

**Quelle est l'évolution des capacités d'élaboration
des sujets participant à un groupe de
psychodrame**

Nous tenons à remercier

Le directeur de l'hôpital psychiatrique
auquel le CMP-CATTP est rattaché,
ainsi que le chef de service
de nous avoir accueilli,

Notre Maître de stage pour son soutien
attentif, son amicale disponibilité, et la
qualité de son enseignement,

Toute l'équipe du CMP-CATTP pour sa
coopération chaleureuse et leur disponibilité.

Sommaire

Résumé / mots clés	P 01
I – Introduction	P 02-03
II - Partie Théorique	P 04
A. Le psychodrame psychanalytique de groupe	
1. Définition	P 04
2. Les spécificités du psychodrame	P 05
3. Les particularités du fonctionnement mental qui relèvent du psychodrame	P 05
4. Les processus à l'œuvre dans le psychodrame	
• Le transfert	P 06
• Les identifications	P07
• La projection	P 08
• Les représentations de mot et de chose	P 08
• Les relations d'objet	P 09
B. Quelles fonctions remplit le groupe de psychodrame auprès du sujet ?	
1. Il crée un espace transitionnel	P
10	
2. Le groupe a une fonction contenante	P
12	
3. Le groupe permet l'étayage du préconscient	
P 12	
C. Le fonctionnement psychique d'un sujet névrotique	

1.	Première et deuxième topique	P
	13-14	
2.	La problématique oedipienne	P
	16	
3.	Les processus identificatoires	P
	16	
	Conclusion et hypothèse théorique	P 17

III - Partie Clinique

A. Méthodologie

1.	Présentation du lieu de stage	P
	18	
2.	Rôle du psychologue dans l'institution	P
	19	
3.	Vécu du psychologue stagiaire	P
	19	
4.	Présentation de la population	P
	20'	
5.	Présentation de l'atelier de psychodrame	P
	20	
6.	Présentation des outils et justification de ses choix :	
	a) Le Thematic Apperception Test (TAT)	P 20
	b) L'entretien	P 21
	c) L'observation	P 21
7.	Présentation des variables de la recherche et des hypothèses opérationnelles	

• Hypothèses opérationnelles basées sur les observations	P 22-23
• Hypothèses opérationnelles basées sur le TAT	P 24
B. <u>Présentations des résultats</u>	P 24-27
C. <u>Discussion des résultats</u>	P 27-30
D. <u>Etude de cas</u>	P 31-35
E. <u>Synthèse clinique et pathologique</u>	P 36
 IV – Conclusion	 P 37
V - Bibliographie / Annexes	P 38

Résumé

Notre recherche est centrée autour des capacités d'élaboration des personnes participant à un groupe de psychodrame. L'observation des séances de psychodrame a suscité en nous un intérêt concernant l'impact que cette thérapie pouvait avoir sur eux. Nous avons donc essayé de voir, dans un premier temps, si ces capacités d'élaboration sont potentialisées par l'étayage du groupe de psychodrame; nos observations nous permettant de quantifier le nombre d'interventions faites lors des différentes étapes d'une séance de psychodrame et la qualité de celles-ci. Le but de la thérapie étant de permettre aux patients d'élaborer leur souffrance, on peut supposer qu'un sujet ayant suivi cette thérapie aura des capacités d'élaboration supérieures au sujet "tout venant". A l'aide d'un test projectif, le TAT, et d'entretiens cliniques, nous verrons si leurs capacités d'élaboration se distinguent, cela par l'utilisation spécifique de certains procédés de défense.

mots clés : Psychodrame - Capacités d'élaboration- procédés de défense- niveau d'élaboration

I - Introduction

Au cours de notre stage dans un centre médico-psychologique et centre de thérapie à temps partiel, nous avons rencontré des personnes extrêmement diverses. Le centre peut être un point d'ancrage pour un suivi thérapeutique après une hospitalisation (en hôpital psychiatrique), autant qu'un lieu où un individu, ressentant un profond mal être, peut, de sa propre initiative, venir requérir une écoute.

Chaque individu utilise les potentialités du CATTP selon ses capacités et ce qu'il recherche. Les psychothérapeutes du centre proposent aux patients de travailler par le biais de la parole (atelier théâtre, l'atelier "raconte-moi une histoire", psychodrame) ou bien sur d'autres supports : la peinture, la sculpture, la photographie.

De notre côté, nous avons eu l'opportunité d'observer le travail des deux groupes du centre durant quelques mois. C'est une psychothérapie où l'expression orale occupe une grande place, il est donc nécessaire pour ces sujets d'avoir des capacités d'élaboration minimum au préalable.

Nous avons pu observer que jouer une scène de son passé est un acte extrêmement difficile pour ces personnes en souffrance. Il arrive même que leurs résistances soient parfois si fortes, que cela les empêche de jouer et d'exprimer leur souffrance.

Chaque sujet a un fonctionnement psychique particulier permettant, ou pas, d'être en mesure d'élaborer ses désirs, ses pulsions, ses affects... Un sujet qui souffre a un vécu particulier. Cela le conduit à élaborer le réel d'une manière qui lui est propre.

Le psychodrame est une thérapie particulière qui aide le patient à élaborer sa souffrance par le jeu.

Sur le terrain, tous les sujets ne parviennent pas à investir le groupe de psychodrame, la technique utilisée ne leur correspondant pas visiblement. A priori, il semblerait que les sujets

qui investissent le groupe soient arrivés à un moment de leur vie où leur fonctionnement psychique leur permet de se mettre en jeu, de jouer et d'élaborer verbalement leur souffrance.

Notre but durant cette étude sera d'évaluer l'évolution des capacités d'élaboration des sujets concernant leur vécu, afin de savoir si le psychodrame les potentialise grâce à l'espace de jeu.

Dans une première partie théorique, nous évoquerons les différentes dimensions afférentes au psychodrame, autant au niveau de son déroulement qu'au niveau de son action. Nous aborderons aussi les processus mis en oeuvre dans ces séances de thérapie.

Dans un deuxième temps, nous nous attacherons à analyser quelles sont les trois grandes fonctions du groupe de psychodrame et l'efficacité qu'elles peuvent avoir.

Pour finir, il semble important d'étudier les fondements de la pathologie des sujets participants au psychodrame, car cela pourra, par la suite, éclairer le bénéfice possible de participer à une telle psychothérapie.

PARTIE THEORIQUE

II - Partie Théorique

A. Le psychodrame psychanalytique de groupe

1. Définition

Le psychodrame psychanalytique de groupe est une *“technique dans laquelle le thérapeute met en scène les conflits psychiques d’un patient pour les faire jouer afin d’aider à leur résolution”* (Bloch, 1991, p732)

C’est une psychothérapie de groupe consistant à faire participer les sujets à des mises en scène, où les situations conflictuelles sont proches des leurs.

La règle fondamentale est l’association libre, donc le patient peut tout dire.

A partir du moment où la séance a lieu, tout ce qui vient à l’esprit des sujets peut être pris comme proposition de jeu : une situation présente ou passée, vécue ou imaginaire, un rêve, une idée ou l’absence d’idée, ou même des notions telles que la vie, la mort (réactivée lors de l’absence de certains participants), arrivées et départs des patients.

Le “rôle” du sujet est un support associatif, il s’agit pour l’acteur de susciter la manifestation de l’affect.

Il y a un écart entre ce que le patient a en tête lorsqu’il propose un sujet de jeu et ce qui va lui être proposé. C’est cet écart qui permet la mise en mot de ce qui vient de se jouer.

Le psychodrame psychanalytique de groupe est composé de 6 à 12 participants, et le plus souvent, de deux thérapeutes;” *très dynamique, c’est un lieu fécond de découvertes et d’inventivité qui peut réussir là où d’autres tentatives thérapeutiques ont échoué. Il peut se suffire à lui même ou être un temps propédeutique pour une psychanalyse à moins qu’il vienne éclairer les impasses d’une telle démarche.”* (Bloch, 1991, p732)

2. Les spécificités du psychodrame

Tout d'abord le jeu est un moyen d'accès à une représentation du conflit par la mise en mot des affects ressentis lors d'événements douloureux. Le sujet, lors du jeu, élabore le conflit.

La seconde spécificité du psychodrame est due à l'implication corporelle du sujet, ce qui permet la représentation des conflits. En effet, elle suscite les affects pour les relier à la parole et donc relancer la vie psychique.

3. Les particularités du fonctionnement mental qui relèvent du psychodrame

Lorsque les patients ont des carences fantasmatiques, le travail des autres patients permet de relancer un fonctionnement “ en panne” par identification.

Les carences narcissiques : toutes les défaillances du pare-excitation, la compression des images (sexe, génération, intérieur, extérieur), sont travaillées en profondeur avec les patients. Le but est de consolider peu à peu ces fondements extrêmement fragiles.

