Les Quatre Temps

Les Cahiers de l'AIPB

Association Internationale du Psychodrame Balint fondée par Anne Caïn

Corps, parole, mémoire et Psychodrame Balint

Paris - octobre 2008

N° 13 - Juillet 2009

Les Quatre Temps • Les Cahiers de l'AIPB • N°13 • Juillet 2009

A. I. P. B

Association Internationale du Psychodrame Balint

Association régie par la loi 1901
N° formation : 93 130417713
Siège : c/o Dr Marie-Noëlle Laveissière
9, av. Daniel Lesueur
75007 Paris

Fondatrice : Anne Caïn

Membres d'honneur
Lucien Israel †
Michel Sapir †

Présidente
Annie Bouillon

Vice-Président
Jean-Pierre Bachmann

Secrétaire
Caroline Dauchez

Trésorière
Agnès Borrione

Formation
Jean-Pierre Bachmann
Piero Trucchi
François Berton
Marie-Noëlle Laveissière

International
Allemagne : Renate Baier
Canada : Noel Montgrain
Suzanne Dejoie
Italie : Patrizia Pavacci
Piero Trucchi
Suisse : Liliane Halfon

Les Cahiers de l'AIPB

Responsable de la publication : A. Bouillon

Rédaction
François Berton
62, rue Charlot
75003 Paris
Tél. 01 42 78 38 86 – Fax : 01 48 04 57 09
Annie Bouillon
1, rue Servan
38000 Grenoble
Tél./Fax : 04 76 00 08 96

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent bulletin, faite sans autorisation de l'A.I.P.B. est illicite et constitue une contrefaçon.

Le Psychodrame-Balint

Méthode Anne Caïn

« Explorer, analyser notre relation avec nos patients pour en améliorer l'effet thérapeutique »

La méthode du Psychodrame-Balint, mise au point et développée par Anne Caïn, reste dans le prolongement de l'esprit de Michael Balint et du travail de groupe qu'il a instauré. Elle s'en différencie par le recours au jeu psychodramatique : demande est faite au médecin non plus seulement de raconter, mais de mettre en scène des moments de la relation soignant-soigné sous le regard des autres participants et de la retrouver. Le décalage entre l'histoire racontée et ce qui est joué peut apparaître. Le travail du groupe interroge le soignant dans son contre-transfert, dans l'expérience émotionnelle liée à son activité et identité professionnelle.
Cette méthode s'adresse à tous les professionnels de santé : médecins, psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes…

Argument de la journée

Corps, parole, mémoire et Psychodrame Balint

Le récit d'une situation professionnelle, et son expérience revécue par le corps en jeu, vont renouveler les représentations que le soignant a de son patient et de son environnement, entraînant des conséquences importantes pour son fonctionnement relationnel.
Les traces de nos rencontres ne demeurent ni évidentes, ni inaltérables. Leur rappel, par une évocation en partie imaginaire des circonstances, les modifiera. Si le corps parle, ne peut-il pas s'entendre lui-même ?
Voilà le travail du psychodrame, constamment remis en chantier et sur le terrain et dans le groupe : comprendre nos mises en scène personnelles dans leur interaction avec celles de nos patients. Et mesurer en quoi elles interfèrent avec notre activité de soignant.

Illustration de couverture : Pamphyle - Galerie Cupillard 38000 Grenoble

SOMMAIRE

François Berton, Annie Bouillon
Éditorial 5

DOSSIER :

Annie Bouillon
Introduction 9

Philippe Otmesguine
Traces et regards 11

Monique de Hadjelatché
Quand le corps prend la parole 15

Jean-Pierre Bachmann
La mémoire et le corps dans le psychodrame-Balint 19

Marie Heyman
Du récit à l'émotion et retour 27

HORS DOSSIER :

Gildas Le Bayon
Identité et corporéité : une genèse alternative 33

Ophélia Avron
Le psychodrame et ses mises en scène 39

François Berton
A Joinville-lePont, chez Gégéne ou Peut-on effacer les empreintes ? 45

Anne Caïn
Le Psychodrame Balint et le malade cancéreux 51

INFORMATIONS

Editorial

Corps, histoire, mémoire : cette riche relation triangulaire n'en finit pas d'interférer en création perpétuelle : les physiciens disent que trois points définissent un plan, donc une stabilité ; dans notre domaine il en est tout autrement : l'instabilité créatrice de corps - histoire - mémoire fait la richesse de notre travail.

Histoire des corps, des médecins et patients que Philippe Otmesguine nous livre avec sa sensibilité et son humour de sexologue pertinent. Dans la même veine, Monique de Hadjetlatche fait appel à la mémoire de son propre corps pour évoquer celle de ses patients et en tirer l'enseignement que le moi est corporel et que l'identification met en jeu le corps et l'histoire du soignant lui-même.

Les étudiants en médecine resteraient-ils de grands enfants ? Leurs corps en ont la spontanéité, la maladresse et la sensibilité ; et Marie Heymann qui travaille avec eux constate qu'à leur corps défendant, oublié puis retrouvé, ils se découvrent déjà soignants. La recherche et la pertinence du travail de Jean-Pierre Bachmann met en relation très actuelle les manifestations de l'inconscient et les connaissances nouvelles acquises sur la mémoire, cela sans jamais quitter l'observation des patients et de notre travail, sachant que la signification de l'action ne peut être obtenue que si celle-ci est enregistrée dans le système moteur de l'observation comme si c'était son propre mouvement. Ce travail mérite et demande grande attention.

Gildas Le Bayon nous interroge sur les rapports que chaque homme entretient entre son identité et son corps ; dans le même ordre de relation qu'ont les parties émergées et immergées d'un iceberg.

Les traces mnésiques continuent leur carrière posthume dans l'ombre de l'inconscient, rappelle Ophelia Avron : enregistrement, stimulation et modification seront exprimés par le corps avant que la parole ne les atteigne. Les mises en scène du psychodrame en sont les voies d'accès. Les corps parlent en dansant, et c'est dans une guinguette des bords de la Marne que nous emmène François Berton. Les corps y vivent-ils librement ? Pas tous. Et l'empreinte des leçons apprises est plus contrainte qu'aide. Comment bénéficier d'une aide sans la gêne du carcan ?

Pour terminer, Anne Cain pointe le rôle du corps, le corps familial, dans une autre trilogie qui englobe la maladie et le médecin. On ne se débarrasse pas si facilement des uns et des autres.

Cette livraison des « *Quatre Temps* » pénètre le cœur – le corps – même de nos métiers et de nos vies. Il nous donne envie d'aller plus loin.

Annie Bouillon
François Berton

Dossier

Introduction

C'est la 2e fois que l'AIPB tient sa journée annuelle de sensibilisation à Paris.

Et je suis heureuse d'en introduire le thème « *Corps, parole, mémoire et Psychodrame Balint* » en me souvenant…

Vous souvenez-vous ? Vous souvenez-vous du thème de la précédente rencontre ? En… en…

C'était « *Ne racontez pas , jouez* », argument qui dans sa forme elliptique nous introduisait directement sur la scène du Psychodrame mais surtout pour beaucoup d'entre nous scandait à l'oreille la phrase presque rituelle que nous avions tant de fois entendue de la bouche d'Anne Caïn.

« Arrêtez de raconter, jouez », retrouvez le corps, le vôtre, celui de votre patient, retrouvez les, retrouvez l'atmosphère de votre cabinet, plantez le décor,…vous y êtes,… l'entendions-nous énoncer, l'entendons-nous dire encore maintenant…

Pourquoi sommes-nous si sensibles à la transmission orale, à ce qui se transmet par la sensorialité ?

Me vient le souvenir d'Arthur Trenkel avec son grand corps et ses grandes mains brassant l'espace, et ceux qui le connaissent le reconnaîtront aisément, faisant ce mouvement inimitable, comme allant chercher de l'intérieur de son corps, de ses entrailles, pour parler de ce que « Ba-ali-int » lui avait communiqué lors de leurs rencontres et séminaires. Nul doute que c'est dans, avec son corps qu'il se souvenait et qu'il nous transmettait le plus rigoureusement possible l'attitude de Balint dans l'animation, ramenant vers le centre les associations du groupe autour du présentateur du cas.

Et que dire de Michel Sapir et d'une image princeps que je garde de son enseignement, sans en cacher l'aspect transférentiel qu'elle véhicule ; entendons-le reprendre le corps à corps médecin-patient, son insistance à ce que le médecin prenne conscience de l'impact du malade sur lui : « Le médecin qui palpe un ventre, sait-il qu'il palpe un ventre ? L'on pourrait subsidiairement demander : est-ce utile, inutile ou nuisible qu'il le sache ? » Cette main que je voyais se poser doucement sur le ventre et dont je n'oublierai jamais à quelle perspective elle introduisait dans la formation à la relation des soignants.

Mais revenons au présent, le thème de notre séminaire Paris 2008 introduit une distance nécessaire à un objet d'études, qui, comme vous pouvez le constater, m'a sollicitée fortement et nous sollicite tous pour autant que nous puissions nous laisser aller aux associations, aux émotions, aux souvenirs, à la mémoire de ceux qui nous ont marqué de leur présence.

Corps, Parole, Mémoire et Psychodrame Balint, avec cette formulation, nous sommes à l'essentiel, à ce qui fonde la méthode du Psychodrame Balint, son intérêt dans une formation de soignants qui prend en compte le corps dans la perspective relationnelle.

Nos collègues dans les exposés de la journée exploreront de leur point de vue ce vaste programme, et je me réjouis avec vous de les entendre.

Pour ma part j'ai envie de vous communiquer en trois petites séquences ce que je me dis de cet essentiel.

La première, **l'indissociabilité du corps et de la parole**, partirait d'une réflexion que je me fais souvent en réfléchissant après une séance de psychodrame.

un participant prend la parole, il fait part d'une difficulté, d'un malaise, de quelque chose d'obscur qui lui est resté d'une consultation, d'une rencontre parfois unique,... mise en scène ,des jeux ,des éléments lui reviennent, surprise d'un geste, inattendu d'une parole, d'un mouvement comme un lapsus qui échappe et apparaît comme se déplieraient les orchidées de la mémoire, ce qu'il portait dans son corps, ce qu'il ne savait pas porter et qu'il va retrouver, en retrouvant le corps de son patient, les changement de rôle, dans la résonance et doublages du groupe, et c'est à partir de cette " obscurité " qu'un cheminement va se faire..., ce dont la plupart du temps nous n'aurons pas connaissance, mais dont nous saurons toujours que c'était pour cela qu'il avait présenté le cas.

La deuxième, **un corps pour penser**.

Au psychodrame pour le présentateur de cas qui se risque à mobiliser le souvenir, l'affect associé a une rencontre, l'espace du jeu, avec l'incarnation dans les rôles, l'impact des voix off, la pertinence des associations se métamorphose en espace pour penser. Penser mais pas comme d'habitude, avec tout ce qui tourne dans la tête (le moi idéal, etc.), tout ce que l'on sait, devrait faire ; mais penser à partir de son corps, penser à partir de ses sensations, et c'est une expérience très nouvelle qui bouscule et introduit un changement non négligeable pour un soignant formé par ses études à les faire taire justement comme parasites et malvenus, ces messages sensoriels.

Penser. Certains nous disent d'ailleurs qu'il leur arrive dans des moments de difficulté de convoquer le groupe, comme une scène intérieure pour imaginer ce qui se dirait à ce propos-là, pour se donner l'espace, les moyens de penser.

J'observe le jeune médecin généraliste qui vient de rentrer dans le groupe. Il veut faire au mieux, content de sa science relationnelle toute neuve, il retrouve sa patiente dans le jeu, s'interroge dans un soliloque, mais qu'est-ce qu'elle me veut ? Je remarque le corps, l'attitude de l'animateur près de lui, de tout son corps, je le ressens, ... il est là tout près comme un arbre, épaulant la croissance de ce jeune collègue.

Cela me touche, je me dis il en fallu du temps pour être ce corps là, il en faudra du temps à ce jeune généraliste pour accueillir la confiance qui s'est instaurée avec cette patiente qui lui fait peur soudainement, du temps pour se faire confiance.

C'était ma 3e remarque, c'est aussi dans **un corps à corps animateur-participant** que va se dérouler le transfert, la relation.

Voila ces petites remarques que je vous livre comme des pistes.

Je pense que nous en aurons une moisson au cours de cette journée et je vous souhaite un bon travail de pensée à partir des exposés, des groupes de Psychodrame Balint auxquels vous allez participer.

Un grand Merci à toute l'équipe de Paris, à l'énergie déployée de Marie Noëlle Laveissière ,Caroline Dauchez et François Berton à qui nous devons la belle photo de la plaquette ,merci.

C'est une chance de s'inscrire ainsi dans le temps, dans une histoire !

Annie Bouillon,
présidente de l'AIPB.

Traces et regards

Philippe Otmesguine *

Bonjour, Ça a été pour moi un vrai plaisir tout autant qu'un challenge lorsque Caroline DAUCHEZ m'a proposé de m'exprimer devant vous aujourd'hui à propos de mes différentes expériences de pratique de Balint. Il s'agit en fait de repérer ce qu'une expérience de psychodrame m'a apporté par rapport à quinze années de Balint dit classique.

Je me suis installé comme médecin généraliste à la fin des années 80 dans un cabinet de groupe de la banlieue nord de Paris, et mes collègues, plus âgées que moi, avaient déjà expérimenté cette « supervision en Balint » et souhaitaient reprendre l'expérience avec un nouveau groupe. Je ne savais pas grand-chose, ni de la médecine, ni du Balint, je n'avais à l'époque pas lu le livre de Michael BALINT, ce fut là ma première préoccupation... mes associées m'ont emmené dans l'aventure. Je ne saurais trop leur dire merci.

Pour information, vingt années ont passé et ce groupe fonctionne toujours, sur un mode très informel de partage d'expérience. C'est l'occasion de se retrouver à 6 participants tous les un à deux mois, dans une atmosphère désormais beaucoup plus amicale que professionnelle, de boire une bouteille de Champagne en avalant un gros gâteau au chocolat tout en travaillant (j'assume le choix du mot) plutôt maintenant sur des thématiques qui nous renvoient à des cas concrets que l'inverse. Nous nous sommes ainsi confronté à la maltraitance dans la pratique de la médecine générale, à la perversion, à la problématique du désir, à l'absence d'insight, à l'inhibition... Je n'affirmerais pas qu'on puisse encore, vingt ans plus tard, appeler cet échange un Balint au sens strict du terme, et qui plus est cela pose la question de l'arrêt du groupe à un moment donné, mais nous n'en avons pas envie.

Pas mal d'années plus tard, commençant à BOBIGNY mon cursus de sexologie, j'ai participé pendant trois ans à un groupe de psychodrame. Autre temps, autre groupe, autre pratique, mais même objet, l'émotion dans la relation, ses origines, ses corollaires, ses conséquences.

Je me suis d'abord demandé ce qui justifiait l'existence de deux techniques pour un même but. Assez vite j'ai repéré que, triste Sire, fait d'un cerveau et d'un corps, j'utilisais, nous utilisons souvent à notre insu de multiples langages et de façon concomitante.

A travers ces langages nos messages sont différents, à travers ces messages, nos émotions sont différentes.

A travers ce constat, se pose la question de ce qui se joue dans la relation à l'autre.

Souvenez-vous :

« Il dit non avec la tête mais il dit oui avec le cœur
Il dit oui à ce qu'il aime mais il dit non au professeur
Il est debout, on le questionne
Et tous les problèmes sont posés
Soudain le fou rire le prend
Et il efface tout Les chiffres et les mots
Les dates et les noms
Les phrases et les pièges
Et malgré les menaces du maître
Sous les huées des enfants prodiges
Avec des craies de toutes les couleurs
Sur le tableau noir du malheur
Il dessine le visage du bonheur »

C'est *le cancre*, Jacques PRÉVERT évidemment. On apprend vraiment rien en fac de médecine...

Alors j'ai débuté à BOBIGNY cet apprentissage de la relation sous le projecteur de la mise en situation du corps et de l'espace tout autant que des mots et de leurs sens premiers et de leurs sens cachés.

Ce fût pour moi comme une révélation. Jusque là enfermé par les mots et les intonations que je leur donnais, enfermé par la certitude que j'avais d'en peser le sens et l'implication, d'interpréter ceux que l'on m'adressais, je recevais alors une clé m'ouvrant la porte d'un autre espace de réflexion et d'expression. J'entendais mieux, ou parfois autre chose, dans le silence.

Une idée me vient au vu de ce constat : je suis formaté depuis toujours à donner un sens aux mots

que j'emploie, aux mots que l'on m'adresse : « dis bonjour à la dame » ça veut dire « marques lui ton respect », « ne dis pas de gros mot » ça veut dire je t'ai bien éduqué...

Formaté pendant mes études : j'apprends un vocabulaire spécifique, scientifique, précis et alambiqué. Il m'identifie, crée mon appartenance au groupe des médecins, me rassure tout en me séparant de l'autre. Identité, pouvoir, ascendant pris sur l'autre par mon mode de communication plus que par la réalité de mon pseudo savoir...

Formaté aussi par mes études : tu lis FREUD et tu te laisses envahir par la découverte de l'existence du lapsus. Quand on est jeune dans le métier, ça frise l'extase. Quel pouvoir, brutalement acquis ! Je connais l'autre au-delà de lui-même. Bien sûr je suis là quelque peu caricatural, mais tout de même.

Jamais on ne m'a jamais dit « repères l'endroit où s'assoit le patient dans la pièce et tu comprendras le degré de confiance qu'il te porte ». Il y a une bonne raison à cela : moi seul décide où il s'assoit... et il a fallu attendre bien longtemps pour qu'on me dise : « si tu es assis face à l'autre, ce n'est pas pareil que si tu t'assois à coté de lui »... c'est vrai, après tout, traiter un rhume, c'est traiter un rhume.

Mais attention, un face à face dans le pouvoir, avec un patient bronchitique, ça expose immanquablement le médecin à ... la bronchite. Et ça je vous prie de le croire, c'est du vécu. Alors j'ai commencé à m'asseoir à coté de tous ceux qui toussaient, reniflaient, éternuaient. Par contre je continuais invariablement à faire face à ceux qui pleuraient. Les premiers finirent par me dire « vous avez peur de tomber malade, docteur ? ». Les seconds ne me disaient plus rien... je validais mon émotion avec les premiers et j'invalidais l'émotion des seconds... c'est vraiment dur de faire docteur...

Alors j'ai décidé d'acheter des masques et des kleenex, pour me protéger des premiers et pleurer avec les seconds. Heureusement pour moi un soir de verglas je suis tombé sur le mot « empathie ». Ça m'a évité quelques frais de matériel. Comprendre ce qu'il ressent, ça aide dans la relation, mais ce n'est pas ressentir à sa place.

Formaté au langage et à son analyse, oui, et de plus en plus avec l'expérience qui s'accroît, c'est vrai que c'est nécessaire. Par contre je n'ai jamais été éduqué au corps, au mouvement, à l'espace à travers ce qu'ils véhiculent d'émotion.

Et maintenant que je l'ai non seulement compris mais surtout expérimenté – dans mon propre corps, grâce au psychodrame – je ne pourrai plus jamais faire comme si ça n'existait pas. Et quand bien même l'autre ne viendrait « que pour parler », ce qui arrive parfois dans nos consultations.

Le corps, c'est d'abord le mien, dans ce qu'il a d'imposant ou de fluet, dans sa présentation costume cravate ou jean basketts, barbe naissante ou rasage frais du matin, dans son impotence ou sa fluidité, dans sa manière d'occuper l'espace, qui je le rappelle est en général mon espace, mon lieu, mon cabinet.

C'est d'ailleurs un corps qui me parle, me fait mal après une séance de sport un peu trop intense, me rappelle qu'on est au printemps avec ce picotement de narine et cet éternuement bien gênant en consultation. Ce corps parfois porteur de pathologies, autres ou identiques à celles de mon patient. Ce corps porteur de traces qui sont celles de mon histoire, ce corps avec sa façon bien à lui de réagir, de se crisper ou se détendre, d'accepter ou de refuser.

C'est aussi le corps de l'autre, porteur de son histoire et de ses traces, de ses pathologies et de ses émotions. Porteur de sa demande, de ses plaintes, de ses douleurs, de ses cohérences et de ses paradoxes.

Petite vignette clinique de l'expérimentation « in vivo » du corps porteur d'émotion, dispensateur d'un message :

Il y a de cela quelques années, je reçois en consultation le mari d'une de mes patientes. C'est la première fois que je le vois, mais je ne le connais que trop : en fait elle me parle de lui depuis dix ans, pleurant toutes les larmes de son corps, me le décrit comme tyrannique, humiliant, non attentionné, pervers. Elle souffre de cette relation qu'elle appelle « relation d'amour », elle en comprend nombre de mécanismes, mais ne s'en défait pas. Elle m'émeut depuis bien longtemps. Lui, je m'en méfie comme de la peste, je ne l'ai jamais vu mais je ne l'aime pas.

Il arrive donc sur « mes terres » pour me parler d'elle, de sa déprime chronique et du coté insupportable de cette femme pour lui et sa famille. En réalité il pénètre sur « ses terres à elle », puisque c'est son lieu de soin à elle. «Mais que faites vous donc

pour ma femme depuis tant d'années, docteur, à ne pas réussir à la sauver...»

