Document généré le 13 août 2025 09:13

Filigrane
Écoutes psychothérapiques

Le psychodrame pourquoi faire ? Dramatiser pour dédramatiser ?

Claude Rayna

Volume 23, numéro 1, printemps 2014

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1026079ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1026079ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (imprimé)
1911-4656 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Rayna, C. (2014). Le psychodrame pourquoi faire ? Dramatiser pour dédramatiser ? *Filigrane*, *23*(1), 83–98. https://doi.org/10.7202/1026079ar

Résumé de l'article

Dans cet exposé, l'auteur a voulu montrer tout l'intérêt que représente l'activité psychodramatique pour des patients difficiles. Après un bref rappel de la technique du psychodrame analytique, il va étayer son propos par l'exposé d'une prise en charge qui s'est effectuée sur plusieurs années. Il va montrer en rapportant le déroulement de séquences cliniques, comment à travers la répétition active des expériences traumatiques de l'existence, par le travail interprétatif dans le jeu psychodramatique cela permet de les dé-conflictualiser et de les élaborer. Cette technique analytique favorisant la mise en représentation, est aussi un moyen de créer une aire de jeu adaptée aux difficultés du patient sans pour autant agir un agir contre-transférentiel qui rendrait ininterprétable le transfert.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2014

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/



Le psychodrame pourquoi faire ? Dramatiser pour dédramatiser [1] ?

Claude Rayna

Dans cet exposé, l'auteur a voulu montrer tout l'intérêt que représente l'activité psychodramatique pour des patients difficiles. Après un bref rappel de la technique du psychodrame analytique, il va étayer son propos par l'exposé d'une prise en charge qui s'est effectuée sur plusieurs années. Il va montrer en rapportant le déroulement de séquences cliniques, comment à travers la répétition active des expériences traumatiques de l'existence, par le travail interprétatif dans le jeu psychodramatique cela permet de les dé-conflictualiser et de les élaborer. Cette technique analytique favorisant la mise en représentation, est aussi un moyen de créer une aire de jeu adaptée aux difficultés du patient sans pour autant agir un agir contre-transférentiel qui rendrait ininterprétable le transfert.

Dans notre pratique de psychanalyste, nous sommes de plus en plus souvent confrontés à des patients qui viennent solliciter notre aide, soit à la suite d'événements de la vie qui prennent une valeur traumatique sidérant leurs capacités de représentation, soit pour des troubles de la personnalité, des angoisses psychotiques. Ils éprouvent un sentiment de détresse, de vide interne et paradoxalement ils n'ont de cesse de répéter en boucle l'événement traumatique, que ce soit une perte professionnelle, un deuil, des conflits conjugaux, un sentiment diffus de détresse, des manifestations psychotiques… Ces patients nous confrontent, à travers leur demande, à l'aménagement de modalités de réponse différentes de celles qu'habituellement, en tant que psychanalyste, nous apportons. Non seulement le silence et la neutralité ne sont plus de mise, mais ils peuvent produire des effets dommageables. Ces patients, tout en pouvant bénéficier de notre aide, ne rentrent pas pour autant dans le cadre imparti par une cure classique. Ils nous invitent à penser un dispositif thérapeutique adapté à leur problématique, tout en restant fidèle à l'éthique analytique, à l'esprit de la psychanalyse.

Filigrane, vol. 23, nº 1, printemps 2014, p. 83-98.

Sur ce plan, je me situe dans la suite de la réflexion entamée depuis plusieurs années par René Roussillon [2] qui a mis l'accent sur le fait que « c'est l'analyse qui conditionne alors quel dispositif doit être instauré et construit avec le patient et non plus le dispositif qui décide qui peut être analysé ». De ce fait, la situation psychanalytique classique ne devient qu'un cas particulier de situation analysante, elle est un type de psychanalyse, comme l'expression « cure type » en témoigne. Ainsi, on pourrait dire que la cure type en tant que situation du dispositif analytique n'est qu'une réponse parmi d'autres, et demande qu'on lui adapte de multiples variantes.

Freud dans un texte magistral, « Au-delà du principe de plaisir », articule la compulsion de répétition, la névrose traumatique et la répétition transférentielle au jeu de l'enfant (le jeu de la bobine). Rappelons que Freud y montre comment par le jeu répétitif, l'enfant va arriver à surmonter les microtraumatismes de l'existence. L'enfant va répéter l'expérience vécue dans l'activité ludique, notamment l'expérience traumatique, afin d'acquérir une maîtrise bien plus importante de l'impression ressentie qu'il ne le pouvait en se bornant à l'éprouver passivement. Freud va ensuite passer du jeu de l'enfant au jeu avec un adulte, puis à la place occupée par l'adulte au moment du récit d'une histoire, afin d'organiser l'espace du rêve.

Je voudrais insister ici sur la fonction du jeu comme tentative de répétition active d'une expérience traumatique, et en tant que moyen d'apaiser les tensions et les excitations. Il s'agit de répéter pour arriver à se dégager des situations douloureuses de l'existence, et ainsi tenter de les dédramatiser.

