

CADRE DU PSYCHODRAME PSYCHANALYTIQUE INDIVIDUEL

Simone DECOBERT

Le psychodrame psychanalytique individuel est un type de cure qui met en évidence les conflits inconscients par l'intermédiaire du jeu dramatique. Son but est de rendre possible la modification ou le lever des blocages de la construction du moi. La dynamique est basée sur l'évolution de la névrose de transfert constituée au cours des jeux de rôles.

La thérapeutique - référée à la psychanalyse et la théorisation des groupes - permet de traiter des malades graves qu'atteint difficilement la cure classique.

Historique

C'est d'abord en tant que technique de groupe que le psychodrame a été introduit en France par Mireille Monod qui avait travaillé aux États-Unis avec J.-L. Moreno, créateur de la cure cathartique par la spontanéité. A partir de l'expérience auprès de groupes d'enfants au Centre psychopédagogique Claude-Bernard, puis dans le service du professeur Heuyer à l'hôpital des Enfants malades, la technique de Moreno - sans référence à l'inconscient et visant à l'adaptation mesurable par la sociométrie - a été transformée en une école française de psychodrame référée à la théorie psychanalytique, sous l'égide de S. Lebovici, E. Kestemberg et R. Diatkine. Le texte ci-dessous est un hommage à ces créateurs.

La notion de jeu - le jeu chez l'enfant est interactif dès les premiers moments de la vie - est entrée dans la pratique psychiatrique pour y montrer l'utilité thérapeutique de l'utilisation de la dynamique du jeu dans les processus de synthèse du moi et dans la remise en route des blocages et perturbations, grâce à l'activité ludique et à l'échange affectif qu'elle comporte.

En effet, le jeu (« l'interjeu » avec la mère) permet l'expression des besoins pulsionnels, la construction des mécanismes de défense du moi et crée dans l'échange avec la mère la complexité des divers plans, avec la distinction entre ce qui est réellement vécu et ce qui restera fictif. « Le jeu est la première activité culturelle de l'enfant », nous dit Freud. On se souvient que M. Rambert a, la première, utilisé le jeu de marionnettes en psychothérapie de l'enfant, pour rétablir l'évolution psychique perturbée.

Après avoir ajouté à la conception de Moreno toute la dynamique de la névrose de transfert, du transfert et du contre-transfert, l'école française de psychodrame a étendu à l'adulte et aux structures gravement atteintes les méthodes psychodramatiques. Les patients perçoivent d'emblée que cette technique s'appuie sur une fonction fondamentale du psychisme - le jeu - mais qu'elle n'est pas dérisoire : l'intensité de l'expérience émotionnelle est véritable et entraîne une importante adhésion, laquelle n'empêche pas les réactions habituelles de résistance, qu'on analysera. Ce mode d'expression implique immédiatement le groupe des thérapeutes, la dynamique groupale, tant par la verbalisation et la communication que par l'expression corporelle et infra-verbale, en particulier dans l'objectivation des défenses inconscientes et des conflits entre les pulsions et les défenses - actualisations « dramatisées », spécifiques de ce mode d'intervention.

La pratique est axée sur les différents abords du sujet :

- ce que le jeu montrera de sa structure dans l'aspect répétitif de son vécu passé
- ce que le jeu montrera de la capacité à choisir un rôle et à l'assumer (ou à ne pas l'assumer) :
- ce que le jeu permettra de vivre dans les interrelations avec le leader et avec les cothérapeutes.

Le cadre et les consignes

Dans une salle neutre, sans estrade, le patient, informé de l'organisation groupale de son traitement, est introduit auprès du leader et des quatre à six thérapeutes.

Il est à nouveau informé de l'utilisation d'un jeu théâtral avec les particularités suivantes :

- Le scénario n'est pas écrit d'avance, c'est lui qui va l'inventer
- Tous les thèmes susceptibles de l'intéresser sont possibles : souvenir, remarque, incident vécu, rêve, conte, lecture, histoire imaginaire, etc.
- Le leader « dramatisera » l'idée dans une mise en scène appropriée au fantasme sous-jacent, c'est-à-dire qu'il initiera la représentation du conflit pulsion-défense sous-jacent.
- Le patient choisira les acteurs parmi les cothérapeutes, selon les besoins de son thème. Ceux-ci n'ont pas de texte écrit d'avance et sont donc libres de leurs propos.
- Les actions seront évoquées par les paroles : on n'agit pas. Si nécessaire, on « fait semblant » ; par exemple : serrer la main, boire et manger, donner une gifle, etc.
- Le leader ne joue pas. Il peut introduire un acteur supplémentaire utile. Il interrompt le jeu à des moments propices à une remarque ou un insight qui peuvent être ou non soulignés par une discussion générale après la scène.