Je reconnais tout de suite le pervers qu'elle m'a décrit, le manipulateur incisif et cruel, cet être qui ne jouit que du pouvoir délétère qu'il exerce sur l'autre.

C'est dangereux, un pervers.

Je suis sur mes gardes, pèse chacun de mes mots, j'écoute plus que je n'interviens, je me crispe, prends un air affecté, je cherche à l'éconduire, à ne pas me mettre en faute eu égard au secret médical, ne pas entrer dans son jeu, m'en débarrasser.

Il sent très bien tout cela, il m'analyse, me décrypte, se joue de moi et de mes faux semblants. Je finis par lui dire que c'est son lieu à elle, et qu'il vaut mieux qu'il ne revienne pas. Il part apparemment mécontent, en fait, parole de sexologue, il a jouit. J'ai pourtant eu de la chance, je ne m'en suis pas si mal sorti, j'ai contenu tous les mots, je n'en ai pas trop dit. Je ne l'ai jamais revu.

Et je m'offre dans les heures suivantes le plus beau torticolis de mon existence. J'en comprends l'origine, trop de tensions dans cette consultation, trop de crispation, trop de peur. Le torticolis passe et j'oublie l'histoire. Je reçois six mois plus tard en consultation un individu que je n'ai jamais vu auparavant, avec une demande que je ne cerne pas très bien, il me questionne, m'examine, me demande mon avis sur tout et surtout ce qui dans sa vie ne me concerne pas, me met mal à l'aise. Je ne comprend rien mais éprouve brutalement cette douleur dans le cou, cette nouure de mes muscles trapèzes, cette trace d'une réaction à une structure psychique perverse que je connais déjà, j'y ai été confronté. Je reconnais cet éprouvé, je reconnais en moi la même gêne, la même peur, je reconnais en lui la même tentative d'instrumentalisation, la même perversion, la même agression. Alors c'est tout à coup plus facile: je ne suis plus seul dans un univers inconnu, mais je suis moi, à ma place, avec la compréhension que mon corps vient d'autoriser, je me sens moins démuni, moins coupable de ne «rien» comprendre, j'ai une idée moins vague de ce que je vais devoir faire: j'ai compris l'impasse, je peux plus tranquillement la refuser.

Deuxième petite vignette clinique: Dans mon cabinet actuel, où je ne reçois les patients qu'en tant que sexologue, (je n'exerce désormais plus la médecine générale) j'accueille un jeune couple. C'est la première fois que je les vois ensemble mais j'ai déjà reçu l'homme à plusieurs reprises car il souffre d'éjaculation rapide. C'est à ma demande, car je le sentais plus empêtré dans son histoire de couple que gêné par son symptôme, qu'ils consultent à deux.

Mon bureau est un grand meuble long et large, laissant une vaste place à mes patients en face de moi, mais j'ai un bel écran d'ordinateur high-tech, qui barre toute la partie gauche de la table de travail, il fait écran dans tous les sens du mot. Caché derrière, le patient se protège tant de mon regard que des mots que j'emploie. Je connais bien cette faille au système et suis toujours vigilant à ce que le patient se place du coté non masqué. Lorsqu'ils consultent en couple c'est plus compliqué.

Ce jour là, l'homme galant laisse sa compagne pénétrer la première dans la pièce, elle s'installe d'autorité du coté le plus propice à me faire face, son conjoint récupère la place proche de l'écran, et s'y tasse, lentement, tranquillement, inexorablement.

Je leur souhaite la bienvenue et explique pourquoi j'ai proposé qu'ils viennent ensemble ce jour, expliquer à la partenaire ma démarche dans le soin du conjoint, répondre à ses questions, les faire exprimer tous les deux en présence d'un tiers «neutre», ailleurs que dans le colloque singulier de leur intimité, exprimer peut-être différemment.

La jeune femme me fait face au point qu'elle tourne presque le dos à son ami. Lui, est tourné vers elle, j'aperçois avec peine sa mèche pas très rebelle, et à force de contorsions je repère dans ses yeux l'amour total qu'il lui porte et l'inquiétude manifeste de ce qui va peut-être se dire.

Elle prend la parole d'une voix très assurée, monopolise à grand renfort de mots et de mouvements du corps tant l'espace sonore que l'espace géographique.

Et lui se ratatine, lentement, tranquillement, inexorablement.

Toutes mes tentatives pour le faire s'exprimer sont vaines, enfermé qu'il est dans sa tour d'ivoire, protégé mais condamné au silence, anéanti.

J'exprime alors ma gêne de ne pouvoir le voir, et à leur grande surprise, leur propose d'intervertir les place. Je le fais tranquillement et avec bonhomie, m'adressant plutôt à lui pour qu'elle ne se sente ni rejetée ni exclue. Ils s'exécutent, souriants et gênés.

La fin de la séance est sans surprise, tant pour moi que pour vous: vous l'aurez compris, il se met à parler, pusillanime et économe de mots au début,

il parle ensuite de sa difficulté, de sa culpabilité à lui imposer un tel dysfonctionnement, à la frustrer dans son plaisir à elle, de son besoin, enfin, qu'elle l'aide dans la démarche...

Je termine la séance en replaçant le symptôme dans la dynamique du couple et non sur les épaules du seul fauteur de trouble. Ils pourront revenir à deux s'ils le souhaitent. Elle n'est jamais revenue. Lui a depuis bien avancé: à la lueur de ce que j'ai compris de leur fonctionnement, à la lueur de ce qu'il a compris pour lui, de ce fonctionnement, il s'est mis à travailler en séance pour lui au moins autant que pour elle ou pour eux.

Alors que m'a appris ce regard différent ? le fonctionnement du couple, donnée certes indispensable pour comprendre son symptôme, mais aussi que pour aider l'autre à s'exprimer, il ne suffit pas de le lui dire, encore faut-il le lui permettre, l'y autoriser.

Pour conclure je voudrais prendre une dernière petite vignette: Il est 18 heures samedi après-midi dans le métro. Le wagon trimballe nos corps de sardines comprimées de rame en rame, de station en station. Installez vous à coté d'un voyageur debout, tassé contre la porte. Il fait chaud, mais tout va bien. Et puis à l'occasion d'un de ces mouvements de foule dont seule la RATP a le secret, faites lui face, museau contre museau, écrasé de toute part par la nuée compacte des promeneurs du samedi: tout ira mal je vous l'assure, le souffle chaud de l'autre sur votre décolleté, le regard oblique fuyant votre regard, le corps raidi se sentant agressé. Bien involontairement— vous venez de violer son espace intime, vous êtes «entré sans frapper». Et pour sûr pire encore si vous vous exprimez: si vous dites «ne vous inquiétez pas, je ne vous veux aucun mal», vous allez immanquablement susciter le doute, décupler le mal-être.

Alors j'aime les mots, leurs doubles ou triples sens, j'ai lu et relu cette intervention avec l'espoir de vous en convaincre quelque peu. Mais sans l'expérience émotionnelle et corporelle du psychodrame, je serais passé à coté de quelque chose. N'oublions pas le corps, l'espace, l'atmosphère. Ils sont lieux et supports de l'émotion plus encore que le verbe, ils sont langage, message, relation. Ils conditionnent ce qui va se passer.

Il dit non avec la tête mais il dit oui avec le cœur
Il dit oui à ce qu'il aime mais il dit non au professeur
Il est debout, on le questionne Et tous les problèmes sont posés...

Je vous remercie.

* Sexologue
5, rue de Charonne
75011 Paris.

Quand le corps prend la parole

Monique de Hadjetlaché*

Marie-Noëlle LAVEISSIÈRE m'a demandé d'aborder notre thème à partir de l'ensemble de mon expérience d'animateur de psychodrame-Balint, de relaxation psychanalytique à Induction Variable et d'analyste.

Je ne peux commencer cet exposé sans évoquer et lier les noms d'Anne CAÏN et de Michel SAPIR qui ont tous deux profondément marqué ma vie professionnelle. Si j'associe leurs noms, c'est que leur relation n'était pas seulement amicale, elle se fondait également sur la mise en commun de leurs richesses et expériences respectives. Les journées de Divonne, puis d'Annecy ont permis à des générations de soignants de vivre au travers de ces deux techniques une autre approche du corps et de la relation soignante. Toute ma vie professionnelle, y compris dans mon travail d'analyste a été au bénéfice de ce que j'ai appris à leur contact. Mais ce n'est pas tout. L'histoire, pour moi a commencé bien avant, et je voudrais l'évoquer aussi, parce que cela montre tout l'impact que peuvent avoir les relations soignantes.

La journée d'aujourd'hui a pour thème Corps, histoire, mémoire. Si mon trajet professionnel a été celui-ci, je le dois en très grande partie au médecin généraliste de mon enfance. Bien sûr, je n'en ai fait une lecture que longtemps après.

A 5 ans, j'ai eu une pleurésie purulente. Notre médecin de famille, ami de mes parents, décida qu'il essaierait de ne pas m'hospitaliser. J'eus donc plusieurs ponctions pleurales à domicile. J'en ai gardé un souvenir extrêmement précis. Le médecin m'a assise au bord du lit de mes parents, et a demandé à ma mère de se tenir à l'écart, dans un coin de la pièce. Il affirma que nous allions nous « débrouiller » tous les deux. Il me dit que j'étais gravement malade, que je ne pouvais pas respirer (cela, je le savais !) parce que j'avais beaucoup de pus autour du poumon. Il m'expliqua qu'il fallait le faire sortir, et qu'il allait ponctionner avec une aiguille. Il fallait que celle-ci soit assez longue pour passer de l'autre côté, et assez grosse pour que sorte le pus épais. Cela me paraissait logique, mais j'étais tout de même inquiète ! Je lui demandai s'il allait traverser mes côtes ! Patiemment, il m'expliqua que l'on pouvait passer entre, et me fit toucher l'espace intercostal, pour que je le sente bien.

« Et ça fait mal ? » lui demandai-je.

« Oui » me dit-il.

« Mal comment ? »

« Comme quand tu tombes et que tu te fais quand même vraiment mal » (je connaissais bien car j'étais plutôt du genre casse-cou).

« Alors, ça va ! »

Je ne me souviens ni de peur, ni de mal, seulement de l'immense confiance que j'avais en cet homme. Je lui sautais au cou lorsque je le rencontrais dans la rue ! À partir de ce jour-là, j'ai affirmé : « Moi aussi je serai un docteur ». Et les années n'ont pas modifié le choix de mes 5 ans. Lorsque beaucoup plus tard j'en ai reparlé avec ma mère, elle a confirmé le souvenir que j'en avais. Ce qui aurait pu être un traumatisme pour moi a été à l'origine de ma vocation médicale, et sans doute aussi, avec d'autres choses, de mon choix d'être psychiatre... un médecin de la parole, mais a contribué aussi à ce que j'aie toujours gardé bien présent le lien de la parole et du corps.

Il m'est arrivé, en tant qu'analyste, de recevoir des personnes qui parlaient facilement, de façon très intéressante, mais dont la parole était coupée de son ancrage corporel, désaffectisée, entièrement intellectualisée. J'ai plusieurs fois proposé, au lieu de l'analyse qu'ils étaient venus demander, un temps préalable de relaxation, ou de psychodrame, pour qu'ils trouvent l'accès à une parole incarnée. Ceux qui ont accepté m'en ont tous remerciée.

Aux journées d'Annecy, qui comportent des sensibilisations de relaxation RIV et de psychodrame-Balint, on constate combien la façon d'amener des cas dans les groupes Balint verbaux qui suivent ces séances est différente après cette expérience qui met en jeu le soignant dans son corps. Dans ces deux approches, on apprend à entendre le corps : celui du soignant comme celui du soigné.

Dans mon cursus personnel de relaxation, j'ai pris conscience d'une chose : mon corps sent, sait

fréquemment avant ma tête ! J'ai prêté l'oreille, ensuite, dans mon travail d'analyste, aux mouvements corporels, qui disent souvent chez moi, comme chez les analysants, des mouvements internes qui n'ont pas encore trouvé leur expression dans la pensée.

Dans mon travail d'analyste j'ai fréquemment fait décrire les lieux, le cadre, comme on le fait avant de mettre en place un jeu en psychodrame-Balint. Cela amène des éléments très signifiants, et parfois remobilise des éléments oubliés. J'ai sensibilisé les analysants à entendre les réactions et mouvements involontaires de leur corps comme une parole signifiante.

Comme soignants, nous savons depuis longtemps que *le corps prend la parole par le symptôme*, mais pour que le symptôme devienne parole, il faut qu'il puisse prendre sens. C'est le fruit du travail thérapeutique. C'est parfois presque magique : je me souviens d'une jeune femme envoyée par un otorhinologue pour des troubles de la déglutition sans substrat organique. Elle me dit, sans rien en entendre : «Mon mari m'a trompée, et ça, je ne peux pas l'avaler ! »

Une autre fois, à l'hôpital, j'avais été appelée comme consultante pour un homme qui présentait des douleurs abdominales fonctionnelles, depuis plusieurs années. Lorsque je lui demandai s'il pouvait dater le tout début de ses symptômes, il me dit : « Oh oui, c'est l'année où ma fille a été enceinte ». Et il se mit à pleurer en me racontant l'effondrement de son honneur à cette occasion. Ce dernier exemple montre bien que le passage du symptôme à la parole n'est qu'un début. Car c'est l'identité même du sujet qui était engagée dans la question, et il faudra déployer ce qui est en jeu, et que l'identité puisse se reconstruire dans un au-delà de la blessure ou de la perte.

J'en viens maintenant aux deux approches particulières de la relaxation et du psychodrame-Balint.

Un petit épisode clinique de relaxation :

Nous étions dans le cadre d'une sensibilisation de professionnels, en petit groupe. Nous faisons le plus souvent, deux séances, à un jour d'intervalle. Chaque séance comporte un temps de relaxation, et un temps de parole qui permet de partager, si on le veut, ce qui est venu dans le corps et dans la pensée, et ce qui s'y associe sur le moment, et dans l'interaction des uns avec les autres.

Dans le groupe, ce jour là, il y avait un homme jeune, très grand et maigre, la trentaine, mais avec une apparence de grand adolescent. Au cours de la première séance, mon collègue et moi proposons une prise de conscience globale du corps, de sa détente et ses tensions, proposant d'accueillir sans jugement ce qui vient, tel que ça vient. L'induction est faite à deux voix. Le toucher est un toucher global, contenant, qui suit tout le contour du corps. Cet homme, après la reprise, dira son étonnement : Il a commencé la séance dans un grand état d'angoisse. Il était sur le qui-vive, puis le toucher l'a, dit-il, apaisé, rassemblé. Il a été sensible aussi à la voix, non pas aux paroles et à leur contenu, mais au bercement de la voix.

Le lendemain 2e séance. Lors du temps de parole, il fait part de ce qui s'est passé pour lui entre nos deux séances. Sa mère est morte il y 10 ans. Ses frères et sœurs s'étonnaient qu'il n'en exprime jamais rien, n'évoque aucun souvenir. La nuit entre nos deux séances, il a rêvé de sa mère, pour la première fois depuis 10 ans. Il a pleuré, puis s'est senti beaucoup mieux. Il le relie spontanément au toucher, qui est venu réveiller en lui des sensations oubliées. Il précise qu'il ressent s'être laissé aller parce que, dans ce lieu, il s'est senti en sécurité.

FREUD nous dit que « le moi est avant tout un moi corporel » , et que la pulsion libidinale est faite de deux parties : l'affect et sa représentation, qui elle seule, peut être refoulée. Ce qui se déroule dans des moments comme celui que je viens de décrire, c'est, par la régression qui vient retrouver des zones archaïques, une remise en connexion d'un affect avec sa représentation refoulée. La relaxation a permis que se remette en route un travail de représentation. La surface corporelle a une importance particulière. Je cite Freud : « Le corps propre, et avant tout sa surface, est un lieu dont peuvent provenir simultanément des perceptions externes et internes. »... D'où les possibles reconnexions.

Parfois c'est une sensation particulière qui permet l'accès à la représentation. Elle peut être une « fausse sensation » (fausse quant à la réalité objective, mais

pleine de sens dans la réalité subjective). Ainsi une jeune femme malgache, au cours d'un groupe, expliquera qu'elle avait éprouvé une drôle de sensation: comme si ses pieds ne reposaient plus sur le matelas, alors qu'elle savait pertinemment que ce n'était pas vrai. Son association: comme si j'avais perdu mes racines... et elle évoque son départ de Madagascar, dans des circonstances difficiles, l'avion qui l'a amenée en France. Un autre membre du groupe fait alors état du fait qu'un avion est passé, pendant le temps de relaxation, assez bruyamment. La jeune femme dit ne pas l'avoir entendu. On voit ici comment se mêlent perceptions et représentation, et comment le corps peut créer une métaphore qui devient parlante... Si bien-sûr le cadre permet cette parole. Ici bruit d'avion inconsciemment perçu – le grand départ – la métaphore des pieds hors du matelas.

Et en psychodrame-Balint?

Le corps est engagé, et on donne la parole à ses mouvements. C'est d'ailleurs ce qui peut faire peur à certains.

Lors d'une séance à Nîmes, une participante amène un cas: celui de la prise en charge en orthophonie d'un tout petit enfant, dont la mère, nous l'appellerons Marie, a elle-même posé l'indication, sans prescription du médecin qui pensait qu'on avait bien le temps de voir l'évolution spontanée.

Je ne vais pas déployer le cas, mais simplement un aspect du travail en lien avec le thème d'aujourd'hui.

La soignante commence ainsi: «Je me demande si je ne me suis pas plantée», si je suis à la bonne place. Ce mot «se planter», qui sera relevé par mon co-animateur lors de la reprise finale, a certainement traversé toute la séance. En psychodrame-Balint, ce sont des sensations, mais aussi des mouvements du corps qui viennent apporter un éclairage.

Le premier jeu met en place la maman, Marie, imposant quasiment la consultation, balayant tous les arguments avancés. Alors que nous sommes en train de mettre en place le 2e jeu, la présentatrice et moi-même étant en train de poser le cadre de la consultation, celle qui avait joué Marie, sans avoir été sollicitée, se dresse d'un bond, va chercher une chaise et se plante devant. Je demande alors à la présentatrice si elle accepte cette initiative, ou si elle choisit une autre personne pour représenter Marie. Elle accepte. Après le jeu, j'interroge cette précipitation. Elle n'est pas consciente: la participante argumente qu'elle voulait simplement aider!

Lors du jeu suivant, la même précipitation, lors d'un changement de rôle, lui fait prendre la place de la soignante en place de celle qui jouait le rôle du père de l'enfant. Les autres membres du groupe sont amusés, mais également commencent à percevoir le lien avec la question de départ: est-ce que je suis à la place adéquate, et quelle place occupe Marie, la mère? Là, notre Marie du jeu prend instinctivement toutes les places!

En effet, ces mouvements impulsifs, bien visibles, puisqu'ils mettent le corps en mouvement, viennent témoigner de phénomènes identificatoires, qui sont la base même de toute une part de notre travail. Mais si à certains moments, se mettre à la place de l'autre est tout à fait conscient, recherché, à d'autres c'est agi à l'insu même de celui qui le fait. FREUD, lorsqu'il décrit les différentes formes d'identification, souligne que l'identification à un trait de l'objet est «l'indice d'un lieu de coïncidence des deux moi, lieu qui doit être maintenu refoulé». «Elle peut naître chaque fois qu'est perçue à nouveau une certaine communauté à la personne...».

En pathologie, on est dans une identification fixée, en général à des personnes particulièrement investies, ou investies par des personnes proches. Ici, on est dans une identification temporaire, fugace, une identification du moment. Mais le mécanisme est certainement de même ordre. On ne va pas en psychodrame Balint chercher à approfondir cette communauté d'affect côté soignant, nous n'avons en aucun cas à le faire, mais on va utiliser l'éclairage que cette identification agie constitue pour le cas. Elle déploie en effet une mise en scène supplémentaire du cas. Ici, l'autre signification du signifiant «se planter» a été mis de façon éclairante en représentation.

Le moi est corporel. L'identification met en jeu le corps et l'histoire du soignant lui-même. Cela peut se présenter sous des formes diverses, voire des

sensations corporelles transitoires. Il est important de les entendre comme une parole, qui dans l'ici et maintenant exprime un aspect du cas qui est travaillé.

Je n'ai abordé que des aspects parcellaires, mais sûrement d'autres éclaireront d'autres aspects. Et chacun poursuivra, à sa façon !

* Psychanalyste.
30, rue Saint-Laurent
30000 Nîmes

Bibliographie :

– FREUD, *Le moi et le ça*, p. 238, Essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot
– FREUD, *Psychologie des foules et analyse du moi*, chap 7 : « L'identification », p. 170, Essais de psychanalyse.

La mémoire et le corps dans le psychodrame-Balint[1]

Jean-Pierre Bachmann*

Lors de nos journées de réflexion sur notre travail en psychodrame-Balint le thème de la mémoire revient avec insistance. Il y a deux ans, à l'occasion de nos Rencontres de Toulouse[2], en traitant de la notion d'après coup, nous avions déjà abordé la question de la mémoire et rappelé que les scènes que nous jouons en psychodrame Balint sont plus des reconstructions et des réinventions du souvenir que le rappel d'une scène « réelle » ou « historique » ? L'insistance à traiter de ce sujet n'est-elle pas le signe tant de la complexité de cette problématique que d'avoir laissé en suspens dans notre réflexion sur la mémoire son articulation avec la place que prennent le corps et la parole ?

