



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 64 (2016) 529–538

Cas clinique

Apport du psychodrame psychanalytique dans le traitement d'une adolescente état-limite suivie en hôpital de jour

Effect of analytical psychodrama in the treatment of a borderline teenager placed in an outpatient program

J.F. Rabain, A. Franceschini-Mandel*, C. Tetrel, E. Tyberg de Gunzburg

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Résumé

Le psychodrame est une technique de soins particulièrement utile pour les adolescents présentant des troubles identitaires et narcissiques. Après avoir rappelé la référence théâtrale et la notion de mise en représentation de la vie psychique, le rôle du fantasme et des affects mobilisés par le corps, les auteurs soulignent l'importance du modèle du jeu symbolisant tel que Winnicott l'a théorisé à partir de la notion d'illusion. Le traitement consiste à aller chercher les traces des expériences restées clivées, « hors-psyché », pour envisager leur désenclavement. Il s'agit de retrouver les traces d'un jeu potentiel qui n'a pu avoir lieu et de développer, au cours du psychodrame, ses virtualités symbolisantes. L'exemple clinique d'une adolescente de structure limite vient illustrer la dynamique comme les aléas du traitement.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Psychodrame ; Théâtre du corps ; Illusion ; Clivage ; Désenclavement ; Travail de symbolisation

Abstract

Psychodrama is a form of technical care particularly useful among adolescents who display identity and narcissistic disorder symptoms. After an explanation of the references to theatre and the notion of representing the psychic side of the brain, the role that fantasies and body pulses play in the brain's development, the authors highlight the importance of symbols, as theorized by Winnicott through his concept of illusion. The treatment consists of uncovering traces of hidden experiences that have remained out of reach from a person's psyche. The aim is to seek out a pattern of potential game, through the use of psychodrama, which had not yet emerged or developed, thus revealing the symbolism. The clinical example of a teenager bereft of structure sheds light upon this dynamic as well as the risks of the treatment.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Psychodrama; Body theatre; Illusion; Splitting; Disenclavement; Symbolizing work

« Nous sommes faits de l'étoffe des rêves »
“We are such stuff as dream are made on”
William Shakespeare, *La tempête*, acte IV, scène 1

1. Introduction

La transmission de la culture, de l'histoire, des valeurs républicaines qui sont les nôtres est aujourd'hui plus que jamais une nécessité vitale. Trop nombreux sont les enfants et les adolescents des quartiers dits défavorisés, en fait exclus de la République, qui ne suivent plus l'école et qui marginalisés sont prêts à suivre n'importe quelle dérive sectaire ou djihadiste. Nous présentons ici un travail conduit dans le cadre d'un service hospitalier parisien qui s'est donné pour but d'aider une adolescente poussée vers la prostitution par sa mère et également

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : annefranceschinimandel@gmail.com
(A. Franceschini-Mandel).

menacée d'embrigadement religieux par une famille suivie par les services sociaux.

Dans la même perspective, celle de la transmission de la culture et particulièrement des œuvres littéraires qui appartiennent à notre patrimoine européen, nous avons pris l'habitude depuis quelques années de proposer à nos étudiants les plus jeunes de se rendre régulièrement au théâtre pour découvrir avec nous les grandes pièces du répertoire. Ainsi avons nous pu, ces dernières années, redécouvrir un certain nombre d'œuvres de Tchekhov, Shakespeare, Racine, Ibsen, Strinberg, Samuel Beckett. . . Ces expériences théâtrales forment notre réflexion et nous aident à comprendre davantage nos patients. *Hamlet* fait comprendre, mieux qu'un long discours universitaire, ce qu'est le complexe d'Œdipe. *La Mouette* nous parle des effets délétères du narcissisme défailant d'une mère qui ne s'intéresse pas à son fils. *Ivanov*, du même Tchekhov, nous permet de mieux saisir ce qu'est une organisation narcissique et un suicide mélancolique. *Le père* de Strinberg nous invite à réfléchir sur la lutte sans merci que peuvent se livrer un père et une mère. *Le canard sauvage* d'Ibsen nous propose une réflexion sur le mensonge et les effets tragiques de la révélation d'un secret. Doit-on tout dire ? Ou plutôt comment le dire ?

En évoquant ces expériences théâtrales, nous ne sommes pas éloignés de notre sujet, le psychodrame, tel que nous l'utilisons et le théorisons dans le service dans lequel nous travaillons. Nous donnons, en effet, cette définition du psychodrame : une mise en scène de la vie psychique, une mise en représentation de l'activité psychique consciente et inconsciente. On peut, en effet, considérer la psyché, comme une scène, comme une scène de représentation, et ceci, les écrivains, les dramaturges, les artistes, l'ont bien compris, bien avant Freud. « *All the world, a stage* », écrit Shakespeare. « Le monde entier est une scène, et tous nous ne sommes que des acteurs » [1]. « La scène, une île déserte », dit également Shakespeare dans *La Tempête*. Nous aimons cette formule parce qu'elle nous permet de nous centrer sur le seul discours du patient, sur sa seule émergence. Généralement, nous ne savons pas grand chose des patients qui nous sont adressés au psychodrame et nous ne cherchons pas à en savoir trop. Annie Anzieu [2] mettait en garde contre les effets contre-transférentiels suscités par la connaissance trop précise des traumatismes réels des patients. Le risque, en effet, est d'être envahi par une souffrance ou des représentations traumatiques qui empêchent de penser.

« La scène, une île déserte », « *an un-inhabited island* », dit Shakespeare. « *Un* » et « *inhabited* ». « Non habitée » et « habitée du dedans ». A. Green nous fait remarquer la contradiction [3]. Par ailleurs, *Island* peut s'entendre comme *I land*, pays habité par le sujet, ce que pourrait également vouloir dire Shakespeare. La scène, une île déserte habitée du dedans. C'est donc la vie psychique du patient que nous allons rencontrer et avec laquelle nous allons nous confronter au cours du jeu psychodramatique. Cette vie psychique va s'exprimer à travers les mouvements du transfert que le patient projette sur nous. Le patient va être alors amené par les thérapeutes à habiter son île. Cette mise en scène de la psyché, que nous retrouvons également dans les œuvres d'art, est parfois difficile à appréhender ou à utiliser pour certains patients pour lesquels toute production psychique est vécue

comme persécutrice et dangereuse. Nous nous occupons bien souvent, en effet, de patients qui souffrent d'inhibitions massives de la pensée et de la vie fantasmatique ou qui ont des difficultés à prendre en compte l'imaginaire, le rêve, l'illusion, la fantaisie. Nous allons évoquer une patiente, suivie à l'hôpital de jour du service, qui a suivi un psychodrame avec nous, et qui s'est trouvée face à ces difficultés. Tout a commencé pour nous par une énigme et une grande perplexité. En visitant, l'an dernier, l'exposition de la Chapelle de La Salpêtrière consacrée à Charcot et à l'hystérie, cette adolescente s'était étonnée que le chef de service puisse y exposer lui-même des arbres peints en bleu. Elle arrive un jour à sa séance de psychodrame en nous déclarant, tout de go, que le Professeur devait, certainement, « être fou », (ce fût son terme) pour avoir eu l'idée de produire des œuvres aussi absurdes. Une véritable énigme pour elle, donc.

Nous ne nous étendons pas sur la technique du psychodrame comme pratique de soin que nous supposons connue [4,5]. Le psychodrame a été inventé par des psychiatres et des psychanalystes d'enfants qui ont utilisé le jeu et le théâtre pour prendre en charge des pathologies qu'il est important de pouvoir spécifier. Quelles en sont les indications ?