L'expérience du psychodrame analytique s'appuie sur ce postulat, non pas par une répétition qui se situerait au niveau d'une pure culture de l'agir, mais en tant que la répétition permet, à travers le travail interprétatif, d'élaborer et de dé-conflictualiser certaines situations traumatiques. Ce jeu a la particularité d'être adressé dans le transfert pour en favoriser l'élaboration et l'expression ; ainsi, ce qui y sera déposé aura une potentialité d'être symbolisé.

Le psychodrame psychanalytique

Dans le cadre de cet article, nous aborderons le psychodrame individuel, soit celui que nous pratiquons en milieu institutionnel, et qui consiste en l'interaction d'un patient et d'un groupe de thérapeutes psychanalytiques (analystes confirmés, analystes en formation, ou thérapeutes ayant une expérience de la psychanalyse). Chaque séance débute par un temps d'échange entre le directeur de jeu (qui lui ne joue pas) et le patient, en présence des

cothérapeutes. Le plus souvent, la première idée qui vient au patient est mise en scène. Le scénario est élaboré par le patient avec l'aide du directeur de jeu : le lieu, les personnages, la temporalité, et le thème sont abordés. Le patient doit jouer et il choisit parmi les cothérapeutes ceux qui vont l'accompagner dans la scène. C'est lui qui distribue les rôles et détermine avec le directeur de jeu la situation scénique.

La place et la fonction du directeur de jeu sont complexes. Sa non-participation au jeu lui permet certes de se distancier du contenu du jeu, en étant à la fois attentif aux propos du patient et à ceux des cothérapeutes pris dans la dialectique transféro-contre-transférentielle. Il doit aussi contenir les éventuels excès de la part des cothérapeutes ou du patient ; en effet, si l'on peut tout jouer, on ne peut toutefois pas toucher corporellement. C'est par le soutien du directeur de jeu que la créativité des cothérapeutes peut s'exprimer, induite par leurs positions contre-transférentielles vis-à-vis du patient, et aussi par les liens tissés entre eux, sous-tendus par ce que nous appelons l'*inter-transfert*.

Après chaque séance, un temps d'échange est prévu entre les thérapeutes, afin d'analyser ces deux niveaux de la dynamique transférentielle, car c'est à travers eux que l'analyse du processus peut s'élaborer. L'analyse de la dimension groupale du transfert entre les thérapeutes est particulièrement heuristique. L'école française du psychodrame analytique, à la suite des travaux de Didier Anzieu et de René Kaës, a mis l'accent sur cette groupalité. Le groupe forme en quelque sorte un espace psychique commun qui sera l'objet de projections de la part du patient, et le lieu d'expression des enjeux narcissiques des protagonistes. Paradoxalement, ce groupe assure aussi la cohésion du processus en s'opposant aux enjeux individuels, à condition que l'on puisse analyser ces derniers. L'enveloppe psychique que constitue le groupe des thérapeutes se constitue, puis se modifie tout au long du déroulement de la cure.

Dans certains cas, les acteurs peuvent dévier et jouer entre eux en oubliant le patient ; bien souvent cela vient reproduire une situation vécue antérieurement par celui-ci. À d'autres moments, le groupe peut, par crainte d'une éventuelle désorganisation, jouer dans la retenue et de ce fait, menacer le travail thérapeutique. Certes, on peut souvent repérer dans l'histoire du patient des indices d'un effet de la projection du patient sur le groupe, mais il peut aussi arriver que le groupe dysfonctionne indépendamment de l'histoire du patient. Ne pouvant se mettre en mots, ce dysfonctionnement se met en scène ; faute de pouvoir se dire, cela se joue sur le devant de la scène. Nous

sommes très attentif à ces différents mouvements, et nous accordons une place particulière aux échanges entre thérapeutes, afin que l'activité psychodramatique ne devienne pas traumatique, et que le jeu interprétatif permette au sujet de se dégager de ses difficultés.

La place particulière du directeur de jeu favorise le drainage transférentiel, à la fois par rapport au patient et vis-à-vis des collègues. Attentif à l'écoute de la problématique du patient et aux divers mouvements qui animent le groupe des thérapeutes, celui-ci est dans une position de méta-écoute, garante du cadre thérapeutique.

Dans le déroulement des cures, nous avons pu constater que la distribution des rôles entre les cothérapeutes devenait prévisible : en fonction du thème proposé, nous pouvions deviner quels seraient les thérapeutes choisis, chacun devenant en quelque sorte un représentant des identifications du patient. Ce dernier est ainsi amené à les choisir en conséquence, révélant l'évolution de ses positions transférentielles. D'ailleurs, le patient peut éventuellement prendre conscience du caractère imposé de ses choix, ce qui est un moment important du déroulement de la cure, surtout quand il « peut en jouer » en modifiant volontairement ses habitudes.

Jouer avec ses fantasmes et ses instances psychiques — le jeu lui-même prenant cette acception ludique imprégnée de souplesse — témoigne de la mise en place d'un espace ludique, aire d'illusion qui semble avoir fait défaut au cours de l'histoire du sujet, ou qui aurait été gelée à la suite d'événements à connotation traumatique.