Cette mise à l'écart ou en suspens du corps, et de traces mnésiques qui lui sont liées, j'en ferai à nouveau l'expérience dans la préparation de cet exposé. Pendant plusieurs semaines et alors que je lisais des articles sur le thème qui nous occupe aujourd'hui j'avais totalement oublié qu'à la demande d'Anne Caïn j'avais fait un exposé sur la place du corps dans le psychodrame Balint[3]. J'étais très troublé par cet oubli. Je retrouverai les traces de ce travail dans lequel je décrivais la place que prenait le corps, aussi bien dans sa dimension de mobilisation des affects que dans son rôle de révélateur des processus d'identification à leurs patients pour un groupe de jeunes médecins. Je montrais aussi la modification de leurs discours concernant tant le corps réel que le corps imaginaire de leurs patients dans ce travail de groupe, mais aussi leur très grande discrétion quand à la verbalisation de leurs propres vécus corporels. Je parlais aussi du contre-transfert corporel du soignant et de celui de l'animateur.

Mais pourquoi un tel oubli ? Faut-il y voir ma crainte d'éprouver un certain malaise à retrouver un travail ancien, que je risquais de renier ? Il y avait sans doute de cela. Par un processus de déplacement, cet oubli m'avait permis de masquer le souvenir d'une autre expérience, dans un registre différent, et émotionnellement bien plus dérangeante, expérience vécue lors de l'animation d'un groupe.

Anne Caïn m'avait mis à l'épreuve en me demandant, à l'improviste, d'animer. Des images, des flashs me sont revenus de cette séance. Le souvenir de mon sentiment de solitude d'animateur face à un groupe où je ne trouvais aucun visage connu. Peu de temps avant le début du groupe je faisais la connaissance de ma co-animatrice qui restera, dans mon souvenir du moins, une présence des plus discrètes. Je retrouverai surtout des souvenirs de mon corps en tension, en mouvement aussi, de ma voix qui avait du mal à se poser et à porter, dans le décor si froid d'une grande salle d'hôpital. Le souvenir aussi très flou, dans une certaine grisaille, de la masse corporelle de ce présentateur médecin, debout face à moi et qui manifestait tant de résistance à jouer quand je l'invitais à retrouver son patient. A corps défendant il ne voulait pas se laisser emmener à revisiter les souvenirs d'une relation en souffrance. Et comme des bouées de sauvetage, je retrouvais les images de quelques participants, qui par leurs doublages vifs, incisifs, ouvraient avec force la voie sur l'imaginaire. J'ai surtout le souvenir qu'un des participants par son doublage, expression d'un fantasme fort et cru, modulé par l'accent du midi, m'avait particulièrement aidé à avancer dans ce travail d'animation. Mais dans ce souvenir, comme dans tous peut-être, quelle est la part de la transformation, de la reconstruction ?

Ce passage par un exemple de la psychopathologie de la vie quotidienne, par cet oubli de mes éprouvés corporels, par cette tentative de refoulement, est bien au centre de la question qui nous occupe aujourd'hui. Comment en tant que soignant sommes-nous affectés dans notre corps par notre rencontre avec nos patients, et pour ceux d'entre nous qui animons aussi des groupes, dans notre travail d'animation ? En effet dans toutes les scènes de notre vie professionnelle, même dans l'effacement visuel du psychanalyste dans le cadre de la cure-type, notre corps est aussi de la partie.

Didier Anzieu écrivait, en 1974[4], que le corps, «comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée présexuelle et irréductible ce sur quoi toutes les fonctions psychiques trouvent leur

étayage », a été, presque tout au long du troisième quart du 20e siècle, le grand absent, le méconnu, le dénié dans bien des champs des sciences humaines mais aussi dans le psychologisme de maints thérapeutes. Auparavant, du temps de Freud, le grand absent c'était le sexe ! Plus près de nous Michel Sapir[5] ne nous a-t-il pas souvent rappelé, dans sa description de la démarche clinique, cette impossibilité à laquelle la médecine se trouvait confrontée d'intégrer à sa recherche théorique sur le corps l'étude du charnel et de l'éprouvé ?

Les choses ont sans doute bien changé depuis les propos d'Anzieu, souvent cités, du moins pour bien des psychanalystes. Sans vouloir retracer ici les modifications de la place donnée au corps dans la psychanalyse je souhaite rappeler quelques données fondamentales.

Freud, la mémoire et le corps

La place donnée au corps, dans les débuts de la démarche de Freud, est indissociable de celle de la mémoire. Et, comme le rappelle Mauro Mancia[6], tout discours sur l'inconscient présuppose une discussion sur la mémoire. Si Freud n'a pas formulé de théorie d'ensemble de la mémoire, l'importance qu'il lui accorde est intimement liée au processus de transformation que peut promouvoir la démarche analytique. « C'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique » écrivent Breuer et Freud dans les *Études sur l'Hystérie*[7]. Et c'est dans le corps, à travers les symptômes les plus divers, paroxystiques ou plus durables que le conflit psychique vient se symboliser. « Les incidents ayant une importance pathogène (dans la genèse de l'hystérie) ainsi que toutes les circonstances qui les accompagnent, sont fidèlement conservés dans la mémoire, même quand ils apparaissent avoir été oubliés et que le malade n'arrive pas à se les rappeler. »[8]

Dans les débuts de la psychanalyse le processus de guérison passe par la remémoration, par la levée du refoulement, avec un premier accent mis sur l'élaboration des souvenirs traumatiques. Mais par la suite Freud abandonne, en partie du moins, cette centration sur l'étiologie traumatique des troubles. Si cette démarche de remémoration reste importante elle aura tôt fait de montrer ses limites. Progressivement Freud mettra l'accent sur l'activité fantasmatique — et les scénarios imaginaires qui figurent de façon plus ou moins déformée l'accomplissement de nos désirs conscients et inconscients. Et même si certains fantasmes sont originaires, universaux, et constitueraient un patrimoine transmis phylogénétiquement, le fantasme est aussi en partie inscrit dans l'histoire singulière du sujet. Peu à peu Freud se rendra compte que certains patients sont dans l'impossibilité de se remémorer, de ramener des souvenirs : des évènements n'ont pour eux jamais fait l'objet d'une représentation, encore moins d'une mise en forme par le langage.

Pourtant le fait oublié réapparaît, se répète. Et s'il y a une compulsion, ou une contrainte, à répéter, ce n'est plus dans le langage verbal mais dans l'action, dans la manière d'être. En même temps que Freud met ainsi en évidence une mémoire non mnésique (mais cette expression n'est pas de Freud) il donne à la notion de langage une extension importante : « Par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mot, mais aussi le langage des gestes et toute forme de l'activité psychique... »[9]

Le modèle premier de la levée du refoulement, avec le travail d'interprétation qui l'accompagne, va être complété ultérieurement par le recours à la construction. « Assez souvent, écrit Freud, nous ne réussissons pas à amener le patient à se souvenir du refoulé. A la place nous obtenons chez lui, si nous avons mené correctement l'analyse, une ferme conviction de la vérité de la construction, qui a le même effet thérapeutique qu'un souvenir retrouvé. »

Cette conception de la démarche psychanalytique, qui donne toute sa place à l'histoire, et à sa reconstruction, est celle à laquelle, me semble-t-il, Anne Caïn restera attachée dans son activité de psychodramatiste. Il ne saurait bien entendu être question de vouloir transposer naïvement des aspects essentiels et spécifiques de la démarche et du processus analytique à l'application qui peut en être faite dans le travail psychodramatique Balint. Les participants à nos groupes ne sont pas des patients qui viennent pour trouver une réponse à leur souffrance et à leur

mal-être dans l'exploration des aléas de leur histoire infantile et adolescente. Mais la spécificité du travail Balint se fonde sur une écoute analytique du matériel et une référence aux fondements de la théorie psychanalytique tout en restant strictement focalisée sur la compréhension et l'élaboration de la relation soignante, sur l'identité professionnelle du soignant, sur les désirs, les conflits conscients et inconscients qui s'y jouent.

Balint et la place donnée au corps

J'en profite pour dire quelques mots de Michael Balint[10] et de la place qu'il donne au corps dans son travail de psychanalyste, en privilégiant, et en cela il est l'héritier de Ferenczi, le champ de l'expérience. C'est dans son étude sur la régression, notion sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir, qu'il écrit: « La régression induite par la situation analytique amène souvent le patient, au lieu de laisser pressentir ou donner habilement à entendre, à affirmer explicitement ce qui pense et ce qu'il ressent. Il réalise que les descriptions objectives et détachées ne suffisent pas, que les émotions concomitantes devront être exprimées. Le patient se met alors à varier l'intensité et le timbre de sa voix et à recourir à des gestes et à des mouvements. Il peut même être emporté par des émotions au point de passer à l'acte (acting) ». Balint accordait une grande importance aux passages à l'acte (acting) – mais dans ce cas particulier on peut aussi parler de passages par l'acte – ils avaient une valeur équivalente aux associations libres. Mais le point important qui nous intéresse est que ces passages par l'expression corporelle, par des mises en actes du corps, sont non seulement des répétitions mais peuvent être des moments créatifs qui favorisent le changement. Ils sont parfois une ouverture vers un renouveau. Balint décrit même l'acte comme une percée psychique, comme lorsqu'une de ses patientes exécuta une culbute sous ses yeux en cours de séance d'analyse.[11]

La place du corps dans le travail en groupe Balint.

Le corps dont nous parlons dans le travail Balint n'est peut-être pas le même que celui dont il est question dans le champ plus global de la psychanalyse qui peut s'intéresser au corps en tant que porteur d'une histoire, comme porteur de messages, mais qui explore aussi de manière plus spécifique l'image inconsciente que le sujet a de son corps[12], ou le corps comme un objet interne.[13]

Lorsque Balint et les membres de son premier groupe constatèrent que toutes les tentatives d'adapter des techniques nouvelles, importées de la « cuisine du psychiatre », comme nous le rappelle avec humour Arthur Trenkel[14], étaient insatisfaisantes dans leur espoir d'améliorer la qualité de leur travail, ils changèrent d'attitude. Ils centrèrent alors leur travail sur les interactions spécifiques entre médecin et patient et examinèrent dans quelle mesure ces échanges réciproques contiendraient en eux-mêmes un potentiel important en vue du diagnostic et de la thérapie. Ce changement d'attitude a été vécu par le groupe comme une percée psychique. Et conclut Trenkel: « la perspective relationnelle n'ouvre ainsi pas seulement des possibilités élargies dans la sphère psychique *mais aussi par rapport au corps dans ses dimensions relationnelles* (souligné par nous) ».

Même si cela n'a été pleinement compris qu'après coup, le psychodrame-Balint se situe précisément dans ce souci de la réintroduction du corps, dans la prise en compte du vécu corporel du soignant dans les processus de formation. Cette dimension est, à mon sens, également présente dans tout groupe Balint, quoique parfois silencieusement; l'importance qu'elle peut y prendre va toutefois dépendre de certaines caractéristiques liées aux membres du groupe et à leur évolution, mais, plus encore selon moi, de l'attention que l'animateur porte à cet aspect de la relation soignante, à l'expression du vécu des soignants, à leur langage corporel, mais aussi à ses propres éprouvés corporels. Le psychodrame Balint de par la mobilisation du corps amplifie ce processus et l'utilise comme un élément catalyseur du travail en groupe et du groupe.

Anne Caïn[15] quand elle parle de la spécificité de la démarche psychodramatique écrit: « la remémoration et son élaboration secondaire se feront de manière plus évidente par le corps, et la parole n'apparaît qu'en second lieu après que le corps ait été

l'élément moteur.» Elle écrit ailleurs : « Le corps, qu'il soit lieu de plaisir, ou lieu de souffrance, se place au même niveau que l'activité psychique verbale. Lorsque nous avons dit que le corps ne mentait pas c'est que nous lui accordions un sens inscrit dans son passé. Il est porteur d'une histoire propre au sujet qui en a conservé la trace. »

Le travail en psychodrame-Balint tente ainsi d'aller aux sources de cette histoire chaque fois singulière. Ceux qui ont travaillé avec Anne Caïn savent tout le soin qu'elle portait à retrouver, avec le présentateur du cas, bien des aspects historiques de la relation, et même à ceux qui précédaient la première rencontre. En explorant souvent la relation du soignant à son cadre de travail, à son environnement, aux représentations qu'il peut de faire de son futur patient, elle avait comme intention première de faciliter le processus de remémoration, ce qui lui permettait aussi de dégager les prémisses du contre-transfert. Bien souvent le contre-transfert précède le transfert.

Bien que la référence au corps et la mémoire soient difficilement séparables je vais essayer de me centrer sur la place de la mémoire et de remémoration.

Anne Caïn n'évoque la trace qu'au singulier. Mais il y a lieu aujourd'hui, après les travaux de René Roussillon sur la mémoire, les traces mnésiques, l'historicité, mais aussi d'autres auteurs, comme Mauro Mancia par exemple, de mentionner que Freud distingue différentes formes de traces, en fait trois type de traces[16], qui ne sont pas toutes susceptibles de revenir à la conscience, et trois types de mémoire :

Une première forme de mémoire qui est celle du souvenir subjectivement vécu comme tel. Il s'agit d'une représentation vécue comme telle et datée. C'est ce type de mémoire qui est au premier plan dans notre travail de groupe, base de la scène psychodramatique, retrouvailles avec une scène professionnelle, déjà marquée par des phénomènes d'après-coup.

La seconde mémoire est celle du fantasme, souvenir non subjectivement vécu comme tel. Il s'agit non pas du souvenir d'un fantasme ancien mais du fantasme qui s'actualise dans le présent de la vie pulsionnelle du sujet. Dans le psychodrame Balint la mise en scène psychodramatique favorise la figuration des fantasmes personnels préconscients ou inconscients qui sont mobilisés, souvent de manière répétitive, chez le soignant dans l'exercice de sa fonction. La mise en évidence de ces fantasmes est stimulée par certains aspects de la méthode, et en particulier, par les doublages des autres participants et de l'animateur, et par les soliloques. Cette mise en évidence de tels fantasmes n'est pas nécessairement interprétée et elle n'est en aucun cas mise en relation avec l'histoire personnelle du sujet.

Une troisième forme de mémoire, paradoxale dans la mesure où elle ne se donne ni comme souvenir, ni comme représentation psychique, mais comme perception, comme sensation voire comme affect actuel.

Les psychologues cognitivistes, quand ils décrivent la mémoire à long terme, celle qui nous intéresse ici, distinguent une mémoire implicite et une mémoire explicite. Cette distinction inclut approximativement celle de mémoire procédurale (qui permet l'acquisition et l'utilisation de compétences motrices) et celle de mémoire déclarative, responsable de la mémorisation de toutes les informations sous forme verbale. La découverte de ce double système de mémoire, mémoire implicite et mémoire explicite, permet, selon Mauro Mancia[17], de formuler l'hypothèse de l'existence de deux formes d'inconscient compatibles avec ces deux formes de mémoire : un inconscient non refoulé, qui se structure précocement, dans les deux premières années de la vie, et l'inconscient refoulé. Si cet auteur étudie comment, dans la relation analytique et dans les modalités habituelles de la cure classique, il est possible de récupérer l'inconscient non refoulé, en particulier par le rêve et par le transfert, nous pensons que le psychodrame psychanalytique est une situation tout aussi susceptible de permettre l'accès à cet inconscient non refoulé.

Mémoires, psychodrame thérapeutique et psychodrame Balint

Une des originalités de tout psychodrame est l'utilisation conjuguée de la parole et de l'action, donc du corps qui permet d'assigner un ancrage

corporel aux pulsions. La dynamique propre à la démarche du psychodrame Balint, en raison de son cadre, et en fonction de sa technique qui diminue les phénomènes régressifs, ne me semble pas permettre la remobilisation des mêmes traces que celles qui émergent dans le psychodrame thérapeutique. Dans cette dernière situation la régression, le recours à l'imaginaire, les buts mêmes du travail sur l'infantile du sujet en font un lieu où vont tendre à se représenter et à se signifier certains des éprouvés primordiaux de la vie sensorielle dans le rapport à l'autre. Les formes de mémoires qui sont sollicitées dans le psychodrame thérapeutique ne sont pas seulement celles de l'inconscient refoulé mais aussi cette troisième forme de mémoire qui ne se donne ni comme forme de souvenir ni de représentation psychique. La réactivation des traces mnésiques très anciennes, favorisée par la mobilisation du corps, peut donner ainsi au patient, souvent en carence de représentations de mots, la possibilité de traiter les aspects déniés et clivés de son fonctionnement psychique. La situation thérapeutique permet ainsi une reprise d'un travail de symbolisation qui a fait défaut à ces patients[18]. Mancia a défendu l'hypothèse que la mémoire implicite, sollicitée par le transfert dans le cadre de la cure classique, peut être soumise à des interactions dynamiques avec la mémoire explicite et qui s'expose ainsi a des « recatégorisations » au cours du processus psychanalytique. De tels processus, poursuit Mancia, peuvent constituer la base de transformations qui font suite à l'insight et à des prises de conscience obtenues grâce au travail constructif et reconstructif du transfert et avec l'interprétation des rêves. Cette même hypothèse peut être, selon moi, soutenue pour le travail dans le cadre d'un psychodrame thérapeutique.

Un des aspects les plus spécifiques de la méthode du psychodrame-Balint est le changement de rôle. Vécu parfois comme contraignante voire surprenante par de nouveaux participants cette modalité de la technique nous a permis de faire souvent des observations intéressantes. Ainsi lorsque le soignant joue le rôle de son patient son jeu peut en venir à contredire ce que son discours nous a transmis dans le premier temps de la séance, dans un récit qui fait toute sa place à une mémoire déclarative et explicite. Cette contradiction, ce corps et son langage qui ne mentent pas, pour reprendre l'idée avancée par Anne Caïn, est non seulement révélateur d'aspects importants, voire nodaux, de la problématique que le groupe a à traiter, mais porteur d'insight.

A travers un exemple clinique je me propose d'aborder le problème de la mémoire implicite et de son possible traitement dans le cadre de notre pratique.

La Dresse S. , généraliste, a participé pendant plusieurs années à un groupe où elle avait l'habitude d'apporter des situations très lourdes et difficiles qui nous permettaient de remarquer son importante implication, sa disponibilité et sa sensibilité. Un questionnement qu'elle amenait fréquemment au groupe était celui de ses limites : dans quelle mesure était-il judicieux qu'elle accepte de poursuivre certaines prises en charge qui devenaient de plus en plus pesantes et dont elle ne pensait pouvoir se dégager ? J'avais remarqué plusieurs fois, au moment où elle était invitée à se lever et à nous décrire son patient ou sa patiente, puis à choisir celui ou celle qui allait l'incarner, que le visage de la Dresse S. traduisait une certaine nervosité, un discret trouble. Il lui arrivait aussi de rougir, mais, et cela ne manquait pas de m'interpeller puis de me mettre mal à l'aise, elle esquissait aussi un discret sourire. J'avais repensé alors au récit qu'un patient m'avait fait d'une consultation chez son dermatologue : au moment où il subissait une intervention extrêmement douloureuse (l'extraction d'un ongle) il avait surpris, disait-il, un étrange sourire sur le visage de son médecin, qu'il quittera définitivement après cette expérience.

La Dresse S. affichera à nouveau un sourire fugitif, mais nettement plus marqué d'une dimension de plaisir, lors des prémisses d'une scène où elle allait retrouver un patient hospitalisé et souffrant de suites graves, et vécues comme très dégradantes, d'une intervention chirurgicale pour un cancer. Ce sourire qui contrastait avec la gravité de la situation, la prévenance et la douceur de sa voix, réapparaîtra abruptement au moment où elle découvre, dans un cru dévoilement, la déchéance physique de son patient. Ces sourires fugitifs n'ont jamais été mentionnés, ni par moi ni par aucun autre membre du groupe, mais ils m'auront guidés quand il s'agissait

pour moi, au fil des jeux et des séances, d'en comprendre le caractère énigmatique. Très dévouée à ses patients mais au point d'être parfois dans une situation où elle subissait, de manière inconsciente, l'emprise de leurs plaintes et de leur souffrance, mon travail d'animation et ma réflexion m'amenaient à pointer progressivement cette dimension à l'œuvre dans ses relations professionnelles, en prenant soin de ne pas travailler, au vu du contexte groupal, sur la dimension de plaisir sadique inconscient qui me semblait, aussi, à l'œuvre. S'agissait-t-il pour la Dresse S., plus que l'expression d'une défense, d'un sourire porteur d'une mémoire inconsciente, non pas refoulée, mais la trace d'un éprouvé beaucoup plus ancien dans lequel se mêlaient emprise et sadisme ? Il est à noter que le contenu verbal du discours de cette participante ne nous avait pas permis de mettre en évidence cette dimension inconsciente. Le contexte du travail Balint ne nous autorise pas à explorer plus avant ce type de questions, car il ne nous appartient pas d'examiner les relations d'objet anciennes qui expliqueraient un phénomène de ce genre et sa répétition. Toutefois les modifications qui ont pu progressivement survenir pour cette participante, du moins dans certains aspects de son vécu professionnel, témoignent pour moi du travail qui a pu se faire pour elle et avec elle, dans une dimension qui s'adressait plus à un niveau préconscient qu'inconscient.

