste, qui doit savoir trouver sa voie sur un fil mince.

L'imaginaire est présent dans la clinique de la psychose mais côtoient les extrêmes, parfois , chez certains patients, il est confondu avec la réalité et d'autre fois il est absent, lorsque le néant, la sidération et le blanc occupent une grande place dans la vie psychique du sujet. Il se manifeste donc différemment en fonction de la symptomatologie psychotique, qui est soit positive ou négative.

Quand la symptomatologie est négative, les patients parlent d'un vide intérieur, qu'ils peuvent décrire ainsi, soit *« c'est vide à l'intérieur, il n'y a rien, c'est profond »*, ou encore *« je suis vide, je regarde, j'essaye de fouiller, j'ai pas d'écho »*.

Pour qualifier ce vécu psychotique, BENEDETTI Gaetano a parlé *« d'expérience négative du sujet »*, d'autres, comme BLANKENBURG parleront *« d'une perte de l'évidence naturelle »* ou de *« non pouvoir-être »* quand les activités de la vie humaine ne peuvent plus être réalisés.

Avec ces patients nous partageons une humanité commune, mais nous ne savons pas toujours comment les rejoindre. Ils conservent malgré leur aliénation *« leur puissance de « je » , « d'existence positive »* comme le dit Lina BALESTRIERE ; Freud a reconnu que *« dans tout psychotique se tenait cachée une personne normale ayant contact avec la réalité »*.

BENEDETTI Gaetano évoque cette humanité commune quand il dit : *« Vivre même pour un schizophrène est « un vouloir participer » et il n'existe pas d'humanité, si défaite ou aliénée soit-elle, qui ait perdu ce besoin autrement plus fondamental que la faim et la soif. Il n'y a pas d'existence sans une quelconque forme de communication »*. C'est pourquoi il définissait la tâche de l'analyste comme consistant d'abord à se tenir dans ses symptômes.

Il dit en effet : *« La psychothérapie ne consiste pas en ses débuts, à analyser les expériences qui ont conduit à la non existence. Elle commence par une tentative du thérapeute d'exister dans la non-existence du patient, par la tentative de la transformer en existence par le biais d'une présence en elle »*.

Aussi, auprès de ces patients, qui ont besoin de repères, qui sont très vite déstabilisés par le monde qui les entoure, qui peuvent être envahi par des idées délirantes, ou être perdu dans un vide sidéral, qui ne parviennent pas à investir le lien thérapeutique, nous n'avons pas d'emblée recours à l'imaginaire.

(Nous nous questionnons comment aller à leur rencontre, comment maintenir un lien thérapeutique lorsqu'ils sont attirés par d'autres espaces que nous ne partageons pas, nous devons également faire au découragement )

Néanmoins, face à ces patients aux prises avec des *« angoisses de l'informe »*, comme le dit Sylvie POULICHET, nous pouvons nous demander, quel support leur proposer pour mettre en forme, leur mal-être, pour le figurer. Quel dispositif transférentiel pouvons nous leur proposer pour accueillir leurs terreurs ? (cf Sylvie Poulichet)

Une telle médiation n'est pas toujours possible mais certaines rencontres nous

laissent envisager des possibles, qui nécessitent néanmoins un certain aménagement.

Dans ces rencontres, celle avec Marie m'a fait beaucoup cheminer.

### *A la rencontre de Marie....*

J'ai rencontré cette patiente au moment de sa **première hospitalisation**. Elle est arrivée à l'hôpital après avoir eu des difficultés sur le plan professionnel, qui l'ont beaucoup affectée.

La symptomatologie présentée par cette patiente nous a amené à parler d'une dépression atypique.

Elle a 40 ans, elle est cadre. Elle a longtemps travaillé en libéral, puis suite à une agression sur son lieu de travail, elle a rejoint une équipe pluridisciplinaire dans une structure de l'Etat. Mère de famille, divorcée, elle vit avec un compagnon, qui est pour elle « *un tuteur* », qui l'aide à tenir.

Lors de nos premières rencontres elle me parlera d'images, qui l'obsèdent depuis l'enfance, mais se montre très pudique et se livre difficilement.