Présentation d'un cas clinique

Je vais maintenant illustrer mon propos par l'évocation d'un cas clinique que nous avons suivi pendant sept ans dans un psychodrame analytique. Il s'agit d'un adolescent qui nous avait été adressé par une collègue qui le suivait depuis quelques années en psychothérapie ; devant l'enlisement du travail, devant la prégnance des manifestations obsessionnelles, elle avait pensé que le psychodrame pouvait relancer le processus thérapeutique. Les séances devenaient pour elle très pénibles du fait de ce qu'elle y percevait d'une violence retenue, contenue, maitrisée, mais prête à exploser à la moindre occasion. Son activité de penser était complètement saturée, au sens où Bion le décrit, de telle sorte qu'elle n'avait plus la possibilité de laisser flotter son attention, que le sommeil et l'ennui la gagnaient. En d'autres termes, elle se sentait épuisée par ce patient et ne voyait plus comment l'aider. Elle a donc suggéré qu'en parallèle à la psychothérapie, des séances de psychodrame

auraient un effet dynamique sur la psyché de ce patient. Puisque le travail analytique n'avait pas permis de traiter la destructivité et la violence de ce patient, elle n'en « pouvait plus » d'être confrontée à ses efforts pour détruire l'objet, afin de ne pas éprouver une indifférenciation avec lui, et ainsi espérer sortir de la confusion annihilante. Une relance du fonctionnement psychique permettant au sujet de prendre du plaisir à utiliser ses capacités psychiques en prenant appui sur le groupe des cothérapeutes : voilà ce qu'elle attendait de nous.

Au début de la prise en charge de ce jeune patient, notre collègue croyait qu'il était capable d'opérer un transfert objectal et de projeter sur elle des imagos différenciées ; elle dut pourtant reconnaître qu'elle s'était trompée car le noyau psychotique était tel qu'elle n'y arrivait plus. C'est dans ce contexte que nous avons entrepris ce psychodrame.

Pierre [3] est un adolescent âgé d'une quinzaine d'années, au visage assez ingrat et à la présentation obséquieuse. D'emblée, la retenue de sa gestualité nous a frappé ; il attendait du psychodrame que nous l'aidions à « guérir de ses troubles » par la mise en actes des pensées et des fantasmes. Il espérait que ce nouveau traitement allait lui permettre de résoudre ses difficultés anciennes et de nouer des relations avec les autres. Selon lui, le psychodrame exercerait une action cathartique le libérant de ses pensées inhibitrices et invalidantes.

Depuis l'enfance, Pierre était envahi par des phobies et des rituels survenant surtout le soir. À la suite de la séparation de ses parents alors qu'il avait neuf ans, il a essentiellement été élevé par sa mère et sa grand-mère maternelle. La séparation conjugale s'est déroulée dans un contexte conflictuel : Pierre était pris à partie, servant de messager entre ses parents. Au milieu du couple fusionnel mère/grand-mère, il avait du mal à exister de façon différenciée. Au fil des rencontres avec Pierre, nous avons émis l'hypothèse qu'il aurait pu être l'objet d'une séduction narcissique dès son plus jeune âge, d'autant plus que la promiscuité dans laquelle il vivait avec ces deux figures maternelles le favorisait. C'est ainsi qu'il nous a souvent donné à jouer des scènes dans lesquelles sa mère se promenait en petite tenue devant lui, l'invitant à lui frotter le dos dans son bain. Par ailleurs cette mère très permissive semblait le maintenir dans un état de dépendance quasi-fusionnelle.

En ce qui concerne l'image paternelle, le père de Pierre était décrit comme un homme ayant fui le domicile conjugal et entretenu une relation avec une femme dont est issue une petite fille. Notre patient a été mis dans la confidence par son père ; il partageait donc avec lui ce secret de nature

« sexuelle », non dénué d'ambiguïté, dans une alliance homosexuelle dont la mère se trouvait exclue.

Ayant du mal à nouer des relations avec ses camarades de classe, se sentant le plus souvent persécuté, Pierre nous a très rapidement proposé des scènes dans lesquelles il se trouvait au centre, recevant les quolibets et les moqueries de ses camarades ; il cherchait à nous montrer combien ses tentatives de se faire aimer étaient vouées à l'échec. La violence qu'il demandait aux thérapeutes de représenter était parfois très crue : scènes d'humiliation, scènes au sein desquelles le masochisme était au premier plan. Dans un premier temps nous nous sommes tenus au plus près du scénario proposé : violence dans laquelle il se trouvait en position passive, et face à laquelle il se montrait démuni.

Systématiquement, dans les premiers mois du psychodrame, il choisissait de ne jouer que son rôle, refusant énergiquement les propositions que je pouvais lui faire. Nous avons suivi, à la lettre pourrait-on dire, ses indications, car il nous semblait nécessaire dans un premier temps de ne pas interpréter trop hâtivement la relation à ses objets internalisés.