Le psychodrame peut être indiqué lorsque la psychothérapie duelle n'est pas possible.

Il est utile pour les patients qui présentent des inhibitions de la vie fantasmatique et des inhibitions de la pensée. Pour ceux qui ont des carences narcissiques et de faibles capacités d'élaboration sans un abord libidinal suffisant. Il est utile notamment dans le traitement de l'anorexie mentale pour permettre à ces patientes de sortir de la sphère du comportement et de découvrir l'existence de conflits psychiques déniés. Il peut être indiqué comme abord thérapeutique des troubles obsessionnels compulsifs résistants [6]. Le psychodrame est utile également lorsque l'hyperexcitabilité et les angoisses de débordement sont au premier plan. C'est-à-dire pour les patients qui ne supportent pas les mouvements de transferts trop vifs et qui vont interrompre la psychothérapie au bout de deux séances. Le psychodrame offre, en effet, un aménagement possible à l'excitation et aux sollicitations transférentielles en dispersant les projections sur différents thérapeutes, ce qui permet des investissements mieux tempérés. C'est ce que l'on appelle la diffraction du transfert ou le transfert en réseau. Le psychodrame est donc particulièrement indiqué pour les pathologies identitaires et narcissiques dont les conflits internes sont mal représentés ou non symbolisés. Le psychodrame permet à un fonctionnement mental défailant de retrouver des figurations là où le jeu psychique ne fonctionne plus [7].

Insistons sur trois points :

- le psychodrame met en scène le théâtre du corps ;
- la scène du psychodrame est une scène de représentation, analogue à l'autre scène, la scène de l'inconscient décrite par Freud. Elle met l'accent sur l'importance et le rôle du fantasme, en particulier dans ses racines inconscientes ;
- par ailleurs, le psychodrame pose la question de l'illusion qui est au cœur du théâtre comme du jeu.

1.1. *Le corps mis en jeu*

Le psychodrame met en présence des psychés mais aussi des corps. Dans le psychodrame, il y a la présence incarnée du groupe. Il existe une expérience émotionnelle partagée, vécu par l'ensemble des thérapeutes, par le groupe. Déjà Serge Lebovici, un des créateurs du psychodrame psychanalytique en France, soulignait qu'un des ressorts du psychodrame reposait sur le vécu émotionnel et le contre-transfert des co-thérapeutes. Le rôle du contre-transfert est considérable dans la « conduite du psychodrame », écrivait-il [8]. Les émotions des thérapeutes, leur empathie, leur vécu est un des éléments essentiels de la dynamique de la cure. L'activité psychique de l'analyste est convoquée dans le psychodrame, de même que les émotions qui passent par les manifestations corporelles. L'intensité des échanges émotionnels, la mobilisation du corps, avec le jeu des postures, des mimiques, de la gestuelle, tout ce qui est de l'ordre du langage du corps, permet une intense sollicitation de la psyché. La mobilisation du corps dans le jeu favorise donc l'émergence des émotions au plus près de leurs sources corporelles. Le terme d'énaction, mis en avant par Serge Lebovici, rend bien compte du phénomène. L'énaction (enactment = jouer, jouer un rôle au théâtre) est définie par ce que le thérapeute ressent dans son corps. Il est mu et ému, mis en mouvement par les pensées et les affects de l'analysant. Cette émotion vécue est créatrice pour lui de nouvelles capacités représentatives. L'énaction est donc une mobilisation du corps vers la psyché. « Penser est un acte de chair » a dit Tertullien. Cette notion d'énaction, comme celle d'empathie métaphorisante [9,10] trouvent dans le psychodrame toute leur application. Le psychodrame psychanalytique fait de l'intuition et de l'empathie des co-thérapeutes, de leur capacité à représenter et à se représenter le jeu psychique du patient, un des ressorts essentiels de la dynamique de la cure. La capacité à ressentir sur scène les émotions de l'autre, la mobilisation du corps, le jeu des postures et des mimiques, de la gestuelle, sont des facteurs essentiels de l'échange sur la scène dramatique. D'où le rôle et l'importance des affects contre-transférentiels dans le psychodrame. L'empathie, le vécu émotionnel des co-thérapeutes, est essentiel dans les échanges intersubjectifs qui se déroulent dans la séance.

Le groupe des co-thérapeutes possède, par ailleurs, une certaine capacité de rêverie qui, comme chez la mère avec son bébé constitue un appareil à penser et à traiter les pensées [11]. Cette capacité de rêverie permet de relancer les capacités associatives du patient, elle permet l'émergence des fantasmes et l'ouverture vers de nouveaux processus psychiques. Ainsi la scène du psychodrame, comme celle du théâtre, est une matrice symbolique. La scène devient « le produit de transformation d'un contenant maternel primitif qui permet à l'activité créatrice des fantasmes de trouver un espace de développement, d'articulation et de travail » [12].

Le but du psychodrame est, en effet, de représenter et de se représenter. Lacan avec le stade du miroir, puis Winnicott avec le rôle du visage maternel comme premier miroir, Daniel Stern, Colwyn Trevarthen, Rizzolati et les neurones miroirs, tous, parmi d'autres, ont mis l'accent sur cette fonction miroir

nécessaire pour que l'être humain puisse entrer en contact avec son propre monde affectif. Les recherches actuelles ont en effet confirmé l'hypothèse de Winnicott [13] d'une mère fonctionnant comme miroir primaire des états internes du bébé. Le chemin de soi à soi n'est pas immédiat. D'emblée, il passe par l'autre et le reflet de soi dans l'autre dont il dépend étroitement pour se constituer [14].

Un bébé n'existe pas sans un environnement qui réfléchit et sans phénomène d'échoïsation. Au début règne la réflexivité. Narcisse ne réponds pas à la nymphe Écho et meurt à trop se contempler lui-même, seul, devant son miroir.

1.2. *La scène du fantasme*

On peut considérer la scène du psychodrame comme la scène du fantasme ou de l'activité mentale en général. Qu'est-ce que le fantasme ? On appelle fantasme « une production psychique imaginaire présentant la structure d'un scénario, au sens du théâtre ou du cinéma, au service de la réalisation d'un désir ». C'est une définition du fantasme que propose Roger Perron dans le Dictionnaire international de la psychoanalyse d'Alain de Mijolla. Laplanche et Pontalis dans leur Vocabulaire de la psychanalyse donnent également cette définition : « Le fantasme est un scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs l'accomplissement d'un désir, et, en dernier ressort, d'un désir inconscient ». Le fantasme est donc dans un rapport étroit avec le désir.

Freud a abandonné très tôt l'idée que les névroses étaient toujours imputables à des expériences traumatiques vécues dans l'enfance. Dans une lettre célèbre du 21 septembre 1897 à Wilhelm Fliess, il écrit qu'il ne croit plus à cette première neurotica, cette théorie selon laquelle les symptômes hystériques auraient pour origine les comportements séducteurs réels des pères envers leurs filles. À l'idée d'un traumatisme subi sous l'action d'agents extérieurs succède, alors pour lui, la notion d'une source d'excitation interne donnant lieu à des scènes imaginaires qualifiées de fantasmes et susceptibles d'avoir le même impact que des expériences réellement vécues. La cure n'a plus, dès lors, pour ambition de faire revivre des événements traumatiques réels et de provoquer l'abréaction des affects pathogènes coïncés qui leur seraient associés, mais plutôt d'aller à la rencontre de ces fantasmes inconscients. L'accent est mis non plus sur la réalité matérielle mais sur la réalité psychique. On passe ainsi d'une conception réaliste à une conception économique du trauma qui est alors considéré dans sa dimension essentiellement intrapsychique.