Le non-respect des consignes peut aussi provoquer l'arrêt du jeu et une discussion explicative.

La séance dure 30 minutes et a lieu une fois par semaine.

Le fait de jouer avec des « praticiens » (des « adultes » pour les enfants) qui observent les mêmes règles et qui acceptent de montrer et de verbaliser leur fonctionnement psychique, est une importante gratification identificatoire. Le caractère fictif du jeu est certes une frustration, mais il ne le rend pas dérisoire, car la compréhension de la compulsion de répétition donne lieu à un vécu émotionnel intense et satisfaisant.

La faculté de participation du patient qui débute est toujours étonnante, même si la dénégation de l'utilité de la cure persiste et donne lieu à associations et interprétations.

Le transfert sur le thérapeute leader s'exprime de façon inconsciente, au même titre que dans la cure individuelle, le groupe des cothérapeutes jouant le rôle de tiers, lequel, à son tour, sera l'objet de transferts latéraux, soit globalement, soit par répartition sur ceux des cothérapeutes qui sont le plus spécifiquement choisis. Dans toutes les variantes possibles apparaîtront les schémas de la situation œdipienne ou de la scène primitive, ou de la relation à l'objet partiel de la mère archaïque. Cette répartition entre le leader et les cothérapeutes peut permettre un jeu de résistance au transfert en utilisant les uns « contre » les autres. Dans tous les cas interviendra l'interprétation de la valeur répétitive du transfert, retrouvée dans les souvenirs et récits du patient.

Certains aspects particuliers de la technique sont des survivances du psychodrame de Moreno, conservées au-delà des transformations apportées à sa formule : ce sont l'interversion des rôles, le jeu avec le double ou en miroir, la possibilité pour le patient de prendre le rôle d'un observateur assis parmi les cothérapeutes, ou celui du leader (s'il peut l'assumer). Le fait de ne pas pouvoir assumer un rôle entraîne une prise de conscience profonde du conflit interne en cause.

Le contre-transfert du leader, des cothérapeutes, pris individuellement et pris en groupe, donne lieu à un exercice d'échange et de réflexion après la séance.

Ce type de psychodrame individuel peut également être utilisé à titre de diagnostic pour des sujets peu aptes à la verbalisation.

Les indications du psychodrame analytique individuel

Les indications et contre-indications ont peu varié depuis le travail princeps de S. Lebovici, E. Kestemberg et R. Diatkine de 1958 (*Bilan de dix ans de pratique thérapeutique du psychodrame*). Selon ces auteurs, l'appréciation se fait à la fois en fonction de l'âge, de la structure et de l'environnement.

On retiendra :

- les adolescents ou les jeunes adultes ;
- les structures psychotiques ou borderline, voire toxicomaniaques, « dont l'environnement par excès de frustration, ne permet pas la cure individuelle » ;
- les névroses de caractère et les psychopathies.

Les contre-indications sont précises au niveau :

- des perversions non névrotiques ;
- des formes paranoïaques.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., *Le Psychodrame analytique*, Paris. PUF, 2e éd., 1975.

BRUSSET B., Le psychodrame peut-il être analytique et le rester ?, *Adolescence*, vol. 1, Paris, 1981.

DECORERT S., et coll., Le psychodrame psychanalytique, *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie 5*, 37817 C 10, 1989.

KESTEMBERG E. et JEAMMET Ph., *Le Psychodrame psychanalytique*, Paris, PUF, 1987.

LEBOVICI S., KESTEMBERG E. et DIATKINE R. (1958), Bilan de dix ans de thérapeutique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent, *Psychiatrie de l'Enfant*, 1.1., 1963.

WIDLOCHER D., *Le Psychodrame psychanalytique chez l'enfant et l'adolescent*, Paris. PUF, 1962.