La massivité du transfert en face à face rend parfois le travail impossible en thérapie individuelle. Dans ce cas, le psychodrame est une psychothérapie de groupe qui permet un transfert plus modéré car il sera réparti sur les deux thérapeutes.

La rigidité des processus défensifs peuvent entraîner deux contre-indications : pour les sujets délirants en phase aiguë et les grands paranoïaques.

4. Les processus à l'oeuvre dans le psychodrame

- **Le Transfert**

“Le transfert ne se réduit pas à une reviviscence d'une scène ancienne. L'abandon de la notion de catharsis devait marquer la véritable naissance de la méthode psychanalytique.”
(Bloch, p147, 1991)

Le transfert est *“un lien s'installant de façon automatique et actuelle du patient à l'analyste, réactualisant les signifiants qui ont supporté ses demandes d'amour dans l'enfance,*

et témoignant de ce que l'organisation subjective du sujet est commandée par un objet.”
(Bloch, p961, 1991)

Les phénomènes de transfert consisteront pour Freud en de *“nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes qui doivent être éveillés et rendus conscients par les progrès de l'analyse, et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne de l'analyste.”* (Bloch, p961, 1991)

“Il importe [donc] que l'analyste puisse repérer les diverses figures qu'il vient incarner pour son patient.” (Bloch, p961, 1991) L'analyste subit alors des identifications projectives de la part du sujet. Ce transfert d'affects peut être positif ou négatif. *“Le transfert positif se compose de sentiments amicaux et tendres conscients, et d'autres dont les prolongements se trouvent dans l'inconscient et qui se révèlent avoir constamment un fondement érotique. A l'opposé, le transfert négatif concerne l'agressivité à l'endroit de l'analyste, la méfiance, etc”* (Bloch, p961, 1991)

Le transfert permet donc au sujet de se sentir en confiance et d'avoir envie de parler, de chercher à découvrir et à comprendre ce qui se passe en lui; d'autre part il peut être le lieu des résistances les plus obstinées au progrès de l'analyse. Mais ces résistances nous permettent de mettre en évidence les émois secrets et oubliés des patients en leur conférant un caractère d'actualité.

Le transfert est un lien affectif ressenti par le patient et par l'analyste. Le patient exprime ses affects et cela suscite des affects de la part de l'analyste, c'est le contre-transfert. L'analyste doit être à même de l'analyser afin de ne pas venir interférer avec le vécu du patient. *“L'analyste, du simple fait qu'on lui parle, est utilisé par l'analysant comme support d'une figure de l'Autre.”* En cela, la résolution du transfert consistera pour le sujet à *“déchiffrer quels sont les termes de cette demande qu'il adresse à l'Autre, puis de consentir à ce que cette demande reste sans réponse, et cela non du fait d'une défaillance ou d'une*

mauvaise volonté de cet Autre mais du strict fait de son rapport au langage en tant que sujet parlant, qui le confronte irréductiblement au manque de signifiant dans l'Autre” (Bloch, 1952, 1991)

La massivité du transfert le rend parfois impossible à établir avec un seul thérapeute. *“La possibilité d’avoir plusieurs thérapeutes, permet dans un premier temps, de fragmenter le transfert pour ensuite, quand le moi du patient se sera renforcé, tenter de le réunifier sur un seul thérapeute”.* (Amar, p113, 1988)

C’est une possibilité offerte par le psychodrame où le jeu permettra aussi de dédramatiser le transfert en rendant les frustrations plus tolérables.

En fait, *“en jouant les affects transférentiels, les acteurs donnent au patient la possibilité d’une certaine mise à distance.”* (Amar, p113, 1988)

- **Les identifications**

L’identification correspond au processus d’assimilation du moi à un moi étranger. *“L’identification est le processus par lequel un individu se rend semblable à un autre, en totalité ou en partie.”* (Bloch, p440, 1991) Et le Moi, selon Freud, est en grande partie constitué par ces emprunts. Or ces emprunts d’éléments appartenant à une autre personne, détestée, aimée ou indifférente rendent compte d’une formation symptomatique, selon la perspective freudienne. Donc par voie de conséquence, le Moi a une valeur de formation symptomatique aussi. Le moi des personnes participant au psychodrame est déstructuré et c’est le psychodrame qui permettrait aux sujets de prendre conscience de leurs identifications et, par la suite, parfois de les changer. En fait, *“l’identification succède à un investissement objectal auquel le sujet doit renoncer, ce renoncement dans la réalité allant de pair avec une forme de maintien dans l’inconscient qu’assure l’identification.”* (Bloch, p441, 1991)

Donc l’identification restera ce que le sujet voudrait être. Un objet constitue ce qu’on voudrait avoir. Finalement pour Freud il y a une première identification au complexe paternel et le but

de toutes les identifications qui suivront, sera de la résoudre en la fixant à une tension relationnelle avec un objet.

- **La projection**

“La projection est une opération par laquelle un sujet rejette au dehors et localise dans l’autre personne une pulsion qu’il ne peut pas accepter pour sa personne, ce qui lui permet de la méconnaître en lui-même.” (Bloch, p721, 1991)

La projection est une opération essentiellement imaginaire. Les affects peuvent difficilement rester à l’état pur dans la conscience, ils se lient donc avec une idée.

Lorsque ce complexe est imparfaitement refoulé alors le moi laisse pénétrer le contenu du complexe dans la conscience mais projeté sous la forme d’une réalité extérieure.

Ce processus est à l’oeuvre lorsque le complexe implique un sentiment de culpabilité pour le sujet quant à reconnaître que ces pensées sont siennes.

- **Les représentations de mot et de chose**

Freud distingue “représentation de mot” et “représentation de chose”. Les représentations de chose caractériseraient l’inconscient, alors que le verbal présent dans la représentation de mot semble dépendre de la “prise de conscience”. Cela *“donne l’impression que pour lui l’inconscient a pour contenu des “représentations” essentiellement visuelles, des images.”* (Bloch, p798, 1991)

En réalité, Freud utilise le concept de “représentation” comme un investissement de la trace mnésique d’un événement que le sujet n’a pu assimilé et qu’il a refoulé. C’est ce qui explique que Freud oppose représentation et affect. Lorsque le sujet vit un événement inassimilable, l’affect lié est déplacé ou converti en énergie somatique (formant le symptôme) et la représentation de la scène est refoulée. Elle s’inscrit dans l’inconscient sous forme de trace mnésique. Alors les “représentations” constituent l’investissement de ces traces mnésiques.

La représentation est non dissociée de l'expérience subjective, cela tant dans ses aspects affectifs, inconscient que cognitivo-perceptif selon Pinol-Douriez. Notre pensée est dirigée par nos investissements pulsionnels. Ainsi, plus le sujet pourra réguler ses investissements pulsionnels dans le présent, plus il sera à même de réguler sa pensée. C'est un des buts du travail dans un groupe de psychodrame.

- **La relation d'objet**

C'est *“une relation du sujet à son entourage, qui serait parallèle au développement pulsionnel et dont la prise en compte permettrait de dépasser une approche uniquement centrée sur l'individu.”* (Bloch, p789, 1991)

Selon la théorie freudienne, les pulsions sexuelles peuvent se tourner vers une personne de l'entourage et s'y attacher de manière forte. M. et A. Balint étendent ce concept à un âge très précoce et l'appelle “l'amour d'objet primaire”. Cette première relation d'objet aurait pour but “d'être aimé et satisfait sans rien avoir à donner en retour”.

Bouvet considère que les différents modes relationnels seront liés aux stades libidinaux. Ainsi une relation d'objet orale sera centrée sur l'incorporation. Dans les névroses, il y aurait régression à une relation d'objet prégenitale. Mais *“cette conception est assez normative en tant qu'elle oppose prégénitaux, qui ont un moi faible, et génitaux, qui ont un moi fort, mauvaise et bonne relation à l'objet, ou encore, distance adéquate et distance inadéquate à l'objet.”* (Bloch, p789, 1991)

La relation d'objet est *“employée dans la psychanalyse contemporaine pour désigner le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense. On parlera des relations d'objet d'un sujet, mais aussi de types de relations d'objet se référant soit à des moments*

évolutifs (ex : relation d'objet orale), soit à la psychopathologie (ex : relation d'objet mélancolique).” (Laplanche et Pontalis, p 404, 1967)

B. Quelles fonctions remplit le groupe de psychodrame auprès du sujet ?

1. Il crée une aire transitionnelle, un espace potentiel

Pour Winnicott, chez tout individu qui a atteint le stade de l'unité (à peu près dès l'âge de un an), il existe une réalité intérieure et une réalité extérieure, mais aussi dans une troisième partie qui permet l'harmonisation des relations des deux entités précédentes : une zone intermédiaire (où la réalité intérieure et extérieure contribue l'une l'autre au vécu). L'essence de cette aire intermédiaire est l'illusion. L'illusion permet à l'enfant d'halluciner le sein comme faisant partie de lui. Dès la naissance, l'enfant est confronté à la relation entre sa perception objective et une réalité plus subjective qu'il construit. La relation de l'un à l'autre se ferait dans un espace transitionnel. Cette aire qui existe entre la mère et l'enfant est un espace aussi appelé “espace potentiel”. Dans cette idée de potentialité, il y a une projection dans l'avenir d'une créativité en puissance de quelque chose ou plutôt de quelques lieux qui vont permettre la réalisation de soi. Dans l'idée d'espace potentiel, il y a évocation d'un repos possible, d'une neutralité qui permet à la fois l'envie et la satisfaction. Cet espace potentiel est le chevauchement de deux espaces de jeux : celui du sujet et celui de sa mère ou d'autrui.