Dans un second temps, nous avons tenté de montrer à Pierre tous les enjeux projectifs, par le recours à la technique du double : ce monde dangereux était alors repéré comme résultant de la projection de sa propre agressivité sur l'environnement. Nous avons pendant de nombreux mois représenté cela non sans une certaine perplexité, d'autant plus que nous avions pu constater qu'à certains moments les sentiments de culpabilité liés à une perception de ses vœux de mort ont entraîné une inhibition importante et un état de sidération tel, qu'il se trouvait empêché d'assurer ses besoins les plus élémentaires. Les pensées obsédantes l'envahissaient et le conduisaient à une rumination mentale. Les efforts fournis pour endiguer toute expression pulsionnelle ont inhibé sa vie relationnelle, induisant chez ses camarades irritation et agacement. Cette interprétation s'est imposée à la lumière des échanges prévus après chaque séance : la vivacité des propos au cours desquels chacun partageait sa compréhension du mouvement de la séance et des émois contre-transférentiels suscités, témoignait de l'état de tension dans lequel nous étions. Nous nous demandions si nous n'avions pas été trop incisifs et si nos interprétations n'avaient pas trop ébranlé Pierre. En fait, notre crainte était de trop ébranler le moi, de trop le fragiliser et de ne plus lui permettre de maintenir une certaine continuité ; d'où l'intensité de nos échanges après chaque séance.

La technique du double fut souvent utilisée avec ce patient afin de figurer les désirs interdits ou les parties clivées de sa personnalité. Cette technique

permet au patient de se réapproprier ces parties clivées et ainsi, d'opérer une réunification de son moi. Au fur et à mesure de l'évolution transférentielle il a pu, en élaborant avec moi le scénario d'une scène, proposer la présence du double et même s'autoriser à le jouer. Dans ces moments, nous le sentions pris par une sorte d'excitation et une jubilation libératrice. Enfin il pouvait s'autoriser à dire ce qu'il réprimait et ainsi, secondairement, se l'approprier. À travers ce double, à la fois lui et non-lui, il pouvait exprimer sans éprouver trop de culpabilité les idées auparavant clivées. Le double, quand il était joué par un des cothérapeutes, intervenait en faisant une voix off, exprimant les pensées réprimées, les affects qu'il maintenait à distance. Quand Pierre incarnait le double, il s'autorisait enfin à dire ce qu'habituellement il réprimait.

Plusieurs extraits de la cure de Pierre nous permettront d'illustrer divers ancrages de notre pratique du psychodrame.

Première illustration : traumatisme, répétition et interprétation

Une première séquence se situe lors de la troisième année du psychodrame. Pierre, ponctuel comme d'habitude, nous a annoncé, d'un ton monocorde et dénué d'affect, que sa grand-mère était décédée et que l'inhumation avait lieu l'après-midi. Après les quelques mots d'usage pour m'enquérir des conditions de son décès, je lui ai proposé que l'on joue la scène de l'enterrement, ce qu'il a accepté. Une collègue a été choisie pour jouer la grand-mère morte alors que Pierre a voulu jouer son propre rôle, et qu'un collègue a été choisi pour jouer son double. D'emblée, notre patient s'est senti ému devant le corps étendu de notre collègue, sans mot. Son double, placé légèrement derrière lui, une main sur son épaule, s'est mis à formuler très rapidement des mots empreints de la violence potentiellement contenue puis, progressivement, il a commencé à injurier le corps de la grand-mère, lui reprochant d'avoir tyrannisé la famille et affirmant être content d'être enfin débarrassé d'elle. La crudité des propos et des actes simulés d'agression envers cette femme, même s'ils semblaient correspondre à la représentation fantasmatique que nous pouvions avoir et que Pierre nous faisait vivre et ressentir, a choqué certains cothérapeutes. N'aurais-je pas dû interrompre la scène plus tôt ? Pourquoi ne pas avoir fait intervenir un autre collègue pour atténuer cette violence ? Autant de questions qui ont agité nos échanges après la séance. Au fond n'avions-nous pas été trop loin dans cette scène, en intervenant trop dans la réalité, faisant en quelque sorte intrusion dans le processus de deuil qui, comme chacun le sait, consiste à idéaliser dans un premier temps la personne disparue.

Pouvons-nous tout représenter, tout figurer dans une séance de psychodrame, même si cela correspond à une représentation fantasmatique ? N'avions-nous pas à notre tour fait subir à notre patient une violence contre-transférentielle ? À la séance suivante, je me suis enquis de son vécu lors de l'inhumation. Il a affirmé que la séance l'avait aidé, et qu'il avait été surpris d'aussi bien supporter cette cérémonie. Il est intéressant de noter que dans un tel travail de groupe, les positions des cothérapeutes peuvent diverger, et qu'il est important pour la compréhension du processus thérapeutique de pouvoir traiter cela de façon dynamique.

Par ailleurs, nous savons que le traumatisme psychique peut être considéré comme résultant d'une succession de micro-traumas qui empêchent la construction de la psyché de façon harmonieuse. L'objet traumatique étant entendu comme appartenant au registre du réel et ne relevant pas de l'activité représentative, c'est à travers la compulsion de répétition que nous pouvons en prendre conscience. L'élaboration de la part traumatique doit tenir compte de ce qui est manifesté dans le *hic and nunc*, dans le vif de la séance, et aussi de ce qui a pu se construire tout au long de la cure avec le patient.

