

CADRE, JEU ET INDICATIONS AU PSYCHODRAME

Monique Selz

ERES | « Le Coq-héron »

2014/2 n° 217 | pages 13 à 20

ISSN 0335-7899

ISBN 9782749241647

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2014-2-page-13.htm>

Pour citer cet article :

Monique Selz, « Cadre, jeu et indications au psychodrame », *Le Coq-héron* 2014/2 (n° 217), p. 13-20.

DOI 10.3917/cohe.217.0013

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Fenêtres sur le psychodrame analytique



Monique Selz

Cadre, jeu et indications au psychodrame

« C'est à partir du constat de l'incompatibilité du cadre strict de l'analyse pour un certain type de patients que la trouvaille d'une autre forme de relation a pu s'inventer à mesure, en restant cependant dans le droit fil de la découverte freudienne, à savoir la mise au jour des processus inconscients au travers de l'analyse du transfert et des résistances¹. »

Le psychodrame est une thérapie psychanalytique qui utilise le transfert comme moteur de la cure et mobilise les processus de défense. Il est une possibilité d'approche des patients incapables de bien organiser ou de figurer leurs conflits internes et d'accéder à un transfert analysable dans le cadre d'une analyse ou d'une psychothérapie en face à face. En instaurant un espace de jeu, le psychodrame permet l'accès à la figuration, étape nécessaire à la représentation des conflits. Le dispositif repose sur quatre piliers : la création d'un espace de jeu, l'accès à la figuration, la dimension corporelle et la dramatisation des conflits.

Le cadre et le jeu sont les deux aspects qui distinguent le psychodrame de la cure classique.

Le cadre

C'est lui, en premier lieu, qui spécifie la particularité du psychodrame.

René Roussillon écrit : « En fait, la situation psychanalytique, situation type, est faite pour des appareils psychiques [...] qui ont une symbolisation

1. N. Amar, « Jeu et enjeu du psychodrame », *RFP*, 1996/2, p. 431.

primaire suffisante », définie comme « la capacité de transférer la représentation de chose en représentation de mots² », c'est-à-dire de disposer d'un préconscient suffisamment constitué. Pour les patients qui ne disposent pas d'un tel préconscient, le psychodrame va proposer un autre cadre.

Plusieurs dispositifs existent. Cela dépend du style des patients, mais plus encore, sans doute, du style propre au thérapeute lui-même ou au groupe de thérapeutes. Ainsi, on distingue : le psychodrame où une personne seule se trouve face à un groupe de patients ; ou bien un couple de thérapeutes face à un ou plusieurs patients ; ou encore un groupe de thérapeutes face à un ou plusieurs patients.

Lorsqu'il y a plusieurs patients, il peut en outre s'agir : soit d'un psychodrame de groupe où les patients collectivement et avec l'aide du meneur de jeu essaient de construire une scène, voire plusieurs, et où l'interprétation est groupale ; soit d'un psychodrame individuel en groupe, plusieurs patients étant présents, chacun à son tour joue une ou plusieurs scènes et l'interprétation se fait individuellement. On parlera donc de psychodrame individuel, individuel en groupe, ou groupal.

Lorsqu'il y a plusieurs thérapeutes, ce qui est le cas le plus fréquent, on distingue le meneur de jeu et les cothérapeutes. Le plus souvent, le meneur de jeu ne joue pas et les cothérapeutes sont des acteurs potentiels à la disposition des patients et du meneur de jeu.

Les patients sont conviés à la perception d'une présence, mais surtout à celle d'une présence en mouvement, revitalisée. On pourrait dire qu'à la perception en deux dimensions qui est celle du visuel, s'en ajoute une troisième, celle du volume, d'une densité corporelle qu'anime la dynamique du mouvement. Il s'agit donc d'introduire une action, une mise en marche, moteur d'un processus.