Elle est hospitalisée, quelques semaines, un traitement antidépresseur est mis en place, puis elle sort et je continue à la suivre dans le cadre des consultations en extra-hospitalier, qui peuvent se faire soit à l'hôpital soit dans un Centre médico psychologique dans la ville voisine.

Lors d'une consultation en extra-hospitalier à l'hôpital, la séance se passe bien, elle m'explique qu'elle va mieux, elle ne me parle pas de son réel vécu intérieur et repart chez elle.

Une heure trente après notre rendez-vous, alors que je revenais d'un pavillon d'hospitalisation et rejoignais mon bureau situé dans un autre bâtiment, je suis surprise par une voiture à l'arrêt, dont le moteur est allumé, qui ne circule pas. Je vois qu'une personne est couchée sur le volant du véhicule. Je m'approche alors, toque à la fenêtre et reconnaît ma patiente, qui apparaît comme sous l'effet d'une drogue.

Au vu de son état, je l'invite à venir dans mon bureau pour tenter de comprendre, et je suis obligée de la soutenir pour monter les marches. C'est alors qu'elle me parle de son mal-être, de sa difficulté à intégrer le monde, à son impossibilité de vivre et d'exister parmi les autres, de son envie suicidaire. Elle quitte son adaptation de surface et parle de ce mal de vivre des patients qui présentent des troubles

psychotiques, ce « **non pouvoir être** » dont parle BLANKENBURG.

Après avoir contacté un collègue médecin, et au vu de son état, nous l'hospitalisons une deuxième fois.

### *Vers les premières figurations de soi*

C'est dans ce cadre, que je réalise un test de Rorschach. Dans ce test, il s'agit de mettre en forme un matériel informe, d'utiliser son imaginaire pour créer des percepts singuliers et propres à chaque individu. Ce test se révèle d'une grande richesse car aucun protocole ne se ressemble. Avec mon regard de psychanalyste rêve éveillé, je suis vigilante à cette mise en images, à ce recours à l'imaginaire, à ces projections des paysages intérieurs sur des planches.

Ce test me permet d'accéder à son vécu intérieur et donne à voir une grande fragilité identitaire et une grande désorganisation intérieure.

A la première planche, elle voit un « *coléoptère prison* », « *ses ailes ont pour fonction d'emprisonner, de se refermer dessous lui* », plus loin elle continue « *c'est une machine pour faire le mal* ». Cette perception permet de parler de son appréhension du monde, qui peut-être potentiellement menaçant. Elle se montre interprétative, attribuant un sens personnel à certains regards, « *qui la scrutent* ».

Elle nous donne à voir également dans ses projections, combien sa perception de son corps est morcelée, expliquant ainsi sa difficulté à se sentir unifiée.

Mais elle peut aussi avoir de belles représentations, comme « *un flacon de parfum, j'aime tout ce qui touche les odeurs, avec un ancien bouchon, plus sympa qu'un pulvérisateur* » ou encore « *un papillon, c'est plus gracile, plus gracieux* ».

Des potentiels sont présents ainsi que des troubles thymiques, qui viennent masquer quelquefois à la clinique, une noyau plus archaïque, une grande fragilité identitaire parfois au bord de la fêlure.

Ces représentations m'ont aidée à la rejoindre et se sont avérées une première passerelle vers elle. Quand je l'ai retrouvé pour lui transmettre les résultats de ce test, elle s'est sentie entendue à son niveau de fragilité et elle a pu me mettre en images son vécu intérieur, elle m'a alors confié cette image :

« *Une portion de bois, un morceau de terrain boisé mais il y a eu la tempête il y a des arbres cassés, des ronces partout, on peut s'asseoir nulle part, on est là, on peut même pas s'y asseoir il faudra tout nettoyer, il n'y a pas de place, tout est envahi par des trucs* ».

Cette image **donne à voir** combien la tempête, alias la maladie a été dévastatrice. A ce moment, elle n'a plus de point d'appui, elle ne peut poser nulle part dans cet espace intérieur dévasté et désorganisé.

Cette première image amorce dans notre travail thérapeutique un premier changement, tout d'abord parce qu'elle me permet d'appréhender autrement cette part intime, qu'elle masquait dans son adaptation de surface.