L'espace potentiel ne se constitue que dans un climat de confiance. L'enfant s'étaye sur le moi de sa mère, et c'est de la qualité de ce lien que dépend tout le développement de l'enfant. Tout un travail thérapeutique préliminaire lors d'une thérapie va donc être nécessaire pour établir cet espace potentiel entre le sujet et le(s) thérapeute(s) qui se caractérisera de part et d'autre par la certitude d'une relation non dangereuse. Dans ces conditions, le sujet peut se rassembler comme une unité et laisser libre cours à sa créativité (et donc au travail thérapeutique). Ainsi Winnicott mettait ses conceptions théoriques en application dans les

consultations cliniques, d'abord en fournissant un cadre sécurisant (création de l'espace potentiel commun), cela conduisait le sujet à une régression et à la dépendance tout comme un enfant à sa mère. Le sujet a un sentiment nouveau de soi, cela dégèle la situation de carence de son milieu. La nouvelle position du moi est fortifiée, la colère relative à la carence primitive est ressentie dans le présent et exprimée.

Par la suite, on revient de la régression à la dépendance et on progresse ensuite vers l'indépendance. Alors les besoins et les désirs instinctuels peuvent se réaliser avec une vitalité et une vigueur authentique. De ce point de vue, une nouvelle potentialité apparaît dans l'espace clinique, la création, la thérapie a permis l'établissement d'une relation primaire substitut d'une relation originale non satisfaisante, par intermédiaire du jeu transférentiel.

Le psychodrame est une "aire de jeu", ou un espace d'illusion : jouer fait partie de cette expérience culturelle créatrice qui pousse l'enfant à modeler, à inventer la réalité extérieure. L'enfant croit créer le monde alors qu'il ne fait que le découvrir. Le jeu permet de réguler ces découvertes parfois douloureuses (l'absence de la mère). Il n'est d'ailleurs possible que dans cet espace d'illusion.

L'aire de jeu sera un lieu de rencontre, de socialisation sur laquelle se fonde la relation thérapeutique. En effet, *"la capacité de jouer renvoie à la possibilité de déployer et de vivre sa vie intérieure en employant des matériaux du monde extérieur dans un lieu qui n'est à proprement parlé ni la vie intérieure ni le monde extérieur"* (Winnicott, 1971).

Lorsqu'un sujet qui joue une période de sa vie, telle qu'il aurait voulu qu'elle se passe, dans une séance de psychodrame, il articule ses fantasmes (intérieurs) au langage (extérieur). La mise en mots des fantasmes par le jeu permet au sujet de s'opposer à sa dépendance et par cette créativité d'acquérir une certaine autonomie. L'aire de jeu permet donc d'extérioriser des échantillons de son monde intérieur, de le mettre en mots. Le sujet élabore et forme des représentations grâce à l'aire de jeu. C'est en étant créatif qu'il découvre le soi.

2. Le groupe a une fonction contenant

Pour Didier ANZIEU, un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble les individus. C'est la nature même de cette enveloppe qui fait que le groupe existe comme entité. Elle implique un réseau de règlements, de coutumes établies, de places bien définies à l'intérieur du groupe, ainsi qu'un langage parlé entre ses membres.

Cette trame symbolique permet au groupe de se constituer un espace interne et une temporalité propre. L'enveloppe groupale se constitue dans le mouvement même de la projection que les individus font de leurs fantasmes, de leurs imagos, de leur topique lorsqu'ils jouent. Le groupe est une mise en commun des images intérieures, des angoisses des participants. Le groupe développe et favorise ce que Freud n'avait pu théoriser dans le système de pare-excitation, c'est-à-dire une aire intermédiaire où les éléments de la vie intérieure du sujet et de la vie extérieure commune au groupe se rencontrent, se mélangent et s'enrichissent.

3. Le groupe permet l'étayage et la modification du Moi

Nous nous sommes basés sur le fait, que l'on peut mettre en évidence une configuration structurale métapsychologique du groupe, constituée par le ça, le moi, le surmoi.

Le ça représente le côté pulsionnel de notre organisation psychique. La pulsion est en groupe plus présente et pressante, car elle n'est pas la pulsion d'un seul. Mais pour qu'il y ait un groupe, il faut corrélativement un moi, même archaïque, permettant de remplir les fonctions de médiateur entre le monde pulsionnel et le monde extérieur. Ce moi est le leader, le président de la séance, il est représenté par le ou les thérapeutes. Ce sont eux qui vont présenter les lois, les objectifs du groupe, ce sont eux qui se portent garant du fonctionnement du groupe. Le Surmoi : c'est la règle commune en tant que telle, elle est née du consentement de tous, elle oblige chacun.

Pour Didier Anzieu, le groupe réel est avant tout la réalisation imaginaire d'un désir. Il a établi cinq organisateurs psychiques inconscients du groupe qui gèreraient son

fonctionnement : la résonance fantasmatique, l'imgo (représentation de personne), les fantasmes originaires, l'oedipe, l'image du corps et l'enveloppe psychique.

La résonance fantasmatique : ce processus se produit lorsque l'un des participants du groupe donne à voir ou à entendre à travers ses actes, ses propos, sa manière d'être un de ses fantasmes individuel inconscient et qu'il fait "écho" dans le reste du groupe. C'est un fantasme actif chez un sujet qui met en oscillation chez un autre un fantasme similaire.

L'imgo : c'est une représentation de personne, le fantasme étant une représentation d'action. Pour Freud c'était l'imgo du chef qui assurait le lien groupal et l'identification de tous ses membres à cet idéal.

L'image du corps propre et l'enveloppe psychique : cet organisateur constitue la structure du groupe, c'est le moi groupal. Le groupe a besoin d'une identité commune, d'une enveloppe qui contienne et délimite l'appareil psychique groupal. Ainsi les sujets peuvent communiquer et déposer leur souffrance dans le groupe qui reste toujours contenant, donc sécurisant. Ce processus de dépôt libère par la suite la capacité du sujet à fantasmer et sa créativité.

C. Le fonctionnement psychique d'un sujet névrotique

La "Névrose" est une affection psychogène décrite par Freud, entre autres *"où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense"* (Laplanche et Pontalis, p267, 1967).

Ce type de fonctionnement est commun à l'hystérie, la névrose obsessionnelle, les troubles anxieux, paniques et phobiques, ainsi que les troubles dépressifs. Les troubles névrotiques s'organisent autour de conflit intra-psychique (en terme de 1ère et 2ème topique) et de la problématique oedipienne. Celle-ci en constitue l'armature et en orchestre les effets, à travers les processus identificatoires et les représentations de la relation. Les caractéristiques

essentielles de la névrose seront : une référence à la sexualité infantile, la notion de conflit intrapsychique (et la notion de compromis), et l'expression symbolique.

“Ces trois éléments sont liés les uns aux autres : la symbolisation témoigne de l'accès à un double régime d'expression, manifeste et latent, c'est-à-dire à une double inscription consciente-préconsciente/inconsciente (1ère topique). Celle-ci rend compte des mouvements créés par la dynamique conflictuelle entre instance psychique (2ème topique). La source interne du conflit, sa spécificité psychogène trouvent leur origine dans l'histoire du sujet et dans les versions qu'il s'en construit. Enfin, la confrontation entre désirs et défenses découvre une “solution de compromis” qui permet de maintenir les uns et les autres, c'est-à-dire de satisfaire les désirs du ça et ceux du surmoi.” (Brelet-Foulard, p138, 2003)

1. Première et deuxième topique

“Devant la nécessité de représenter le psychisme comme une interaction dynamique des instances, souvent fortement conflictuelle, S. Freud propose de représenter ces instances par un appareil psychique réparti dans l'espace. Il introduit une première topique (1900) dans laquelle il introduit l'inconscient, la perception-conscience, le préconscient. En 1920, dans une seconde topique, Freud corrige la précédente en lui ajoutant le ça, le surmoi et le moi. Mais ces deux topiques ne sont pas superposables.” (Bloch, p946, 1991)

“Au niveau de la première topique, [les nécessités d'ouverture sur le monde extérieur] étaient assurées par la quête pulsionnelle des objets externes de satisfaction devenus source de désir inextinguible. La deuxième topique signale davantage le soutien qui doit être recherché à l'extérieur pour lutter contre les forces pulsionnelles internes envahissantes.” (Avron, p92, 1996). Le sujet est en proie à des conflits internes alors il recherche une solution à l'extérieur pour satisfaire ses désirs.

