

Université Abderrahmane Mira-Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et Orthophonie



Le psychodrame analytique

L3 Psychologie Clinique

Cours N° 5

Dr GUEZOU I

Année universitaire 2023/2024

Introduction :

La psychanalyse, dans sa forme la plus aboutie devenue mythique de la « talking cure » – d'un côté le patient est allongé sur le divan associant librement, et de l'autre, le psychanalyste est assis dans son fauteuil écoutant avec une attention flottante – ne s'est pas faite en un jour. Il a fallu un long et lent travail d'observation clinique, de théorisation, et d'essai de dispositifs pratiques avant d'en arriver à cette formidable congruence entre fonctionnement névrotique et cure dite aujourd'hui « cure type ».

Déjà, du temps de Freud, la psychanalyse s'était essayée dans différents domaines : sur le plan clinique, en s'adressant à d'autres types de fonctionnement psychique, dont le fonctionnement psychotique, ou encore sur le plan de sa pratique, en s'installant dans diverses institutions, notamment psychiatriques. La théorie psychanalytique est riche de ces expériences qui l'ouvrent sans cesse à de nouveaux champs d'investigation, et lui offrent par là même une nouvelle arborescence de réflexions plutôt qu'une généralisation des modèles théoriques antérieurs. C'est dans cette tradition que s'inscrit le psychodrame analytique.

Au départ, il est conçu comme un simple aménagement du cadre de la cure pour pouvoir utiliser la méthode analytique avec des patients ayant des difficultés à verbaliser tels que les enfants ou les adolescents.

C'est lorsqu'il a été utilisé avec des adultes ayant des troubles de la symbolisation que le psychodrame s'est révélé être un excellent observatoire du fonctionnement psychique des états limites et plus largement de ces patients au fonctionnement complexe regroupé dans le cadre « des cas difficiles » et qui mettent en échec les traitements psychothérapeutiques individuels. Ces patients, de plus en plus nombreux, interrogent la psychanalyse dans ses fondements à savoir l'articulation indispensable entre corps, affect et représentation pour un bon déroulement des processus de symbolisation.

C'est dans le contexte d'un groupe de formation que nous avons utilisé la technique du psychodrame pour la supervision d'un psychodrame thérapeutique. Les psychothérapeutes psychodramatistes jouant le rôle du patient et de son entourage dans le cadre du psychodrame de supervision ont révélé combien la qualité des mouvements transféro-contre transférentiels avec ces patients était différente de celle des patients névrosés. Pour les rencontrer, il faut que le psychanalyste aussi retrouve en lui – dans la dynamique entre corps, affect et représentation – les origines de ses processus de symbolisation. C'est dans ces conditions que peut s'établir avec ces patients au fonctionnement complexe ce qu'il convient d'appeler un transfert subjectal. Il nous a paru intéressant de poursuivre notre exploration en utilisant le psychodrame pour mobiliser les psychothérapies individuelles qui s'enlisent avec ces patients difficiles, sous la forme de psychodrame de relance ou de dégagement. C'est cette expérience et nos essais de théorisation que nous allons décrire.

1. LES ORIGINES DU PSYCHODRAME

Le psychodrame analytique est le fruit de la rencontre entre deux courants de pensées aux fondements souvent opposés que sont le psychodrame et la psychanalyse. Cette apparente contradiction interne au psychodrame analytique est au cœur de sa dynamique et de sa créativité.

1.1 Une invention de Jacob-Lévy Moreno (1928-1974)

D'origine roumaine, élevé à Vienne en Autriche, émigré aux États-Unis en 1925, puis naturalisé citoyen américain, Moreno eut très tôt l'idée de son psychodrame qui s'appuie sur deux axes : la « spontanéité créatrice de l'enfant » et « la valeur cathartique du théâtre ».

Pour Moreno, l'enfant se construit grâce à l'adoption de rôles successifs dans une relation d'échanges avec un autre dont la mère est le premier représentant. Au fur et à mesure que ces échanges se complexifient, il peut changer de rôle, voire l'inverser comme par exemple tenir celui de sa mère à l'égard d'un tiers. Dans son psychodrame, Moreno invite le « patient » à retrouver ce processus naturel de développement, cette potentialité créatrice de l'enfant, en essayant d'incarner différents personnages. Il compte sur la valeur cathartique du théâtre pour permettre au spectateur de vivre, par procuration, les sentiments et les passions qu'il ne peut ressentir dans sa réalité quotidienne et ainsi de s'en libérer et de s'en purifier.