On demande au patient de proposer une scène, ce qui lui vient spontanément : un mot, une impression vague, une image, une idée, qu'il va jouer avec des participants qu'il choisit. À la proposition d'associer des pensées faite au patient sur le divan, se substitue celle d'une activité : une idée à mettre en marche (une action) en se servant d'un espace et d'un temps qui lui sont propres (une actualisation). Si Freud constate que chez le primitif, « l'acte remplace l'idée », concluant à la fin de *Totem et tabou* « au commencement était l'action³ », on peut renverser la proposition pour dire que *l'action est ce qui instaure un commencement*.

La proposition énoncée par le meneur de jeu est : « Tout peut se jouer, la première idée qui vous vient. » Les scènes sont jouées, et non agies. L'acte n'est qu'ébauché, mais il doit être vrai, sonner juste. Et, s'il est simulation, l'émotion qu'il crée est véritable. Ainsi, il favorise l'expression des motions pulsionnelles à l'abri de leur réalisation effective.

L'acte est à la base de toute symbolisation. Aussi, pour des patients aux capacités de symbolisation défaillantes, il est utile de repartir de ce commencement par l'acte. Et, comme le souligne René Roussillon, « il faut que les choses soient suffisamment agies, suffisamment mises en acte et ainsi représentées en actes, actualisées, pour pouvoir ensuite se suspendre et se resymboliser autrement⁴ ». Le patient et les différents thérapeutes seront donc des acteurs. Ils élaborent ensemble une scène à partir de l'idée. Sa figuration fait advenir, dans un second temps, l'espace de la représentation.

2. *Ibid.*, p. 432.

3. S. Freud, *Totem et tabou*, OCF XI, Paris, Puf, 1998, p. 382.

4. R. Roussillon, « Le jeu et le potentiel », *RFP*, 2004 /1, p. 79-94.

Par ailleurs, les scènes ne sont pas seulement agies, mimées, *elles sont aussi parlées*, elles utilisent un *langage d'action* où la parole n'a pas l'intériorité, le pouvoir d'autoréflexion du patient dans le silence de l'analyse. C'est une parole matérialisée par le jeu, qui à la fois la suscite et se déploie à travers elle.

Le jeu n'est créatif que *lorsqu'il plonge jusqu'aux racines sexuelles infantiles*, lorsque le patient peut aborder un monde informe proche du chaos, débarrassé des logiques secondaires. Ce qui touche, c'est la part inarticulée de la parole, celle qui échappe au sens, aux mots, celle qui est portée par la voix, son tremblement, son rythme, son souffle, tout ce qui est au plus près du corps.

Dans la cure type, le transfert est déjà là ; il s'agit de lui octroyer un statut d'actualisation, dans le présent de la cure, et ce faisant, de le mettre en évidence. À l'opposé, dans le cas du psychodrame, il s'agit d'attribuer un statut d'existence au transfert et de ce fait de le *provoquer*, de le créer. Qu'il soit transfert latéral sur l'acteur choisi pour le rôle ou transfert principal sur le meneur de jeu, le transfert est toujours du domaine de l'illusion, recélant ainsi en lui-même une part de la capacité de symbolisation du patient. Au psychodrame, faute de cette capacité de symbolisation, la fiction est présentée de l'extérieur comme proposition à symboliser. La capacité à transférer va venir de l'extérieur. Le transfert se nourrit et se construit grâce à *l'apport externe de la figuration* du jeu de l'analyste. Celui-ci s'y expose non seulement au regard mais dans son essence même, autrement dit, ce qui est chassé de l'intérieur par le patient comme intolérable, au moyen de mécanismes tels que déni, clivage, forclusion, reviendra de l'extérieur par l'apport de l'objet externe. L'acteur aménage une distance intermédiaire dans la mesure où il est à la fois l'objet et la fiction de l'objet. En même temps, l'acteur se joue lui-même avec toute la dimension d'écart entre le psychisme du patient et le sien propre. Sa mimique, sa parole sont à l'œuvre, contrairement au silence et à la retenue de la cure type. Dans la mesure où le thérapeute s'exprime dans le jeu proposé par le patient, il y a rencontre pour celui-ci entre la dimension narcissique où il peut se reconnaître et l'écart objectal que le jeu lui renvoie.