La découverte du rôle des fantasmes est liée à la découverte de la sexualité infantile et de son rôle dans l'organisation de la vie psychique et donc du complexe d'Œdipe. Plus tard, Freud décrira les fantasmes originaires qui restent au fondement de la curiosité sexuelle et intellectuelle de l'enfant. Les fantasmes originaires (fantasme de scène primitive, de séduction et de castration) sont des structures, des schèmes inconscients, qui organisent la psyché de l'enfant et qui transcendent le vécu individuel. Ainsi, ce que Freud désigne sous le nom de fantasme, ce sont les rêves diurnes, les scènes, les romans, les fictions, que le sujet forge et raconte à l'état de veille, dans les états hystériques par exemple,

mais que l'on trouve également dans les scénarios pervers ou les craintes délirantes des paranoïaques. Il montre que leur structure est comparable à celle du rêve. Dans les rêveries diurnes, comme dans le rêve, les fantasmes de désirs que l'analyse découvre se révèlent souvent être des répétitions ou des remaniements de scènes infantiles. Aussi bien le travail psychanalytique s'attache-t-il à dégager derrière les productions de l'inconscient que l'on trouve dans le jeu, le rêve, le symptôme ou les mises en acte, le fantasme qui leurs sont sous-jacent.

1.3. L'illusion

Le psychodrame comme le théâtre est un art de l'illusion. Le jeu utilise le comme-si, le faire semblant. Les enfants disent : « c'est pour de faux ». L'illusion ne doit plus être considérée ici comme une erreur ou un faux-semblant qui s'efface devant la pleine reconnaissance de la réalité (Descartes). Pour Winnicott, « l'illusion est la condition nécessaire à la mise en relation entre deux ordres de réalités : la réalité psychique (le subjectif) et la réalité matérielle (le monde objectif). Pour Winnicott, « sans l'utilisation de cette aire d'illusion (qui est également celle du jeu, de l'art ou de la religion), l'être humain n'accorde aucun sens à l'idée d'une relation avec un objet ». Cette aire d'illusion, pour Winnicott, se constitue aux tous premiers moments de la vie, quand la mère suffisamment bonne donne des soins adéquats au bébé et que celui-ci peut avoir le sentiment que l'objet qu'il a trouvé a été créé par lui. C'est le paradoxe de l'objet trouvé/créé. Cette première expérience d'une créativité primaire est la base de toute la créativité ultérieure. Winnicott pose donc l'existence d'un état intermédiaire, un état transitionnel, entre l'incapacité du petit enfant à reconnaître et à accepter la réalité et la capacité qu'il acquerra progressivement à le faire.

Deux modèles thérapeutiques, aujourd'hui, en effet, s'opposent.

- le modèle de la névrose, avec l'étude du rêve et des fantasmes qui restituent l'infantile à travers le transfert. Le mécanisme du refoulement y occupe la place centrale ;
- le modèle du jeu dont on peut trouver les prémisses avec l'enfant à la bobine décrit par Freud en 1920. Le modèle du jeu, du « playing », sera théorisé par la suite par Winnicott. Comme l'a montré René Roussillon, le jeu recèle un potentiel, un non encore advenu, à explorer et à découvrir. C'est l'écoute du jeu latent, du jeu potentiel, à travers le jeu manifeste, qui caractérise l'espace de la psychothérapie ou du psychodrame et qui constitue la quintessence du jeu « symbolisant ». Il s'agit d'entendre ou d'écouter quel jeu potentiel est resté en souffrance de déploiement, quel jeu continue à se présenter comme une formation psychique fixée, figée, plutôt que de livrer toute sa valeur représentative. Utiliser le modèle du jeu dans l'espace psychanalytique du psychodrame, c'est se mettre à l'écoute du jeu possible, de la représentation en attente, en souffrance d'expression, là où ne se présentait qu'une répétition symptomatique [15].

Dans le champ des névroses, le travail psychanalytique vise à permettre à un sujet de reconnaître les formes de son activité

pulsionnelle, c'est-à-dire de ses désirs qui sont restées fixées aux contingences de son histoire infantile, afin de lui permettre de s'affranchir de celles-ci pour trouver un mode de gestion plus satisfaisant qui permette au sujet de s'ouvrir à son présent et à son devenir. Un tel travail signifie que l'histoire infantile du sujet a déjà été antérieurement signifiée et appropriée par lui-même, qu'elle a été subjectivée. Dans le champ des souffrances identitaires et narcissiques, des états limites, une partie du jeu psychique reste clivé et n'obéit plus à ce schéma. Il n'existe plus d'expression repérable de conflictualités qui permettent un dégagement ou une élaboration possible mais des zones de confusion et de paradoxes qui envahissent le transfert. Le traitement consiste alors à aller chercher les traces de ces expériences restées clivées pour envisager leur désenclavement. Nous avons à prendre l'initiative et à chercher le lien avec le patient en acceptant ses projections et en travaillant avec elles. Il s'agit donc de modifier les coordonnées de la relation thérapeutique qui est la conséquence directe du fonctionnement clivé ou fragmenté de ces patients qui présentent des états limites ou psychotiques. Il ne s'agit plus ici d'aller chercher les mouvements inconscients *au dessous* des associations conscientes, mais *à côté* de celles-ci, dans les espaces blancs, les mouvements hallucinatoires, nous rappelle Roussillon. Ces formes de négativité concernent un impensable, un impensé, un irréprésenté, un non symbolisé. Dès lors, il ne sert à rien d'attendre avec patience que ce qui travaille le sujet vienne au jour dans une représentation, il faut prendre l'initiative et construire la scène du lien, la scène où la question du lien avec ce qui se clive peut ou va pouvoir se jouer et trouver une intelligibilité [15]. En introduisant dans leur pratique et leur technique de travail l'idée d'une forme d'association libre par et dans le jeu, les psychanalystes d'enfants ont poursuivi l'exploration initiée par Freud en 1920 du jeu à la bobine, prolongé par M. Klein et surtout Winnicott. Apprendre à jouer à ceux qui n'en sont pas ou plus capables, leur apprendre comment le jeu soutient la vie psychique, comment il soutient une part d'illusion nécessaire, comment il permet de transformer les situations les plus douloureuses en situations à élaborer et à symboliser, tel est le type de travail auquel il convient désormais de se livrer. Pour Winnicott, il s'agit de retrouver les traces du jeu qui n'a pas pu historiquement avoir lieu. « Il appartient au travail psychanalytique de retrouver les traces du jeu potentiel qui a dégénéré au fil des aléas et des échecs de la vie relationnelle du sujet. Il s'agit de retrouver ces traces pour créer les conditions qui permettent que le jeu potentiel puisse être régénéré et qu'il puisse redéployer ses virtualités symbolisantes » [16].

Nous allons présenter ici un exemple clinique qui veut illustrer le trajet de ces virtualités. Nous évoquerons trois séances de psychodrame suivi par une jeune fille, Anna (le prénom a été changé), hospitalisée à l'hôpital de Jour de notre service à l'hôpital de La Salpêtrière. Elle y a été hospitalisée après une affaire présumée d'attouchements sexuels par un beau-père et une tentative de suicide. Cette patiente a poursuivi régulièrement un psychodrame, une séance par semaine, pendant 2 ans, entre 14 et 16 ans, alors qu'elle bénéficiait par ailleurs de soins en hôpital de Jour.