C'est dans ce contexte que naquit, en 1921 à Vienne *le théâtre de la spontanéité*, ou théâtre impromptu, d'où allaient émerger le théâtre thérapeutique et le psychodrame. Là, pas de coulisse ni de décor préparé à l'avance. Rien n'échappe au public qui est invité à participer à tous les stades de la construction du scénario et au jeu lui-même. Un thème général est proposé, souvent à partir de la lecture d'un fait divers. Les acteurs le jouent à leur guise, tandis que le directeur du jeu, Moreno, intervient pour déranger le déroulement, en « propulsant » de nouveaux acteurs et en invitant le public à participer. *L'inversion des rôles* occupe une place fondamentale car elle permet au sujet de sortir de son personnage, de se mettre à la place de l'autre, et l'ouvre à des potentialités insoupçonnées.

1.2 Le projet freudien

Il repose sur la rupture de l'expression corporelle du discours de l'hystérique au profit du seul langage.

Le patient est allongé sur le divan, immobile, isolé sensoriellement. Il parle. Il est sensé utiliser uniquement le langage pour exprimer et transmettre au thérapeute ce qu'il ressent, ce qu'il pense. Toute modification du cadre par le patient sera comprise comme un passage à l'acte, c'est-à-dire comme une action à la place d'un discours, et interprétée comme tel.

C'est sur le primat de la parole que repose ce que l'on pourrait appeler la « philosophie » freudienne, en d'autres termes, sa vision du monde. Pour Freud, il existe une progression de l'homme : depuis l'individu des sociétés primitives qui ne connaît pas d'entrave à l'action – ses idées se transformant en actes – jusqu'à l'individu des sociétés

plus évoluées, telles que la nôtre, chez qui l'action se trouve inhibée et remplacée par l'idée.

Cette tension progrédiente vers toujours plus de symbolisation, d'inhibition de l'action, vers toujours plus de civilisation est au cœur de la pensée freudienne et fait de la psychanalyse une « œuvre de civilisation ». Encore faut-il que le fonctionnement psychique du patient lui permette de transférer sur l'appareil du langage la plus grande partie, voire la totalité, de ce qu'il ressent et pense. Tel n'est pas le cas de l'enfant.

Les psychanalystes d'enfants avaient déjà été contraints de modifier le protocole de la cure psychanalytique classique en adjoignant au langage un autre moyen de communication, tel que le dessin, le dialogue, et surtout le jeu. En effet, le discours de l'enfant est sans cesse infiltré par des données issues des processus primaires. Les capacités de symbolisation de l'enfant étant encore limitées, celui-ci utilise volontiers son corps pour exprimer tout ce qui n'est pas transféré sur l'appareil du langage. C'est donc assez naturellement que les psychanalystes d'enfants pensèrent utiliser le psychodrame à des fins thérapeutiques.

Comme l'écrit S. Lebovici (cité par Kestemberg É. et Jeammet Ph.1) qui fut un des tout premiers à proposer la technique du psychodrame psychanalytique : « *Toute l'organisation de ce que nous appelons en psychanalyse mécanismes de défense du Moi se retrouve dans cette activité ludique qui, très vite, prend son double aspect : elle est réellement vécue, elle ne cesse d'être perçue par l'enfant comme fictive. Cette contradiction inhérente à la structure du jeu lui donne toute sa valeur dynamique* » (1958). Il était dès lors tentant d'étendre les capacités ludiques de l'enfant au jeu psychodramatique.

Le but de ce type de psychodrame était bien de modifier le fonctionnement psychique de l'enfant en mobilisant ses capacités de symbolisation. Il était très intéressant d'utiliser ce type de psychodrame (devenu psychanalytique) à des fins thérapeutiques chez les adultes pour lesquels l'organisation de la personnalité et les difficultés de verbalisation ne permettaient pas de proposer la cure psychanalytique classique.