On différencie le personnage de la personne. L'acteur est uniquement un personnage, pour un moment, à la disposition du rôle choisi pour lui par le patient ou par le meneur de jeu. Après la scène, il redevient neutre et anonyme, le spectateur qu'il était auparavant.

Quant au meneur de jeu, il est tout ensemble présent et absent du jeu. S'il ne joue pas, il est néanmoins partie prenante du jeu. À tout moment, il intervient, en envoyant un acteur pour modifier ou accentuer le déroulement de la scène, pour changer le lieu, le temps, pour inverser l'action. Il signifie la fin de la scène, se retrouve avec le patient entre les scènes et à la fin de celles-ci.

La bipartition entre l'acteur et le meneur permet l'accès à deux degrés successifs d'interprétation. La première est liée au jeu de l'acteur, la deuxième, secondarisée, est formulée par le meneur de jeu, hors de la scène. On tente ainsi d'aménager une *transition entre fantasme et réalité*. Par ailleurs, grâce à cette bipartition, les effets de transfert peuvent se différencier, se diffracter entre transfert principal sur le meneur de jeu et transferts latéraux sur les acteurs, ce qui permet de l'alléger et de le rendre moins dangereux.

Ainsi on fractionne, on parcellise, on procède par paliers successifs, ce qui permet de poser différentes catégories de la réalité. L'espace interne et externe, l'espace de la séance et l'espace du jeu sont différenciés. Deux parties

du patient qui se contredisent peuvent être figurées pour présenter un conflit là où il y a un clivage. De même, sont distingués le temps de la séance, le temps du jeu à l'intérieur de la séance, le temps de l'échange avec le meneur de jeu. Le temps du jeu est indéterminé, relatif, proche de l'intemporalité de l'inconscient, alors que celui de la séance obéit à des règles strictes quant à la fréquence et à la durée.

Enfin, un élément essentiel du cadre doit être précisé dès le départ : il importe de mettre en place les conditions de la confidentialité. Elles reposent principalement sur le fait de ne pas employer les patronymes des patients, qui ne sont connus que du meneur de jeu. D'une façon générale, les noms propres seront prohibés, sauf ceux des personnages publics que l'on peut faire intervenir dans le jeu. Donc les patients sont identifiés par leur prénom. D'autre part, il est spécifié que tout le monde est tenu au secret, c'est-à-dire que ce qui se passe dans la séance ne doit pas sortir du lieu de la séance. L'assiduité est requise, et dans le cas d'un psychodrame payant, toutes les séances sont dues. Dans les psychodrames de groupe, il est demandé aux patients de ne pas se rencontrer, ni de communiquer entre eux en dehors des séances.

La méthode

Très tôt, dès 1900 dans *L'interprétation du rêve*⁵, Freud établit un lien entre les formations de mots dans le rêve et les mots que les enfants utilisent comme des objets de jeu. Ensuite, dans *Le mot d'esprit*⁶, il relie le jeu à la pulsion et pose le jeu agi et le jeu avec les mots comme des préalables indispensables au mot d'esprit, qui trouve ses fondements dans un mouvement régressif vers le jeu infantile et une plongée dans l'inconscient. Avant même d'aborder ses travaux sur l'enfant, il établit un lien entre l'activité de jeu chez l'enfant et le fonctionnement psychique de l'adulte, comparant l'activité du poète à celle de l'enfant qui joue. Il écrit :

« Ne devrions-nous pas chercher déjà chez l'enfant les premières traces d'une activité poétique ? L'occupation la plus chère et la plus intense de l'enfant est le jeu. [...]. Ce serait un tort de croire qu'il ne prend pas ce monde au sérieux, au contraire, il prend son jeu très au sérieux, il y emploie de grands montants d'affects. *Le contraire du jeu n'est pas le sérieux, mais... la réalité.* En dépit de tout investissement d'affect, l'enfant distingue fort bien son monde de jeu de la réalité, et il étaye volontiers les objets et les circonstances qu'il a imaginés sur des choses palpables et visibles du monde réel⁷. »