Vers de nouvelles voies de compréhension : la simulation incarnée

L'exemple clinique présenté lors du congrès de Marseille concernait aussi une situation dans laquelle le corps du médecin contredisait son discours explicite. Cet exemple servait d'ailleurs de base à un questionnement qui trouve aujourd'hui de nouveaux éléments de réponse. « Le soignant est porteur d'une mémoire motrice habituellement inconsciente et de fantasmes qui ont été suscités, voire modulés par sa rencontre avec le patient… Il est vraisemblable aussi que dans son mouvement d'identification au patient, et dans le moment où il joue le rôle de son patient, le soignant puisse être aussi le porteur de comportements non verbaux spécifiques à certains patients. »

Si j'attribuais alors au processus d'identification ce fonctionnement, les recherches neuroscientifiques de ces dernières décennies apportent aujourd'hui de nouveaux éléments de réponse nous demandant de nuancer et de compléter cette affirmation[19]. La découverte majeure du rôle des neurones miroirs[20], découverte faite dans les années 1990 par Rizzolatti et son équipe à Parme, et considérée par certains comme d'une portée semblable a ce qu'a été la découverte de l'ADN, nous permet de mieux comprendre les processus qui sont à l'œuvre dans notre pratique. Ce champ d'étude et les liens que plusieurs auteurs, et en particulier Vittorio Gallese, font entre ces phénomènes et les mécanismes à la base des phénomènes de compréhension empathique, d' « *attunement* » (accordage affectif), de communication inconsciente et d'identification projective devraient nous permettre d'approfondir toute notre réflexion et la compréhension de nombreux phénomènes sur lesquelles se fonde notre pratique du psychodrame-Balint.[21]

Parmi les mécanismes étudiés il en est un qui nous intéresse tout particulièrement, c'est celui de « simulation incarnée » (*simulazione incarnata*, ou *embodied simulation*) décrit par Gallese. Ce phénomène est impliqué dans la compréhension de l'émotion d'autrui et dans le fait de ressentir l'état affectif de l'autre. Plutôt que de traduire et faire une synthèse de plusieurs travaux de Gallese et de Rizzolati je citerai Li-Hsiang Hsu[22]. « Pour reconnaître l'action et l'intention de l'autre, l'activation de notre système moteur est une condition nécessaire. L'implication du système moteur nous donne la signification et le pourquoi de l'action, et non seulement la description des aspects visibles du mouvement donnée par la simple observation visuelle. En effet, la signification de l'action ne peut être obtenue que si l'action observée est enregistrée dans le système moteur de l'observateur, comme si c'était son propre mouvement. L'activation du système miroir est ainsi essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit. Il peut donc être conçu comme celui qui donne à notre expérience visuelle une certaine épaisseur, une profondeur, dans laquelle l'action que je vois n'est pas seulement transcrite en moi comme une représentation visuelle, mais inscrite en moi comme vécu. Elle est incarnée en moi, inscrite dans mes os, et se présente en moi comme faisant partie de ma chair. Autrement dit, par l'intermédiaire du système miroir et à travers

la transformation d'une information visuelle à la représentation motrice, je vis l'action d'autrui comme je vis la mienne, et non seulement la vois. À l'appui du système miroir et de la représentation motrice partagée, nous vivons réellement dans un espace «nous-centré» (*we-centric space*), un espace d'action que nous partageons avec autrui. C'est également un espace vécu avec autrui, puisqu'en observant son action, une représentation spatiale centrée sur son point de vue résonne automatiquement en moi. Ainsi, je prends le point de vue de l'autre sans effort et de manière intuitive, sans me rendre compte. Le point de vue d'autrui et le mien sont, sur le plan neural, originairement non séparés, unis sur le même cadre de référence nous-centré. Dans cet espace nous-centré, partagé inter-subjectivement, l'autrui n'est plus à l'autre bout de mon regard, il est en moi. Dans ce sens, la simulation incarnée se présente comme un mécanisme de l'esprit qui inscrit l'expérience visuelle dans le corps et qui la revêtit d'une essence charnelle.» Gallese utilise aussi le terme d'«inter-corporéité».

Le psychodrame-Balint non seulement travaille sur la mémoire de ces mécanismes de «simulation incarnée», et avec les phénomènes de diffraction et de distorsion liés à une réélaboration après-coup marquée par la conflictualité interne du présentateur et l'histoire de sa relation avec son patient, mais aussi avec de tels mécanismes chaque fois à l'œuvre dans l'ici et le maintenant de la séance. Rappelons que le phénomène de simulation incarnée est un mécanisme obligatoire, non-conscient et pré-rationnel et qu'il n'est pas le résultat d'un effort délibéré et conscient visant à interpréter les intentions cachées des comportements manifestes de l'autre. Le présentateur du cas, porteur de traces de son expérience intersubjective avec son patient, soumet aussi, dans le changement de rôle, le protagoniste qui joue le rôle du patient à une nouvelle expérience inconsciente de simulation incarnée, et donc d'inter-corpéréité.

Dans un groupe en cours les participants en sont venus très souvent à associer librement sur les décalages, nuances, écarts existant entre la représentation que le présentateur du cas donne de son patient quand il l'incarne, et le jeu du membre du groupe choisi pour incarner le patient. Au-delà des problèmes d'imitation et de mémorisation liés à la reprise du rôle ces décalages ont été souvent compris dans ce groupe comme des éléments de figurabilité de la problématique présentée, tant celle du présentateur que celle du patient, et en particulier celle d'aspects clivés de leurs fonctionnements.

Ces quelques éléments sont amenés ici comme la base d'un travail de discussion et de recherches futures dans le cadre de nos échanges.

* Dr Jean-Pierre Bachmann, FMH psychiatrie et psychothérapie. Psychanalyste (Société Suisse de Psychanalyse). Adresse : 15 Rue des Sources, 1205 Genève

Notes

1. Ce texte est une version remaniée et complétée de l'exposé fait à Paris.

2. Les textes des exposés de cette journée se trouvent dans le n° 11, mai 2007, des *Quatre Temps*,

3. Congrès de Marseille, 1992. Texte paru avec d'autres exposés de ce congrès dans la revue *Psychothérapies*, 1993. vol 1, p 17 et repris dans *Quatre Temps*.

4. Didier ANZIEU : *Le Moi-Peau*, Dunod, Paris. 1995. p 43.

5. Michel SAPIR. In André MISSENARD : *L'expérience Balint. Histoire et actualité*. Dunod, Paris, 1982.

6. Mauro MANCIA : Mémoire implicite et inconscient précoce non refoulé : leur rôle dans le transfert et le rêve. *Revue Française de Psychanalyse*, 2007, n°2, pp 369-388.

7. J. BREUER et S. FREUD : Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques. Chapitre I. *Études sur l'hystérie*. PUF, Paris, p 5.

8. *Etudes sur l'Hystérie*, p 87.

9. S. FREUD. 1913. L'intérêt de la psychanalyse, in : *Résultats, idées. Problèmes I*, 1890-1920. PUF, Paris,1991. pp186-213. Cité par Roussillon.

10. M. BALINT, *Le défaut fondamental, Aspects thérapeutiques de la régression*. Payot, Paris, pp 108. Balint note aussi que dans toute l'œuvre de Freud il n'a nulle part trouvé une interprétation d'un matériel non verbal fourni par un patient.

11. M. BALINT. *Le défaut fondamental*. Chapitre XX : Symptomatologie et diagnostic, pp 174 et suivantes.

12. «Par image du corps on désigne la représentation mentale que nous avons de notre propre corps, l'image que l'individu se fait peu à peu de lui. Elle enferme les fantasmes et en particulier les fantasmes inconscients, et fait

également intervenir l'environnement. » D. ROSENFIELD . In a. DE MIJOLLA. *Dictionnaire International de la Psychanalyse*. Paris. Hachette. 2005.

13. Eglée LAUFER fait une distinction entre ce qui est l'image du corps fondée sur des expériences sensorielles et le corps érotique, qui est un aspect de ce qu'elle appelle la relation au corps comme un objet interne. Normalement le corps érotique (interne) est paré de qualités à la fois bonnes et mauvaises qui découlent des expériences affectives en lien avec les objets primaires et certains aspects spécifiques du corps. Voir : Le corps comme objet interne In: *Adolescence*. Vol 52.

14. Arthur TRENKEL (1989), In Michel SAPIR: *Formation à la relation soignant/soigné*. La Pensée Sauvage. Grenoble.

15. Anne CAÏN (1989) in Michel SAPIR : *Formation à la relation soignant/soigné*. La Pensée Sauvage. Grenoble.

16. Voir R. ROUSSILLON : Historicité et mémoire subjective. La troisième trace. In *Clinique Méditerranéennes*, 67-2003, p 129 et suivantes. La première trace, la trace mnésique perceptive, est une forme de mémoire perceptive directe des évènements, une espèce d'enregistrement brut de l'expérience. Cette matière première du psychisme est aussi la matière pulsionnelle première : mélange de sensation de perception et de pulsion, elle se compose aussi sans doute de ce qui a affecté le sujet du dehors, de l'objet premier et de l'environnement. Cette première trace n'est pas susceptible de devenir consciente sous cette forme.
Une deuxième trace, trace mnésique conceptuelle, située dan l'inconscient témoigne du fait qu'un travail de reprise et de représentation a été effectué. C'est une trace mnésique de représentation.
Une troisième inscription psychique est une forme de mémoire liée aux traces verbales, correspondant à l'inscription dans le système préconscient. Ce n'est qu'en fonction de cette inscription langagière que la trace peut devenir souvenir.

17. M. MANCIA, op cité.

18. De nombreux auteurs au cours de ces dernières années se sont penchés sur ce problème des fonctions de symbolisation que permet le psychodrame. En ce qui concerne le psychodrame thérapeutique voir : Jean José BARANES : D'un mouvement qui trouverait sa forme. Les symbolisations primaires. In : *Le corps au psychodrame*. Colloque du 3 février 2001 de l'association ETAP, Paris.
Un ouvrage récent traite des variations du psychodrame analytique individuel hors de son champ habituel d'intervention et en particulier sur la façon de traiter les impasses thérapeutiques. La méthode utilisée pour analyser et mobiliser le lien transféro-contretransférentiel diffère de celle du psychodrame-Balint. Tout comme l'article de Baranès cet ouvrage s'appuie sur les travaux de René Rousssillon concernant les symbolisation primaire et secondaire. Reférence : N. CALEVOI, G. DARGE, R. GOSSART, M. HAYAT et alia : *Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique. Supervision, relance et dégagement*. De Boeck. Bruxelles 2008.

19. Je remercie notre collègue Bianca Gallo qui a spécialement étudié ces questions de sa contribution à ma découverte de ces recherches.

20. « Les neurones miroirs désignent une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu (humain ou animal) exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu (en particulier de son espèce) exécuter la même action, d'où le terme miroir. » *Wikipedia.fr*. Les mêmes circuits neuronaux sont activés lors de l'expression des émotions et lors de l'expérience de sensations.

21. Le lecteur intéressé par ce domaine peut trouver de nombreux travaux de Vittorio Gallese sur son site : www.unipr.it/arpa/mirror/english/staff/gallese.htm

22. Lihsiang Hsu (2009). *Le Visible et l'expression : étude sur la relation intersubjective entre perception visuelle, sentiment esthétique et forme picturale*. Manuscrit de thèse doctorat. CRAL, EHESS, Paris.
En ligne :
neuroesthetique.wordpress.com/tag/giacomo-rizzolatti

Du récit à l'émotion et retour

Marie Heymann*

Nous animons, André Esnault, Michel Robinot et moi, depuis 2004 des groupes de psychodrame pour les étudiants en médecine de M4 et M5 dans le cadre d'un optionnel de psychologie médicale; les étudiants s'y inscrivent nombreux parce qu'ils pensent que cette option leur prendra moins de temps.

Particularité des groupes d'étudiants de M4, M5

Ces étudiants sont externes: ils n'ont pas encore de responsabilité médicale directe; ils interrogent, examinent le malade, font le dossier et parfois le suivent régulièrement au cours de son hospitalisation: ils ont le temps d'écouter leur malade ce qui les rend plus vulnérables. Ils ne se sentent pas encore ou ne s'autorisent pas déjà à être des soignants; pour eux, il s'agit de «comment faire»: acquérir les connaissances scientifiques (comment faire le bon diagnostic, repérer les signes cliniques, bien annoncer...) et de «comment se défendre»: ne pas être ému, ni impressionné. Le corps du patient est d'abord un élément de l'examen, le corps du soignant (attitudes, gestes, regard, voix) doit être neutre, uniquement dans la maitrise de la technique.

Les étudiants se sentent mal à l'aise quand ils doivent se lever, parler et se mettre en scène, au risque d'être jugés ou moqués, alors qu'ils pourraient souhaiter séduire... d'autant qu'ils ne se choisissent pas (ce sont des groupes constitués par ordre alphabétique).

Lorsqu'un étudiant est choisi pour jouer, il double plus facilement les fois suivantes et souvent, il présente un cas ensuite comme si cette mise en mouvement l'avait libéré face au groupe, lui avait permis de trouver sa place, en dominant sa peur.

Ils sont au début de leur expérience de soignant, en quête d'identité professionnelle, mais aussi de reconnaissance face autres étudiants: Quelle image leur renverront les autres? Eux qui n'ont pas encore d'habitudes médicales, d'assurance dans la relation au patient.

Leurs premières expériences les ont confrontés à la souffrance, la douleur, l'impuissance, la gêne, la colère, l'agressivité; et ces sentiments, souvent anciens, sont restés en mémoire, plus ou moins refoulés.

Les étudiants découvrent ce travail pour la première fois

Ils sont au début hésitants en racontant une expérience, décrire le cadre les met à l'aise. Le jeu fait revivre alors le corps du malade, leur propre corps, ils découvrent que les regards, les gestes, les attitudes ramènent à la surface des émotions, celles du malade mais aussi les leurs; d'autres paroles surgissent, des propos oubliés, des gestes, des regards peuvent être alors retrouvés, éclairant la scène d'une autre manière... La mise en scène du psychodrame fait intervenir à leur insu leur propre identité corporelle et celle de leurs patients, et des émotions qui remontent à la surface changent leur discours:

«la parole qui leur est rendue après dans la discussion est alors plus proche de la vérité» et leur permet de comprendre ce qui s'est passé, de sentir qu'ils sont déjà des soignants, d'accepter que leurs émotions, une fois repérées, peuvent être thérapeutiques, ou du moins utiles à la connaissance du malade, en permettant une relation vraie, que ce corps à corps a une importance pour le patient mais aussi dans la relation qu'ils ont avec lui.

Quelques cas me reviennent en mémoire

Lors d'une dernière séance, Olivier, (il nous a dit que «la psycho n'est pas sa tasse de thé...») l'allure toujours décontractée, ironique, prend rapidement la parole, semblant s'excuser de son retard habituel... c'est avec des propos désinvoltes qu'il évoque sa difficulté d'examiner une «bonne femme» enceinte, frappée brusquement d'hémiplégie. C'est la première fois qu'il peut examiner un trouble neurologique et mettre en application ses connaissances théoriques. Le premier jeu le retrouve, à l'aise, racontant la scène avec des mots parfois choquants... mise à distance

évidente de toute émotion. Cependant cette femme, infirmière, est en pleurs, réclame un traitement rapide, mais les neurochirurgiens n'envisagent pas d'intervention. Elle décrit son côté paralysé comme mort ... surprise d'Olivier quand il touche ce membre paralysé... qui n'est pas froid comme il s'y attendait mais chaud. Petit à petit dans le jeu, nous découvrons cet externe, ému devant les pleurs continus de sa patiente, lui parler de son bébé à venir, dont l'échographie en urgence a montré la bonne vitalité, palper doucement ce ventre... il lui souhaite de passer une bonne nuit, phrase anodine qu'il regrette aussitôt. Pourtant, le lendemain, il décide d'aller la revoir. Olivier se doublera lui même beaucoup pendant le jeu... d'autres paroles émues, humaines vont ainsi surgir et c'est un tout autre externe qui se dévoilera au groupe.

Le dernier jeu explicitera la gêne qui lui est restée en mémoire : l'aide soignante est en train de finir la toilette, la dépendance de la patiente s'affiche. Olivier l'interroge sur sa nuit : la patiente est agressive, ce n'est pas un cauchemar, mais la réalité, son bras, sa jambe sont toujours morts... Main sur l'épaule, puis sur le ventre de sa patiente, Olivier essaye de lui reparler de son bébé, de sa guérison ... sans succès. Déçu, irrité mais ému, il quitte rapidement la chambre.

Le groupe renverra alors toute l'ambivalence de cette mère qui pense d'abord à elle dans ces moments difficiles malgré son désir d'enfant, ambivalence aussi du corps médical, irritation et empathie face à cette jeune femme qui peut paraître «égoïste, agressive».

Olivier découvre ainsi que malgré ses réponses banales parfois maladroites, ses gestes et son toucher ont été réconfortants. Debout, face aux regards bienveillants de ses pairs, eux même émus par cette histoire, redécouvrant sa patiente, il a pu retrouver ses émotions, les accepter, et sentir le décalage entre son premier discours et ses gestes authentiques, qui avaient pu être eux-même thérapeutiques. Là, une parole ironique pour tenir à distance a pu laisser remonter à la mémoire un corps proche et soignant.

Sylvain souhaite parler de sa difficulté à interroger et examiner un patient de 57 ans, atteint de cancer du poumon métastatique ; ses métastases rachidiennes ont nécessité une décompression neurochirurgicale en urgence. Il a déjà vu ce patient lors de la visite du chef de service, chef qu'il admire car très humain. Il décide cependant d'y retourner seul... que dire à un malade en fin de vie, surtout en tant que simple externe ? Que connaît le patient de son pronostic ? En entrant dans la chambre, il découvre un professeur d'école de commerce, fringant avec une superbe moustache. Pendant qu'il palpe des métastases cutanées bien visibles, le patient lui montre comment il fait des exercices musculaires pour récupérer rapidement son autonomie et rentrer chez lui. A sa grande surprise, Sylvain découvre un patient vivant, avec des projets de vie... il l'écoutera patiemment parler de la maison qu'il rénove.

Unique flash joué où les doublages nombreux, feront aussi vivre le patient. Sylvain reste assis sur le lit de son malade, prenant le temps, ce temps qui est maintenant compté... Sylvain trop frappé par la mort prochaine, par la vue de ces métastases cutanées, n'avait pas accepté ces projets à long terme, embarrassé par ce qu'il devait dire ou ne pas dire sur le pronostic péjoratif... c'est dans ce corps vivant retrouvé devant et grâce au groupe, puis dans la discussion, que ce temps compté a retrouvé vie et valeur et que l'accompagnement de ce malade prend un autre sens pour celui qui accepte de cheminer au rythme du patient.

D'autres cas auraient pu être aussi racontés

Ainsi, cette dame âgée qu'Anne-Marie a du mal à oublier, deux ans après avoir travaillé en maison de retraite... patiente au discours incohérent et agressif avec laquelle elle n'arrivera pas à communiquer tant ses cris « inhumains » l'ont terrifiée... et surtout lui restait en mémoire ce regard de la patiente, tombée de son lit dans la nuit qui l'accueille en lui disant « vous m'avez laissé, tombée »... culpabilité retrouvée dans le jeu, restée après tant d'années surtout qu'elle se souvenait de l'autre infirmière qui calmait si bien cette patiente avec des gestes maternants.

Plus difficile à mettre en scène tous ces cas de jeunes externes filles qui racontent comment la sexualité affichée de certains malades les mettent mal à l'aise, les gênent dans leur examen médical... même

dans ces flashs où beaucoup d'humour, de rires cachent la difficulté de tout le groupe d'aborder ces thèmes, la façon de se tenir. Le regard sur le patient leur renverra leur propre désir, ambivalence entre plaire et mettre de la distance...

C'est aussi le corps de Lucie, jolie externe souriante et ronde qui aidera cette jeune patiente obèse, en service d'endocrinologie, à lui révéler son passé incestueux en lui demandant de garder le secret... Lucie choisira pour jouer la patiente une externe brune et très mince, essai de mise à distance de ce corps qui pourtant réapparaitra dans la description de la patiente. «C'est une jeune femme, un peu comme moi» dira-t-elle d'emblée... contre transfert du soignant utile au patient, revenu dans la description de son corps.

Dans chaque psychodrame, j'aurais pu retrouver comment l'irruption de la mémoire du corps, de celle du soignant face au corps du malade, face aux regards du groupe modifie progressivement le récit, permettant une parole plus proche de la vérité, une élaboration formatrice.

Autant de cas où les étudiants se redécouvrent, redécouvrent leurs patients dans cette mise à nu face au regard de l'autre. Mémoire des corps chargée d'émotion qui peut être reprise, mise à distance dans le quatrième temps du psychodrame dans « un énoncé final plus proche du patient », comme disait Anne Caïn.