1.3 Freud et Moreno

À ce moment de l'évolution de l'approche psychanalytique du traitement des troubles psychiques par le psychodrame, il est bon de rappeler la dynamique de la pensée de Freud. C'est en renonçant à l'origine traumatique de l'étiologie des névroses et en abandonnant la technique de l'hypnose qu'il invente la psychanalyse en tant que théorie et méthode d'investigation. Il fait du fantasme, de la réalité psychique interne et du transfert ses objets d'étude essentiels au détriment de la réalité du traumatisme infantile et de la remémoration abréactive de celui-ci dans la cure. Le protocole de la cure est conçu à cet effet. Il cherche à favoriser au maximum le réinvestissement du monde psychique interne au détriment de l'action par le recours systématique à la position allongée et par l'effacement du psychanalyste du champ de vision du patient. Si le corps intervient, c'est en tant que lieu privilégié d'expression des émotions. Mais c'est à la parole, et non aux actes, qu'est destinée la fonction de liaison entre affects et représentation, ainsi que celle de lever les résistances et d'être le moteur du changement.

Moreno se situe strictement aux antipodes de cette démarche. Il aurait dit à Freud , lors d'une rencontre à la clinique psychiatrique de l'Université de Vienne en 1912, « je commence là où vous arrivez. Vous rencontrez les autres dans le cadre artificiel de votre cabinet, je les rencontre dans la rue ou chez eux, dans leur milieu habituel. Vous analysez leurs rêves. J'essaie de leur insuffler le courage de rêver encore ». Pour lui, en effet, c'est l'action qui est révélatrice des potentialités humaines. C'est par le jeu qu'on peut entraîner ces hommes en difficulté plus loin qu'ils ne le pensaient afin de leur révéler des possibilités qu'ils ignoraient. Continuité ? Divergence ? Opposition formelle ? Position exclusive l'une de l'autre ? C'est de cette contradiction que va se nourrir le psychodrame analytique pour se développer.

2 LA MÉTHODE

Cette ambiguïté va se traduire par la technique du psychodrame analytique, son dispositif et les interventions des thérapeutes. Contrairement au psychodrame morénien, pour lequel le cadre contribue à créer les conditions de dramatisation nécessaires à l'émergence de la spontanéité, l'intérêt porté ici à la verbalisation du monde psychique interne des participants fait que le cadre est réduit au minimum. Toute l'attention se concentre alors sur le jeu et sur l'élaboration. Il suffit d'une simple pièce et de quelques chaises. La scène n'est pas nécessaire. Il est tout au plus souhaitable de matérialiser les différents espaces : un premier pour le travail d'élaboration du thème et son commentaire, un autre pour les acteurs-thérapeutes, et enfin un pour le jeu. L'espace matériel doit toutefois être au service de l'espace mental auquel il apporte un étayage concret. Un dispositif trop scénique, comme le théâtre thérapeutique conçu par Moreno, avec marches, podium et balcon, risque de favoriser une fantasmagorie mégalo maniaque et exhibitionniste, à moins qu'il ne provoque chez les acteurs potentiels le renforcement des résistances (D. Anzieu).

Le psychodrame analytique individuel, dont il s'agira dans cet ouvrage, se déroule de la façon suivante : Dans une pièce simple, sans décorum, on distingue trois espaces. Dans un coin de la pièce, les acteurs-thérapeutes (de deux à six dans le cadre du psychodrame de formation) se tiennent assis sur des chaises. Le meneur de jeu va chercher le patient dans la salle d'attente, le fait entrer dans la pièce. Ils décident ensemble (sans les acteurs-thérapeutes qui restent silencieux) du scénario. Le patient répartit les rôles entre les acteurs et lui-même. Le meneur de jeu ne joue pas. La scène se déroulera dans l'espace de l'aire de jeu. Au cours de la scène, le meneur de jeu peut « envoyer » d'autres acteurs interpréter de nouveaux personnages.

La possibilité de faire figurer par les acteurs des personnages passés de l'histoire du patient, de (re)jouer des événements traumatiques anciens en redistribuant les rôles, en faisant co-exister sur scène dans le jeu, passé, présent, futur permet au patient – grâce à cette temporalité bousculée – de se (ré)approprier son histoire³.

C'est alors que se reconstitue l'aire transitionnelle en faisant entrer le patient dans le jeu. Les acteurs-thérapeutes favorisent ainsi chez lui des processus de désidentification et cherchent, par la même, à restaurer ses capacités de symbolisation et de créativité, à lui redonner confiance en la vie, et en lui-même (D. Anzieu). N'est-ce pas là ce que

Winnicott exprimait en énonçant⁴ que « *la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute ? En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire* ».