**Ce premier entendement entre nous** était possible parce qu'il passait par un **autre langage**, comme le souligne Céline MASSON, elle dit en effet : « *L'image fait voir, donne formes, articule des scènes et des corps, en somme elle constitue un langage. Elle est le visage de l'infigurable, la pellicule sur laquelle sont inscrites les formations psychiques* ».

Elle instaure une **dynamique** et signe également un premier mouvement du dedans vers le dehors, les éléments internes sont projetés sur une scène extérieure. Pascal HASSOUN dit : « *La vie psychique a besoin d'un support, d'une surface d'où le sujet peut voir ce qui lui appartient non seulement comme revenant de l'extérieur mais parce que revenant de l'intérieur* » .

Cette image de sous bois permet d'apercevoir un reflet de son paysage intérieur sur un écran extérieur, de pouvoir le regarder avec distance et de ce fait de s'en protéger mais aussi de m'inclure dans cette dans cette dynamique visuelle.

Quelques mois plus tard, après que le médecin ait réussi à mettre en place un traitement, qui puisse la rassembler et à la fois contenir ses troubles thymiques, la patiente est plus stable.

### **Des images fixes, des images symptômes...**

Lors d'une séance, elle m'évoque des images, issues de rêves répétitifs, qui la poursuivent depuis son adolescence et qui occupent une place particulière dans sa vie . Elles sont d'une nature particulière, qu'elle va réussir à nous expliquer.

Elle donne ces images avec beaucoup de pudeur, avec retenue. Elle me les confie, sans être mobilisée sur le plan émotionnel, elle dit :

*Sur ces images, « je suis une poubelle » et « un tapis sur lequel on s'essuie »  
« je fais le rêve aussi que j'ai l'abdomen ouvert, qu'on peut y mettre des poubelles ou qu'on peut y mettre un bébé »*

Elle commente « *dans ma famille je n'étais pas reconnue, mais considérée comme*

*une emmerdeuse ».*

Puis, elle développe :

*« c'est des images qui sont rangées, qui sortent, maintenant je peux en parler, avant c'était indisable, la honte, la peur de ne pas être comprise, de la douleur à l'évocation, mais là je ne ressens rien, c'est une photo, vous avez vu comme dans certains films, comme des flashs-back, comme dans Harry Potter, on voit il se passe des choses ailleurs, pour moi c'est comme ça, c'est comme si c'était dans une pièce de théâtre, **figé**, comme un tableau **mouvant** mais rien n'en sort, comme si c'était prisonnier d'un autre monde, j'y suis mais je n'y suis pas rentrée, je ne peux pas faire d'action pour modifier, j'y suis de fait parce que dans cet autre monde j'y suis mais il n'y a pas de passerelle, je peux pas y entrer, j'y suis à un moment donné T, dans un monde X, je le sais, je le vois, j'en suis témoin mais je n'ai aucun pouvoir d'agir dans ce monde, comme si il y avait un miroir que je ne peux pas franchir »*

*(« Est-ce qu'établir un pont, ça va me permettre d'être dans un autre relation aux autres ou est-ce que ça va compliquer les choses ? »)*

*« c'est que je peux rien faire dessus, c'est pas atteignable, je peux pas, je les vois ces images, elles me font peur, elles sont là, un arbre qui vous gêne la vue, vous pensez pas à l'abattre, moi je peux pas avec ces images. »*

*(Angoisse ?) « non c'est fini après trente ans »*

*« j'y pense plus, ça ne revient plus j'y pense mais elles ne s'imposent plus (avant elles s'imposaient?) oui, avant ça me revenait en rêve, après en pensées , maintenant c'est moi qui les convoque quand j'ai envie d'en parler ».*

*« A la limite ça ne me gênerait pas de vivre avec, après je ne sais pas quoi en faire, le problème c'est de travailler, d'être plus sûre de moi, ne pas toujours être dans la comparaison, j'y repense parce que je me demande d'où ça vient cette façon de se comporter ».*

Ces images sont reliées à des vécus de son enfance, vraisemblablement traumatiques. Ils viennent parler de l'image, qu'elle peut avoir d'elle même, à savoir une poubelle, un tapis sur lequel on s'essuie, quelque chose de négligeable, qui n'a pas de valeur ou alors plutôt négative. Son corps est susceptible d'être le réceptacle de détritibus mais aussi de bébés, venant peut-être évoquer la naissance de sa sœur, qui a phagocyté tout l'espace familial, notamment la place de Marie.