A leur corps défendant, oublié puis retrouvé, ils se découvrent déjà soignants. Sous les regards des autres étudiants, l'irruption des souvenirs lors du jeu leur permet de se réapproprier leur propre corps dans leur rôle de soignants, leur rappelant que parole et corps sont indissociables dans la relation thérapeutique.

* Pédiatre.
Halgouet
35590 Saint-Gilles

Hors Dossier

*Identité et corporéité : une genèse alternative**

Gildas Le Bayon**

Je me propose d'interroger avec vous le concept de « corps » dont le mot figure dans l'intitulé de notre colloque. En psychanalyse, de manière habituelle, il s'agit d'une notion confuse et mal cernée. Par sa matérialité, son évidence sensible, sa distinction ambiguë par rapport au sujet, le corps lui-même constitue plutôt un objet-écran qu'une clef théorique pour saisir ce que Didier Anzieu nous en dit – j'y reviendrai tout à l'heure – et comprendre le rapport alternatif qui s'établit, d'après moi, entre son identité et sa corporéité dans le développement de chaque sujet humain.

Approches du corps

Partons de loin et commençons par un truisme : comme êtres humains, nous ne sommes ni promus à exister en tant que purs esprits, ni réduits à n'être que matière, fut-elle vivante. Ni anges, ni bêtes, disait Pascal. La recherche d'une définition pour ceux que nous sommes et devenons en tant qu'hommes, nous conduit à nous connaître comme l'amalgame unique résultant de deux processus distincts : l'incarnation et l'identification.

Le tissage indissociable de l'organique et du psychique compose pour chacun cette entité nouvelle qu'est son corps propre. Ce corps est donc un mélange de concret et d'abstrait, un mixte de soma et de psyché ; sans qu'on sache toujours bien qui des deux est la poule, et qui l'œuf. Un mélange spécifique à l'humain entre le sans-chair de l'ange et le sans-âme de l'animal. Et un mélange évolutif, sans quoi tout serait donné à la naissance, voire à la conception ; nous ne serions que le produit d'une organogenèse, sans l'épigenèse essentielle, physique et psychique, qui nous parfait.

Et tout ce que nous, thérapeutes et formateurs, considérons comme possible, c'est-à-dire le développement de l'homme et la possibilité d'intervenir dans les aléas de ce développement, de soigner par exemple, serait inutile et vain.

Une anecdote en forme de métaphore pour donner une illustration imagée à cette notion de corps : au cours de ma carrière hospitalière, j'ai été amené à participer à la formation psychologique d'assistantes maternelles. Ces personnels des Services Départementaux de l'Enfance, en effet, sont souvent en difficulté avec les enfants qu'on leur demande d'accueillir et qui sont parfois psychiquement très perturbés.

Pour introduire la notion incontournable d'inconscient, je commençais cette formation en demandant aux participantes de dessiner un iceberg. Conséquences de points de vue différents, les résultats de cet exercice étaient très hétérogènes, depuis le dessin en photo aérienne d'un glaçon flottant, jusqu'à la vue en coupe d'une partie de glace émergée reposant sur une partie immergée plus ou moins importante. La représentation d'un iceberg conforme à la réalité dans la répartition de ses masses – il y en avait, quoique rarement, dans les copies rendues – c'est-à-dire environ 20 % au-dessus et 80 % au-dessous du niveau de la mer, me procurait un support imagé pour parler du rapport entre le conscient et l'inconscient, l'apparent et le caché, le structurel et le comportemental.

Cet iceberg est aussi une bonne image du corps, à condition de le considérer dans la globalité de ses parts émergée et immergée, mais aussi de prendre en compte son organisation verticale pour la dimension du sens ; de lui adjoindre la masse d'air et d'eau l'entourant et participant à son insertion dans l'espace ; et de considérer la dynamique de son mouvement et de sa transformation pour appréhender son évolution dans le temps. Sous cet angle holistique, on voit bien que le corps ressortit à un ordre de réel qui excède de beaucoup le seul organisme qui en émerge dans la réalité.

Comme Simone de Beauvoir disait : « On ne naît pas femme, on le devient », il est possible de soutenir : on ne naît pas doté d'un corps, il faut l'acquérir et se l'approprier. Cette structuration du corps se fait selon un double développement, naturel et culturel, collectif et personnel, et ce développement est sujet à des ratés, des déviances, des fixations. Tout ne

s'opère pas du premier coup et correctement ; il y a beaucoup d'après-coup et de complémentation dans cette incarnation. On peut même dire, puisque le temps y fait de manière intriquée à la fois œuvre de création et œuvre de destruction, que son corps est pour chacun le lieu paradoxal de l'identité et de l'impermanence. Ce par quoi il se pérennise comme même ; en même temps que ce par quoi il se renouvelle indéfiniment.

On aborde là au paradoxe de l'identité, notion définissant ce qui fait chaque homme être lui-même constamment, alors même que changent de manière permanente le contenant et le contenu corporels de cette identité. D'où la question : quels sont donc, pour chaque homme, les rapports de son identité et de son corps ?

Identification et incorporation

Répondre à cette question, c'est reprendre la genèse de la personnalité et constater qu'elle se fait en deux temps et selon trois modalités. Les deux temps sont : le temps premier de l'acquisition naturelle de la personnalité, celui que procure le déroulement habituel de l'expérience de vie ; et le temps second de la construction ou reconstruction artificielle de la personnalité, celui qui, par le moyen du transfert, autorise la reprise du temps naturel quand il s'est réalisé de manière insatisfaisante. Développement naturel et développement thérapeutique : voilà pour les deux temps, sachant qu'ils s'imitent, s'imbriquent et se répondent l'un l'autre.

Les trois modalités qui structurent ces deux temps sont celles de l'héritage, de l'emprunt, et de l'appropriation : nous les spécifierons au fur et à mesure de notre avancée dans la considération de ces deux temps.

Le propre du corps de l'homme, disions-nous, c'est qu'il n'existe pas à la naissance et doit être acquis, construit, élaboré. N'existent initialement que l'organisme, issu de la conception, et le monde humain de la relation dans lequel la naissance en milieu aérien parachute cet organisme alors qu'il est, de surcroît, totalement immature et dépendant. Conduire cet organisme à sa maturité adulte va consister non seulement à réduire son immaturité physique et physiologique de départ, mais à le doter d'un psychisme réalisant une identité personnelle autonome, communicante et unique. C'est seulement au prix de ce double accomplissement maturatif-là que sera constitué un sujet à part entière. Et que, sur son destin commun d'être vivant dans la biosphère terrestre, pourra se greffer une destinée singulière d'homme et de personne dans l'Histoire.

Le coût, la complexité et la difficulté d'une telle réussite sont tels que, parfois, il n'est pas trop de toute la vie pour s'apprêter à la vivre, comme le combat avec l'ennemi pour Giovanni Drogo, l'officier du *Désert des Tartares* de Dino Buzzati.

D'où ces modes d'avancement et de perfectionnement inventés pour y pallier par la culture humaine au fil des civilisations, ces thérapeutiques dont le symbolique est la quintessence et dont sommes, les uns et les autres, les servants.

Corps et maturation libidinale

Que devient le corps dans tout cela ? Le corps est la résultante synchronique, à chaque instant de la vie, du parcours diachronique que tissent graduellement ensemble maturation de l'organisme et création du psychisme.

Je dis bien « création du psychisme » car si chaque homme hérite passivement dans un premier temps, d'un organisme et d'un sexe – « L'anatomie, c'est le destin », disait Freud – il naît comme une page blanche sur le plan psychique. Et, par identification, il va devoir emprunter à son entourage la forme et le fond de son identité personnelle avant d'être en mesure de devenir spécifiquement lui-même – aboutissement qui n'est qu'éventuel d'ailleurs, car le sujet n'en a que la puissance et l'actualisation risquée de cette puissance est facultative pour chaque homme.

Le dernier acte de cette appropriation de soi par soi-même est constitué par la prise de conscience et l'investissement par chaque homme de ce qu'il est un organisme sexué et un sujet castré, et que c'est son corps qui en supporte la manifestation.

La reconnaissance de ce corps d'identité personnelle par les autres ne suffit pas à le faire exister

comme tel. Il faut encore qu'il soit connu et reconnu par le sujet lui-même, cette distinction dernière séparant et affrontant en lui l'appartenance commune de l'individu au genre humain, et l'ipséité[1] singulière de la personne seule de sa sorte de par son unicité.

Le moment premier de cette ipséisation, de ce rapport éthique auto-constructif de soi à soi-même, est constitué, pour moi, par cette assomption initiale, entre 6 et 18 mois, à laquelle on a donné le nom de « stade du miroir ».

L'avancée vitale de ce corps en construction – par les autres, par soi-même – c'est la maturation libidinale telle que l'a décrite Françoise Dolto, après Freud et fidèlement par rapport à sa théorisation. Cette maturation libidinale va s'inscrire dans le double registre du langage et de l'image inconsciente du corps. Elle sera complétée de l'élaboration du schéma corporel, et de l'intégration consciente, moïque, du corps en situation.

Quant aux scansions de cette maturation, elles seront réalisées par ce que Dolto appelle les «castrations symboligènes[2]» qui, données à l'enfant par les adultes tutélaires de son entourage, pourront associer efficacement une frustration sensuelle concrètement vécue à une expression de parole qui en légitime le bien-fondé. Le sevrage, par exemple, réalise la castration symboligène de la phase d'oralité. La séparation qu'instaure ce sevrage vient compléter la castration ombilicale et consacrer la coupure du fonctionnement en corps à corps du nourrisson et de sa mère. L'essence fusionnelle de leur vivre-ensemble, de leur « co-être » dit Dolto, se trouve ainsi interrompue pour que s'ouvre entre leurs corps d'identité séparés l'enjeu d'une relation à distance d'un type nouveau, fondamental pour le sujet humain : la parole.

La concaténation de ces castrations successives réunit de ce fait une série de corps différents qui appartiennent aux différents stades libidinaux : oral, anal, phallique, génital. Des corps qui ne sont pas supprimés au fur et à mesure de cette ontogenèse progressive, mais, comme les couches du cerveau issues de la phylogenèse, qui sont intégrés par recouvrement. Si bien qu'on peut métaphoriser le parcours maturatif théorique de la personne humaine comme la réalisation et l'abandon successifs de formes de corps.

On peut dire qu'être homme et devenir soi, c'est passer progressivement d'une multiplicité de corps perdus à l'unicité et à l'unité d'un corps trouvé : le sien, celui de sa maturité accomplie de personne adulte.

Corps ébauché, corps complété

Chaque adulte, ou soi-disant tel, franchit-il tous les stades de maturation libidinale pour parvenir au terme théorique de l'épanouissement génital ?

Là-dessus, Françoise Dolto a exprimé crûment ce que chacun de nous connaît, pour lui-même comme pour ses patients : il n'y a pas d'enfance parfaite, ni de «sans-faute», ou de «sans carence», dans le parcours premier, naturel, de construction des êtres humains. Il reste donc du travail à faire, en particulier quand les insuffisances de cette construction du corps et de sa maturation sont génératrices à l'âge adulte de douleur physique ou morale, de perturbation, ou de maladie. Nous entrons-la, vous l'avez compris, dans le second temps, celui de la thérapeutique.

Par rapport au premier temps naturel de développement du corps d'identité, ce second temps thérapeutique représente-t-il un clivage complet ? Constitue-t-il un temps radicalement nouveau, étranger au premier ? Non, sans doute. Les conditions qui ont présidé chez l'enfant à la maturation libidinale par les castrations symbolygenes, restent valides pour la poursuite de ce travail chez l'adulte. En effet, la configuration relationnelle pour qu'une castration soit symboligène – toutes les castrations ne le sont pas et constituent alors des traumatismes – est toujours la même : il faut un adulte bienveillant, à qui sa situation dans son corps mature confère une autorité pour castrer ; il faut un sujet en voie de désir dans son corps immature en puissance d'évolution personnelle ; et il faut une frustration de jouissance, accompagnée d'une parole en expliquant le « don » (F. Dolto).

La situation de prise en charge psychothérapique peut et doit donc se superposer, *mutatis mutandis*, à la

relation symboligène éducative ayant présidé à la construction initiale de la personnalité. Des modalités spécifiques d'analyse, comme la relaxation de sens psychanalytique, représentent des acquisitions récentes et bénéfiques dans ce projet d'incarnation du corps d'identité. Mais le cadre qui nous est imparti par le thème de notre travail d'aujourd'hui nous restreint à considérer si les dispositifs spécifiques que sont le groupe de psychanalyse et le psychodrame sont pertinents pour cette réparation et cette complémentation de la construction du corps d'identité dans le second temps thérapeutique. Et quels devraient être les paramètres de ces dispositifs pour qu'ils soient propres à en garantir l'efficacité juste.

Didier Anzieu et la révolution du corps dans le groupe

Sur le plan théorique comme dans le domaine de son application pratique, Didier Anzieu nous a procuré des éclairages précieux pour comprendre comment différents modes de la discipline psychanalytique peuvent permettre de structurer ou de restructurer une personnalité.

Des éclairages qui prennent en compte le corps – maintenant, dit-il, que le refoulé n'est plus le sexuel comme du temps de Freud, mais le corporel[3].

J'aborderai donc maintenant l'héritage que j'ai reçu de lui en la matière et que je me suis efforcé, par fidélité à sa personne d'enseignant, de réinventer. Et je l'aborderai par le biais de son apport à la compréhension du corps, notamment à la place qu'y tient la genèse du moi par étayage sur la peau primitive, dont il a fait, avec Freud et au-delà de lui, une description approfondie et fondatrice par son concept du « moi-peau ».

Le « double étayage du psychisme : sur le corps biologique [et] sur le corps social » dont parle Anzieu[4] établit une parenté formelle mais aussi symbolique entre le groupe familial originaire et les groupes restreints thérapeutiques. Il n'y a pas de solution de continuité psychique entre le premier et les seconds ; et c'est le concept de corps qui fonde leur complémentarité. Au fantasme originaire d'une peau commune entre le bébé et sa mère, par exemple, répond l'élaboration du lien constitué par l'illusion groupale, « instauratrice d'un objet-groupe à la fois interne et externe à chaque membre » dit Anzieu, qui confirme : « Il n'y a de groupe que par une peau commune, par une enveloppe contenante qui rend possible aux membres d'expérimenter l'existence d'un SOI[5] groupal[6] ».

Dans une civilisation comme la nôtre, qui « favorise l'immaturité et suscite une prolifération de troubles psychiques limites », dit-il, un dispositif sociétal est appelé pour comprendre et reprendre « comment se forment les enveloppes psychiques, quelles en sont les structures, leurs emboîtements, leurs pathologies, comment, par une démarche psychanalytique "transitionnelle"[7], elles peuvent être réinstaurées chez l'individu (voire étendues aux groupes et aux institutions) »[8].

Assumant jusqu'au bout cette mutation des pathologies psychiques modernes (structures borderline, problématiques narcissiques) et l'implication de la genèse du corps dans leur origine, Didier Anzieu préconise des « compléments et des élargissements » de la théorie psychanalytique et du setting de sa mise en œuvre qui placent le corps au centre de la disposition en étoile du processus identificatoire.

« J'attache une grande importance au corps, affirme-t-il, aux racines biologiques du psychisme, aux rapports du Moi psychique avec le Moi corporel, à leurs limites respectives, aux fluctuations de celles-ci et à tout le matériel des sensations primaires qui vont s'articuler ensuite aux pulsions et s'organiser en fantasmes et en conflits [9] ».

Ce serait un leurre de penser que ce qui se passe dans les groupes d'analyse ou de psychodrame ne ressortit qu'à ce que Didier Anzieu nomme ici « le Moi psychique », conscient ou inconscient. Quand il objective la substance du travail accompli dans ces groupes, leaders compris, il signifie clairement que c'est au niveau même du binôme corps-identité que s'accomplit et que s'additionne ce travail.

Et que c'est parce que le processus identificatoire dans ces groupes est, par transfert, homologue à ce que ce qui se passe pour l'enfant dans son groupe familial ; parce que cette construction du corps et cette édification de l'identité ne peuvent s'accomplir qu'en rejouant dans l'ici-maintenant de la cure le tout de l'ontogenèse du sujet, que le travail en psychanalyse de groupe et en psychodrame est opérant.

Une démonstration supplémentaire en est fournie par la description que fait Anzieu de la position concrète du leader dans le groupe, à propos de la question cruciale du toucher – vis-à-vis de laquelle sa position d'interdiction absolue du départ avait d'ailleurs sensiblement évolué à la fin de sa carrière de thérapeute.

Écoutons-le, à propos de cette règle d'abstinence classique : « Il y a psychanalyse quand est maintenu l'écart physique du corps de l'analyste avec le corps du patient *[Se rappeler ici la distinction de la peau et du moi, entre le bébé et sa mère, à partir du fantasme primitif d'une peau moïque commune]*.

Mais on peut admettre ce rapprochement psychique et non plus physique qu'est l'échange des regards ; qu'est l'identification posturale *[Il faut entendre qu'il s'agit là d'un rapport de corps à corps à la fois matériel et symbolique]*. Il appartient au psychanalyste, dans son travail intérieur d'élaboration de l'interprétation, de trouver des mots qui soient des équivalents symboliques de ce qui a manqué dans les échanges tactiles du petit enfant avec sa mère ».[10]

Un corps promis à existence

Voilà. La scène du jeu est installée, la place des différents protagonistes du groupe est définie, le travail peut s'engager. Désormais, rien de ce qui croîtra au niveau de l'identité de chacun ne pourra être sans résonance et sans conséquence au niveau de sa corporéité, et vice-versa.

Est-ce à dire que la mise en place du dispositif thérapeutique, psychanalyse de groupe ou psychodrame, suffit à le rendre fécond ? Que tout changement, tout progrès, toute avancée dans la personnalisation, sont immanquables et spontanés du seul fait d'un ordonnancement adéquat de ce dispositif ?

Peut-être[11], mais pas au prix de n'importe quel affranchissement, de n'importe quelle acquisition. Il ne s'agit pas seulement d'un enrichissement de l'intellect, d'une modification ou même d'une mutation du moi. Ce qui est appelé, c'est un changement de corps, la cristallisation d'un état de soi jusque-là maintenu dans la surfusion défensive.

Ce changement est-il possible ? Ou bien appartient-il à l'utopie rimbaldienne du « changer la vie » ?

Je voudrais pour finir donner la parole à l'un de ses autres explorateurs de l'inconscient que sont les poètes. Il s'agit de René Char, ici, sombrement positif comme à son habitude quand il dit : « Il n'y a pas de progrès, seulement des naissances successives ».

Alors, qu'est-ce qui nous fait naître et renaître, passer de corps en corps, advenir à ce miracle improbable et permanent ? La clef du mystère n'en finit pas d'être trouvée et perdue. Le prix Nobel hongrois de littérature, en 2002, Imre Kertész, respectueux de ce mystère, le dit de manière aussi simple que vraie : « Il arrive dans la vie d'un homme un moment où, d'un coup, il prend conscience, et alors ses forces se libèrent ; c'est à partir de ce moment-là qu'on naît ».

Je vous remercie.

* Communication lors du colloque de l'institut français d'analyse de groupe et de Psychodrame, le 9 fevrier 2008.

** Psychiatre, Psychanalyste
Générargues
30140 Anduze.

Bibliographie

ANZIEU Didier, *Le Moi-Peau* (Bordas, 1985) – *Une peau pour les pensées*. Éditions Clancier-Guénaud, Paris, 1986.

A.R.E.F.F.S. (pour la Relaxation psychanalytique, Sapir), *Entre mots et toucher, le corps en transfert*, Éd. La Pensée Sauvage (2005).

DOLTO Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Éditions du Seuil, Paris (1984).

FREUD Sigmund, « Le moi et le ça » in *Essais de Psychanalyse*, Éditions Payot, Paris (1981). « Notice sur le Bloc Magique » in *Rev. Franc. de Psychanal.*, n° 5, 1981.

FIANEL Yannick, *Cercle*, roman, collection l'Infini, chez Gallimard (2007) [pour les 105 premières pages, qui sont une époustouflante démonstration de compréhension de ce qu 'est le corps en acte].

KAËS René, *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, (1979).

KERTÉSZ Imre, la tétralogie de *Être sans destin* (1975 à 1997). *Dossier K* (2007). Éditions Actes sud.

SARTRE Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, Éditions Gallimard, Paris (1943).

TISSERON Serge, *Virtuel, mon amour*, Édition Albin Michel (2007).

Notes

1. Ipséité, ipséisation (du latin *ipse*, soi-même) : caractéristique propre à la personne humaine d'avoir à réaliser, assumer et développer le fait d'être unique. Cette unicité n'est d'abord qu'en puissance ; avant son actualisation, elle laisse chaque personne enfermée limitativement dans son essence commune d'homme. Pour atteindre à l'«*ec-sistence*» (Heidegger), actuelle et singulière, dimension de sa réalisation plénière, la personne doit «co-créer» (F. Dolto) en acte cette unicité d'elle-même. L'ipséisation est ce travail, cette *poiêsis*, fabrication au cours de laquelle la personne s'approprie son unicité. Le corps propre est l'objet primordial résultant de ce travail, la substantialisation de l'ipséité. (Gildas Le Bayon : «De corps perdus vers un corps à trouver», in *Entre mots et toucher, le corps en transfert*, Éd. La Pensée Sauvage, 2005).