La conscience du sujet regroupe ses sensations, ses sentiments, ses désirs, ses idées et *“elle s’éveillera quand les instincts eux-même inconscients entrent en action, ce qui exige de la part de l’organisme certaines adaptations compliquées au milieu pour la satisfaction de l’instinct.”* (Henderson, p135, 1927) Les faits psychiques qui n’ont pas de besoins immédiats à satisfaire sont conservés, mais ils deviennent alors inconscients. Certains de ces faits pourront être facilement ranimés, ceux-là appartiennent au préconscient. Pour Freud, les conflits intrapsychiques affectant les névrosés se situent entre le conscient et l’inconscient et s’articulent autour du mécanisme fondamental du refoulement.

2ème topique:

Elle est organisée en trois parties : ça-moi-surmoi. Le moi est conscient et obéit au principe de réalité. Donc le vécu du sujet considéré comme “repoussant” par le moi sera automatiquement refoulé. *“Le refoulement est effectué par une partie du moi où s’élabore la conception, que le moi se fait d’une part des exigences du milieu, et d’autre part des pressions instinctuelles. Le résultat de cette élaboration est le surmoi.”* (Henderson, p136, 1927)

Selon Freud, le surmoi s’origine dans les images introjectées des parents. Ainsi leur conduite modèlera l’enfant. Le surmoi est le résultat du processus d’identification aux parents et du désir de leur ressembler. Le surmoi est inconscient quoique issu du moi, ce système contient les éléments refoulés par le moi sous la pression de la réalité.

Le ça est une partie de l’ancien inconscient, il correspond aux instincts du sujet sous la dépendance du principe de plaisir. Le ça ne communique pas directement avec l’extérieur et son seul souci sera de répondre au principe de plaisir. Mais pour comprendre les effets du monde extérieur et la structure interne du sujet, Freud suppose qu’il y aurait une instance formée par les forces extérieures (telle : l’autorité parentale réelle ou le surmoi parental qui subsistent à travers les générations). Le Surmoi sera alors l’instance qui aura le pouvoir de faire agir de l’intérieur les forces extérieures.

Dans cette perspective, Freud situe les névroses en les reliant à un stade libidinal : l'hystérie et les troubles paniques correspondent à une fixation au stade génital pré-oedipien. Brisset définit la névrose entre autres par des "caractères névrotiques du moi". Un sujet névrotique ne pourrait pas trouver dans l'identification de son propre personnage de bonnes relations avec autrui et un équilibre intérieur satisfaisant.

2. La problématique oedipienne

Le complexe d'oedipe connote la situation de l'enfant dans le triangle père-mère-enfant, dont l'épicentre est la croyance à l'universalité du phallus autour duquel s'organise la génitalité infantile. Il découle de ce monisme sexuel que le complexe de castration, c'est-à-dire la découverte du pénis comme manquant chez la fille ou susceptible de manquer chez le garçon, est donc vécu par les deux sexes.

Pour le garçon, l'angoisse sous-tendue par le complexe de castration, décline avec le sauvetage du pénis, au prix de la séparation d'avec la mère et le désir porté vers d'autres femmes.

Pour la fille, le complexe de castration est promoteur des désirs oedipiens, elle se tourne vers le père pour tenter de remplacer le pénis qui lui manque par un enfant. Cela permet à la fille de changer de zone érogène, du clitoris au vagin, et de changer d'objet d'amour dans le choix objectal (au profit du père). La fille se détourne de sa mère et entre en rivalité sexuelle avec elle, vis à vis du père. Néanmoins, elle dépend d'elle pour ses besoins. Ce lien à la mère, fait de haine et d'amour, dans l'ambivalence, trouve une seule solution : ne plus l'aimer en s'identifiant à elle.

3. Les processus identificatoires

L'identification, en psychanalyse, est *"un processus plus ou moins conscient, temporaire ou relativement durable, au cours duquel un individu se met, du fait d'un attachement émotionnel, à la place d'une autre personne, pour penser ou agir comme la*

personne de référence, ou croire que c'est le cas” (Fröhlich, 1978, p205, dans ouvrage de Bloch)

Dans le psychodrame, le sujet en s'identifiant adopte de nouvelles idées, de nouveaux comportements; cela lui permet par la suite de faire face à une situation angoissante, d'une nouvelle manière, plus appropriée.

Conclusion

Comme nous avons pu le voir l'action du psychodrame est structurée de façon à travailler les processus qui sont la source de la problématique des sujets névrotiques. L'espace potentiel, créé en thérapie, permet au sujet d'avoir un étayage quand il élabore sa souffrance. Le groupe contiendra les débordements liés à l'émergence des affects lors de l'élaboration verbale du sujet. Il sera donc à même de jouer un événement qui le fait souffrir et de mettre en lien ses affects et les événements qu'il a vécu. Le jeu du psychodrame dynamise ses élaborations et amène la souffrance du sujet à devenir supportable ; afin qu'il puisse vivre en paix avec son histoire.

hypothèse théorique

Le jeu effectué lors d'une séance de psychodrame est un espace potentiel pour le sujet qui lui permettrait d'augmenter ses capacités d'élaboration à court et à long terme.

PARTIE CLINIQUE

III - Partie clinique

A. Méthodologie

1. Présentation du lieu de stage

Le lieu où nous avons effectué notre stage est un centre de thérapie temps partiel et un centre médico-psychologique (pour adulte), rattaché à un hôpital psychiatrique. La fonction du CMP est de permettre les consultations et le suivi ambulatoire individuel. Le CATTP, développe des soins à temps partiel sous la forme d'ateliers psycho-thérapeutiques.

L'hôpital auquel nous sommes rattaché est divisé en secteur. Le CMP-CATTP vise à compléter l'équipement extra-hospitalier du secteur duquel il dépend. Notre secteur est composé de trois unités intra-hospitalières (une unité d'accueil de court séjour, une unité pour patient très déficitaire, une unité d'admission et de prise en charge des psychotiques chroniques). Sur le plan extra-hospitalier, il y a quatre places dans des appartements associatifs, deux CMP Adulte (et adolescent) et CATTP.

Dans le CATTP où nous sommes accueillis, les patients ont la possibilité de faire de la danse, de la relaxation, de la photo, un atelier "vie sociale" et peuvent faire une psychothérapie : atelier théâtre, le psychodrame, l'atelier "raconte-moi une histoire", l'atelier mémoire, art cru (peinture, modelage d'argile, écriture, collage). L'équipe est formée de thérapeutes (ayant tous une formation préalable d'infirmier psychiatrique), d'un médecin, chef de service, et de la psychologue.

Le CMP, lui, permet aux patients de consulter un psychiatre, en dehors de l'hôpital psychiatrique, ou un psychologue pour faire un bilan psychologique ou une thérapie individuelle, une assistante sociale est disponible ainsi que trois infirmiers, qui font des visites à domicile.

2. Rôle du psychologue dans l'institution

La psychologue est présente à mi-temps dans le CMP-CATTP, son activité est centrée sur les thérapies individuelles de ses patients ainsi que l'animation d'un groupe de psychodrame analytique et d'un groupe de parole. Après chacun de ces groupes les deux thérapeutes font une régulation. Concernant les thérapies individuelles, la régulation se fait dans un groupe extérieur au CMP-CATTP. Pour finir, la psychologue participe à la réunion hebdomadaire de synthèse, afin d'orienter les nouveaux patients.

3. Vécu du psychologue stagiaire

Sur notre lieu de stage, nous avons eu la possibilité d'être observatrice dans deux groupes de psychodrame; chaque séance étant suivie d'une demi-heure de régulation. Puis nous participions aux réunions de synthèse hebdomadaire de l'équipe. Le but de cette réunion est d'orienter au mieux les nouveaux patients vers les thérapies les plus appropriées. Nous avons observé les premiers entretiens des patients débutants une psychothérapie individuelle. Nous avons pratiqué des entretiens de soutien avec un infirmier psychiatrique. Nous avons aussi pu participer au groupe d'art cru.

Concernant l'observation des groupes de psychodrame, ce fut très enrichissant autant sur l'apprentissage du déroulement de cette psychothérapie que lors des régulations, où on étudie les problèmes actuels des patients et l'étiologie possible de leurs symptômes.

L'art cru nous a amené à une réflexion personnelle concernant notre pratique du soin. Cet atelier étant "participatif", nous avons pu ressentir ce que perçoit un patient et cela s'est révélé parfois difficile. Il nous faut garder une grande humilité quant à notre possible action sur les troubles des sujets.