Sa manière de décrire son corps, où l'abdomen est ouvert vient parler de la fragilité de la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps.

Ces images sont à la fois fixes et mouvantes, présentes sans être atteignables et modifiables, ce qui évoque la paradoxalité, la scission. Elle évoque deux mondes

qui ne communiquent pas, où elle est sans y être.

Ces images, au moment où elle me les décrits ne sont pas accompagnées d'un vécu émotionnel, comme si la trace du visuel était séparée de la trace affective.

J'ai tenté de la faire associer sur ces images. Elle peut les relier à un vécu d'enfance, mais nous ne pouvons développer davantage, elles sont d'une autre nature, elles apparaissent figées.

Nicolas BREMAUD nous éclaire en parlant de la spécificité des productions imaginaires, notamment les rêves, des sujets ayant des troubles psychotiques. Il préconise de les entendre mais de ne pas les interpréter.

Il dit en effet : *« interpréter un rêve de psychotique (ou bien simplement inciter le sujet psychotique à associer sur ses rêves ) peut l'amener à se confronter à ce trou innommable et angoissant ainsi à déstabiliser l'édifice qu'il s'était construit, en ébranlant son rapport au monde. Lorsque le sujet n'est pas délirant, la prudence est certainement de mise, pour que le rêve ne devienne pas la voie royale qui mènerait à l'effondrement du monde du sujet et qui l'obligerait à réinventer la réalité ».*

Ces images fixes, qui l'habitent, doivent être entendues, mais ne peuvent être travaillées, d'ailleurs Marie nous le dit :

*« Les images c'est un signe, un symptôme, un témoin, je n'ai pas de pouvoir ça me dépasse ».*

Lors d'une autre séance, elle emploie d'autres images pour parler de ce qu'elles représentent pour elle, comme pour mieux cerner leur statut dans sa vie, elle en parle ainsi : *« tant que je ne les aurais pas éliminées ou cadrées, ce sera toujours à risque »*

*(? )« ce n'est pas une bombe parce que c'est là, ça vient quand ça peut, pas sous la forme d'une bombe, des fois j'ai envie de comparer ça à un nuage de criquet, j'aime bien comparer ça à l'image d'un nuage de criquet, quand ça arrive ça noircit tout, des années il y a des nuages, des autres années, il n'y en a pas, on ne sait pas pourquoi les crickets se rassemblent quand ils arrivent ça fait un nuage énorme, il faut tout reconstruire, tout replanter, ça n'abîme pas la terre contrairement à un toxique »*

L'aspect dévastateur est très présent dans l'image du nuage de criquets qui détruit

tout sur son passage mais elle finit pas une conclusion positive, car la terre n'est pas abîmée, on peut replanter.

Pouvoir me confier ces images, longtemps tues et subies, semble déjà pouvoir être thérapeutique et permet d'avancer sur d'autres questions notamment celle du corps, ce support identitaire.

### *Le corps vu en images....*

En effet au fil de nos rencontres, la mise en image vient comme délimiter, donner corps visuellement à un vécu corporel, qui ne la tient pas toujours.

La question de cette enveloppe corporelle est abordée après une séance de psychomotricité difficile, où la professionnelle lui a transmis les résultats de son bilan.

Elle m'explique : « *mon corps c'est une association de choses, c'est une peau très blanche, qui brûle facilement en été, des cheveux toujours moches pas assez volumineux, ça a été une acné importante avec des lésions de grattage, mes kg en trop* »

Je lui demande alors de traduire en images, la perception qu'elle a de son corps : « *c'est plutôt une maison, on laisse pas des vitres cassées, on veille à ce que la toiture soit faite pour ceux qui passent, l'intérieur c'est pas prioritaire, c'est comme au cinéma, les décors* »

*Au cinéma, vous avez des décors intérieurs, mais les décors sont en fonction de ce qu'on veut montrer. (Comment est votre décor?) je ne sais pas, si il en existe un, il est barbabapa, il se transforme à volonté, c'est de l'adaptation extrême, c'est pas vide, c'est pas moi qui suis barbabapa ... il est à moi (séparé de vous ?) non pas séparé, il est là, le barbabapa, c'est quelque chose que j'aurais loué pour faire, c'est quelque chose de nécessaire, si c'était pas là, je pleurerais tout le temps (ça vous apporte quoi?) une protection, on me fout la paix, je suis dans la norme ».*

Sa perception de son corps est morcelée, elle est constituée d'un assemblage de parties.