2. Françoise DOLTO, *L'image inconsciente du corps*, Éditions du Seuil, 1984, p. 63

3. Didier ANZIEU, *Une peau pour les pensées*, Éditions Clancier-Guénaud, Paris, 1986 ; p. 74.

4. Didier ANZIEU, *Le Moi-Peau*, Bordas, 1985 ; p. 4.

5. Concept repris de la description de l'appareil psychique individuel par Mélanie Klein, «avec un SOI contenant tant mal que bien un MOI inné, un SURMOI acquis et des objets internes disparates» (D.A.)

6. Didier ANZIEU, *Une peau pour les pensées*, Éditions Clancier-Guénaud, Paris, 1986 ; p. 107 à 109.

7. Notion empruntée à René KAËS (*Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, 1979).

8. Didier ANZIEU, *Le Moi-Peau*, Bordas, 1985 ; p. 8.

9. Didier ANZIEU, *Une peau pour les pensées*, Éditions Clancier-Guénaud, Paris, 1986 ; p. 48.

10. Didier ANZIEU, *Une peau pour les pensées*, Éditions Clancier-Guénaud, Paris, 1986 ; p. 84.

11. Par le pouvoir d'«auto-métamorphose» que détient la vie, dit Sartre (*L'Être et le Néant*, Gallimard, 1943, p. 627).

*Le psychodrame et ses mises en scène**

Ophélia Avron**

Ce qui intéresse le psychanalyste, c'est ce qui agit dans l'ombre de l'inconscient, là où les traces mnésiques continuent leur active «carrière posthume» comme disait Freud. De cette fantastique fabrique de rêves, de symptômes, de conduites illogiques, nous ne savons rien directement, nous devons partir de quelques signes précaires, déduire, supposer, interpréter. Freud a passé toute sa vie à rendre compte de ce fonctionnement inconscient, de son «caractère de contraintes qui s'impose au psychisme par-dessus la pensée logique qu'il domine».

Il multiplie les modèles, les angles d'approche, les avancées théoriques. Quand nous avons aujourd'hui tendance à réciter seulement ses conclusions: l'appareil psychique est formé du conscient, préconscient et inconscient, ou plus tard du ça, du moi et du surmoi, il est bon de le relire en plein effort de recherche. Ainsi, quand il explore ce qu'il en est des traces mnésiques dans *L'interprétation des rêves*, sa pensée est portée tout à la fois par l'imagination et la rigueur, l'interrogation et la certitude d'une proche réponse. Suivons l'impulsion donnée à chaque début de phrase:

«Représentons-nous donc l'appareil psychique comme un instrument fait de systèmes... Imaginons ensuite que ces systèmes ont une orientation spatiale... Réservons-nous une possibilité: cette succession pourra être modifiée selon les processus... Nous supposerons qu'un système externe (superficiel) de l'appareil psychique reçoit les stimuli perceptifs mais n'en retient rien, n'a donc pas de mémoire et que derrière ce système, il s'en trouve un autre qui transforme l'excitation momentanée du premier en traces durables... et d'emblée associées... Sa caractéristique serait l'étroitesse de ses relations avec les matières premières du souvenir...»

Et en fin de course, l'affirmation:

«Dans lequel de ces systèmes allons-nous situer l'impulsion à former un rêve? La force pulsionnelle du rêve est fournie par l'inconscient»[1].

Les journées scientifiques du 17, 18, 19 novembre 1989 organisées par l'AREFFS sur le thème: *le corps: inscriptions et lectures*, nous ont donné l'occasion de revivifier notre pensée au contact de la complexité de cette démarche en devenir. Notre propre réflexion cependant était rendue particulièrement ardue par l'indication de rapporter au corps ce qu'il en est de l'inscription et de son éventuelle lecture. Les pratiques de la relaxation, et celle du psychodrame qui est la mienne, mettent en effet le corps en scène, même si la parole est loin d'être exclue.

Pensons-nous que le corps pourrait exprimer parfois ce que la parole ne peut atteindre? De quelle manière? Et de quelles inscriptions s'agirait-il alors? Quelles sont nos hypothèses de travail? Comment nous situons-nous par rapport à notre pratique psychanalytique et à la conception du fonctionnement psychique? Quelles sont les contraintes psychiques inconscientes, qui sont à l'œuvre?

Il est bien difficile de répondre à ces différentes questions, mais elles donnent un regain de mobilisation à l'observation clinique et obligent à reprendre la réflexion théorique sous un éclairage différent.

Par son dispositif spécifique, le psychodrame en groupe, favorise sous la mise en scène manifeste une scénarisation pulsionnelle qui permet à mon sens d'éclairer un double fonctionnement psychique:

– Celui du fonctionnement psychique interne tel que Freud l'a dégagé à travers sa triple dimension topique, dynamique et énergétique.

– Celui d'un fonctionnement interpsychique constitué par deux ou plusieurs psychismes pris dans une activité inter-pulsionnelle immédiate. Freud a parfois indiqué ce fonctionnement, en particulier à travers le processus de l'identification, mais ce niveau demande encore beaucoup de réflexion.

Il est bien malaisé pour le psychodramatiste de dissocier ces deux types de fonctionnement. Il va constamment de l'un à l'autre pour informer son intuition et sa compréhension théorique. Cependant pour éclairer mon propos, je dégagerai de façon quelque peu arbitraire les processus interactifs, dans la mesure où ils ont été jusqu'ici moins souvent analysés. Sur ce terrain d'exploration il faut citer les travaux si stimulants de Bion et de Foulkes en Angleterre, de Didier Anzieu et de René Kaës en France.

Mettant à profit les effets de scénarisation et de dialogue dans le jeu psychodramatique, j'avancerai

pour ma part la notion d'*inter-pulsionnalité* pour insister sur le caractère plus énergique que représentatif des circuits non-verbaux qui s'organisent entre les partenaires et qui s'auto-entretiennent le temps de la rencontre.

Le dispositif psychodramatique

D'abord une rapide présentation du dispositif psychodramatique : il s'agit d'un psychodrame de groupe avec 6 à 8 participants (séance hebdomadaire de 2 heures, groupe à durée illimitée, certains patients sont là depuis plusieurs années, d'autres viennent d'arriver). Quand il le désire, un membre du groupe propose un thème qui le concerne personnellement, choisit ses partenaires et joue. Après le jeu, chacun réagit ; moi-même j'interviens pour souligner une association, des répétitions, la dynamique affective conflictuelle et ceci permet souvent de passer à un deuxième jeu qui vient éclairer le premier. Ce n'est pas la parole qui manque en cours de psychodrame : on parle avant le jeu, pendant le jeu, après le jeu. Cette parole individuelle ou groupale peut être analysée comme un contenu manifeste travaillé par le contenu pulsionnel latent, le psychodramatiste est alors à l'écoute, comme dans les cures classiques, des dérapages de pensées, des brusques déviations, des arrêts associatifs, indices des traces mnésiques inconscientes qui renvoient aux conflits psychiques intolérables pour le moi et qui ont dû être refoulées. Mais si le psychodrame permet d'observer les effets « posthumes » des traces mnésiques inconscientes engrammées dans l'inconscient, il permet aussi de réactualiser dans le jeu, l'entrechoc pulsionnel de deux psychismes qui se provoquent ou se fuient, qui cherchent leur régulation ou leur asservissement. Une participante, Bertha, qui suit le psychodrame depuis trois ans déjà, m'aidera à rendre compte de ces mouvements aveugles et fugitifs, d'une efficacité redoutable.

Après l'exposé d'une situation qui le perturbe, d'un souvenir, d'un rêve, d'une rencontre, l'auteur du récit se lève, met en scène avec des partenaires de son choix ce qu'il vient de rapporter et joue.

A mon avis on change alors complètement de registre. Passer d'une séquence décrite à sa mise en scène, c'est retrouver des partenaires pulsionnels réels et entrer dans le processus de la mise en présent du désir. L'attention portée au contenu explicite et aux mouvements associatifs amène souvent à deviner qui, derrière le partenaire actuel est représenté du partenaire du désir inconscient. Mais ce qui m'intéresse pour le moment, c'est moins de retrouver les traces mnésiques du partenaire initial que d'analyser l'organisation même de cette mise au présent que le dialogue va intensifier.

La scénarisation et le jeu dialogué

La structure inter-pulsive peut en effet être relativement bien observée au moment du jeu, à travers le style dialogué. L'instantanéité des répliques, la nouveauté des partenaires, maintient une telle part de tension et d'imprévisibilité, qu'elle active vivement les processus non verbaux, à la racine de l'inter-pulsionnalité.

L'exposition raisonnée et convaincante est alors débordée par cette mise en relation dialoguée, directe et rapide, qui doit agir instantanément sur celui-là même qui cherche de son côté à vous faire réagir et dont il faut reprendre au vol l'effet produit. Sous le contenu manifeste se développe alors tout un système d'inter-stimulations dont les partenaires ne sont généralement pas conscients, tout occupés qu'ils sont à la formulation de leurs échanges verbaux.

Dans la mesure, où ces inter-stimulations plongent au plus près de l'enracinement pulsionnel, elles vont faire véritablement entrer le corps en scène. Il faut entendre comment la voix se fait ferme et suppliante. Il faut voir les conquêtes pédestres subtiles qui éloignent ou rapprochent, la gestuelle qui s'enflamme ou se raidit... Et cependant c'est rarement spectaculaire, car une vigilance défensive qui vient de loin fabrique aussi des immobilités explosives ou des voix aux rotondités molles qui n'en deviennent que plus troublantes par leur inertie.

Je fais l'hypothèse que la mise en scène et les voix dialoguées qui l'actualisent viennent réveiller jusque dans le corps les relations objectales historiques de chacun mais aussi l'immédiateté inter-pulsionnelle, toujours à l'œuvre dès que deux ou plusieurs psychismes sont en présence. La voix de l'un livrée à la voix de l'autre libère non seulement de la parole et du sens mais elles actualisent à travers leurs tensions réciproques une relation inter-pulsive provisoire, source de renforcement narcissique.

Avant de reprendre cette hypothèse, je vais m'attarder sur une séquence psychodramatique pour montrer combien l'observation de cette immédiateté inter-pulsionnelle est à la fois évidente et malaisée à transcrire car elle a la force et la fugacité d'une phrase musicale. Elle est faite de la synthèse fuyante des tensions réciproques en mouvement. Ces tensions sont aussitôt en appel de figures représentatives qui, elles, attirent davantage notre attention et notre perspicacité et nous distraient du processus de l'inter-pulsionnalité alors en activité.

Bertha : « On me pompe l'air »

Grande, imposante, elle a des mains potelées d'enfant et un regard avide qui peut vous quitter si brusquement qu'il donne un sentiment de chute, comme si elle tranchait net un lien vital. Au moment du récit, sa voix assez plate enroule une plainte infinie où elle est toujours victime de quelqu'un ou de quelque chose. Je dois l'interrompre pour passer au jeu.

Elle raconte ce jour-là des démêlés avec sa mère, son souffre-douleur privilégié. Celle-ci lui demande un service : elle a toujours besoin de quelque chose, de quelqu'un, d'activités, de paroles. Mais Bertha a un travail urgent à rendre et n'est pas disponible, sa mère insiste et ne l'écoute pas.

Jeu : elle choisit comme partenaire la femme la plus extravertie du groupe, Cécile.

Du dialogue, je ne retiendrai pas ici le contenu des demandes et des réponses, mais la mise en jeu des tensions corporelles qui vont, à l'insu des partenaires, installer une interaction en chaîne d'invasion-agrippement, extrêmement efficace.

D'entrée de jeu, Cécile qui représente la mère, réclame avec beaucoup d'assurance la participation de sa fille. Bertha pose alors sur elle ce regard large et fixe qui la caractérise et tout en elle prend une force immobile de combat. Les bras se croisent sur la poitrine et font bouclier, le corps imposant s'enracine.

D'instinct la mère cède du terrain, recule de quelques pas et s'agite « au loin ». On sent que la partie s'installe pour durer.

La voix de Bertha, terne et sans ponctuation quand elle raconte, ici, se mobilise mais termine chaque phrase en un crescendo trainard et fluet qui laisse la parole en suspens, suscitant la réplique. Et la réplique vient instantanément occuper l'espace sonore laissé inoccupé. Le rythme de l'échange infini est assuré, quelle que soit l'argumentation en cours. La demande de la mère s'accélère, le refus inachevé de la fille s'y colle. A l'excitation gestuelle et sonore de l'une, répond l'immobilité provocante de l'autre.

La mère excédée, se rapproche comme pour secouer sa fille (elle dira après le jeu « j'avais envie de lui rentrer dans le lard... elle me rappelait mon fils qui ne répond jamais quand on l'interroge ») Bertha coupe alors brusquement son regard qui est comme un fil tendu, et tête baissée, laisse la mère désemparée.

Celle-ci monologue un moment, pose des questions, cherche manifestement le contact. Bertha relève la tête et dit « tu me pompes l'air, laisse-moi tranquille... » mais elle reste immobile, offerte, le fil d'acier de son regard à nouveau tendu, lié déjà à l'excitation-culpabilité qu'elle vient de susciter. Et cet étrange système d'invasion-excitation, d'agrippement et de chute qui les tient si secrètement soudées repart à l'assaut.

Quand j'arrête le jeu, elle dit en guise de reproche à l'adresse de sa mère : ça pourrait durer encore longtemps !

Moi : mais est-ce que ça n'est pas fait justement pour que ça dure entre vous deux ?

Elle rit, surprise. Sa participation active lui est restée longtemps insoupçonnée. Elle l'entrevoit parfois quand ses partenaires, après le jeu, lui disent la violence des réactions qu'elle provoque et dont elle n'est jamais consciente sur le moment.

Si, avec Bertha je peux plus facilement qu'avec d'autres, suivre ces circuits pulsionnels non-verbaux, c'est que, d'une part, ces circuits sont stabilisés en se fixant sur un objet pulsionnel complémentaire. Ils s'articulent maintenant à une relation objectale de type sado-masochiste dans laquelle chaque partenaire peut prolonger à l'infini la problématique de l'amour haineux.

Perspectives métapsychologiques

Je suppose que le circuit inter-pulsionnel non-verbal qui étaie et propulse toute relation libidinale en constitue la base proprement énergétique. Ce circuit entre instantanément en action et lie les individus avant toute personnalisation relationnelle. Il fonctionne sur un mode d'inter-stimulation rythmique qui provoque et entretient la liaison le temps de la

rencontre. La pulsioce « concept limite entre le psychique et le somatique » manifeste là son ancrage corporel le plus immédiat et son expression la plus directe de poussée, sans but et sans objet pré-déterminé.

Dans cette perspective il faudrait concevoir l'inconscient sous son double modèle :

– un modèle enregistreur,

– un modèle stimulateur.

Le modèle enregistreur correspond à celui que Freud nous a laissé. L'inconscient, dédoublé par le préconscient, enregistre et retient les représentations pulsionnelles refoulées (représentations de choses pour l'inconscient, représentation de mots pour le préconscient). A ce modèle enregistreur, il faut adjoindre un modèle capable de stimuler l'inconscient de tout autre, via le corps. L'inconscient doit alors être considéré, non seulement comme une source pulsionnelle constante mais capable de stimuler et de modifier toute autre source pulsionnelle présente, à travers les manifestations corporelles les plus ténues d'ordre sensori-émotionnel. A ce niveau pulsionnel énergétique j'imagine que l'inconscient s'articule complémentairement à un autre sur le rythme psychique de la poussée pulsionnelle et de la réceptivité identificatoire. Mieux que l'inconscient, le ça de la deuxième topique pourrait en rendre compte. « Il s'emplit, dit Freud, d'une énergie venant des pulsions, mais il n' pas d'organisation, il ne promeut aucune volonté générale »[2]. Il le conçoit aussi « ouvert à son extrémité, du côté somatique ». C'est cette énergie psychique enracinée au plus près du corps, qui se qualifierait selon moi en sensations-émotions peu différenciées, en présence de tout partenaire. Elle stimulerait instantanément les sensations-émotions de tout autre corps pulsionnel en attente. Ces stimulations réciproques s'auto-entretiennent tant que la présence est effective.

Il n'y a sans doute pas d'inscription consciente et de mémoire à ce niveau. Indestructible et aveugle comme la pulsion qu'elle exprime, cette inter-stimulation se réorganise dés que deux ou plusieurs personnes sont en présence. Elle est donc en deçà de tout refoulement. Elle est d'essence énergétique et rythmique. Elle animera les représentations de chose et les représentations de mot qui viendront organiser plus clairement la relation et la conflictualité.

Ces sensations-émotions stimulatrices sont toujours prêtes à entrer en jeu, quelle que soit l'évolution psychique de l'individu. On peut simplement penser que la période d'avant la parole a donné toute son ampleur à cette forme instantanée de stimulation réciproque. La parole qui permet une communication sur le mode symbolique laisse dans l'ombre cette organisation énergétique qui n'en continue pas moins son action dès que la présence d'un partenaire ou d'un groupe est effective. La dynamique groupale mieux encore que la relation inter-individuelle, permet de mettre à jour ce mode activation[3].

Il est possible que cette organisation interactive se pathologise par son excès, quand les autres modes verbaux de liaison communicationnelle ne viennent pas suffisamment la compléter et la limiter : ainsi l'enfant qui continuerait à privilégier cette communication infraverbale afin d'ignorer la parole et ce qu'elle apporte de clarté de limitation et d'exigence à la relation. C'est peut être quelque chose de cet ordre auquel Bion fait allusion quand il signale l'usage que le schizophrène peut faire de l'autre avec la parole. La parole dans ce cas n'est plus ou peu utilisée pour communiquer des informations ou pour penser dit-il, mais comme un moyen d'agir sur l'autre, de le faire réagir, et de l'annexer à son propre éprouvé. Je pense en effet, que la voix par son enracinement corporel est un instrument privilégié pour faire passer à travers ses tonalités, son rythme, ce qu'il en est des tensions pulsionnelles originelles et de stimuler ainsi les tensions pulsionnelles des partenaires. Dans une certaine mesure c'est le cas de Bertha. Le circuit inter-pulsionnel se referme ici sur deux psychismes. Prenant à la lettre la réaction de Bertha, on peut imaginer que la mère et la fille « se pompent » de l'énergie psychique réciproquement chacune se remplissant et se vidant sans changement notable. Un certain équilibre inter-narcissique est maintenu, sans possibilité d'élaboration objectale extérieure. Au début du psychodrame, il était intéressant d'observer, que lorsque j'essayais parfois d'introduire un tiers dans la scénarisation, Bertha avait le plus grand mal à lui donner une place : soit elle créait avec lui, une nouvelle relation duelle, sur le mode de la relation maternelle, soit elle oubliait sa présence de la même manière qu'elle maintenait son père dans les limbes de son esprit.

Mais cette forme interactive originelle, quand elle ne se pathologise pas par son excès comme chez Bertha, garde une certaine souplesse selon les partenaires, maintenant ainsi une fluctuation de la libido

narcissique, quel que soit le stade de développement du moi. Les stimulations inter-pulsionnelles ancrées sur le corps accompagnent alors de façon quasi imperceptible les stimulations verbales les plus élaborées. Se dégageant du somatique et l'utilisant, la pulsion continue la vie durant à s'exprimer, à provoquer, à se laisser stimuler à travers toute les progressions et les diminutions d'intensité et de rythmicité, que ce soit par la voix, le regard, le mouvement, la gestuelle, la tonicité ou la mollesse de l'occupation de l'espace. Inutile de dire que la perception de ces variations est soutenue par notre seule intuition et probablement liée aux échos énergétiques qui sont stimulés dans notre propre corps. Avec l'habitude cependant, cette lecture en directe vient soutenir la lecture plus savante des paroles associatives. Pour le psychodramatiste, plus instructif encore est de suivre les différents registres superposés de la charge et du retrait pulsionnel. Ce qui est caché dans le langage parle dans le corps, ce que le corps lui-même inhibe se traduit dans la variation des espaces privés, des limites à ne pas franchir. Ces superpositions et ces décalages en mouvement peuvent alors informer très finement notre compréhension.

Nous sommes loin ici du modèle de la décharge pulsionnelle qui doit assurer l'évacuation de l'énergie apportée par les excitations internes et externes, afin de maintenir dans l'appareil psychique un niveau énergétique constant. Il faut plutôt imaginer un modèle où un certain équilibre interne instable est assuré par des systèmes de charges-décharges-recharges entretenus par plusieurs psychismes en interaction.

Cette inter-strucure originelle à la limite de la lisibilité, n'en représente pas moins les avant-postes de la pensée, dans la mesure où elle fonde tout autant la dépendance interhumaine que les possibilités de reconnaissances et de réciprocité. La parole viendra s'étayer sur cette organisation énergétique pour apporter la référence commune explicite qui oblige à l'accord concerté ou au refoulement. Mais toute présence effective pourra toujours obscurcir et enrichir le pacte du discours, par ses possibilités infinies et superposables d'ambiguïté de sens.