2. Observation clinique

En juin 2013, Anna, 14 ans en 4^e, est accueillie en hospitalisation temps plein dans l'unité des jeunes adolescents du service, pour conduites auto-agressives à type de scarifications, prostitution, fluctuations thymiques majeures, et déscolarisation. Elle est adressée par le CMP de son secteur, qui la suit depuis l'âge de 11 ans. En août 2013, alors qu'Anna est hospitalisée depuis 2 mois, un apaisement partiel des symptômes lui permet de partir en vacances chez ses grands-parents paternels. Pendant ces vacances, Anna fait une tentative de suicide préméditée par ingestion médicamenteuse. Transférée à nouveau dans le service, en septembre 2013, Anna reste hospitalisée en unité temps plein jusqu'en décembre 2013. Une prise en charge en psychothérapie de type psychodrame individuel est mise en place dans le service début octobre à la fréquence d'une fois par semaine. Un traitement par *Largactil* est introduit. En janvier 2014, un mois après sa sortie de l'unité temps plein, Anna est admise à l'unité de jour pour adolescents de notre service. Elle bénéficie de la prise en charge à l'unité de jour pour adolescents pendant 22 mois, et quitte le service en octobre 2015, à l'occasion du déménagement de sa famille dans le sud de la France.

2.1. Anamnèse

Les parents d'Anna se sont mariés respectivement à 18 ans pour Mme et 23 ans pour M. La maman d'Anna a été élevée par sa mère et n'a pas connu son père qui a quitté le domicile quand elle était bébé. Mme entretient des relations conflictuelles avec sa propre mère qui aurait souffert d'épisodes dépressifs récurrents, et se serait assez peu occupée d'elle. Mme n'a jamais travaillé. Mme est décrite comme cyclothymique, avec des moments de colère mal contrôlés. Anna est la seconde d'une fratrie de 3 enfants du couple parental. Mme n'aurait pu s'occuper de ses 3 enfants que de façon partielle et discontinue. M. a été élevé par ses deux parents avec qui il entretient des relations cordiales. Ses bras sont couverts de tatouages colorés. Anna a un grand frère de 18 ans et une sœur de 11 ans. Anna est une enfant qui a été désirée ; elle est née à terme. Elle a marché à 12 mois, a fait des phrases avant 2 ans, n'a pas présenté de retard dans les acquisitions, ni dans les apprentissages. Elle a été gardée par sa mère jusqu'à l'âge de 18 mois, puis a été gardée en crèche. Elle n'a présenté aucune difficulté particulière à l'entrée en maternelle. Dans sa petite enfance, Anna est décrite comme une petite fille réservée, timide mais sociable. Les parents de la patiente se sont séparés quand elle avait 5 ans. Ils se sont remariés chacun de leur côté, et de leur nouvelle union, Mme a 2 enfants, de 2 et 4 ans, de 2 pères différents, et Mme vit avec le papa du plus jeune garçon. M. a une petite fille de 3 ans, de sa nouvelle union. Les 3 enfants du couple parental vivent avec leur père depuis la séparation et se sont rendus chez leur mère un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires, pendant 6 ans, jusqu'à ce que les droits d'hébergement lui soient retirés, dans un contexte de révélations par Anna de violences subies à son domicile. À 11 ans, Anna révèle à son pédopsychiatre référent, avoir assisté à des scènes de violences conjugales et avoir subi des attouchements sexuels de la part de son beau-père, dans un contexte

de sieste partagée, et de visionnage de films pornographiques. Par la suite, Anna a annulé ses propos du fait d'une situation de chantage affectif de la part de sa mère, qui lui aurait dit : « Tu n'es plus ma fille, si tu ne retires pas ce que tu as dit. » À partir de cette date, Anna et sa sœur ont bénéficié d'une aide éducative judiciaire en milieu ouvert et ont pu rendre visite à leur mère à la condition qu'elles soient accompagnées par leur père. Les deux petits frères vivants au domicile de la mère bénéficient également d'une AEMO judiciaire. Dans ce contexte, la mère d'Anna quitte la région parisienne pour s'installer en province avec son compagnon et ses deux fils, et Anna n'a pu rendre visite à sa mère que les rares fois où le financement de son billet de train n'a pas fait conflit entre ses parents. Les comportements auto-agressifs, de scarifications [17] et de mise en danger ont débuté dès lors qu'Anna a été exposée à des violences au domicile de sa mère, puis subi tour à tour son emprise, ou son absence.

2.2. Évaluation clinique à l'entrée à l'hôpital de jour

À la suite de son hospitalisation temps plein de juin à décembre 2013, Anna est admise à l'hôpital de jour adolescents de notre service. Elle vit chez son père et sa belle-mère, avec ses deux petites sœurs. Anna ne voit plus sa mère qui vit en province, mais tente de la joindre régulièrement par téléphone dès qu'elle le peut. Anna subi le silence de sa mère ou bien récolte le fruit de ses injonctions paradoxales : « Si tu m'aimes demande de l'argent à ton père pour moi », ou « Tu vas m'aider à tendre un piège à un de mes amants qui m'a abandonnée, tu vas l'attirer par Internet, et lui demander de l'argent contre une relation sexuelle. »

L'état psychique d'Anna varie au gré des modalités relationnelles entretenues avec sa mère, et oscille entre conduites auto-agressives et inhibition ; les attaques d'Anna contre son propre corps sont très présentes et ponctue ses journées ; elles apparaissent en fin de journée, au moment où Anna se retrouve seule dans sa chambre. Le lendemain, elle en dit peu de choses ; les soins de pansement, consécutifs aux automutilations, prodigués par l'infirmière de l'hôpital de jour, l'inquiétude de l'équipe générée par ses blessures permettent à Anna d'éprouver la dimension maternante des soins.

2.3. Évolution au cours de la prise en charge

La dynamique évolutive d'Anna au fil de la prise en charge peut être schématisée en trois temps. Le premier est celui d'une attitude d'opposition passive face aux sollicitations des soignants, le second est plutôt celui d'une position agressive qui permet à Anna d'établir des repères et d'éprouver un espace relationnel sécurisant, sur lequel elle peut s'appuyer. Anna est dans une constante recherche de notre présence et à la recherche de continuité. On la reçoit de nombreuses fois aux urgences du service en dehors du cadre de l'hôpital de jour, pour des épisodes anxieux majeurs, souvent accompagnés d'hallucinations où elle décrit qu'elle se sent « épiée par un être maléfique qui veut la tuer », et qu'elle a l'habitude de faire cesser en se mutilant le bras. Accompagnée par l'étayage des soignants qu'elle sollicite plus facilement de manière directe, Anna parvient dans un troisième