C'est le meneur de jeu qui arrête la scène. Les acteurs-thérapeutes vont s'asseoir et restent silencieux pendant que le meneur de jeu, « reprend » avec le patient ce qui s'est joué. Il peut utiliser la suggestion, l'incitation, la réassurance, l'enquête, mais surtout, plus spécifiquement, la constatation non directive et l'interprétation. Par « constatation », on entend prendre acte et verbaliser le contenu d'un thème ou le comportement du patient. Énoncer une constatation, peut, par son laconisme même et son effet réflexif, prendre une portée interprétative. Quant à l'interprétation proprement dite, elle consiste, à l'instar de la cure-type, à verbaliser ce qui a été figuré – en l'occurrence dans le jeu – par le patient en étayant ainsi les processus de symbolisation. À la différence de la cure-type, il faut noter que dans le cadre du psychodrame « *la présence constante d'un personnage tiers qui exerce un pouvoir de différenciation, limitant les effets déréalisants. Ce tiers médiateur est représenté tantôt par le meneur de jeu, tantôt par le groupe des thérapeutes acteurs* ». Le regard silencieux tout à tour du meneur de jeu et du groupe des acteurs-thérapeutes prend la fonction d'une rêverie maternelle primaire. Cette respiration – régrédiente par le jeu et progrédiente par l'interprétation qu'en fait le meneur de jeu – permet au patient d'accéder à sa conflictualité psychique.

3 POURQUOI LE PSYCHODRAME

L'utilisation du seul langage pour transmettre la plus grande part de ce qui est ressenti et pensé – comme c'est la règle dans la cure-type – nécessite chez le patient de bonnes capacités de symbolisation. Dans le cas contraire – en particulier en ce qui concerne le fonctionnement limite et le fonctionnement psychotique – la formidable congruence, que nous avons déjà soulignée, entre la méthode psychanalytique et le fonctionnement névrotique s'effondre. Si l'on veut conserver une « position analytique » avec ces patients présentant des troubles de symbolisation, c'est-à-dire avoir pour ambition de les porter vers plus de symbolisation et les aider à s'approprier et à habiter leur propre histoire, alors il faut penser le cadre de la psychanalyse autrement.

Faire de la parole, LE lieu de la rencontre et de l'échange suppose chez le patient une absence de clivage qui pourrait lui permettre d'isoler des parties de son moi fonctionnant dans le déni et peu de projections non exprimées autrement que par des réactions de posture. Dans ces conditions, le thérapeute reçoit, perçoit, entend l'ensemble du discours du patient exprimant ses éprouvés, ses projections, ses conflits inconscients, ses mouvements de transfert. La limite de ce qui pourra être analysable sera bornée par les propres limites de l'analyste : il n'y aura de transfert que de contre-transfert.

Cela signifie en particulier que les modes d'expression non verbaux, ceux qui passent par les échanges visuels, les messages issus des représentations de choses et de leur « gestuelle » motrice, les messages issus des affects, bref que l'ensemble de la représentation de la vie pulsionnelle soit transféré sur l'appareil du langage.

Il n'est pas si fréquent que l'appareil du langage pris dans sa totalité, qu'il s'agisse de sa tonalité, son souffle, sa prosodie, sa couleur où son style, son choix de mots, sa rhétorique exprime l'ensemble de la pensée et de son ressenti. Cela suppose des processus de symbolisation sûrs et efficaces. Pour ces patients qui présentent des défauts de symbolisation, nous savons que la méthode analytique n'est pas toujours appropriée dans sa forme classique. Dans ces cas, les clivages laissent des parties du moi non accessibles. Les projections sont nombreuses ainsi que les mouvements d'identification projective pour lesquels le thérapeute devient le support. Le langage ne pourra pas transmettre tout ce que le patient pense et éprouve. La parole ne pourra pas être, seule, au cœur de la relation thérapeutique. Il serait inutile, incohérent, voire dangereux d'insister pour que le patient s'inscrive dans un cadre trop rigoureux inspiré de la cure-type divan-fauteuil. Ce serait obliger le patient à se confronter constamment à son handicap structurel.

4 QU'EST CE QUE LA SYMBOLISATION ?

C'est la transformation d'une perception sensorielle issue du monde interne ou du monde externe en une représentation puis en un signe ou un symbole.

Au cours de cette transformation, le sujet donne une signification à ce qu'il perçoit, l'intègre à ce qu'il comprend du monde, donne du sens au Réel. « *Mais si la [symbolisation] peut apparaître ainsi comme la substitution d'un objet à un autre, elle est avant tout le résultat d'un processus qui suppose autant la capacité de représenter un objet absent qu'un sujet capable de savoir que le symbole n'est pas l'objet symbolisé* ».