4. Présentation de la population

Tableau de Population

	Sujets	Sexe	Age	Profession	Situation familiale	ATCD personnel	ATCD familiaux	thérapie précédente	thérapie actuelle
Groupe psychodrame	Mme D	F	53 ans	professeur	mariée, une fille(26ans)	dépression cyclothymique, bouffée délirante, 2 TS		psychothérapie individuelle , théâtre	psychodrame
	Mme B	F	44 ans	fonctionnaire	mariée, un fils (23 ans), père DCD	angoisse	Mère fragile, menace de se suicider	psychothérapie individuelle	psychodrame
	Mr J	M	46 ans	chômage(ancien éducateur spé)	marié, 2 filles (24 & 10 ans)	depression après TS de sa nièce	suicide de sa nièce	psychanalyse, groupe Balint, sophrologie	psychodrame et psychanalyse
	Mme A	F	45 ans	aide à domicile	divorcée,3 fils (18, 17, 12 ans), parents DCD		mère hypocondriaque	atelier " Raconte-moi une histoire"	psychodrame
	Mme J	F	57 ans	fonctionnaire	séparée, 2 fils (33 et 35 ans), père DCD	anorexie étant enfant, TS	père s'est suicidé	psychothérapie individuelle , danse	psychodrame et danse
Groupe témoin	Mme A-L	F	21 ans	en formation	célibataire	Boulimie-anorexie, auto-mutilation, TS		peinture, danse, dessin, écriture	théâtre
	Mme N	F	32 ans	secrétaire en arrêt maladie	divorcée, vie actuellement en concubinage		père invalide : accident ou TS ... ?		théâtre
	Mme O	F	30 ans	statut d'invalidé	célibataire	psychose		peinture, danse, dessin	relaxation
	Mme L	F	37 ans	Secrétaire	Mariée depuis 12 ans, un fils de 11 ans	Crise de tetanie, Dépression, TS			théâtre, relaxation,danse
	Mme C	F	42 ans	statut d'invalidé, ancienne aide à domicile	divorcée, vie en concubinage, a 2 enfants (20 et 17 ans)	Anxiété, dévalorisation de soi, Dépression	Mère invalide après accident	TCC, peinture	théâtre, danse

5. Présentation de l'atelier de psychodrame

Le groupe de psychodrame du jeudi soir, où nous avons été observatrice, est animé par deux thérapeutes (hommes). Chaque séance dure 1h 45 et il y a 3 à 5 participantes selon les jours. Le groupe de psychodrame du vendredi est composé de deux thérapeutes (un homme et une femme (la psychologue)), il y a un participant et 4-5 participantes. Les personnes commencent par exposer les conflits qu'ils ont pu avoir dans la semaine ou bien des événements qui leur pèsent. Ce sont eux qui choisissent le thème qu'ils ont envie d'aborder, autour de celui-ci les thérapeutes mettent en place, avec un des participants, une scène afin de rejouer ce conflit. C'est le participant lui-même qui choisit les personnes qui interpréteront les personnages du conflit qu'il souhaite travailler. Puis après le jeu, chaque participant discute autour de ce qui s'est joué, il dit ce qu'il en a vu et surtout ce qu'il a ressenti et ce à quoi cela fait référence dans son histoire.

6. Présentation des outils et justification de ces choix :

Procédure : Nous avons observé deux groupes de psychodrame durant trois/quatre mois, après cela nous leur avons proposé, dans le cadre de notre recherche, de nous rencontrer. Tous ont accepté de nous accorder deux heures de leur temps afin que nous puissions faire un entretien ensemble, puis un TAT.

a. Le Thematic Apperception Test (TAT)

Ce test projectif a été élaboré par Morgan et Murray et convient pour les enfants et les adultes. *” Il est composé d'une série de planches représentant des scènes ambiguës à un ou plusieurs personnages autour desquelles le sujet testé doit imaginer une histoire. L'interprétation du TAT repose sur l'analyse du contenu et de la forme de chaque récit et vise à un repérage des noyaux conflictuels du sujet et de ses mécanismes de défense. Ce test promeut un Idéal du moi fort, se laissant enrichir mais non envahir par des fantasmes inconscients. ”* (Bloch, 1991, p938)

Nous allons étudier précisément quelle utilisation fait le sujet de cet espace. Les sujets faisant du psychodrame ont davantage l'habitude de travailler dans l'espace potentiel, d'élaborer des histoires.

Nous essayerons d'estimer, grâce au TAT, leur capacité à faire cela.

Les séries de procédés de défense permettant de coter le TAT, seront de précieux indices de l'utilisation qu'ils font de cet espace. La série B nous intéresse tout particulièrement car elle contient des procédés représentatifs d'organisations psychiques dominées par le conflit, qui est pris en charge par la mise en scène des relations interpersonnelles. Celles-ci viennent figurer l'affrontement entre les instances. Or ceci correspond à ce que les sujets font lors de leur thérapie. Nous pourrions donc voir s'ils ont intégré ce mode de fonctionnement.

b. L'entretien

Les entretiens des sujets ainsi que les questions posées sont en annexes II et III.

Nous avons choisi de faire un entretien semi directif afin que cela nous apporte un éclairage sur les pathologies des sujets et la manière dont ils les ressentent. Ceci afin de cerner ce qui les amène à faire du psychodrame. Notre entretien clinique nous donne une idée de l'investissement des sujets au sein de leur groupe de psychodrame. Cela nous permet aussi de connaître l'utilisation qu'ils font de l'espace potentiel créé entre eux et avec les thérapeutes.

c. L'Observation

- **Justification du choix de l'outil**

Présentation de la grille d'observation Annexe VI.

Notre lieu de stage nous a permis de faire des observations de séances de psychodrame. Nous avons décidé d'utiliser ce matériel pour évaluer l'évolution du sujet au cours d'une séance. Le but de cette thérapie étant d'aider le sujet à élaborer sa souffrance, cela nous a paru un outil convenable pour connaître l'évolution de ses élaborations et de leurs qualités.

Présentation des indices

Notre grille d'observation se compose de trois temps. Chaque temps correspond à une étape de la séance de psychodrame. Le temps 1 se situe avant le jeu, le temps 2 concerne le jeu lui-même, le temps 3 se situe après le jeu.

Dans chaque temps, nous étudions les élaborations faites par le sujet. Ces élaborations sont de différentes qualités. Nous les avons catégorisées en 3 classes :

Les élaborations effectives : le patient fait des liaisons entre les sujets abordés en thérapie et ce qu'il a pu vivre dans sa vie.

Les élaborations progressives : le patient fait peu de liens avec son vécu mais il participe tout de même en donnant son opinion sur les sujets abordés.

Les élaborations nulles : le sujet se tait, s'ennuie, n'a aucune motivation pendant le jeu.

7. Les variables de la recherche et des hypothèses opérationnelles

Les variables de la recherche sont :

- Notre *variable dépendante* correspond au *pourcentage d'élaboration fait par le sujet*. Elle sera quantifiée de deux manières. Dans les observations des séances de psychodrame, nous comptabiliserons le nombre d'intervention des sujets, chacune d'elle étant considérée comme une élaboration. Dans le TAT, le pourcentage d'élaboration est évalué grâce au nombre de procédés de défense utilisés par le sujet.

Notre grille d'observation nous permettra par la suite de distinguer ces interventions au niveau qualitatif. Ces *niveaux d'élaborations* constituent notre *première variable indépendante*.

Notre *deuxième variable indépendante* est constituée par les *différentes étapes d'une séance de psychodrame*.

- Notre *troisième variable indépendante* est constituée par le *type de série de procédés de défense utilisés* par le sujet : série A, série B, Série C et série E.
- Notre *quatrième variable indépendante* est le *type de groupe*, avec un groupe où les sujets font du psychodrame et un groupe témoin.

VD : % d'élaboration fait par le sujet (pour observation)

VD : Nombre d'utilisation de procédés de défense (pour TAT)

VI₁ : Niveau d'élaboration : N3

- n1 : effectif
- n2 : progressif
- n3 : nul

VI₂ : Les étapes d'une séance de psychodrame: T3

- t1 : Temps avant le jeu
- t2 : Temps du jeu
- t3 : Temps après le jeu

VI₃ : Type de procédés de défense: P4

- p1 : Procédé de défense A
- p2 : Procédé de défense B
- p3 : Procédé de défense C
- p4 : Procédé de défense E

VI₄ : Type de groupes : G2

- g1 : groupe psychodrame
- g2 : groupe témoin

Hypothèses opérationnelles basées sur les observations :

Nous émettons l'hypothèse que, quel que soient les capacités d'élaboration du sujet au temps T1, le temps T2 permettra d'améliorer le pourcentage d'élaboration effective. Celui-ci, au temps T3, sera supérieur au pourcentage du temps T1.