temps à établir des relations de plus en plus authentiques avec les adultes, avec ses pairs, et à s'intéresser aux apprentissages. Par l'intervention du juge des enfants, nous avons pu obtenir une décision de médiatisation des échanges entre Anna et sa mère, et nous avons pu convaincre le père de lui offrir un nouveau portable avec un nouveau numéro. Malgré ces mesures à caractère protecteur, Anna continue à téléphoner à sa mère, rêvant d'une relation idéale, n'ayant cessé de tenter de parvenir à la changer. Ses passages à l'acte auto-agressifs évoluent au gré de la nature de leur relation et Anna préfère toujours le conflit, à la suspension de leurs échanges, aussi violents soient-ils. Tout au long de la prise en charge, Anna est animée par un vif désir de grossesse, réactivé à chaque dispute avec sa mère. Mme refuse de se rendre aux lieux de médiatisation prévue, considérant ces derniers « comme des parloirs de prison », nous a-t-elle dit la seule fois en deux ans où elle a accepté de nous rencontrer. Nous parvenons toujours à élaborer avec Anna autour de la psychopathologie maternelle qu'elle interroge largement à de nombreuses reprises et de différentes façons. Anna bénéficie de séances de psychodrame dans le service une fois par semaine depuis deux ans et poursuit sa thérapie individuelle au CMP de secteur. Nous mettons en place des séances hebdomadaires de psychomotricité où Anna bénéficie de massages, dans un objectif de handling ou de holding physique. Les activités thérapeutiques du service sont devenues des espaces sécurisants où Anna peut faire preuve de créativité. Elle a pu passer son brevet des collèges avec succès au sein du groupe scolaire attaché au service. Les conduites de scarifications, à la fois anxiolytiques et addictives persistent, mais à une moindre fréquence, et les conduites de mises en danger sexuelles se sont arrêtées. Elle quitte le service en novembre 2015 pour partir avec sa famille en province. Elle est admise en seconde et est en attente d'un soin-études avec internat.

3. Le psychodrame

Au début de son psychodrame, Anna arrivait couverte de scarifications et semblait incapable de jouer. Il a fallu de longues séances de réanimation psychique et de renarcissisation pour qu'elle puisse se mobiliser. Cette patiente, de structure limite, a par la suite projeté avec une grande aisance ses pensées et ses affects sur les différents thérapeutes. Après avoir visité l'exposition sur Charcot et l'hystérie qui se tenait l'an dernier à la Chapelle de l'hôpital, elle revient bouleversée après avoir vu les œuvres exposées du Pr Cohen. Elle nous apostrophe au début d'une séance. « Vous avez vu les peintures de Mr Cohen ? ». « Il est fou ! Il peint les arbres en bleu ! » On se servira de cette réaction pour montrer à la patiente qu'au psychodrame, on a aussi le droit d'être fou, c'est-à-dire de laisser s'exprimer toute son imagination. Les autres médecins seront tout aussi bien servis. « Vous savez, Mme X., elle est très sensible, un jour, je l'ai fait pleurer ! », nous dit-elle. Au cours d'une séance, elle voit le meneur de jeu mâchonner son crayon. « Ah, vous aussi vous mangez vos crayons ? Vous devez aussi être très anxieux ! ». « Ah, vous devez être en plein divorce ! Non, ce n'est pas possible, votre femme vous aime trop pour vous faire ça ! ». À une autre séance, pas du tout gênée, elle lui demande devant tout le

monde « s'il a déjà trompé sa femme ! » À une autre séance, elle lui demandera « s'il a déjà fait une dépression ».

On peut interpréter ces nombreux mouvements en termes d'identification projective ou de projection identificatoire. Moins dans le sens de Mélanie Klein que dans celui de W. Bion. L'identification projective a d'abord été considérée par M. Klein comme un phénomène pathologique lié à la position schizo-paranoïde et au clivage. Avec Bion l'identification projective peut être considérée également comme une forme de communication visant à ce que l'objet (l'analyste), éprouve directement ce que le patient ressent [18]. L'identification projective n'est plus alors un moyen désespéré pour expulser une catastrophe interne mais elle peut être considérée également comme un mécanisme permettant de se voir dans une autre personne. On peut ainsi rapprocher l'identification projective de l'insight et de l'empathie qui témoignent également de la capacité à se mettre à la place d'autrui. Toute la question est donc de pouvoir utiliser ces projections, de ne pas les ignorer et de les intégrer au processus thérapeutique. En d'autres termes d'en faire un jeu. Nous avons à cet égard beaucoup évoqué les arbres bleus du chef de service qui pouvait, lui, s'autoriser à exprimer toute son imagination dans des œuvres d'art. Le meneur de jeu pourra lui-même, référer les aléas supposés de sa vie conjugale à la vie agitée de la mère de la patiente qui a de nombreuses aventures avec différents hommes et exhibe sa vie sexuelle devant sa fille. Anna est spectatrice des infidélités de sa mère, reçoit ses confidences intimes et est manipulée par elle qui l'utilise pour obtenir les faveurs des hommes.

Voici trois moments importants de la cure :

- une séance du début du traitement au cours de laquelle la patiente raconte un rêve ;
- un moment dramatique de la cure vécu dans le service lorsqu'elle est abandonnée par sa mère ;
- la dernière séance du psychodrame alors que la patiente quitte le service et le psychodrame pour partir avec son père en province.

3.1. *Le rêve de la mère à tête de mort*

Après quelques séances de psychodrame, Anna évoque un rêve. « Sa mère lui apparaît sous forme d'une tête d'os, c'est-à-dire une tête de mort à la place du visage. Elle et sa mère font de la peinture. Elles coupent la tête de deux lapins et plongent leurs pinces dans le sang des lapins pour peindre les murs ». Quelques séances plus tard, Anna arrivera les bras couverts de scarifications. Nous avons longuement commenté ce rêve lors d'une journée du département de psychothérapie du service. Disons seulement que le visage de la mère lui apparaît comme dévitalisé, comme celui d'une mère morte, au sens d'André Green et de Winnicott, c'est-à-dire d'une mère déprimée qui a désinvesti son enfant. Le sang rouge et rutilant des deux lapins sert à peindre et à revitaliser le mur. Ce sang fut par la suite relié aux scarifications que la patiente se fait régulièrement aux bras lorsqu'elle va mal. Les bras de son père sont recouverts eux-mêmes de tatouages impressionnants. « Qu'aimerait-elle

avoir comme tatouage sur les bras ? », lui demandera-t-on au cours d'une séance. « Un oiseau qui s'envole », répondra-t-elle. Le rêve figure donc une activité picturale. Par la suite, Anna déchiffrera l'œuvre peinte du Pr David Cohen comme s'il s'agissait d'un rêve. Il peint les arbres en bleu, ce qui est aussi fou, dira-t-elle, que de repeindre les murs en rouge avec du sang. Anna souligne ainsi la proximité de l'œuvre d'art et du rêve, qui utilisent les mêmes déplacements, les mêmes condensations, les mêmes symbolisations. Sur le corps de la jeune fille, comme sur le bras tatoué du père, s'inscrivent, « en larmes de sang », dira-t-elle, la souffrance familiale comme ses conflits intrapsychiques.

Didier Anzieu souligne « la triple dimension corporelle, émotionnelle et verbale du psychodrame ». La dimension corporelle et émotionnelle est ici frappante. Le corps d'Anna et celui de son père viennent, tous deux, exprimer ce dont l'œuvre d'art aussi témoigne. « La peinture commence là où les mots s'arrêtent », dit le peintre Gérard Garouste. « Les mains sont le prolongement de la pensée » écrit-il aussi.

3.2. *Le rendez-vous manqué avec la mère*

Il s'agit d'une scène qui se passe dans une salle de consultation et à l'accueil du service, donc hors cadre, hors de la salle du psychodrame où nous nous retrouvons habituellement. Nous devons rencontrer la mère de la patiente, les parents étant séparés. Un premier rendez-vous avait eu déjà lieu avec le père de la jeune fille et nous n'avions pas encore reçu sa mère. Anna nous pressait de le faire.

Le drame se joue en plusieurs actes.