Le psychodrame permettrait, par la mise en jeu des représentations, que se dénoue le rapport à cet objet dans lequel parole et objectalité ont simultanément disparu. De fait, les états traumatiques ont perdu la capacité de s'énoncer dans la polysémie du langage, le mot et la chose étant devenus équivalents par défaut de l'activité symbolique.

Dans le jeu psychodramatique, nous pouvons figurer cette polysémie langagière par l'intervention des cothérapeutes. Aussi, au langage et à l'interprétation s'ajoute l'activité ludique dans ce va et vient des « présences incarnées », selon la belle expression de E. Kestemberg et Ph. Jeammet. Or, le jeu peut être source d'une excitation telle qu'elle induit parfois des états de sidération du fait que la charge affective ne peut plus être contenue par la psyché du sujet ; un débordement implosif risque alors de se produire au détriment de la liaison des représentations. C'est là que le cadre proposé se montre particulièrement utile : le directeur de jeu, du fait de sa non participation à celui-ci, arrive à se distancier du contenu du jeu et, tout en étant attentif aux propos des acteurs pris dans la dialectique transféro-contre-transférentielle, contient les excès de la part des acteurs.

De plus, dans le jeu, les postures et les attitudes corporelles sont aussi éloquentes dans leur impact interprétatif que peut l'être le langage ; cela permet de dévoiler en partie la charge affective et tout le vécu émotionnel. En fait,

l'expérience émotionnelle est une forme de compréhension, de même que la compréhension est aussi une forme d'expérience émotionnelle. L'activité psychodramatique, par les conditions mêmes de sa réalisation, favorise cette expérience dans la dramatisation. Cette dernière permet de créer des ponts entre l'affect et la représentation, ce qui procure un plaisir lié au gain narcissique. Ce travail privilégie la sensorialité à la fois du côté des thérapeutes et du patient. Ceci doit favoriser la mise en figuration, et dans un second temps, l'accès aux processus de symbolisation.

Dans le cadre du psychodrame, l'interprétation utilise deux voies préférentielles : la *parole*, mais aussi les *postures* et l'*expressivité émotionnelle*. En mettant des mots là où se présentait un « blanc de la pensée », l'interprétation favorise une atténuation de l'angoisse, en accordant un sens là où il y avait du non-sens. Dans certaines situations, les propos du patient apparaissent fortement condensés, peu liés. Le psychodrame permet à la fois de figurer cette compression, de la décondenser et d'opérer des liaisons là où elles manquent, par la présence des cothérapeutes qui peuvent jouer les différentes parties du sujet, soit dans une alliance avec lui pour l'étayer, soit pour lui monter sa conflictualité interne. Cela s'avère très utile avec des patients qui ont d'importantes difficultés de représentation. Signalons que l'étayage visuel, moteur et ludique sert d'appui à l'établissement d'un processus de symbolisation, alors que la prise en charge groupale limite les menaces d'indifférenciation que ces patients font ressentir aux cothérapeutes.

Seconde illustration : interprétation, liaison et construction de sens

Considérons un autre moment de séance qui se situe dans la quatrième année. Pierre traversait à cette époque une phase dépressive marquée par une aboulie, une incurie, passant ses journées chez lui et réduisant la plupart de ses activités à part celle de venir à sa séance. Il annonce alors qu'il ne fait pas ce qu'il devrait faire ; il s'en veut et dit que cela est plus fort que lui. Il ressent la même chose avec le psychodrame ; n'arrivant plus à utiliser ce que je lui dis, il se pose la question de l'utilité de ce travail.

Je lui propose une scène dans laquelle il est avec moi. Il joue son rôle et un collègue joue le directeur de jeu. Rapidement, le patient déclare qu'il en a assez d'entendre des explications compliquées qui lui envahissent l'esprit sans le soulager. Mon collègue lui dit qu'il le comprend bien et que dans ces conditions, il ne voit plus qu'un seul remède : qu'il lui injecte sa force. Il bombe le torse, dans une attitude très phallique ne laissant aucun doute sur ses

intentions. À ce moment, le patient proteste en rétorquant qu'il ne veut pas se « faire enculer », que ce n'est pas de cela dont il a besoin, et qu'il n'est pas venu pour cela.

J'ai alors arrêté la scène et dans la reprise avec lui, je lui ai donné l'interprétation suivante : c'est par sa tendance à sexualiser ses pensées qu'il confond l'introjection et la pénétration à l'intérieur de son corps par voie anale ou orale. J'ai ensuite associé sur le fait que cette sexualisation des pensées pouvait être mise en relation avec l'évocation d'un souvenir qu'il nous avait rapporté. En effet jusqu'à ses neuf ans, il se faisait nettoyer son derrière par sa mère. Cette interprétation a semblé soulager son angoisse. Il se montre ensuite un peu plus sthénique, puis me déclare qu'il apprécie mes propos et mes explications, et qu'il admire mon calme et la clarté de mon langage. Lui-même n'y parvient pas malgré les nombreuses séances d'orthophonie qu'il a suivies pour l'aider à affirmer sa voix de chanteur. Il me dit que dans la salle d'attente du centre où je le reçois, il avait entendu parler d'orthophonie et il avait imaginé que j'avais suivi une telle rééducation. Je lui propose de jouer une scène avec l'orthophoniste. Il choisit une collègue « séductrice » pour jouer cette femme. Celle-ci affirme que s'il ne travaille pas plus, il ne fera aucun progrès et sa voix ne va jamais « muer », ce qui a pour effet de le sidérer. J'ai envoyé à ce moment un collègue jouer une personne exhibant sa nouvelle voix acquise grâce à l'orthophoniste. Il la remercie en lui déclarant qu'elle lui a sauvé la vie mais que maintenant, il ne peut s'empêcher de penser à elle. Devant le sourire de mon patient et le fait qu'il opinait de la tête, j'ai arrêté la scène et il m'a dit qu'en effet, il trouvait cette orthophoniste jolie et qu'en plus elle était très maternelle.