Et les pourcentages 'élaboration progressive et nulle seront en baisse au fur et à mesure de la progression de la séance.

Hypothèses opérationnelles basées sur le TAT :

Nous émettons l'hypothèse que le groupe de psychodrame aura un nombre d'utilisation de procédé de défense supérieur au groupe témoin, quel que soit la série étudiée.

En se basant sur les caractéristiques de la série B et sur les pathologies du groupe de psychodrame, nous émettons l'hypothèse qu'ils utiliseront davantage le procédé appartenant à la série B qu'aux séries A, C et E.

B. Présentation des résultats

- **Résultats des Observations**

Un tableau récapitulatif des résultats des observations de chaque sujet et le détail du traitement statistique, effectué pour traiter les données du tableau 1, figure en annexe V.

Nous avons étudié, à travers le traitement statistique du Khi 2, le pourcentage moyen du niveau d'élaboration en fonction de la progression d'une séance du psychodrame.

Examinons la figure 1 :

Lors du *premier temps* de la séance, le pourcentage d'élaboration « effective » est supérieur au pourcentage d'élaboration progressive et nulle.

On observe, *au temps 2*, une répartition identique des pourcentages.

Au temps 3, le pourcentage d'élaboration « effective et nulle » est à peu près équivalent, seules les élaborations progressives sont très basses, quasi nulles.

Examinons la figure 2 :

Concernant l'évolution du pourcentage des élaborations « effectives », cela varie peu au cours de la séance, il y a seulement une légère baisse en fin de séance.

Le pourcentage des élaborations « progressives » est en diminution tout au long de la séance, jusqu'à devenir quasi nul à la fin.

Le pourcentage des élaborations « nulles » est très faible en début de séance, mais augmente énormément à la fin.

Les Khi 2 que nous avons fait pour tester l'indépendance de chaque niveau d'élaboration en fonction des trois temps de la séance de psychodrame ne sont pas significatifs. Les résultats des 3 Khi 2 sont similaires : $\text{Khi } 2 = 6$ Donc $\text{Khi } 2 < \text{Khi } 2\alpha$

$$\text{ddl} = 4$$

$$\text{Khi } 2\alpha = 9.46$$

L'hypothèse nulle ne peut donc être rejetée. Il y a indépendance du niveau d'élaboration du sujet et de la variable : étapes de la séance de psychodrame.

- **Résultats du TAT**

Les protocoles individuels de chaque sujet figurent en annexe VIII.

Le détail du traitement statistique, effectué pour traiter les données du tableau 2 ainsi que les hypothèses y afférentes, figure en annexe VII.

Dans un premier temps nous avons étudié l'effet du facteur « type de groupe » sur notre variable dépendante : le nombre d'utilisations de procédés de défense, et cela pour chaque série de procédés de défense. La figure 3 montre un écart entre le groupe témoin et le groupe psychodrame pour les séries A et B. Mais est-il significatif ? Pour ce faire nous avons fait une analyse de variance.

Pour la série A, le F obtenu est de : $F(1 ; 9) = 0.626$, mais sa probabilité est supérieure à 0.1 ($p > 0.1$).

Pour la série B, le F obtenu est de : $F(1 ; 9) = 0.690$, mais sa probabilité est supérieure à 0.1 ($p > 0.1$).

Donc le nombre moyen d'utilisations de procédés de défense, de chaque série n'est pas dépendant du type de groupe auquel appartient le sujet.

Par contre, pour les séries C et E, les moyennes des deux groupes chutent énormément et se rassemblent pratiquement au même niveau.

Pour la série C, le F obtenu est de : $F(1 ; 9) = 0.016$, mais sa probabilité est supérieure à 0.1 ($p > 0.1$).

Pour la série E, le F obtenu est de : $F(1 ; 9) = 0.206$, mais sa probabilité est supérieure à 0.1 ($p > 0.1$). Donc le nombre moyen d'utilisations de procédés de défense, de chaque série n'est pas dépendant du type de groupe auquel appartient le sujet.

Dans un deuxième temps, nous avons étudié l'effet du facteur « type de série de procédés utilisés » sur les résultats du groupe « psychodrame ». Les moyennes, dans le tableau 2, sont divisées en deux groupes. Les séries A et B ont des moyennes (11,40 et 9,98) bien supérieures aux séries C et E (3,80 et 1,82). Mais cette différence est-elle significative ?

Nous avons appliqué une Anova et nous avons obtenu : $F(3 ; 19) = 16,78$. Sa probabilité est inférieure à 0,05. Donc ces résultats confirment notre hypothèse : il y a bien une distinction quant à l'utilisation faite des procédés selon les différentes séries, pour le groupe psychodrame.

Dans un troisième temps, nous avons étudié l'effet du facteur « type de série de procédés utilisés » sur les résultats du groupe « témoin ».

Nous avons obtenu : $F(3 ; 19) = 18,004$ et sa probabilité est inférieure à 0,05. Ces résultats confirment notre hypothèse : il y a bien une distinction quant à l'utilisation faite des procédés selon les différentes séries, pour le groupe témoin.

Afin de connaître la répartition des moyennes des facteurs « type de séries », nous avons appliqué deux tests de comparaison de moyennes : le test de NEUWMAN-KEULS et de BONFERRONI. L'ANOVA faite sur le facteur « type de groupe » nous a montré que leurs résultats étaient homogènes. Nous travaillerons donc sur la moyenne des résultats de ces deux groupes.

Le test de NEUWMAN-KEULS et de BONFERRONI montre une homogénéité des moyennes des séries A et B (12,34 et 11,01) au seuil 5 %. Les séries C et E forment un second groupe homogène dont les moyennes sont 3,73 et 2,09.

Notre hypothèse unilatérale était que le nombre moyen d'utilisation des procédés de défense de la série B serait supérieure à ceux des séries A, C et E.

Mais le résultat est tout autre, les résultats obtenus par nos deux groupes forment un premier groupe homogène (séries A et B) dont les moyennes sont supérieures au second (séries C et E).

C. Discussion des résultats

Discussion des résultats des observations

Nos analyses statistiques infirment notre hypothèse. Le niveau d'élaboration du sujet n'est pas dépendant des étapes de la séance du psychodrame. Les capacités d'élaboration de nos sujets ne progressent pas au cours de la séance. L'effet, à court terme, de l'étayage produit par le jeu sur l'amélioration du niveau d'élaboration, ne semble pas être réel.

Le psychodrame permettrait au sujet de prendre conscience de ses identifications à travers le jeu et parfois de les changer. Cette prise de conscience du sujet n'entraîne donc pas un changement à court terme de ses élaborations. Ce mécanisme demande davantage de temps pour modifier le fonctionnement psychique du sujet.

Il en va de même pour la projection ; c'est un mécanisme que le sujet utilise lors des séances, mais l'effet sur les capacités d'élaboration n'est pas immédiat. Les sujets expulsent les affects qui les torturent. Ces affects doivent être ensuite reconnus comme siens. Et c'est là où le travail des thérapeutes commence, car c'est cela qui pourra, dans le futur, faire évoluer les élaborations du sujet par rapport à son histoire.

Les représentations de chose caractérisant l'inconscient, participent à la mise en place du jeu car il est, lui aussi, une représentation imagée du conflit du sujet. La mise en mot lors du jeu, et après le jeu, de ses

conflits aide le sujet à transformer ses représentations chose en représentations de mot. Le niveau d'élaboration du sujet n'augmente pas après le jeu, mais ce n'est pas le seul critère qui puisse prouver que ce mécanisme se met en place.

Sur le cours d'une séance, ce que nous observons, c'est l'augmentation des élaborations nulles. Il serait très intéressant de travailler sur cela. Ces résultats peuvent être dus à la recrudescence des défenses des sujets devant l'émergence de nombreux conflits jusqu'à présent inconscients.

Il nous faut tout de même reconnaître que le pourcentage d'élaboration effective et progressive, faite par le sujet, montre qu'une réelle relation de confiance s'est installée entre eux et le thérapeute. L'espace potentiel étant mis en place, le jeu va pouvoir s'effectuer et aider le sujet à élaborer. Il réinvente son vécu subjectif de la réalité extérieure. Le jeu est un espace d'illusion, il faudra du temps au sujet pour s'approprier ce qu'il a joué et se rendre compte que c'est sa réalité. Nos résultats ne laissent aucune équivoque sur le fait que ce processus prend du temps. La séance est un temps trop court pour l'étudier. Elle nous permet tout de même d'aborder des conflits inconscients ou plutôt préconscients qui seront extériorisés dans l'aire de jeu. En effet, un conflit inconscient presse souvent les portes de la conscience et après avoir été modifié, il parvient dans le préconscient. A ce moment là, il peut être joué et devenir conscient. Tout le travail, du sujet (et des thérapeutes), sera d'accepter ce conflit comme sien et comme quelque chose qui ne le détruira pas.