3.2.1. *Premier acte*

Anna entre, tout d'abord, dans le bureau où nous sommes réunis à 8 h 45, avant le rendez-vous prévu à 9 h avec sa mère. Anna vient nous demander de ne pas parler de ses scarifications et de ce qui s'est passé dans le passé avec son beau-père. Ceci dans le but de ne pas énerver et indisposer sa mère, dit-elle. Le meneur de jeu acquiesce et en profite pour interroger la patiente sur ses scarifications. « Pourquoi donc serait-ce si pénible de les faire reconnaître ? ». Anna répond que « les gens ont des avis bizarres et croient que l'on est faible si on se scarifie ». On voit bien qu'avec ses scarifications, Anna montre et cache à la fois une sexualité qui reste problématique. Ça saigne de partout et les sensations corporelles viennent à la place de la représentation des conflits qui restent non élaborés.

Le meneur de jeu insiste : « Peut-être crains-tu encore autre chose ? » Nous avons été informés par son père d'épisodes de sexe tarifés avec des hommes majeurs, survenus à l'extérieur de l'hôpital. La vie sexuelle d'Anna a commencé vers 12 ans et son père lui a fait poser un implant contraceptif à l'âge de 13 ans. Une conversation alors se noue autour de l'implant. « Ça dure 3 ans, il va falloir le changer », dit-elle. On évoque la pilule. . . Elle pense qu'on a découvert la pilule en 1945 !. . . « Je n'aime pas l'Histoire », dit-elle. . . Nous attendons donc. Anna revient aux alentours de 9 h 15 pour vérifier si sa mère est bien arrivée. . .

Elle n'est toujours pas là ! Anna est emplie de tristesse et elle sort du bureau dans un état de grande détresse.

3.2.2. *Deuxième acte*

Le meneur de jeu sort alors du bureau et se retrouve à l'accueil face à la patiente prostrée. Il essaie de lui parler pour la reconforter, bientôt rejoint par des co-thérapeutes. À la demande de la jeune fille, il appelle sa mère sur son téléphone portable, mais elle ne répond pas. Le meneur de jeu essaie de parler avec Anna qui est alors totalement prostrée et désespérée. C'est très difficile de l'atteindre. Elle est comme dans un état de choc, repliée et mutique. Il dérive alors son attention vers deux petits médaillons accrochés à son sac sur lesquels figurent les photographies de deux petits garçons. Ce sont ses petits frères. Ils s'appellent Gabriel et Ibrahim et sont âgés de 7 et 3 ans. (Gabriel, 7 ans, est né de père inconnu, Ibrahim de son beau-père). Le meneur de jeu lui fait remarquer qu'elle doit beaucoup aimer ses petits frères puisqu'elle est comme une maman qui possède les photos de ses enfants sur elle. Elle acquiesce et ajoute qu'elle tient aussi beaucoup au Coran que lui a donné sa mère. Elle sort alors de son sac un petit Coran miniature, à couverture rouge, écrit en arabe et le met dans les mains du meneur de jeu. Il s'y intéresse, admire la calligraphie arabe et Anna lui demande s'il sait ce qui y est écrit. Il lui répond qu'il ne connaît que le début que psalmodient les imans dans les mosquées. « Bismilleh. . . Al Raham, Al Rahim. . . ». « Au nom de Dieu, le grand et le miséricordieux. . . ». Cette évocation aide Anna à sortir de sa prostration. Elle raconte alors que sa mère fait le ramadan, qu'elle a elle-même essayé, mais que c'est difficile de ne pas boire et de ne pas manger toute la journée. . . Nous sommes en effet en plein ramadan depuis 5 jours.

3.2.3. *Troisième acte*

Dans le bureau de consultation, alors qu'Anna est partie au cours d'anglais, nous échangeons nos réflexions. Nous reparlons des raisons pour lesquelles une décision de justice interdit la mère d'être en contact avec sa fille. La mère n'a pas protégé sa fille du climat incestueux qui régnait entre elle et son beau-père qui lui demandait de faire des siestes avec elle. Elle avait demandé par ailleurs à sa fille d'écrire des SMS à contenus sexuels à ses propres amants. Nous évoquons l'excitation sexuelle que les attitudes de la mère ont pu induire chez la fille. Anna a eu une sexualité précoce dès l'âge de 12 ans. Elle s'est livrée cette année à des relations sexuelles tarifées avec des adultes majeurs. Elle vient d'avoir juste 16 ans. Anna entre alors dans le bureau en larmes, dans une infinie détresse. Nous la faisons asseoir parmi nous pour la reconforter. La patiente est complètement prostrée pendant de longues minutes. Nous avons une certaine habitude maintenant de la réanimer. Nous évoquons les prénoms de ses petits frères. Le sien aussi. Nous cherchons sur un smartphone l'origine de son prénom, ce qui l'intéresse. Elle s'intéresse au prénom de ses petits frères Ibrahim/Abraham, le père des 3 religions. Abraham et le sacrifice du mouton que célèbrent les musulmans. On évoque le prénom Gabriel. . . Anna se réveille : « Qui est Gabriel ? » « C'est un ange » dit-elle. Anna dit que l'ange Gabriel est un ange important pour les musulmans. « Oui », dit le meneur de jeu qui commence un cours

de religion, c'est l'ange qui accompagne et protège Agar et son fils Ismaël, le fils d'Abraham, dans le désert et qui lui donne la pierre de Kaaba pour dormir. . . Gabriel, c'est aussi l'ange de l'Annonciation pour les chrétiens, remarque une co-thérapeute. Celui qui annonce à Marie qu'elle va être la mère de Dieu. Quelqu'un remarque le « el » de Gabriel, Dieu en hébreu. Le meneur de jeu remarque qu'une des co-thérapeutes très investie par la patiente s'appelle Raphaëlle. Elle aussi, possède un « el » dans son prénom. Dans les séances précédentes, la patiente avait joué un pingouin manchot isolé sur la banquise qui ne pouvait s'envoler. Elle avait joué un oiseau qui ne pouvait « ouvrir ses ailes (ses el) ». Plus tard, le groupe du psychodrame lui offrira, comme cadeau de départ (cadeau par elle-même exigé) une carte postale, signée de tous, avec le texte suivant : « Anna, un oiseau qui s'envole, en souvenir d'une scène de psychodrame. . . Vers ta vie d'adulte continue à déployer tes ailes. . . ».

3.3. Dernière séance, fin de partie

Cette séance est la dernière du psychodrame d'Anna avant son départ dans une ville de province. La patiente arrive en forme, et anticipe la fin de séance en nous informant qu'elle nous quittera rapidement pour participer à un atelier de repas thérapeutique qui a lieu dans le service. Anna nous rappelle d'emblée que c'est sa dernière séance avec nous et qu'elle partira demain en voiture avec son père. Elle doit donc se séparer de ses amis, du service, de ses professeurs, du docteur X, du psychodrame et. . . de sa mère. Le meneur de jeu lui dit : « Alors, plus de médecins, plus de médicaments, plus de psychodrame ? ». Elle répond « Non. . . et plus de *Largactil* ! ». Anna semble maîtriser la situation et ne laisse transparaître aucun affect. Elle nous dit qu'elle entrera en seconde dans un établissement soins/études qu'elle sera sans doute suivie dans un CMP, qu'elle n'aura plus de traitement mais se rassure en ajoutant « Il y aura mon Papa ». Le meneur de jeu lui demande ce qu'elle ressent. La patiente répond : « Je ne ressens pas ! ». Il évoque alors le petit ami qu'elle doit laisser à Paris. « Que pense le garçon de ce départ ? ». Anna répond qu'« il n'est pas encore au courant ». La réponse est donnée avec froideur, comme un règlement de compte. « Tu vas le prévenir ? ». Elle ne répond pas et hausse les épaules. Elle abandonne silencieusement le jeune homme, comme le fait sa mère vis-à-vis d'elle. « Et ta mère ? ». « Ça ne changera pas grand chose », dit-elle. Anna ne peut en effet voir sa mère que dans un cadre médiatisé, selon la décision du juge. Le meneur de jeu lui demande alors de nous expliquer ce qu'est un cadre médiatisé. « C'est quand on se voit seulement en compagnie d'un psychologue et que l'on ne peut être à deux, en toute intimité. C'est comme en prison, dit-elle, quand un prisonnier voit quelqu'un derrière une vitre ». Anna fait donc ici un parallèle avec la prison. Cette métaphore est riche de sens, elle mérite une exploration par le jeu tant cette image est polysémique. On lui propose donc de jouer la scène d'un parloir de prison.