Ces modalités inconscientes complexes expriment « le caractère de contrainte » de la vie pulsionnelle. Freud la surtout montré à travers les éléments refoulés qui, sans nous, gouvernent nos vies, mais il a montré aussi que prendre conscience de ces contraintes est une forme de liberté. Les formations interpulsives que nous avons dégagées, représentent à leur tour un caractère de contrainte dans la mesure où elles s'organisent malgré nous au moment de toute rencontre. C'est l'objectif et le paradoxe du travail psychosomatique de les favoriser pour ouvrir à chacun une petite marge de liberté. Les remaniements interpulsifs et scéniques en apportant un gain libidinal narcissique, dans un contexte transférentiel de mise en sens, propulsent en effet une redistribution énergétique au niveau des relations et de la pensée.

* Article *La revue de médecine psychosomatique* (éd. La pensée sauvage, n°23, Grenoble, 1992.

** Psychanalyste.

Notes

1. FREUD, *L'interprétation des rêves*, PUF, 1973.
2. FREUD, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, p.103.
3. O. AVRON, « Mentalité de groupe et émotionnalité groupale », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°5, 6, 1986 ; « Le psychodrame et l'émotionnalité groupale », *Psychanalyse à l'université*, 1990, n°60.

A Joinville-le-Pont... chez Gégène ou Peut-on effacer les empreintes?

François Berton*

« La raison, quelquefois, me semble être la faculté de notre âme de ne rien comprendre à notre corps. »
PAUL VALÉRY, *L'Ame et la Danse*

Sous la lumière vive, entre l'orchestre et les tables des dîneurs, la guinguette danse. Les serveurs aux dangereux plats fumants traversent la piste. On les évite. Ceux qui ne dansent pas, regardent. Un couple parmi les autres force l'attention. Ce n'est pas une tendresse particulière, une apparence singulière – un style de vêtements, encore qu'ils soient très conformes à l'usage du lieu – qui accroche. La perfection froide de leurs mouvements raidis, la complexité de leurs pas et la recherche de leur danse provoquent l'intérêt, voire l'envie.

On les entendrait presque compter entre eux: un, deux, trois quatre, et un, et deux, et trois, et quatre. Ils pensent tellement à ce qu'il doivent faire. La tension de leurs corps mécanisés a figé jusqu'aux figures. Celles des visages et celles de la danse; absorbés qu'ils sont par le souci d'enchaîner les pas savants et répétitifs, exactement reproduits et mécaniquement parfaits. Ces enchaînements les entravent et leur ôtent toute expression.

Pas de tendresse, de chaleur ou d'émotion, c'est bien, et rien de plus. Ce n'est ni beau ni bon.

A l'évidence, ils ont suivi des cours et répètent la leçon à l'infini sous le regard du moniteur absent et devant les autres danseurs. Les couples qui regardent avec envie et courte admiration doivent bientôt, penauds et honteux, s'écarter et retourner s'asseoir pour laisser toute la place que leur exhibition nécessite.

Ils ont pris une leçon et reçu une empreinte, voire une emprise. Elle les fait reconnaître, leur crée des obligations et les enchaîne. Peut-être les créditerons-nous d'une satisfaction possible. Est-elle partagée? Qui veut faire plaisir à l'autre?

Cette empreinte reçue et dont ils ne voudraient se séparer tellement ils ont peiné pour se la donner, les programme totalement et les prive de toute émotion. Tout ce joyeux monde du samedi soir venu pour « s'éclater » bientôt se lasse de les regarder et ne les voit même plus.

Le plaisir – la satisfaction? – devient celui du travail bien accompli et non de la danse des corps. Cette empreinte leur donne une allure assurément empruntée... Et toute spontanéité leur est refusée. S'éclatent-ils? Ce n'est pas programmé. L'apprentissage demandé et reçu que l'on suit avec application se résume à l'acquisition d'automatismes physiques et mentaux. Le maître n'est pas loin, ainsi que le devoir de devenir non pas comme lui, ce qui est impensable pour l'apprenti, mais aussi digne que possible de son approbation.

Cet apprentissage imprime sa trace, l'enferme dans son moule, et il devient impossible aux corps de ces danseurs de se laisser é-mouvoir par un trouble qu'ils ne se permettent pas et d'exprimer ainsi autre chose qu'une leçon apprise. Prendre garde au jugement des autres, ressentir leur approbation et leur admiration et demeurer sous le regard du maître. Telle est la réconfortante sécurité.

Ils lassent la fugitive admiration, toute inflexion leur étant refusée. Quel plaisir de contempler la seule répétition aseptique et parfaite? Ce qui s'exprime mécaniquement n'a guère d'intérêt: d'amour point, de désir aucun, sinon celui d'être bon élève. Mais être bon élève ne suffit pas.

Il me souvient de ce concours olympique de patinage artistique où deux couples de très hauts niveaux sportif et chorégraphique rivalisent en finale. L'un très favori du public français est réellement parfait et remarquable. Mais l'autre l'emporte. Les « juges » sont capables d'émotion sous leurs toques de fourrure: la victoire n'a pas consacré une technique supérieure. Ce qui fait la différence, c'est que le premier couple est frère et sœur et le second, amants. La chaleur, la sauvagerie du désir, la nuptialité de la danse des uns a créé l'écart d'avec la froide perfection des autres. La compétition toujours renouvelée d'Eros et d'Agape.

Quittons la piste glacée pour le parquet ciré. Repérons les couples qui dansent parce qu'il faut danser ; un des rituels du samedi soir. Un grand nombre cependant peut laisser paraître avec bonheur dans l'excitation du bal et la spontanéité des mouvements la certitude que les rythmes intimes et les émotions sont en phase.

Les corps, dit-on, ne mentent pas. Les traces et les égratignures de la vie y sont décelables et les empreintes reçues perceptibles, pour peu qu'on les mette en action et qu'on facilite leur expression. Regardons-les, non plus sur une piste de danse – nous y reviendront peut être – mais dans l'aire de jeu d'une séance de « Psychodrame Balint ». C'est une méthode de travail (mise au point par Anne Caïn, de Marseille) qui permet de repérer ce qui se passe dans le couple soignant-soigné non pas au bal, mais lors d'une rencontre thérapeutique. Le corps du soignant est mis en jeu et en situation. Il perçoit en profondeur et se permet la découverte de la représentation qu'il a de son patient et de ceux qui satellisent leurs relations. Sont révélées répétitions, identifications, comportements induits par un Ailleurs plus que par l'évidence de la situation présente. Plus généralement et selon le sujet qui nous occupe ici, les traces, les empreintes qui empêchent le médecin de fonctionner en accord avec lui-même sont décelables. Entre autres choses, cette « sensibilisation à la relation soignant-soigné », révèle l'oscillation conflictuelle entre l'empreinte matricielle (et je pèse le mot matricielle...) de l'enseignement et une certaine émotion de personne à personne dont se protègent bien souvent ceux qui ont la charge de porter soin aux patients.

Lors d'une séance de Psychodrame Balint, nous nous appliquons à repérer les traces et les empreintes des apprentissages ; les identifications et les conformismes, qui parasitent un bon fonctionnement professionnel. Le corps mis en situation et en mouvement permet de révéler ces empreintes.

C'est ainsi que nous voyons une jeune femme en colère. Une patiente ne vient la voir que pour des catastrophes. Elle consulte par ailleurs un médecin peu soigneux. Et cette fois il a laissé passer un diagnostic tellement important que la situation est devenue très dangereuse. Mortelle même. Il ne lui reste qu'à assumer la fin. Elle ne peut rien faire sinon supporter. La malade ne peut entrer intimement en relation qu'avec elle. Les autres : médecins, mari, fils, amant... Tous ont fui. Le jeu a pris la mesure des traces laissées par d'autres événements, réactivés par ce cas chez le médecin, traces entraînant des rejets ou des identifications à propos de cette situation. Il a mis en évidence le risque de trop « imprimer », « impressionner » pour pouvoir soigner correctement sa patiente et bien danser avec elle. Il n'existe pas pour ce cas de leçons apprises indiquant la « conduite à tenir ».

Lui rendre service serait au contraire lever l'empreinte d'un enseignement professionnel annulant sa personnalité propre de médecin. Lever cette empreinte ou plus modestement la desserrer. Par contre, le chirurgien cancérologue se devait quant à lui d'appliquer les protocoles de traitement qui sont en usage, et mobiliser l'empreinte des règles apprises pour le plus grand bien de la patiente. La jeune femme généraliste, qui va prendre en charge tout le reste doit quant à elle prendre distance de tout apprentissage, de toute connaissance, pour être au plus près de sa patiente et improviser au jour le jour, au grès de la demande de sa malade et de ses propres émotions. Un « pas de deux » non encore chorégraphiquement écrit.

Faire comme un autre n'aurait aucun sens et serait même un contre sens, et ce « pas de deux » s'il n'est écrit dans aucune partition n'est transmissible à aucun autre médecin.

Une participante d'un groupe de psychodrame Balint avait fort bien compris cela quant elle écrivait : « Les participants n'ont pas accès à ce qui se passe dans les coulisses de l'inconscient de celui qui présente un cas, ils n'en voient que le récit et ce qui est joué. Autrement dit le contenu manifeste est accessible à tous et le contenu latent restera ce que chacun y placera de lui-même : un contre-transfert ou un fantasme qui lui sera propre et contribuera à sa formation ».

Sur la piste de danse de mort – puisque dans ce cas il s'agit de phase terminale – on ne danse pas de figures apprises en leçon ; on module selon ce qu'on a reçu et perçu. Moins marquent les empreintes, moins l'attitude est empruntée et plus la danse témoigne de la chaleur d'une vraie relation enfin établie.

Le danger d'une attitude induite par une telle empreinte est de vouloir décider pour le patient de ce qui est bon pour lui, projetant notre manière de penser sans préjuger de ce qu'il peut ressentir ou penser: ce que l'on a reçu, on le donne. Le moule d'une empreinte autorise sa reproduction à l'infini. Pour adopter les habitudes de voir et d'agir d'une classe professionnelle ou sociale, c'est dans un tel moule qu'il convient de se couler. Ainsi de maître d'école en élève à la tendre cire réceptive se reproduit à l'infini la trace, qui, nous dit un dictionnaire, est une suite d'empreintes laissée par le passage d'un homme. Ou de tout autre être vivant.

Mettre ses pas dans les empreintes laissées, c'est parfois une grande sécurité. Les soldats savent que pour traverser sans trop de danger un terrain miné, il faut mettre très exactement ses pas dans les traces de ceux qui marchent devant... et qui n'ont pas explosé. Dans le métier, on peut prendre le risque de ne pas mettre exactement les pieds dans les empreintes. Le risque d'exploser n'est pas nul mais contrôlable. Prend-on alors son pied? Ce que l'on prend, c'est une distance avec un personnage révérencé; maître, parent, groupe ou tout autre objet d'admiration, d'identification ou de pression.

Sans courir ce risque, il n'y a pas de progression dans l'élaboration du remède-médecin cher à Balint. En revanche, il est parfois bien utile, devant le champ miné de la pratique professionnelle d'adopter un comportement appris. N'est-ce pas là une défense nécessaire face aux émotions du soignant, capables d'ébranler le plus solide, de l'entraîner hors des sentiers balisés ignorant qu'il est de ses désirs inconscients et aveuglé par ce qu'il ne veut pas percevoir. Des uns et des autres, il sait cependant qu'il doit se protéger.

S'identifier à ceux dont on accepte l'empreinte et reçu le savoir, agir comme le veut et le fait le maître de danse, voilà un confort et une sécurité qui explique beaucoup d'attitudes plus ou moins thérapeutiques.

La formation d'un professionnel assemble le savoir et les identifications. S'il est facile et même recommandé pour un soignant de remettre en cause ce savoir (il ressent soulagement et plaisir trouble quand il découvre que ses maîtres étaient dans l'erreur – mais empressons-nous d'ajouter – cette mise en question toute relative se fait sur la foi d'autres maîtres...), il lui est beaucoup plus difficile de se dégager des multiples identifications qui composent sa personnalité professionnelle. Le savoir n'est une empreinte que pour l'imprimeur mais la parole intégrée, le comportement face aux malades, voilà une trace indélébile pour qui n'a pas la possibilité morale de remise en cause. On a «pompé» beaucoup de nos maîtres, on leur a emprunté et ils nous ont «empreinté». Cette domination intellectuelle et morale choisie et acceptée sous la pression du «bon sens» et du consensus repose sur d'autres critères que ceux que nous alléguons. Ainsi du choix du médecin par le malade. Peut-elle être réfutée sans culpabilité?

Nos danseurs avaient librement choisi leur enseignement. Discuter cette affirmation, serait parler à leur place. Or ce qui devait être plaisir du corps jouissant du moment, devenait la satisfaction froide d'une obligation formelle à exécuter strictement. Le plaisir éventuel amplifié au carré d'une relation à deux se réduisait au carré rigide des quatre temps d'une rythmique musicale. Mais la valse se danse à trois temps et cette triangulation offre l'aléatoire de ses oscillations rompues à chacune de ses «révolutions». Le quatrième temps de la mesure, à chaque fois escamoté et rattrapé oblige à une création perpétuelle, à un changement de pied qui doit reconstituer de nouvelles bases, aussitôt remises en question.

Il en est de même des médecins protégés de leurs émotions professionnelles: ils parlent de la lassitude du métier et des malades comme de gêneurs: ils ne se plient pas à ce qu'il conviendrait ni se comportent comme exigerait leur statut de patient. En face d'un modèle professionnel médical, il existerait dans la pensée du médecin un modèle du rôle de malade.

Peut-on remettre en cause les identifications imprimées en nous, et les projections sur nos malades? Ce sont autant de références à un discours scientifique constitué en idéal de fonctionnement.

Le savoir octroyé par les maîtres et le mode d'emploi de la médecine, nous donnent un sentiment de toute puissance tel que si le résultat n'est pas celui que nous escomptions, il ne peut s'agir que d'une mauvaise méthode de recherche ou de soins défectueux. Il y a culpabilité de n'avoir pas suivi la trace apprise. Une position idéale de fonctionnement

et de discours est désignée par ceux-là même qui donnent la science. Cette identification au maître permet avec une nécessaire efficacité de se protéger des premières difficultés émotionnelles. Premier clivage : le malade, c'est l'autre et surtout pas moi. C'est tracé en nous - nous la sentons comme bénéfique. Au début de l'apprentissage du métier, elle l'est. La trace laissé par les personnages que nous estimons important, nous l'acceptons mais nous ne tolérons pas que les patients nous en laissent une.

Une telle empreinte est-elle modifiable ? Est-elle falsifiée que nous voilà soudain faussaire et coupable ?

Au cours du travail de formation (qui est le contraire du travail d'emprise) cet idéal professionnel perdra beaucoup de son importance. Les exigences intérieures – la « statue intérieure » – s'assoupliront et la culpabilité du falsificateur d'empreinte diminuera.

La personnalité professionnelle n'est pas seulement constituée d'identifications à un porteur d'idéal et de clivages protecteurs vis-à-vis du malade, mais encore d'un sentiment d'appartenance à un corps professionnel. Ce « Corps Médical » suppose un label, empreinte désignant l'appartenance à ce corps et qui suppose l'adhésion au corpus de connaissance qui est le sien.

L'appartenance à un tel Corps oblige parfois à une rigueur dans l'observance et nous évoquions à ce propos le chirurgien.

Revenons à la danse. Etre d'un corps de ballet contraint à une ferme discipline : imaginerait-on un « sujet » donnant libre cours à sa fantaisie ? Or, nous soignants, souvent en situation duelle et adossés au corpus, qu'avons-nous devant nous ? Un plaisir dans l'exécution des règles, parce qu'il n'y a rien d'autre à faire pour être du corps professionnel (le ballet) ou se sentir en sécurité (les participants du bal appliqués à la reproduction des pas acquis). Ou un plaisir d'un autre ordre donné par la relation professionnelle ou affective (pas les deux...) dans un cabinet ou sur la piste de danse. Le plein emploi du moment intense et fugitif se fera en fonction de l'autre et de sa vraie demande et non en obédience aux traces et empreintes laissées par l'apprentissage.

Notre époque serait-elle plus que d'autres celle des normes ? Aux normes intériorisées (les empreintes) s'ajoutent les normes imposées par l'extérieur et qui atteignent le moindre détail de notre vie quotidienne. Nous avons échappés de peu lors des négociations agricoles récentes, à la normalisation de nos fromages. Menace de neutralisation et d'affadissement. L'expert devient la référence universelle qui donne le label dont le sens déborde l'étiquette. C'est un sceau qui garantit la qualité, recommandable et acceptable, l'excellence et l'efficacité... Honte et bannissement à qui remet en cause la parole de cet ex-père.

Entre le danseur qui préfère la servitude de la leçon, et le médecin qui suit à la lettre les conduites à tenir, et pour y réussir, se protège de l'emprise émotionnelle d'un patient investi sur le mode scientifique, et devenu objet, il n'y a que peu de différences. Dans les deux cas, une emprise se répète indéfiniment. Pour mériter le label, on efface toute différence stimulante. Faire « comme l'autre » et emprunter l'empreinte imposée à soi-même alors qu'on pensait en avoir bénéficié.

Cette inclination à la servitude volontaire est bien difficile à mettre en évidence. C'est le « *comportement de l'homme de cour dont la complaisance aux caprices du prince a pour principal ressort le désir de commander à son tour. On obéit à proportion qu'on veut dominer* » (A.G. Slama)

Cette image de toute puissance, le médecin la désire, le malade la projette sur lui : il est bien difficile de la gérer. En référence à un discours scientifique constitué en idéal, il reste en relation avec ceux qui l'incarnent et l'enseignent. Tout en s'abritant dans les jupes de la mère médecine. Le clivage évoqué permet au jeune médecin de franchir les premières difficultés émotionnelles.

Quel lieu thérapeutique permettra au soignant d'effacer les empreintes ou du moins les prendre en compte pour les tenir à distance ? Ce sera toute rencontre où confrontation à sa propre image et à celle que ses pairs lui donnent. Toute rencontre où sa parole sera entendue non sous l'angle de la science mais sous celui de la relation ; où son corps prendra part à cette élaboration et laissera paraître ses traces. Il pourra les identifier et s'en libérer. Nous avions évoqué tout à l'heure le Psychodrame Balint ; c'est un tel lieu, parmi d'autres qui permet de remanier et aménager ces contradictions empêchant un bon fonctionnement professionnel. Surtout de « *repérer dans l'autre ce qu'on perçoit de soi en lui* » (M. Sapir).

Nous revoilà dans le domaine des traces et des empreintes.

L'histoire racontée les maquille facilement, ces éraflures, ces traces dont on se leurre soi-même. Le corps mis en mouvement au cours d'un jeu révèle à chacun ce qui lui était caché.

La fête chez Gégène s'étire dans la nuit. Les tables des dîneurs sont débarrassées et le reste d'un bon vin, ou le liquide délicatement ambré d'un verre pansu permettent la traversée. La lumière est plus douce et l'orchestre plus fatigué. Le trompettiste qui n'a rien à faire dans un tango feuillette distraitement une revue de moto. La chanteuse plaisante avec le serveur avant d'entrer dans ce tango. Dans ce qu'elle chantera, il sera question de *corazón* et de *deseo ardiente*. Ceux des couples marqués au fer des bonnes leçons sont déjà repartis : tenir la forme demande du repos... à moins que... le samedi soir...! Peut-être seront-ils différents n'ayant point de regardeurs en miroir.

Ceux qui dansent encore sont tout à eux-mêmes ; s'il y a empreinte, c'est de l'un sur l'autre. Quoiqu'il advienne, ils garderont trace de ces moments. Ils se fabriquent l'empreinte pour se la garder. Des myriades reçues, lesquelles seront choisies ?

Notre femme médecin aura établi une relation personnelle avec sa malade et la mort (de la patiente). Peut-être saura-t-elle (le médecin) garder la bonne distance. Sans se servir d'un savoir inutile dans cette situation. Ni mettre ses pas dans ceux des autres. Ce qui est certain, c'est que comme les danseurs de la fin de la nuit, elle aura reçu une empreinte. Elle gardera une trace nouvelle qui ne la quittera plus. Toute relation vraie modifie. Jamais elle ne « perdra la trace » de cette malade. Peut-on effacer les empreintes ? Il en perdure toujours quelque chose. Le héros de Conan Doyle retrouvera le cheveu avec sa loupe ; celui de Simenon s'étonnera d'un comportement incongru. C'est dans le corps (soma) ou dans le corps en action, dramatisé (selon l'acception grecque), que nous retrouverons les empreintes. On ne peut les effacer, et le pourrait-on, qu'on ne le devrait pas : elles permettent d'identifier le passage de qui les a laissés. Si elles sont oubliées (j'ai perdu la trace) les méthodes de formation professionnelle sont là pour les faire revenir en surface, les rendre conscientes donc traitables.

Mais le bal ferme ses portes, les musiciens rangent leurs instruments, essuient les cuivres (pas de traces de doigts). Le balayeur efface le pas des danseurs. Ailleurs la relation entre le médecin et la malade est close. De ce qui s'est passé entre elles, de ce qui est vécu sur la piste, ne reste-t-il vraiment rien ? Si « *La mer efface sur le sable, le pas des amants désunis* », le *corazón* garde l'empreinte.

* Médecin généraliste.
62, rue Charlot
75 003 Paris.

Le groupe Balint et le malade cancéreux

Anne Caïn *

Nous avons à plusieurs reprises insisté sur l'illusion que pouvait représenter la recherche d'un facteur psychogénétique dans l'éclosion du cancer. En effet, une telle explication apparemment satisfaisante est une simplification erronée qui donne aux choses un aspect trompeur. Ce qu'on croit expliquer par la mise en valeur de facteurs psychogènes, correspond en fait à une fausse interprétation.