Discussion des résultats du TAT

Notre hypothèse était que les sujets du groupe psychodrame utiliseraient davantage de procédés de défense que les sujets du groupe témoin, quelque soit la série concernée.

Nous nous sommes basées sur le fait que les sujets participant au psychodrame seraient plus à même d'utiliser l'espace potentiel afin d'élaborer une histoire, car c'est une capacité qui est largement travaillée lors des séances.

Le TAT avait pour but d'évaluer cette capacité. Le sujet étant seul, nous avons pu repérer quelles étaient ses capacités personnelles concernant l'utilisation de l'espace potentiel proposé. Ces patients sont

forts de l'étayage provenant du groupe de psychodrame. Nous pourrions donc examiner quel est son effet à long terme.

Nos résultats n'ont pas permis de confirmer notre hypothèse. Le groupe témoin et le groupe psychodrame auraient la même capacité d'utilisation de l'espace potentiel. Cela nous a particulièrement étonnées. Mais il est vrai que la majeure partie du groupe témoin suit une thérapie (théâtre). Nous pouvons donc nous demander si ce n'est pas une variable qui a faussé nos résultats. En effet, il est possible, probable même que l'utilisation de l'espace potentiel soit aussi importante dans le théâtre que dans le psychodrame. Il semble « normal » alors, que leurs résultats soient proches. L'utilisation identique de l'espace potentiel, par des sujets faisant deux thérapies différentes, est une donnée qui nous permet de dégager un critère type pour déterminer si un individu va s'investir dans un groupe tels que ceux-là, où l'expression se fait verbalement et physiquement.

Le TAT en ces circonstances, permettrait de savoir si un sujet est capable d'utiliser l'espace potentiel.

Notre seconde hypothèse concernant le TAT, était que les deux groupes de sujets utiliseraient davantage de procédés appartenant à la série B qu'aux séries A, C et E.

Nous nous étions basés sur les caractéristiques des procédés de la série B. Ils nous permettaient de voir si le sujet prenait en charge ses conflits en les mettant en scène, grâce à des relations interpersonnelles (comme il peut le faire en thérapie).

Nos résultats ont mis en évidence que la série B faisait effectivement partie des séries les plus utilisées. Mais la série A l'est encore plus. Cela infirme donc notre hypothèse.

Ceci vient enrichir notre perception des effets de la thérapie sur ses sujets. La série A comprend des procédés qui prennent en charge, par la « pensée » les désirs et les défenses du sujet.

Donc nos sujets, lorsque nous les mettons dans une relation de confiance où l'espace est libre et où ils peuvent donner libre cours à leur imagination, vont mettre en mot leur désir, leur défense, tout en faisant

des mises en scènes interpersonnelles au cours de leur histoire. Il semble que tout cela soit un fin descriptif de ce que font nos sujets lors de leur thérapie. Les résultats du TAT montreraient donc que les sujets ont intégré un mode de fonctionnement similaire : celui qu'il pratique en thérapie. Il est intéressant de voir que lors de la passation du TAT , les sujets racontent des histoires sans forcément faire de liens avec leur vécu. Mais lors de l'enquête, ils parviennent à faire ces liens, à prendre conscience que certaines personnes et certains événements ont plus d'importance dans leur vie qu'il ne le croyait.

Cela illustre leur capacité à élaborer à partir d'un espace potentiel.

Il nous faut aussi noter la présence (beaucoup plus faible) de la série C qui révèle l'évitement que peut faire le sujet de ses conflits. L'expression de ces défenses est tout à fait normale car tout un chacun nourrit des conflits qu'il ne veut pas affronter. Néanmoins, lors des thérapies, ce sont ces conflits là qui sont travaillés. On peut comprendre, avec plus d'aisance, que nos sujets aient des difficultés à élaborer en fin de séance : leurs défenses prennent le dessus.

La série E est la moins utilisée ; elle caractérise l'émergence des processus primaires. La faible utilisation de ces procédés permet tout de même de nourrir transitoirement les associations du sujet, sans créer une désorganisation de son fonctionnement psychique.

D. Vignette clinique

Présentation du sujet

Notre vignette clinique porte sur une femme de 44 ans. Elle est mariée depuis 24 ans et a un fils de 23 ans. Elle est fonctionnaire, depuis ses 18 ans, dans le même service. Son mari , lui est commercial. C'est une femme qui nous a étonné par sa prestance et qui, pourtant, manque cruellement de confiance en elle, à tel point qu'elle décide de consulter afin de changer cela.

Anamnèse

La patiente nous décrit ses relations avec ses parents comme conflictuelles. Sa mère est autoritaire et la rabaisse sans arrêt. Cela entraîne des conflits depuis son adolescence. Son père est décédé lorsqu'elle avait

quinze ans, mais cela se passait mal avec lui aussi. Elle le décrit comme un père absent. Lorsque sa mère et elle étaient en conflit, il partait. Il partait boire plus exactement.

Elle nous dit avoir une très faible estime d'elle-même, à tel point qu'elle confie l'éducation de son fils à son mari de peur qu'il devienne "comme elle". Cette personne se décrit comme très angoissée et inhibée. Elle ressentait un mal être tant au travail que dans la vie de tous les jours. C'est son désir de changer cet état de fait qu'elle considère comme un handicap professionnel qui l'amène à consulter un psychiatre. A ce moment là elle commence une thérapie individuelle, ce qui mettra en évidence chez cette patiente des défenses de type obsessionnel, qui l'empêchent d'exprimer ses émotions ainsi qu'une problématique névrotique génératrice d'angoisse et de trouble de l'humeur. La patiente a de plus en plus de mal à s'exprimer dans cette relation duelle, elle se tourne donc vers une thérapie de groupe : le psychodrame.

Etude des examens psychologiques effectués

-Entretien clinique

Nous avons un sujet qui dit se censurer dans la vie de tous les jours. Elle semble chercher une alternative pour passer outre son auto-censure. Elle cherche un atelier comme le théâtre où elle aurait pu se livrer. Ce qui la séduit dans cet atelier, c'est que sous le couvert du personnage que l'on joue, on peut tout dire. Le psychodrame ne lui laisse pas complètement cette opportunité car elle joue son propre rôle et donc se met davantage en danger. De plus, on lui demande autant que possible d'exprimer en quoi les situations abordées raisonnent en elle et cela lui est très difficile.

Cela pourrait expliquer pourquoi elle souhaitait rompre sa thérapie individuelle.

C'est une personne qui souffre de son sentiment d'infériorité, mais qui, malgré tout, s'insère dans ce groupe de psychodrame et semble motivée pour changer cet état de fait. Elle nous le démontre par une présence assidue. Mais elle nous dit avoir tout de même du mal à découvrir la source de son mal-être. Elle nous dit souvent s'ennuyer dans ce groupe, elle s'y sent étrangère.

Le psychodrame, par le biais du jeu, essaie d'aider les sujets à se détacher et à faire des liens entre leur souffrance et leur vécu.

Mme B ne semble pas ressentir ce bénéfice. C'est une personne que nous percevons comme ambivalente car, d'un côté, elle semble très motivée dans son désir de changer, mais de l'autre ses défenses tiennent envers et contre tout.

-Observation lors de l'atelier psychodrame

Mme B, dans la période de l'avant jeu, ne propose jamais de sujet. C'est un aspect de sa personnalité qui pourrait peut-être expliquer son ennui pendant les séances. Elle semble ne pas oser exprimer ce qui lui tient à cœur, elle reste introvertie de ce côté-là, où tout du moins ses défenses l'empêchent de s'exprimer.

Elle reste tout de même à un pourcentage d'élaboration effective de 40 %, même si pour Mme B, parler de ce qu'elle ressent dans sa vie actuellement est difficile, elle parvient à faire des liens entre ce dont parle les autres patients et son vécu.

Mme B a également 40 % d'élaboration progressive, cela met en avant sa réticence à parler d'elle. Mais elle participe à la vie du groupe et intervient malgré tout sur les sujets proposés, tout en se tenant à distance et en ne s'impliquant pas personnellement.

Mme B reste tout de même 20 % de son temps à ne rien dire, avec une élaboration nulle.

Mme B, à seulement 20%, décide de jouer une scène de son passé et de s'investir personnellement dans son jeu. Sinon 8 fois sur 10, elle ne se mettra pas en avant, mais sera, malgré tout, choisie pour effectuer un personnage secondaire dans le jeu. Le fait qu'elle soit libre d'accepter ou de refuser cette place, nous laisse entendre que son acceptation montre son désir de participer et de s'investir. Mais cela est relativisé par le niveau d'élaboration qu'elle fait lors des jeux. Les élaborations faites sont nulles et progressives à 40 %. Cela dénote une certaine difficulté à s'investir dans le rôle et à s'exprimer en étant elle-même. Les élaborations effectives de Mme B lors du jeu sont tout de même de 60 % et c'est un pourcentage

supérieur au temps précédent le jeu (40%). La mise en scène d'un conflit a donc tendance à augmenter le pourcentage d'élaboration effective de Mme B.