Dans la première scène, Anna choisit le rôle de la gardienne de prison. Albert est le prisonnier et Emanuelle joue la mère du prisonnier. Une intense conversation démarre. La mère (jouée par Emanuelle) demande à Anna (qui joue la gardienne) de faire une exception afin qu'elle puisse toucher son fils. « Non,

vous n'avez pas le droit de vous toucher », répond Anna d'un ton ferme. Elle est dans son rôle et interdit tout contact. On ressent ici une jouissance presque sadique de la part d'Anna, qui joue une gardienne de prison intransigeante et qui ne prend pas en considération les demandes répétitives de la mère qui souhaite embrasser son fils. Anna se livre alors à un véritable interrogatoire. Elle exige de connaître les vraies raisons de l'emprisonnement d'Albert. « Qu'avez-vous fait pour être en prison ? » Albert minimise. « Je me suis battu à l'école, j'ai pris un peu de drogue. . . ». « Non, en vrai ? », dit Anna, « on ne va pas en prison pour cela. Vous avez commis beaucoup plus grave. . . ». Anna est en quête de vérité. Elle joue alors complètement son rôle. Elle s'empare dans le jeu, de façon fictive, du dossier d'Albert pour connaître la nature de son crime. Elle n'arrive pas à lire ce dossier, elle ne peut donc connaître (ni inventer) les faits qui sont reprochés à Albert. Elle tend le dossier à Albert et exige de lui une confession. Cette attitude renvoie à des séances précédentes lors desquelles la patiente exigeait de connaître le contenu de son dossier médical. La curiosité éprouvée alors se rejoue ici dans la scène de la prison. Anna, de plus en plus excitée par le jeu, dit alors à la mère qu'elle est responsable que son fils soit en prison. « Si vous aviez été une bonne mère, votre fils ne serait pas là ! ». « Si votre fils vous aimait vraiment, il n'aurait pas fait toutes ces bêtises. . . ». Le ton moralisateur et accusateur d'Anna est habituel lorsqu'elle joue des rôles surmoïques. Elle semble osciller, d'une part, entre la culpabilité qu'elle éprouve à l'idée d'avoir dénoncé l'inconduite sexuelle de son beau-père, et, d'autre part, elle attaque sa mère qui n'a jamais voulu reconnaître sa souffrance.

Scansion : Le meneur de jeu interrompt la scène : « C'est donc un crime important ! Qu'a donc bien pu faire Albert pour être en prison ? ». « Albert aurait-il tué son père ou bien aurait-il commis de grands crimes sexuels ? » Face à cette alternative, Anna n'hésite pas. Le crime sexuel risque d'exposer son histoire personnelle, le meurtre du père apparaît alors pour Anna comme un moindre mal. Albert a sûrement tué son père ! Elle éloigne ainsi une scène d'abus sexuel susceptible de la bouleverser.

La scène reprend : Albert, se conformant au choix de la patiente, avoue « qu'il a tué son père ». Anna déclare « qu'il faut l'interner immédiatement à l'hôpital psychiatrique ! ». « Ça ne relève pas de la prison, mais de la maladie mentale ! », déclare-t-elle. Elle se tourne vers le meneur de jeu : « Vous avez déjà vu des cas comme cela ? ». « Non, en vrai, dites-moi, vous avez déjà vu des gens comme ça ? ». On note ici la porosité entre jeu et réalité, comme si la capacité à vivre l'illusion dramatique s'effondrait et lui faisait soudain défaut. Anna prend alors son rôle de gardienne de prison très au sérieux. Elle assaille la mère du prisonnier par de nombreuses questions : « Pourquoi venez-vous voir votre fils, s'il a tué votre mari ? ». D'un ton moralisateur, Anna s'insurge et interroge la mère sur son rôle : « Pourquoi n'avez-vous pas protégé votre fils ? Il ne faut pas faire d'enfants si on ne peut pas les protéger ». Le jeu s'intensifie. . . Anna parle à sa mère. En soulignant son incompetence, la patiente s'adresse à sa propre mère qui n'a pas su la protéger.

Scansion ou inter-jeu : le meneur de jeu propose à Anna de changer de rôle. Elle accepte sans hésitation et prend le rôle de la mère du prisonnier. Un co-thérapeute lui rappelle la règle

stricte du parloir de la prison. « On ne peut en aucun cas se toucher ! Il est impossible d'échanger de la tendresse physique entre deux personnes, même entre mère et enfant ». Anna soutient son rôle : « Elle est chiante la gardienne ! ». Les deux protagonistes se regardent donc à travers une vitre sans pouvoir se toucher. Quelqu'un évoquera le film de Wim Wenders *Paris Texas* où un homme ne peut communiquer avec sa femme, Nastassja Kinski, qu'au travers de la vitre d'un peep-show sans pouvoir l'êtreindre. Dans le rôle de la mère, Anna se sent dans une position inconfortable. Elle hésite entre le tutoiement et le vouvoiement. Elle tutoie Albert au départ et finalement adopte le vouvoiement lorsqu'il l'appelle « Maman ». Anna montre une grande difficulté à assumer le rôle d'une mère affectueuse. Elle montre une grande agressivité envers la surveillante. On voit que malgré le changement de rôle, toute l'agressivité ressentie par la patiente est encore présente contre une figure d'autorité.

Dans la période d'élaboration qui suivra, le meneur de jeu soulignera la sévérité de cette gardienne qui interdit tout contact physique entre la mère et son fils. Il fait remarquer à Anna la difficulté pour un enfant de ne pas avoir le droit d'embrasser sa mère. La patiente lui répond : « Moi, j'aurais le droit d'embrasser ma mère, c'est juste qu'elle ne veut pas venir aux visites médiatisées ». À la fin de la séance, Anna demandera au meneur de jeu si lui-même déprime. On peut facilement ici interpréter ces mouvements en termes d'identification projective ou de projection identificatoire. En projetant ses affects sur autrui, Anna cherche à mieux contrôler ses affects désorganisés. Pour ne pas se laisser envahir par ses émotions, Anna interrompt alors la séance en prétextant qu'elle doit partir pour préparer un repas thérapeutique. Elle se lève et dit à chacun au revoir. « Tu nous quittes pour faire le repas comme une bonne mère », lui dit le meneur de jeu en la raccompagnant.