Néanmoins, Marie vient nous dire **qu'une image extérieure est conservée**, lorsqu'elle évoque cette maison bien entretenue à l'extérieur. L'intérieur de l'habitation, soit son monde intérieur, n'est pas défini, ne lui semble pas propre mais apparaît modulable, comme les barbabapa, pour donner le change d'une

apparente adaptabilité.

En fait c'est comme si Marie parvenait à s'appuyer sur une certaine apparence pour se protéger, comme peut l'expliquer Nicolas BREMEAU : « *Le psychotique peut trouver un certain béquillage en s'appuyant sur le registre imaginaire (identifications diverses, fonctionnement comme si , importance de la vêtue etc) l'on peut de la même manière faire l'hypothèse que cet imaginaire, dans le rêve vient protéger le sujet* ».

Plus tard, elle donnera une autre image pour parler de son identité corporelle, elle dira : « *c'est comme un château qui a été construit sur un rocher, pour une raison X ou Y, on peut le déplacer, si on emmène pas le bout de rocher ce n'est plus le même château, ça appartient c'est là mais ce n'est pas vide, si on enlève le rocher, ce n'est plus pareil, moi c'est tout l'ensemble, c'est un rocher c'est lourd, c'est là sans participer, c'est pas un fonctionnement c'est décoratif, c'est pas à montrer, l'un sans l'autre, ça ne roule pas* ».

Ici, elle vient nous parler de ce support, qui tient, qui donne sens, de ces fondations, qui sont fixes mais qui supportent l'édifice et lui donne une contenance. Néanmoins, sans ce support, elle n'existe pas, le château perd de son identité. La coexistence de ces deux éléments ne semble pas aller de soi, comme si les fondations n'étaient pas vraiment scellées, ce qui rend fragile la bâtisse.

### **L'apparition d'autres formes d'images ...**

Puis , au fur et à mesure des rencontres mais aussi d'une bonne tolérance au traitement, qui la rassemble, Marie va mieux et progresse. Elle semble s'être emparée de la dynamique du visuel. Elle convoque le visuel et s'en empare. Elle me relatara une expérience positive au moment de la cueillette de fraises, dont elle veut garder l'image pour s'y appuyer. Elle dit et se parle : « *si un jour ça rebascule , souviens toi de ces fraises et de ce plaisir , comme si il fallait que j'ancre ces images, des fraises que j'ai cueilli. »* puis « *là je me dis souviens toi, tu pourras t'accrocher après, comme si maintenant le pouvoir de l'image positif devenait important* »

Dans cette expérience positive, le ressenti est associé au visuel et pourrait la soutenir, ce qui n'est pas toujours le cas de ses souvenirs d'enfance, elle raconte : « *je coupais les gourmands, je n'en garde aucun bon souvenir, j'ai le souvenir technique, je n'ai pas de souvenir de ressenti* ».

Elle peut néanmoins également s'appuyer sur des moments de plaisir, qu'elle tente de revivre visuellement. Elle se rappelle effectivement d'une image lors d'une ballade : « *on a mangé au soleil, je me souviens allongée dans l'herbe le bruit des grillons, ça reste une image fixe* » (?) *on ne peut pas s'accrocher avec si ça bouge tout le temps* ».

Elle tente de s'accrocher à ces moments positifs et les différencie des images fixes, qui l'obsèdent, soit :

« *celles où je me sens bien je les reconvoque, je les associe, celle de mon enfance je ne les reconvoque pas, elles viennent toutes seules* ».