Pierre propose ensuite de jouer un rêve. Contrairement à ce qu'il perçoit de lui dans la réalité, il se présenterait comme un homme fort et vigoureux suscitant l'admiration d'autrui. Il choisit deux collègues pour jouer ses admirateurs et durant la scène, ceux-ci figurent les parents, enfin fiers de leur fils. Ils se disent heureux de pouvoir finalement se retrouver entre eux et de le laisser mener sa vie. Il fera ensuite avec moi le lien entre le fait de se sentir abandonné et celui de se dégager de ses difficultés ; le risque en allant mieux étant de perdre l'attention de ses parents.

Nous voyons dans le déroulement de cette séance comment jeu et fonction interprétative sont intriqués et aussi, combien la reprise par le directeur de jeu contient et évite le trop d'excitation. Toute interprétation a une possibilité intrusive par une réactivation du bouillonnement pulsionnel qu'elle peut induire, en particulier dans l'activité psychodramatique. Il arrive même

qu'à la suite d'un jeu, le patient se sente totalement sidéré, étonné et surpris par ce que le jeu lui révèle de sa personne. Dans ce cas, je reprends avec lui ce qu'il vient d'éprouver et de ressentir, mettant en mots ce qui a été joué, faisant des liens entre le « jeu au dehors » et le « jeu au dedans », afin qu'il retrouve le fil de sa pensée. Cette fonction de liaison soulage régulièrement les patients. Au psychodrame, il me semble que la fonction interprétative et le travail de construction se trouvent dans un rapport de contingence telle, que l'une est au service de l'autre dans une relation de mutualité. Notre collègue et ami Jean Chambon disait : « Le jeu interprétatif doit à la fois permettre un dégagement de certaines compulsions à la répétition et maintenir un certain niveau d'équilibre ».

Le jeu est un plaisir qui se déploie dans une scène échappant à la vigilance du surmoi et des défenses. Cette jouissance ludique hors contrainte peut avoir des effets narcissiques et mobilisateurs opérant des courts-circuits libérateurs. Une dimension incestueuse sera parfois activée, à travers le jeu commun avec les cothérapeutes, induisant parfois une excitation ou une inhibition.

Par ailleurs, il n'est pas anodin qu'un changement soit intervenu après ma première intervention ; dans le transfert maternel dans lequel je me trouvais, j'étais aussi celui qui lui procurait du plaisir, ce que ses associations sont ensuite venues confirmer. Les scènes se succèdent comme autant d'équivalents oniriques. Parfois au décours d'une scène, le patient va associer sur un souvenir, un rêve, sans qu'il soit nécessaire que le directeur de jeu reprenne le contenu de ce qui a été représenté. Mais parfois il est important que les propos soient mis en relation et qu'ainsi une histoire se coconstruise, donnant du sens au vécu du patient.

Troisième illustration : représentation et transformation

Pierre évoquait souvent son désir de prendre de la distance avec ses parents, alors que nous étions dans la sixième année de traitement. Au cours d'une scène, il annonça à sa mère son désir d'habiter dans un studio, préparé pour lui et mitoyen de l'appartement maternel. Une collègue joua de manière très caricaturale l'inquiétude maternelle, adoptant une attitude paniquée à l'idée de savoir son fils loin d'elle. Il a tenté de s'opposer à elle, affirmant qu'en raison de son âge, il fallait bien qu'il prenne son indépendance. J'ai à ce moment introduit un cothérapeute pour jouer le compagnon de la mère tenant une valise, lui donnant les clefs du studio et lui disant qu'il avait bien raison de partir. Surpris, il manifesta une vive inquiétude et il ne pouvait se saisir de la valise. Il s'est entendu dire : « non, pas pour l'instant, c'est encore

trop tôt ». J'ai arrêté à ce moment la scène et lui ai demandé ce qu'il en pensait. Il m'a répondu qu'il ne s'attendait pas à sa réaction et nous avons pu évoquer son ambivalence. D'ailleurs cette prise de conscience de son ambivalence associée à la charge émotionnelle fut un moment mutatif de cette aventure avec ce jeune homme.