Quand l'enfant grandit, il ne joue plus, mais, ne pouvant renoncer à un plaisir connu une fois, il remplace le jeu par la fantaisie et le fantasme. En 1911, Freud distingue deux formes d'activité de pensée : « L'une soumise à l'épreuve de réalité, l'autre tournée vers le principe de plaisir. » Il ajoute : « C'est cela qu'on nomme la création de fantasmes qui commence déjà avec le jeu des enfants⁸. » Par la fiction qu'il instaure, le jeu fonctionne à la fois comme différenciation et comme pont entre les deux systèmes de pensée. Il permet la coexistence des deux éléments, principe de plaisir et principe de réalité, et leur combinaison harmonieuse. Satisfaction est donnée à la capacité hallucinatoire sans que pour autant celle-ci se substitue à la réalité et la contredise.

Donc *le jeu est d'essence hallucinatoire*, sur le mode de la satisfaction hallucinatoire du désir. Il se place dans un intervalle où l'excitation sort du domaine de l'excès quantitatif dû au manque et où elle peut céder sans s'épuiser

5. S. Freud, *L'interprétation du rêve*, OCF IV, Paris, Puf, 2003.

6. S. Freud, *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1988.

7. S. Freud, *Le poète et l'activité de fantaisie*, OCF VIII, Paris, Puf, 2007, p. 161. Je souligne.

8. S. Freud, *Formulation sur les deux principes de l'advenir psychique*, OCF II, Paris, Puf, 1998.

totalemment. Et le maniement du jeu permet de faire l'économie de l'hallucination, au sens psychiatrique du terme.

Le jeu s'organise dès la naissance de l'enfant à partir du *jeu de la mère avec son bébé*, qui crée entre eux une communication très particulière. Le contact de l'enfant avec les soins maternels réveille chez lui un reste d'excitation suffisamment tolérable pour se libidinaliser à nouveau. Le *suçotement* du nourrisson, dans la période de sédation, prend la place de l'avidité orale de la succion. Pour Freud, il est à l'origine autoérotique, mais, s'il dépend de l'organisation interne du nourrisson, il rencontre aussi la zone érogène maternelle, le sein, ainsi que la disposition libidinale de la mère à jouer avec la bouche de son bébé. Ainsi, la mère est la grande initiatrice, et remplit une fonction anticipatrice et créatrice de ce qui sera introjecté par l'enfant comme *capacité ultérieure à jouer*. Elle contribue à érogénéiser le corps de l'enfant en le stimulant, le caressant, etc. Mais ceci se passe à la condition que les deux partenaires soient suffisamment disponibles pour se prêter au jeu.

Enfin, c'est en 1920 que Freud, à partir de l'observation de son petit-fils, décrit les différents stades du « jeu de la bobine⁹ », entre 18 mois et 5 ans. Ce texte porte essentiellement sur l'efficacité du jeu chez l'enfant, initiateur du plaisir qui en résulte pour lui et dont il provoque l'animation. La dynamique des ajouts successifs témoigne de sa capacité progressive à se séparer lui-même de l'objet primaire. D'où le rôle du jeu dans l'élaboration de la séparation. On peut distinguer deux jeux : celui de la *bobine*, un jeu qui fait intervenir le corps physique, et le jeu du *fort-da*, qui est un jeu langagier, dans lequel on peut dire que le mot agit la séparation. D'où l'idée que la parole dans le jeu a valeur d'acte.

Après Freud, le modèle du rêve sur lequel repose le principe de la cure type se révélant inadéquat dans certains cas, certains analystes ont cherché des modèles complémentaires ou alternatifs. Ce sont principalement Melanie Klein, comme psychanalyste d'enfants, et, pour les adultes, Ferenczi et surtout Winnicott, qui ont cherché dans la référence au jeu une alternative à la cure type.