Il n'en est par contre pas moins vrai, que lorsque nous sommes affrontés à l'observation d'un malade cancéreux, la dynamique, qu'elle soit duelle ou à plusieurs, n'est plus la même. Le mot de cancer lorsqu'il est prononcé devient un véritable terme au double sens que l'on peut donner à ce vocable : c'est sans doute la seule fois où le terme désigne tout en même temps, une chose et une fin. Devant l'angoisse que fait naître cette double signification, les réactions individuelles ou de groupe ont quelques spécificités.

Notre expérience ici est fondée sur ce qui se passe dans un groupe Balint lorsqu'un médecin rapporte l'observation d'un malade atteint d'un cancer. Cette expérience nous l'avons conduite avec Ch. Brisset, dans des groupes que nous menons ensemble à Paris et à Marseille depuis une quinzaine d'années, et c'est en notre nom à tous deux que je m'autorise à parler ici. Je rappellerai seulement en quelques mots ce qu'est un groupe Balint : c'est une réunion de médecins, internistes et spécialistes qui se retrouvent régulièrement pour parler d'un cas où la relation médecin-malade a posé problème ; chaque séance dure deux heures et ces groupes sont animés par un médecin et un psychanalyste.

Nos remarques nous permettent de dire d'emblée que, lorsque dans un groupe Balint est rapporté le cas d'un relation avec un malade porteur d'un cancer, que ce cas soit condensé dans une seule séance ou bien qu'on en suive le déroulement dans des séances successives, la dynamique s'infléchit d'une façon tout à fait particulière. Schématiquement je pointerai cet impact à trois niveaux : en premier lieu chez le médecin rapporteur de cas ; en second lieu dans le groupe qui écoute la relation ; enfin chez le malade, lorsque le cas est suivi dans plusieurs séances.

1) Du côté du médecin, on peut dire que la mise en jeu de l'angoisse est nettement plus intense que la plupart des cas. Il s'agit là d'une remarque qui peut paraître banale mais il est intéressant de voir sous quelle influence se fait ce surcroît d'angoisse. Les séances dans lesquelles de tels cas sont rapportés nous montrent que les mécanismes en cause étaient des phénomènes d'identification, identification du médecin au patient bien sûr. Fait particulier, ces identifications sont suffisamment puissantes et agissantes pour que les défenses habituelles du confrère s'avèrent peu opérantes.

2) Du côté du groupe, on peut dire aussi que la dynamique est pareillement fondée sur les mêmes mécanismes d'identification qui se révèlent particulièrement stressants. Mais on peut aller plus loin dans cette remarque en précisant que, dans le cas du cancer, on assiste à l'établissement profond d'une espèce de fusion entre le cancer du malade, le médecin et le groupe. Fusion, c'est-à-dire fusion des affects d'abord, mais disons surtout, fusion dans un espace commun où le terme est présent, au sens mortifère que nous avons donné tout à l'heure. Dans cette perspective, le médecin et le groupe, ont entre eux un rôle d'étayage plus que de soutien. En effet, le soutien serait une aide psychologique banale, alors que l'étayage permet aux uns et aux autres de résister à l'agression par l'appui des autres pulsions.

3) Enfin toute cette dynamique du groupe Balint n'est pas sans retentir sur le patient car l'angoisse du médecin traitant étant métabolisée ailleurs, la relation duelle que celui-ci établit avec son patient en sera moins traumatisante. Au-delà même, si l'on était optimiste, on pourrait espérer que l'évolution des choses risquerait d'en être changée.

Le schéma que je viens de donner est certes vrai mais un peu trop théorique et lorsqu'on retourne aux observations, les éléments recueillis sont beaucoup plus disparates. En fait, Ils font toujours intervenir

l'entourage aussi bien immédiat que social, c'est-à-dire les aspects psychologiques et sociologiques de la maladie. C'est ce qui va apparaître dans le cas suivant que je vais vous exposer très rapidement.

Au cours d'une séance récente, une collègue interniste travaillant dans un pays voisin est prévenue par un de ses confrères qu'elle a l'habitude de remplacer, de la façon suivante: «J'ai deux cas, lui dit-il, très difficile à vous confier, un cancer du poumon chez un femme de soixante-huit ans et une maladie d'Alzheimer; si vous ne pouvez assumer ces deux cas, choisissez». La collègue n'hésite pas et décide de s'occuper du cancer du poumon sous prétexte qu'elle connaît mieux cette question.

Très rapidement au cours de la séance Balint, le récit de notre collègue fait ressortir trois problèmes essentiels:

1) La malade cancéreuse est une étrangère, et son accent est affectueusement familier à l'oreille du médecin.

2) Dés la première consultation au domicile de la patiente, le mari apparaît de façon surprenante, obséquieux dans son comportement, il est petit dans sa présentation et grand dans sa fonction, puisque ancien Rabin d'une ville voisine.

3) Le troisième problème apparaît lorsque le fils de la malade téléphone à notre consœur pour connaître l'état de la maladie de sa mère. Il lui rappelle en même temps qu'il lui avait, il y a quelque temps adressé sa sœur (ce fût un échec, nous dit notre collègue). Il lui rappelle aussi qu'ils étaient camarades d'études en faculté et qu'il avait toujours eu beaucoup d'admiration pour sa pratique professionnelle. En effet, notre collègue se souvient d'un garçon très brillant mais avec un profil très ingrat qui était la risée des autres étudiants en médecine.

Il se dessine ainsi une image qui vient se superposer d'abord et remplacer ensuite la présence même de la malade porteuse du cancer: dans l'esprit de notre collègue, la malade est surtout appréhendée comme la mère d'un camarade de faculté et aussi comme la femme d'un grand Rabin. Un autre souvenir d'ailleurs à propos du mari surgit alors: la consœur le revoit au moment de la guerre des six jours, en pleine détresse et poussant des hurlements.

Au cours de la séance, deux moments rapportés par notre collègue dans le groupe sont importants:

– Le premier, lorsqu'elle arrive chez la malade et qu'elle est reçue par le mari, grand par ailleurs dans ses fonctions, mais petit par sa taille, et qui se rapetisse encore en se pliant dans ses remerciements.

– Le second, lorsque le fils lui téléphone pendant une heure pour lui parler d'abord de la souffrance de la mère. Mais la conversation se prolongeant, c'est l'anxiété du fils qui apparaît ainsi que son désarroi de plus en plus marqué. Si bien que par la suite, il n'est plus du tout question du cancer de la mère qui souffre au point de s'étouffer, mais d'une situation insupportable pour le fils, avec des plaintes dont il n'a pas conscience. Devant l'angoisse du fils qui ne semble pas pouvoir assumer la maladie de sa mère ainsi que la souffrance de son père, notre collègue lui propose de l'adresser à un psychothérapeute. C'est alors que la conversation téléphonique est interrompue par le fils qui dit: «Je vous rappellerai dans un moment car j'ai absolument besoin de téléphoner à ma mère pour entendre sa voix». Nous comprenons bien que c'est là pour le fils un moyen d'évacuer la culpabilité qu'il a à parler de lui.

Arrêtons-nous sur ces deux moments pour rapporter la réaction des autres médecins du groupe. Ce qui va être prédominant avant tout c'est non plus le cancer de la mère qui en fin de compte semble pratiquement évacué, mais la souffrance des deux hommes, le mari et le fils.

Le groupe remarque que, bien que ces hommes aient tous deux un rôle social important, l'un grand dans sa position religieuse, l'autre grand médecin dans sa spécialité, ils revêtent tous deux une position très infantile.

On retrouve là une des caractéristiques dont nous n'avions pas tellement parlé au départ et qui apparaît lorsque l'observation d'un malade atteint d'un cancer est rapportée dans un groupe Balint : la fuite et la régression qui l'accompagnent. Ainsi alors que le médecin remplaçant choisit le cancer plutôt que l'Alzheimer, arguant de ses connaissances, à la fin de la séance Balint la malade cancéreuse est mise à l'écart au profit de son entourage. Le médecin traitant est lui-même pris au piège au point qu'il veut adresser le fils à un psychothérapeute. Tout est marqué par

le sceau du remplacement, en analyse cela s'appelle le déplacement.

Ajoutons toutefois que dans ce que nous avions énoncé sur le plan théorique, le retour à l'observation nous fait retrouver un élément fondamental qui caractérise l'essentiel du Balint dans ces cas : c'est l'étayage qui permet à celui qui rapporte le cas d'être aidé dans son rapport avec le patient cancéreux. Cet étayage peut toutefois aboutir à un destin différent : dans certains cas, il permet de mieux entrer dans l'histoire du malade ; dans d'autre cas comme celui que nous venons de rapporter, il permet au contraire d'échapper à une angoisse trop mortifère, insupportable et qui risque de paralyser la relation du médecin avec son malade.

Si j'ai tenu à exposer ce cas dans lequel nous avons bien remarqué que l'entourage avait pris une place plus importante que la malade atteinte du cancer du poumon, c'était aussi pour permettre de mieux comprendre ce qui se passe dans une famille dont un membre (dans ce cas-là la mère) souffre au point d'étouffer : la seule façon de vivre cette situation culpabilisante, est de déplacer le réel insupportable sur des symptômes aussi angoissants puisque le fils étouffait pareillement mais dans un contexte moins dramatique.

Pour terminer, je laisserai le mot de la fin à un des médecins du groupe en rapportant textuellement une de ses phrases dont l'humour cache l'angoisse mortelle : le cancer, ou comment s'en débarrasser.

* Psychanalyste, psychodramatiste. (†)
Fondatrice de l'AIPB.

Liste des animateurs en 2009

International

MADELEINE BLASER-JOSS	*3, rue Mercerie , 1003 Lausanne* madeleine-Joss@bluewin.ch	00 41 21 323 48 74
RENATE BAIER MULLER	*17, Herzog Wilhelmstrasse, 80331 München* dr.r.baier-muller@onligne.de	00 49 89 26 02 43 42
SUZANNE DEJOIE	*887, Dollard, Outremont, H2V3G8 Montréal* suzannedejoie@hotmail.com	00 15 14 38 14 108
NOEL MONTGRAIN	*Université de Laval, Fac de Médecine, Québec G1k 7P4* garneau.montgrain@sympatico.ca	00 14 18 65 381 76
PATRICIA PAVACCCI	*Via Malta3/18, 16121 Genova*	00 39 34 75 74 04 93
PIERO TRUCCHI	*CP 1234, 16100 Genova* piero.trucchi@virgilio.it	00 39 033 540 22 48
JEAN-PIERRE BACHMANN	*15, rue des sources, 1205 Genève* jpbachmann@mydiax.ch	00 41 22 321 53 53/53 30
SYLVIE BURNAND	*16, rue Voltaire, 1201 Genève* sylvieburnand@bluewin.ch	00 41 22 345 91 03

France

FRANÇOIS BERTON	*62, rue Charlot, 75003 Paris* f.berton@wanadoo.fr	01 42 78 38 86 / Fax. 01 48 04 57 09
MICHÈLE BONAL	*26bis, rue du Lac Bleu, 31240 Caprais* drmichelebonal@wanadoo.fr	05 61 74 37 41
ANNIE BOUILLON	*1, rue Servan 38000 Grenoble* annie.bouillon@wanadoo.fr	04 76 00 08 96 - 06 61 13 94 91
CAROLINE DAUCHEZ	*3, rue Edgard Quinet, 93300 Aubervilliers* caroline.dauchez@cegetel.net	01 43 52 78 10
MONIQUE DE HADJETLACHE	*30, rue Saint Laurent, 30000 Nîmes* monique.de-hadjelache@orange.fr	04 66 01 45 72
BÉATRIX DE THIOLLAZ	*147, Bd Saint Germain, 75006 Paris*	01 45 48 21 96
ANDRE ESNAULT	*12, rue Gustave Flaubert, 35000 Rennes* y.a.esnault@laposte.net	02 99 50 64 25
MICHÈLE LACHOWSKY	*17, rue Carducci, 75019 Paris* lachowsky@aol.com	01 42 06 74 28
MARIE NOELLE LAVEISSIERE	*9, av. Daniel Lesueur, 75007 Paris* paulmarielaveissiere@free.fr	01 45 67 98 12
HENRY NACCACHE	*23, montée de la Lieuse, 38070 St Quentin Fallavier* henrynaccache@wanadoo.fr	04 74 94 26 72
ODILE RANDEGGER	*6, rue Julien Jules, 13015 Marseille*	04 91 58 07 37
MICHEL ROBINOT	*35120 St Broladre* mrobinot@rss.fr	02 99 80 24 54
SYLVIANE ROSET-JAULT	*239, route de Vienne, 69200 Venissieux* syjauset@gmail.com	04 78 00 02 20
LUC STEIMER	*7, rue de l'horloge, 30120 Le Vigan* steimerlc@club-internet.fr	04 67 81 88 90
PAUL TIVOLI	*4, rue Alexandre Coupin, 13013 Marseille* yvette.tivoli@wanadoo.fr	04 91 70 27 79

Groupes réguliers

Paris

- Groupe de F. Berton. 2 séances tous les 2 mois tél. 01 42 78 38 86
- Nouveau groupe. 4 séances tous les 2 mois (le jeudi), Annie. Bouillon 06 61 13 94 91 et Marie-Noëlle Laveissière 01 45 67 98 12
- Groupe dans le cadre du diplôme interuniversitaire de sexologie et de psychologie humaine, Bobigny (Dr C. Dauchez 01 42 40 68 18)

Le Mans

- Deuxième mardi de chaque mois à 20h30 (Dr F. Berton : 01 42 78 38 86, Dr M.-N. Laveissière : 01 45 67 98 12)

Lille – Roubaix

- Un samedi matin tous les deux mois. 17/09/2009 – 21/11/2009 – 16/01/2009
  Dr Caroline Dauchez : 00 33 (0)1 43 52 78 10 – caroline.dauchez@cegetel.net
  et Dr Philippe Heureux : 00 32 (0)4 75 60 77 47 – ph.heureux@skynet.be

Grenoble

- 1 samedi tous les 2 mois – Annie Bouillon : 04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91 et le Dr J.P. Bachmann 00 41 22 321 53 53
- 1 mercredi soir (2 séances) (si reprise), Annie Bouillon et Dr Henry Naccache : 04 74 94 26 72

Lyon

- Groupe mensuel, 4e jeudi du mois, alternant Balint et psychodrame Balint.
  Dr S. Roset Jault : 04 78 00 02 20 et Béatrice Brac de la Perrière : 04 74 66 57 93

Nîmes

- Une séance le mardi soir toutes les 3 semaines (Dr L. Steimer : 04 67 81 88 90 et Dr M. de Hadjetlaché : 04 66 01 45 72)

Toulouse

- Un groupe trimestriel, 9h - 16h (Dr Michèle Bonal : 05 61 74 37 41 - drmichelebonal@wanadoo.fr et Dr L. Steimer : 04 6781 88 90)

Compiègne

- Groupe régulier le troisième mercredi (Dr. F Berton : 01 42 78 38 86)

Rennes

- Groupe de sensibilisation (en week end) (Dr André Esnault : 02 99 50 64 25))

Suisse

Lausanne – Groupe mensuel alternant groupe Balint et psychodrame Balint (M. Blaser-Joss : 00 41 21 323 48 74 et Dr G. Siegrist : 00 41 22 734 34 83)

Genève – Groupe ouvert pour les médecins somaticiens : le mardi soir tous les 15 jours.

– Groupe ouvert s'adressant à des psychothérapeutes d'orientation psychanalytique : le mardi soir tous les 15 jours

Ces deux groupes sont animés par le Dr Jean-Pierre Bachmann.
(0041 22 321 53 53 ; fax 022 321 53 30 ; jpbachmann@sunrise.ch) Lieu de formation : 1205 Genève.

Canada

- Groupe mensuel Suzanne Dejoie : 00 15 14 27 12 22 11 et Christian Bourdy : 00 15 14 33 82 222

Italie

- Groupe à Gênes (Dr Piero Trucchi : 00 39 033 540 22 48, Dr Patricia Pavacci : 00 39 347 574 04 93) – Reprise suspendue.

Et chaque année lors des journées de l'AIPB (suivant les régions).
S'adresser à Ruth Bernoulli, 04 67 54 51 40 - r.bernoulli@free.fr

Quelques dates

XVIe Congrès international Balint

Roumanie 2009

Dates: 5 au 9 Septembre 2009

Thème: Balint Work and Globalization

To explore Tradition and Change in Balint Work and in clinical Practice

Contact: Marie-Anne Puel (mapuel@wanadoo.fr) et Tunde Baka (tundeb13@freemail.hu)

office@balintcongress2009

XVIe Rencontres de l'AIPB

Dates: samedi 26 septembre 2009

Thème: Espaces vécus de la relation de soin

Avec le Psychodrame Balint, découvrir, ouvrir, ré-ouvrir pour mieux les travailler, les temps et les espaces intriqués, réels, psychiques, des soignants et soignés.

communications et travail en petits groupes

Lieu: Maison du Protestantisme - 3, rue Claude Brousson - 30000 Nîmes

Organisation et renseignements:

Mme Ruth Bernoulli – 04 67 54 51 40 – r.bernoulli@free.fr

Dr Luc Steimer – 04 67 81 03 68 – steimerlc@free.fr

Dr Monique de Hadjetlaché – 04 66 01 45 72 – monique.de-hadjetlache@orange.fr

38e Congrès de la Société Médicale Balint

Dates: 16/17/18 octobre 2009

Thème: Malaise chez les soignants, (re)trouver le plaisir de soigner

Lieu: Université de Strasbourg

Programme, inscription, information:

Secrétariat de la SMB

10 route de Thionville – Zone Varmont – 57140 Woippy

Tél. 03 87 31 74 40 – secretariat.balint@laposte.net

Site Internet: www.balint-smb-france.org

Week-end de Psychodrame Balint dans le Briançonnais

Dates: 24/25 octobre 2009

Thème: A partir de situations professionnelles amenées par les participants, avec la méthode du psychodrame Balint, nous explorerons la rencontre Soignant-Soigné dans la perspective relationnelle.

Lieu: «La joie de vivre» - Hameau de Salé - 05100 Névache

Organisation et renseignements:

Annie Bouillon - Psychanalyste - 1, rue Servan - 38000 Grenoble -
Rép./ fax 04 76 00 08 96 / 06 61 13 94 91 / annie.bouillon@wanadoo.fr

Paul Tivoli - Médecin Généraliste - 4, av. Alexandre Coupin 13013 Marseille
Rép./Fax 04 91 70 27 79 / yvette.tivoli@wanadoo.fr

18e Séminaire international sur l'enseignement de la relation médecin /malade

organisé par J. Frenette (canada)

Dates: 25 au 30 janvier 2010

Thème: Enseignement de la relation medecin malade

Ateliers, jeux de rôle et présentations suivis de discussions

Lieu: Tignes Val Claret

Programme, inscription, information:

www.tignes.net

Lucie Chiasson (450) 373 23 68 - lchiasson@voyagesgendron.com

Printemps de la Société Balint Belge

Renseignements:

Renseignements: Brigitte Bodson - 02 731 92 33 - balint@skynet.be

rue de la limite 43, 1950 Kraainem. Belgique

Et toujours les journées d'Annecy !

Date: 12 et 13 mai 2010

lieu: Annecy - Novotel-Atria

Inscriptions: Simone Cohen Léon

11, square Clignancourt - Paris 18e - s.cohenléon@free.fr

01 42 64 90 17 – fax 01 42 64 54 56

Consulter le site de l'AIPB

www.psychodrame-balint.com

L'AFB organise pour médecins libéraux

des séminaires OGC dans le cadre des actions de formations indemnisées

«Développer les compétences relationnelles du médecin par la formation Balint»

Alsace: 11/12 septembre 2009 à Strasbourg
renseignements/inscriptions
Dr Catherine Jung 03 88 79 08 02

Bretagne: 20/21 novembre 2009 à St Malo
renseignements/inscriptions
Dr Michet Robinot 02 99 80 24 54

Hte Garonne: 11/12 décembre 2009 à Toulouse
renseignements/inscriptions
Dr Michèle Bonal 05 62 89 37 10

Vous pouvez contacter pour tous renseignements complémentaires:

Secrétariat de l'AFB chez le Dr Lehmann
01 45 35 93 20
nadine.afb@gmail.com

AREFFS secrétariat
21 rue des Bas tillets 92 310 Sèvres
01 46 23 13 62

Corps, parole, mémoire et Psychodrame-Balint

Le récit d'une situation professionnelle, et son expérience revécue par le corps en jeu, vont renouveler les représentations que le soignant a de son patient et de son environnement, entraînant des conséquences importantes pour son fonctionnement relationnel.
Les traces de nos rencontres ne demeurent ni évidentes, ni inaltérables. Leur rappel, par une évocation en partie imaginaire des circonstances, les modifiera. Si le corps parle, ne peut-il pas s'entendre lui-même ?
Voilà le travail du psychodrame, constamment remis en chantier et sur le terrain et dans le groupe : comprendre nos mises en scène personnelles dans leur interaction avec celles de nos patients. Et mesurer en quoi elles interfèrent avec notre activité de soignant.