4. Conclusion

Nous avons voulu présenter une patiente suivie à l'hôpital de Jour de notre service qui a pu bénéficier à la fois d'une prise en charge institutionnelle et d'un traitement par le psychodrame psychanalytique. Délivrés du souci d'être en contact avec les services sociaux, le juge et la pathologie maternelle nous avons pu travailler avec les seules productions psychiques de la patiente et les mouvements du transfert. Ainsi la scène psychodramatique a-t-elle pu rester une scène privilégiée, une « île habitée du dedans », selon la formule que nous avons commentée, dans laquelle Anna a pu déployer son imaginaire. Cette patiente en quête de miroir a fait vivre à ses thérapeutes une part cachée d'elle-même, une potentialité en attente de reconnaissance restée non symbolisée. En vivant les émotions et l'expérience d'un transfert par retournement, Anna a pu construire une histoire, celle éprouvée dans sa psychothérapie, histoire dont on peut supposer qu'elle est en lien étroit avec ce qui était resté forclos, exclu, de sa psyché. La question du clivage et des potentialités restées en attente de reconnaissance pose la question de leurs apparitions dans le transfert et de leur mise en acte dans le jeu psychodramatique. Dans le psychodrame, l'acte ne peut plus être considéré sous l'angle de l'évacuation et comme une faillite de l'élaboration psychique. Le corps et l'acte peuvent être porteurs

de messages potentiels, d'une forme de langage en attente de représentation et de sens. Dans le psychodrame, le langage du corps et de l'acte peuvent être considérés comme une mise en forme et en messages d'expériences subjectives primitives, non représentées et non symbolisées, qui précèdent l'apparition du langage verbal. L'agir (agieren) peut ainsi être considéré comme un message potentiel, proto-narratif, comme une forme de langage ouvert sur la symbolisation. Les expériences restées clivées de la psyché, ce hors-psyché, ce non-advenu de soi, peuvent alors prendre une forme. Les traces de cet être en souffrance restées clivées pourront se représenter dans des expériences nouvelles, celle de la continuité d'une expérience théâtrale vécue à plusieurs, où l'affect partagé va pouvoir donner vie et donner sens à cet inconnu de soi.

Ainsi, au couple refoulement/retour représentatif du refoulé spécifique de la névrose vient s'ajouter ici, un autre couple processuel, le couple du clivage du moi et du retour du perceptif hallucinatoire d'expériences traumatiques non symbolisées et clivées. Les zones traumatiques non représentées et clivées de ces patients ne sont repérables que sous forme de traces et sont soumises à la contrainte de répétition. La réalité psychique ne peut plus se référer ici au désir préconscient ou inconscient mais à une réalité historiquement rencontrée et soustraite à la symbolisation et à l'appropriation subjective. Il n'existe ici que des traces et pas de représentations. La réalité actuelle répète alors la zone traumatique et le traumatisme perdu hante alors le sujet [19]. À quoi donc les actes de prostitution d'Anna renvoyaient-ils ? Était-ce comme pour la *Marnie* de Hitchcock un acte destiné à acheter l'amour de sa mère ? Une identification aux fantasmes de prostitution de celle-ci ? Une extermination du père dans la scène primitive ? Quelques soient les hypothèses, l'histoire de la cure et le déroulement du transfert ont offert à Anna la possibilité de se réapproprier son histoire mal ou non représentée.

5. Discussion

Cette observation clinique illustre l'utilité d'une prise en charge institutionnelle, multidisciplinaire pour des patients souffrant à la fois de carences affectives graves, de maltraitance et de liens paradoxaux d'emprise avec leur entourage proche ; la prise en charge de jour libère ici, la psychothérapie par psychodrame de toute contingence matérielle, nécessitant une intervention dans la réalité ; comme dans le psychodrame, le dispositif hôpital de jour permet d'amortir l'impact traumatique des violences de cette clinique, du fait également de l'effet de diffraction du transfert sur l'ensemble du collectif soignant ; la diffraction du transfert se produit à différents niveaux, au sein des séances de psychodrame, de l'hôpital de jour, mais aussi de l'institution dans son ensemble. Il existe tant pour la patiente que pour les soignants ce phénomène de diffraction et de soutien aux différents étages de l'institution à l'organisation pyramidale ; ceci permet d'offrir un cadre sécurisant et cohérent où le symptôme peut être accueilli dans toute son intensité ; l'aspect triangulaire du cadre de soin proposé ici, offre à Anna la possibilité de circuler librement au sein des différents espaces où elle traite de sujets distincts et spécifiques à chaque lieu, l'aidant

probablement à éprouver le caractère contenant des soins dans leur ensemble.

Nous avons observé une évolution lente mais favorable de la clinique d'autodestruction chez cette patiente, qui continuait à se scarifier, mais à une moindre fréquence, à sa sortie d'hôpital de jour, (actée, à l'occasion de son déménagement en province), et qui a développé d'étonnantes capacités d'élaboration, et d'échanges, alors que nous l'avions accueillie au départ dans un état d'inhibition tel, que nous nous demandions si nous avions à faire à une patiente avec autisme.

Nous considérons et espérons que la succession d'expériences symboliquement enveloppantes lui a permis, par incorporation, ou introjection [20], de constituer un embryon de sécurité intérieure.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Shakespeare W. Comme il vous plaira. Acte 2, scène 7. 1623.
- [2] Anzieu A, Anzieu-Premmeur C, Daymas S. *Le jeu en psychothérapie d'enfant*. Dunod; 2000.
- [3] Green A. *Sortilèges de la séduction*. Odile Jacob; 2005. p. 94.
- [4] Rabain JF. *Le psychodrame psychanalytique*. In: *Psychanalyse*. 5^e édition corrigée De Mijolla et coll. PUF. Coll. Fondamental; 2008. p. 629–50.
- [5] Kestemberg E, Jeammet P. *Le psychodrame psychanalytique*. PUF. Que sais-je ?; 1987.
- [6] Cohen D, Delaroche P, Flament MF, Mazet P. Case report: individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62:1.
- [7] Guilé JM, Ducasse H, Aupetit J, Albert E. Élaboration des problématiques narcissiques par le psychodrame individuel en groupe d'adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2005;53(4):195-199.
- [8] Lebovici S. Bilan de dix ans de psychothérapie par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatr Infant* 1958;1:1.
- [9] Rabain JF. *Psychodrame psychanalytique et empathie métaphorisante*. *Champ Psychosom* 2001;23:69–84.
- [10] Lebovici S. Empathie et « enactment » dans le travail du contre-transfert. *Rev Fr Psychanal* 1994;LVIII:1551–61 [No. spécial Congrès].
- [11] Bion WR. *Aux sources de l'expérience*. PUF; 1979. p. 53–4.
- [12] Green A. *Hamlet et Hamlet*. Balland; 1982. p. 257.
- [13] Winnicott DW. Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In: *Jeu et réalité*. Gallimard; 1975. p. 153–62.
- [14] Roussillon R. *Agonie clivage et symbolisation*. PUF; 1999. p. 51–4.
- [15] Roussillon R. Le jeu et le potentiel. In: *Le jeu et l'entre-jeu*. PUF; 2008. p. 72–3.
- [16] Roussillon R. *Le jeu et l'entre-jeu*. Préface. PUF; 2008.
- [17] Richard B. Les comportements de scarifications chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2005;53(3):134-141.
- [18] Bion WR. *Attaques contre la liaison (Attacks on Linking)*. In: *Réflexion faite*. PUF; 1983. p. 105.
- [19] Bourrat MM. Traumatisme et psychanalyse : comment passer de l'excitation à la mise en représentation ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(5):324-331.
- [20] Ferenczi S. *Transfert et introjection* 1909. In: *Œuvres complètes*. T1, Payot, Coll. Science de l'homme; 1990.