C'est essentiellement dans *Jeu et réalité. L'espace potentiel* de Winnicott que l'on trouve les éléments d'une théorisation du jeu comme thérapeutique. « La psychothérapie, écrit-il, 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 faire¹⁰. » Ainsi, l'espace du jeu n'est ni au-dedans ni au-dehors, d'où l'hypothèse d'un *espace potentiel entre le bébé et la mère*. La psychanalyse est, pour Winnicott, une forme très spécialisée de jeu. « Ce qui est naturel, c'est de jouer, et le phénomène très sophistiqué du xx^e siècle, c'est la psychanalyse. Il serait bon de rappeler constamment à l'analyste non seulement ce qu'il doit à Freud, mais aussi ce que nous devons à cette chose naturelle et universelle, le jeu¹¹. » Et c'est par le jeu entre le bébé et sa mère que celui-ci va progressivement se distinguer de sa mère, en passant par la création de l'espace transitionnel et de « l'objet trouvé-créé » et ainsi, construire la réalité. Le jeu, pour Winnicott, est tellement fondamental qu'il va même jusqu'à écrire : « Le principe général qui me paraît valable est que la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. Si le thérapeute ne peut

9. S. Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, ocf xv, Paris, Puf, 1996, p. 277-338.

10. D.W. Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975, p. 55.

11. *Ibid.*, p. 60.

jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer. Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que le patient se montre créatif¹². » Et pour contrôler ce qui est à l'extérieur, il faut « faire » des choses, et non simplement penser et désirer. Or « jouer, c'est faire ».

C'est ensuite René Roussillon qui a beaucoup développé la pensée de Winnicott et son application à la compréhension de la construction de la réalité. « C'est quand le jeu disparaît, écrit-il, que la pathologie s'installe, que la contrainte de répétition "à l'identique" tend à exercer sa domination sur le fonctionnement psychique, que l'interprétation se fige. [...] Inversement, l'élaboration du traumatisme relance les mobilités interprétatives, rétablit les capacités de jeu, la libre circulation de la représentation psychique. » De sorte qu'il avance, avec Winnicott, que « le jeu est le modèle même du travail thérapeutique, du travail psychique que la situation psychanalytique cherche à rétablir ou à promouvoir¹³ ». Mais une certaine ambiguïté existe dans le fait de prendre le jeu comme modèle. En effet, cela « implique plutôt la conception d'un travail de reprise et de transformation par et dans le jeu » et « l'idée que, à travers le jeu manifeste, se masque et se révèle tout à la fois un autre jeu, un autre enjeu, que se trame, comme dans le rêve et selon le terme de Freud, une "autre scène". C'est donc qu'il y a jeu et jeu ». Et « c'est l'écoute de l'enjeu du jeu, du jeu latent, potentiel, dans le jeu manifeste, qui caractérise l'espace de la psychothérapie ou de la psychanalyse, c'est la lente révélation et la mise en forme de cet enjeu inconscient qui constituent la quintessence du jeu "symbolisant". C'est en ce sens que le jeu peut fournir un modèle pour le travail psychanalytique¹⁴ ».

Autrement dit, le jeu en lui-même interprète, et il s'agit de repérer les enjeux inconscients et de dégager les potentiels à découvrir, à explorer dans ce qui est latent derrière l'expression manifeste du jeu. Le jeu est alors un médium, une « voie royale », comme le rêve, pour la saisie et la transformation de l'expérience subjective.

L'approche du jeu comporte deux niveaux : d'une part, écouter et entendre dans divers comportements répétitifs quel jeu potentiel est resté en souffrance, quel jeu n'a pas pu trouver sa forme de jeu ; d'autre part, permettre aux jeux qui commencent à se manifester comme tels de dégager leur potentialité exploratoire et appropriative de l'expérience subjective.

La liberté et la sécurité sont indispensables pour que le jeu devienne un jeu symbolisant. Aucune contrainte ne doit s'exercer sur le fait de jouer, la moindre contrainte faisant disparaître le jeu. La sécurité est nécessaire pour que se développe un espace intermédiaire entre la réalité externe et la réalité interne, et pour que le « lâcher prise » puisse se déployer sans risque excessif.