C'est par ces processus que le sujet parvient à trouver les limites de son espace psychique. Il l'organise comme le monde de ses fantasmes régi par les lois de l'Inconscient. Il pourra distinguer alors son monde interne de la réalité extérieure matérielle, le passé du présent et se projeter dans l'avenir.

Enfin, il pourra utiliser la parole pour transmettre et faire partager ce qu'il pense et ce qu'il ressent. Le processus de symbolisation vise donc à introduire un système d'échange intra et intersubjectif. Le psychodrame analytique par la construction de son cadre, par son déroulement figure constamment cette « tiercéité ». C'est en ce sens qu'il répond aux problématiques des patients ayant des troubles de symbolisation d'autant que le système d'échanges intra- et intersubjectif est fortement sollicité dans ce type de groupe.

5 L'ENGAGEMENT DU CORPS

Si l'on comprend le travail de symbolisation comme étant le travail de transformation de la perception en représentation de mot, on pourrait distinguer deux mouvements.

Le premier concerne le travail de transformation de la trace mnésique corporelle en représentation de chose. C'est ce qu'on appelle la symbolisation primaire. Le second mouvement, la symbolisation secondaire, concerne le passage de la représentation de chose à la représentation de mot, à sa « consciencialisat

psychodrame grâce à la mise en jeu du corps dans son lien avec les affects et les représentations invite le patient à retrouver ces traces mnésiques corporelles et permet ainsi à son langage de retrouver ses racines corporelles. Dans le jeu, les postures et les attitudes éveillent une mémoire du corps, faisant ainsi allusion aux traces mnésiques sensori-motrices qui ont échappé au travail de représentation.

Ainsi, à partir de la prise de rôle, de la mobilisation du corps, de la remémoration des émotions niés ou oubliés, le psychodrame analytique permet un travail de symbolisation équivalent à celui de la cure psychanalytique.

6 LE PSYCHODRAME, POUR QUI ?

Les indications et les contre-indications au psychodrame analytique découlent de sa méthode telle que nous l'avons exposée et de sa finalité telle que nous la définissons : permettre à des patients qui présentent des défauts de symbolisation d'accéder, grâce à un travail aux fondements psychanalytiques dans un cadre spécifique, à la conflictualité de leur monde interne. Il s'adresse donc à des sujets au fonctionnement psychique de type non névrotique c'est-à-dire ayant comme un défaut de « jeu psychique » rendant quasi impossible l'établissement d'une névrose de transfert. Sa méthode, son dispositif excluent l'accueil de la plupart des formes de paranoïa, ainsi que les sujets dont l'exhibitionnisme exacerbé ou les défenses perverses iraient dans le sens d'un renforcement des possibilités défensives favorisées par le psychodrame. La dépression de type mélancolique constitue une contre-indication formelle, le psychodrame risquant fort d'aggraver le sentiment de dérision et d'indignité. Enfin le fonctionnement psychotique d'un patient doit toujours susciter une certaine réserve chez les acteurs-thérapeutes quant aux effets excitants propre au jeu.

C'est donc le fonctionnement limite qui apparaît aujourd'hui comme étant l'indication type pour le psychodrame analytique. Le problème de ces patients au fonctionnement complexe est délicat. Une psychothérapie individuelle s'engage parfois dans le même contexte qu'avec un patient névrosé. Mais, au fur et à mesure, les choses s'enlisent ; le matériel des séances ne parvient pas à dépasser l'anecdotique, l'actuel, le récit des événements de la semaine écoulée. La référence à la vie sexuelle infantile est laborieuse malgré les efforts du thérapeute. Tout se passe comme si le langage de ces patients transmettait correctement leur état d'âme sans l'accompagner d'émotion voire d'affect.

Leur façon de donner le change peut facilement abuser, un temps, un thérapeute qui s'engagerait dans un traitement individuel avec eux jusqu'à ce que la cure stagne, s'enlise dans le récit, séance après séance d'un matériel factuel sans qu'il soit possible de l'articuler avec la vie sexuelle infantile du patient, rendant presque impossible toute interprétation.

Ces patients sont manifestement de plus en plus nombreux dans nos cabinets de consultation. Il semble bien que ce type de fonctionnement devienne prévalent dans les pathologies des personnalités contemporaines. Le psychodrame apparaît aujourd'hui comme la forme la mieux adaptée à l'approche psychanalytique du traitement psychothérapeutique de ces patients.