Je voudrais insister ici sur les possibilités transformationnelles qu'offre le psychodrame, en particulier chez des patients ayant un noyau psychotique et des difficultés de représentation, grâce aux possibilités multiples de figuration que cette approche autorise. Le travail en groupe permet aussi de supporter la violence de certains transferts à condition que le groupe prenne le temps de travailler sur sa dynamique interne. Le psychodrame met à la disposition de la psyché de ces patients celle du groupe des thérapeutes capables de jouer et de rêver. Ceci permet la mise en représentation, en prenant appui sur la fonction de symbolisation et d'appropriation subjective liée au jeu, en dramatisant pour mieux dédramatiser, et en permettant que se constitue un espace de jeu, une aire pour penser les pensées.

Quatrième illustration : cadre et fonction contenante

Au cours de la sixième année, au moment où nous évoquions la fin de la cure, Pierre me dit combien ce travail fut important pour lui : il a connu mon fonctionnement, alors qu'il ne connaissait celui des autres thérapeutes qu'à travers les rôles qu'il leur attribuait et ce n'était pas vraiment eux. De fait, le cadre proposé favorise une sorte de fragmentation transférentielle qui est en quelque sorte nécessaire, afin que la charge excitante puisse être contenue, par une sorte de pare-excitation. Le cadre remplit cette fonction de contenance.

Une aire pour penser les pensées s'était ainsi constituée. Le groupe a rempli cette fonction de contenant actif, au sens où l'entend Bion, soit la capacité d'inter-réagir avec l'environnement, de se transformer. Il nous est apparu que le travail d'élaboration de la part du groupe permit probablement à ce jeune homme de trouver un certain plaisir à penser, prenant sa pensée comme un objet de pensée, rétablissant ainsi une continuité et une historicité psychiques entre des éléments dispersés de sa vie mentale.

Le cadre comme fonction tierce c'est ce qui dans la tête de l'analyste (acteur ou meneur de jeu) se situe dans la rencontre entre l'association libre et l'écoute flottante. Ce cadre définit notre activité en tant qu'analyste, quelles que soient les modalités de la situation, que ce soit dans la position divan-fauteuil, fauteuil-fauteuil ou bien dans cette activité psychodramatique.

Au début des séances, Pierre vivait de façon quasi autistique, entretenant des relations plus fantasmatiques que réelles. Cela a été maintes fois représenté dans les scènes, ce qui lui a progressivement permis d'entretenir, non sans difficulté, des relations plus réelles. Nous avions le sentiment qu'il utilisait les séances comme la *répétition d'une situation à venir*. L'évolution lui a permis de passer d'un mode de relation d'objet constitué d'adhésivité et d'agrippement à autrui, à des relations au cours desquelles l'altérité est appréhendée. Au début du suivi, Pierre était en classe de seconde, ne parvenant pas à se concentrer dans son travail scolaire, angoissé par ses relations avec ses camarades de classe dont il redoutait les moqueries. Il projetait sur eux une certaine agressivité qui faisait retour sur lui. Il a eu besoin, pendant un bon moment, de rassembler autour de lui au cours des séances l'ensemble des cothérapeutes, alors que chacun représentait certaines parties de lui, résultat de clivages multiples et d'un morcellement de sa personnalité. Tous les acteurs autour de lui figuraient un contenant et lui, au centre, devenait l'unique objet des préoccupations et en tirait un bénéfice narcissique. Tout au long de ces années, nous avons été « les amis qu'il aurait voulu avoir » et certainement les seules relations un peu vraies qu'il ait pu établir. Il a été présent pratiquement à toutes les séances, déployant des efforts importants pour y venir, même pendant les grèves des transports parisiens.

En fait, le travail analytique a permis chez Pierre la redistribution des différentes imagos familiales, parentales en fonction de l'évolution des mouvements transférentiels. Au début de la cure, le transfert se manifestait davantage par diffusion, sans véritable différenciation des imagos ; ensuite est apparu clairement un transfert par diffraction, ce qui d'une certaine manière était aussi favorisé par la présence des cothérapeutes susceptibles de recevoir et d'accueillir les dépôts transférentiels puis, ainsi que le dit Kaës, de les rendre intelligibles. Ce travail à plusieurs a permis que puisse se coconstruire une histoire entre l'analyste (en fait, les analystes à des places différentes : directeur de jeu et cothérapeutes) et le patient. Cette histoire a permis à Pierre d'élargir son champ relationnel et de pouvoir investir de nouveaux objets (dont le chant choral). Il a ainsi trouvé, retrouvé une identité : celle de chanteur, dont on apprendra au cours de la cure qu'elle reproduisait le métier du grand-père maternel, un homme qui connut son heure de gloire, une imago fiable et solide.

Dernière illustration : le travail de subjectivation

Alors que nous avions abordé la fin du traitement, Pierre nous a proposé une scène : il se plaint d'être seul après un concert où il avait chanté. Ses

parents sont venus le féliciter, mais il voyait que les autres étaient entourés de nombreux amis. Nous jouons la scène où il est avec sa mère après le concert. Pierre joue le rôle de sa mère et un collègue le joue, se plaignant d'avoir été abandonné, particulièrement par l'équipe du psychodrame qui ne s'est même pas déplacée pour venir l'écouter. « Ce sont des lâches » disait-il dans le jeu, et notamment le Dr Rayna en qui il est impossible d'avoir confiance. C'est toujours comme cela, ajoute-t-il : il est toujours en proie à une incompréhension, et puisqu'il en était ainsi, il n'avait plus qu'à se retirer dans son studio et se laisser mourir. Le patient, jouant le rôle de la mère, confirma et dit : « puisqu'il en est ainsi il faut que tu abandonnes le psychodrame ».