Il est par ailleurs nécessaire de lever l'opposition topique entre réalité interne et réalité externe, de sorte que « la réalité interne vienne se "loger" au creux de la réalité externe ».

L'expérience du jeu est l'expérience de l'illusion subjective, au-delà de l'opposition entre l'halluciné et le perçu, le « présenté » et le perçu. Elle crée des objets intermédiaires entre les objets subjectifs, de la réalité interne, et les objets objectifs, de la réalité externe, des objets ni objectifs ni subjectifs, ou à la fois objectifs et subjectifs. Alors « l'illusion inhérente au "jouer" est [...] à l'origine d'une expérience subjective essentielle, celle qui permet de rencontrer,

12. *Ibid.*, p. 76.

13. R. Roussillon, *op. cit.*, p. 80.

14. *Ibid.*, p. 83.

de percevoir et de s'approprier cette forme particulière de réalité qui est celle du symbole et des processus de symbolisation ». Et ainsi, « l'expérience du "jouer" permet une "nouvelle" inscription de l'expérience subjective, donc une transformation de l'expérience subjective première¹⁵ ».

C'est ainsi qu'au psychodrame le jeu est utilisé comme levier de la cure, car il s'agit de jouer et pas seulement de dire, le jeu servant de révélateur dans le mouvement même de sa dramatisation. Le *langage dramatique*, qui allie le registre verbal et le registre gestuel, c'est la globalité expressionnelle du jeu auquel se livrent les patients. S'y déploient l'expression verbale, les mimiques et les gestes, vecteurs d'émotions sans parole.

Les indications du psychodrame

Il n'est pas, le plus souvent, proposé en première intention, mais plutôt pour des patients ayant entrepris sans succès notable une psychothérapie ou une psychanalyse, ou bien lorsque ces thérapies, après certaines avancées, piétinent ou se prolongent sans résolution véritable.

Dans l'ensemble, il est plutôt réservé à des *cas difficiles* qui peuvent nécessiter la présence de plusieurs analystes pour mieux élaborer un contre-transfert potentiellement trop complexe et trop lourd à supporter par un analyste seul avec le patient, et pour mieux comprendre son fonctionnement psychique. Mais si les indications sont fonction des spécificités des patients, elles dépendent aussi du désir des analystes eux-mêmes, selon ce qu'ils connaissent de cette pratique.

De façon un peu schématique, les patients auxquels est proposé un psychodrame présentent certaines particularités dans leur fonctionnement mental. Très souvent, ils sont porteurs d'un *clivage du moi*, induit par une relation précoce défaillante. Une partie de leur moi est organisée sur un mode névrotique avec un préconscient de bon aloi, et un accès normal aux processus de refoulement, tandis que l'autre partie est soit en manque d'investissement narcissique, soit occupée par des investissements narcissiques, une formation délirante ou un faux-self.

Chez ces patients, la capacité de régression formelle, c'est-à-dire de représentation en images de leurs mouvements psychiques, est très limitée, voire absente. Elle est essentiellement compensée par un investissement narcissique de l'analyste, qui comble la carence narcissique. Le fonctionnement par identification projective est prévalent, la projection visant l'analyste joue un rôle de contenant. La projection s'exprime souvent par la violence contre les autres ou contre soi par des attaques de la pensée ou par des investissements massifs d'objets. La destructivité est la manifestation d'une désintrication pulsionnelle majeure.

L'aspect libidinal du jeu au psychodrame permet d'alléger les manifestations de violence pulsionnelle, tout en leur permettant néanmoins un moyen d'expression. La dimension groupale permet de déplacer les cibles des acteurs qui joueront les rôles importants de la vie psychique du patient, comme le sien propre ou celui de l'analyste, meneur de jeu.

Le psychodrame, par la figurabilité qu'il met en œuvre, permet d'accompagner les patients sur le mode d'une régression bien tempérée : pouvoir régresser

15. *Ibid.*, p. 90, 92.