### ***Les images et la dynamique transférentielle...***

Marie est toujours très attentionnée tout au long de nos rencontres et au fur et à mesure de son évolution, elle prend soin de moi... à travers les plantes de mon bureau. Elle en emporte l'une d'elle, trop à l'étroit dans son contenant, la change de pot, la traite contre certains envahisseurs moins ravageurs que les criquets... m'apporte des boîtes à poser sur mon bureau pour ranger certains de mes outils ...

Elle me nourrit, m'offre des confitures ... comme pour me dire qu'elle aussi pouvait « retourner » le bénéfice du soin thérapeutique.

Sa thérapie prend des chemins vallonnés, faits de haut et de bas, des moments où elle est plus créative, plus joyeuse, plus entreprenante et d'autres où elle se sent « *partir en miettes* » où elle craint de « *se casser en petit morceaux* », où elle a peur « *de se répandre comme une flaque, quelque chose qui n'a aucune structure* ».

Lorsqu'elle va plus mal et craint de s'effondrer, elle me parle de son besoin de points d'appui, comme en escalade me dit-elle, ou pour ne pas tomber il faut avoir trois supports... L'image est parlante... Elle dit alors « *mes trois points c'est Nathalie, Dr E. et Agnès....* », les trois thérapeutes qui l'entourent et la soutiennent.

Lorsque nous regardons ce parcours thérapeutique, nous réalisons combien le visuel a pris une grande place dans ce travail à deux.

Sur notre écran de projection thérapeutique, deux sortes d'images ont pu être projetées : certaines fixes, symptomatiques, qui évoquaient un vécu traumatique, qui ont été seulement déposées dans ma boîte de thérapeute, puis d'autres qui ont

crée un pont entre nous.

Ces dernières ont permis de mettre en forme cet informe angoissant et ont instauré un espace virtuel partagé, un espace intermédiaire. Ce support imaginaire a permis un passage, « *un passage d'une psyché à une autre, passage d'une zone enfouie de sa propre psyché à une zone de « reconnaissance »* » comme le dit Pascal HASSOUN. L'image est ainsi devenue une figure transitionnelle, rejoignant BENEDETTI Gaetano qui propose de produire entre le patient et le psychanalyste un sujet transitionnel, condition sans laquelle il ne peut y avoir de changement.

Ces images sont encouragées et soutenues par la paroles du thérapeute, qui dans le transfert, leur donne une fonction dynamique.

Cette présence du thérapeute, ses paroles sont importantes, elles viennent enrichir ces constructions imaginaires des patients, qui ne doivent pas forcément être interprétées comme le pense BENEDETTI Gaetano. Ce dernier précise « *il s'agit d'enrichir les productions du patient avec notre propre moi, failles comprises. Il s'agit que celles-ci soient nourries à travers l'identification , tant par notre apport libidinal, que par notre inconscient, nous devenons un pont, un « sujet de transition »* ».

Ce pont aménage un chemin dans la rencontre avec soi pour le patient puis vers l'autre, qui paraît quelquefois lointain.

Ces images ont été des mains tendues pour rejoindre Marie dans sa problématique et m'ont donner à penser, afin de ne pas être dans ces blancs de pensée, (qui nous paralysent) ...

Pour conclure, je voulais simplement vous parler d'une exposition au Musée Unterlinden, que je suis allée voir avec des patients hospitalisés. L'exposition avait pour titre « *La peinture en mouvement* ». Les artistes à l'initiative de cette exposition ont capté des images en effectuant des mouvements lents de façon à créer une respiration cinématographique apportant vie au sujet du tableau et donnant l'illusion que la peinture s'anime ....

Les patients, en observant ces réalisations, projetés dans des tubes installés dans le cloître, ont fait les commentaires suivants « *ça permet un autre regard, ça donne*

*de l'intensité et de la profondeur ...».*

Et si la thérapie était cette mise en mouvement de ces images confiées par nos patients, ces images figées, qui les hantent et les ancrent dans une symptomatologie qui les touchent au plus profond de leur identité.

Et si cette mise en mouvement distillait de la vie entre les images pour une nouvelle respiration.

Dans tous les cas, sur ce chemin thérapeutique, nous tenons la caméra à deux, et ce regard partagé donne de la profondeur à ces images internes afin d'envisager d'autres possibles.