J'ai à ce moment arrêté la scène pour lui montrer que dans ce qu'il imaginait, sa mère ne pouvait penser que comme lui et ne faire qu'un avec lui, ce qui le maintenait dépendant de son interlocuteur, dans une relation fusionnelle. À ce moment, il nous a surpris en évoquant le début de son psychodrame et en disant que ce qui a changé, c'est qu'il croit maintenant qu'il peut y être pour quelque chose dans ce qu'il vit alors qu'auparavant, il se vivait en proie à des agressions des autres et pensait n'y être pour rien.

Un collègue, Gérard Bayle, dit à propos du psychodrame :

> […]il s'agit dans tous les cas d'apporter des figurations et de les conflictualiser là où le fonctionnement psychique des patients est figé dans des répétitions mortifères ou dans des silences conflictuels qui ne le sont pas moins. Ces apports figuratifs venant du cadre, du groupe, des acteurs et du meneur de jeu s'insèrent entre ceux épars et stéréotypés, de patients engagés dans des compulsions de répétition et des automatismes qui gèlent la symbolisation, la subjectivation et le statut de l'objet.

Le psychodrame a permis à Pierre d'accéder à l'appropriation de sa subjectivité, par cette capacité *trouvée ou retrouvée* de donner libre cours à un espace ludique interne. Nous pouvons aussi supposer qu'il a acquis la possibilité d'accéder à une symbolisation secondaire ; par le jeu, ce qui était psychiquement intolérable est devenu acceptable. Pour ce, le psychodrame doit créer un espace de jeu libre dans la régression, au sens analytique, tout en veillant à ne pas entrainer une désorganisation psychique.

En guise de conclusion

Une séance du psychodrame de Pierre nous permettra de conclure. Pierre était dans la période de fin de cure et il a proposé de jouer la dernière séance

du psychodrame. Il choisit de jouer son rôle et désigna un collègue pour jouer le Dr Rayna. Dans le jeu, celui-ci lui explique que maintenant, il est devenu un homme fort avec tout ce que lui a appris le psychodrame, mais qu'afin de tout garder, tout est stocké dans une valise qu'il lui tend. À ce moment, le patient saisit avec un plaisir évident et jubilatoire cette valise et dit qu'il va en prendre soin en la serrant contre lui. J'ai à ce moment envoyé une collègue jouer la mère qui cherche à s'emparer de la valise pour en connaître le contenu. Fermement il s'oppose à elle et s'affirme dans ce qu'il est devenu. Maintenant il lui dit qu'il est prêt à vivre et à se faire des amis. Il se dit fort et que cette valise elle n'y touchera pas, qu'elle lui appartient.

Que penser de cette valise ? S'agit-il de son espace interne ainsi défendu et protégé face à l'intrusion maternelle ? Du travail de construction fait tout au long de ces années ? De la construction de ses limites internes et d'une différenciation entre le dedans et le dehors ? L'évocation de la valise introduite à ce moment de la cure faisait écho à cette valise qu'il avait refusé de prendre quelques années auparavant, et qui témoignait de ses difficultés à se séparer de ses parents, maintenant avec eux une relation fusionnelle.

La possibilité transformationnelle qu'offre le psychodrame, chez de tels patients présentant un noyau psychotique, est que par le jeu et la dramatisation, ainsi que par les possibilités multiples de figuration, le travail thérapeutique évite de s'enliser dans une construction qui fasse fonction de prothèse. Ce travail permet de réactiver et de mettre en scène et en mouvance certains aspects du fonctionnement du patient qui étaient restés gelés et peu intelligibles. Ceci bien entendu n'est pas chose aisée, mais la stabilité du groupe des thérapeutes y participe certainement.

Claude Rayna
17, rue Rollin
75005 Paris
claude.rayna@wanadoo.fr

Notes

1. Cet article est issu d'une conférence donnée par l'auteur à l'occasion du Colloque *Les médiations thérapeutiques aujourd'hui ?*, tenu à l'UQAM, le 31 mai 2013.
2. René Roussillon : la conversation psychanalytique RFP 2005/2 vol69
3. Prénom fictif.

Références

Anzieu, D., 1984, *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.

Bayle, G., 2000, Le psychodrame analytique : figurations et relances des processus psychiques, in Cournut J. et Schaeffer, J. (dir.), *Pratiques de la psychanalyse*, Paris, PUF.
Bayle, G., conférence interne à la Société psychanalytique de Paris.
Kaes, R., 2014, *Les théories psychanalytiques du groupe*, Collection Que sais-je ? Paris, PUF.
Kestemberg, E., et Jeammet, P., 1987, *Le psychodrame psychanalytique*, Paris, PUF.
Roussillon, R., 2005, La « conversation » psychanalytique : un divan en latence, *Revue française de psychanalyse*, 69 (2), 365-381.