Lorsque le jeu est fini, le groupe prend un temps pour discuter de ce qui s'est joué, de ce que cela leur a fait, de ce qu'ils ont pensé.

Mme B, lors de cette étape, parvient à un pourcentage d'élaboration effective de 62,5 %. Ce pourcentage est supérieur à celui du jeu (60%). Pour Mme B, qui ne fait des élaborations effectives qu'à 40 % au départ, après avoir joué, est capable de s'investir dans les discours qu'elle fait et de faire davantage de liens avec son histoire. L'étayage du jeu du psychodrame semble potentialiser le pourcentage d'élaboration effective faite par Mme B. Mais à côté de cela, le pourcentage d'élaboration nulle a, lui aussi augmenté au cours de la séance. Il est de 37,5 % à l'étape 3, donc pendant 1/3 de son temps Mme B ne parle pas ou peu de ce qu'elle a ressenti et ne fait aucun lien avec son vécu.

- Données du TAT

La passation et l'enquête du TAT ont approximativement duré une heure. Mme B est un peu intimidée et cherche à se situer par rapport à ce que l'on attend d'elle. Nous lui avons énoncé la consigne mais elle demande encore des explications. Le fait d'être totalement libre semble créer un peu d'insécurité chez Mme B, elle cherche à reprendre le contrôle en cernant précisément notre demande.

La série des procédés de défense la plus utilisée par Mme B est la série B, avec un nombre moyen de 15 utilisations de procédés de défense de cette série. Les procédés les plus utilisés étant celui concernant « l'investissement de la relation » et celui de la « dramatisation » (17 utilisations faites de chaque procédé). Cette série évalue la labilité du sujet.

La seconde série la plus utilisée est la série A (14,33 utilisations de procédé appartenant à cette série). Les procédés que Mme B utilise le plus sont : « la référence à la réalité externe » et « les procédés de type obsessionnels » (respectivement 17 et 16 utilisations faites).

Les procédés contenus dans les séries C et E sont très peu utilisés par Mme B (2,6 et 1,75 : nombre moyen d'utilisation faites de ces séries). Les seuls procédés que Mme B utilise dans la série C sont « le surinvestissement de la réalité externe » (4 utilisations), « l'inhibition » (5 utilisations) et « l'investissement narcissique » (4 utilisations). Dans la série E, elle utilise 4 fois le procédé « altération de la perception ».

Mme B est une personne qui reste relativement brève dans ses réponses à chaque planche : temps moyen 1 minute 30. Elle ne s'étend pas trop lors de l'enquête. Elle a même un regard interrogatif quand on lui demande de faire des liens entre ce qu'elle nous a raconté et ce que cela peut lui rappeler dans son vécu. C'est une chose qui, visiblement, est assez difficile pour elle.

Concernant l'enquête, elle reste brève sur les premières planches, puis parvient à nous donner quelques indices sur les scènes de vie auxquelles elle a fait appel pour nous raconter ces histoires.

Conclusion

Les observations de Mme B visaient à connaître l'impact que pouvait avoir un étayage par le jeu sur ses capacités d'élaboration à court terme. Nous avons donc décidé d'étudier l'évolution du niveau d'élaboration au cours de chaque séance de psychodrame : avant, pendant et après le jeu qui constitue l'étayage. Nos résultats nous ont montré que le pourcentage d'élaboration effective progresse globalement au cours de la séance. Cela confirme nos hypothèses.

Néanmoins, il nous faut tout de même considérer que, s'il semble y avoir une progression, les analyses statistiques que nous avons faites ne le confirment pas. En effet, sur tout notre groupe de patients faisant du psychodrame, globalement l'évolution du niveau d'élaboration n'est pas confirmée.

Le TAT nous a fourni des données afin de connaître les possibilités d'élaboration du sujet. Nous espérons connaître l'impact de l'étayage du psychodrame à long terme. Lors de la passation du TAT, le patient est seul face à lui-même. Nous supposons qu'il est fort de ce qu'il a acquis en thérapie. Partant de là, le TAT nous permettra donc de savoir quelles sont ses capacités d'élaboration après sa thérapie. Mme B est « labile » et ce n'est pas quelque chose de très présent lors de ses interventions dans les séances de psychodrame. Par contre, son utilisation forte des procédés dits « rigides » explique sa difficulté à s'investir personnellement dans les séances. On voit que ses défenses, tant au TAT, que dans le psychodrame, prennent le dessus. Mme B a donc une élaboration effective assez présente qui est souvent contrebalancée par de fortes défenses qui annihilent tous ses efforts.

D. Synthèse clinique et pathologique

Les deux groupes, que nous avons comparés dans notre recherche, se sont révélés avoir un fonctionnement psychique très proche. De deux choses l'une, soit leur fonctionnement était très similaire au départ, soit les thérapies des deux groupes leur apportent des changements identiques dans leur dynamique psychique.

Le TAT a montré un regroupement de tous les sujets sur les séries A : « rigidité » et B : « labilité ». Nous travaillons avec une population qui suit une thérapie depuis un certain temps. Il serait donc probable que l'utilisation de ces procédés soit l'impact de leur thérapie.

Mais cela peut aussi révéler un fonctionnement psychique type des personnes participant à ces thérapies. Pour cela, il nous faudrait faire un test comparatif sur une population avant la thérapie, puis après plusieurs années de thérapie.

Les observations des sujets, nous ont montré à quel point il faut rester vigilant en psychologie clinique. Lors des séances de psychodrame, toute l'attention du groupe est focalisée sur le personnage principal. Cela entraîne une baisse de l'attention des autres participants. C'est ce qui nous a induit en erreur. A la vérité, chaque patient, à tour de rôle, travaille sur le devant de la scène, mais leur travail se fait davantage sur le long terme plutôt que sur l'évolution qu'il peut y avoir au cours de la séance elle-même. Notre sentiment était que les personnes s'impliquant dans le jeu augmentaient leur niveau d'élaboration. Nos résultats prennent en compte tous les patients (participants ou non), ce qui homogénéise la moyenne, car les patients « spectateurs » élaborent peu.

V - CONCLUSION

Cette approche de la clinique, nous aura démontré que les observations et les entretiens ne suffisent pas toujours pour étudier l'effet d'une thérapie, les tests nous auront permis de voir qu'une analyse rigoureuse des faits est nécessaire car les apparences sont parfois trompeuses. C'est ce qui s'est déroulé lors de notre étude. Au niveau théorique, tout allait dans le sens de nos hypothèses, ainsi que ce que nous pouvions observer dans le groupe de thérapie.

Mais les résultats du TAT nous ont montré des faits tout autre. Néanmoins cela n'enlève rien à l'intérêt de ce résultat. Notre première hypothèse était que le TAT nous permettrait de distinguer le groupe du psychodrame. Cela n'a pas été le cas. La plupart des sujets étudiés font une psychothérapie, le TAT nous a permis de distinguer leurs capacités et leurs déficiences. Nous pouvons, grâce à ce test, distinguer les sujets capables d'investir un groupe de thérapie afin d'y effectuer un travail d'élaboration.

VI - Bibliographie

Bibliographie

- ANCELIN-SCHÜTZENBERGER. A 1966, *Le Psychodrame*, Paris Editions Payot et Rivages.
- AMAR. N, BAYLE. G, SALEM. I 1988, *Formation au psychodrame analytique*, Paris Editions Bordas.
- AVRON. O 1996, *La pensée scénique. Groupe et psychodrame*, Groupes thérapeutiques Ramonville Saint-Agne Editions Erès.
- BERGLER.E 1963, *La névrose de base*, Paris Editions Payot et Rivages.
- BLOCH. H, CHEMAMA. R, et al.1991, *Grand dictionnaire de la psychologie*, Paris Larousse-Bordas.
- HENDERSON. D 1927, *Manuel de psychiatrie*, Paris PUF.
- KAËS. R 1999, *Le psychodrame psychanalytique de groupe*, Paris Editions Dunod
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. 1967, *vocabulaire de psychanalyse*, Paris PUF
- LEMOINE. G, LEMOINE. P 1972, *Le psychodrame*, Begedis Editions Universitaires.
- MORENO. J L 1975, *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Les classiques des sciences humaines Retz C.E.P.L.
- WINNICOTT D.W 1971, *Jeu et Réalité*, Editions Gallimard

Bibliographie concernant la méthodologie

- ANZIEU. D 1965, *Les méthodes projectives*, Le psychologue Paris PUF.
- BRELET-FOULARD. F, CHABERT. C 2003, *Nouveau Manuel du TAT*, Paris Editions Dunod.
- DORON. J 2001, *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*, Paris Editions Bordas.
- POUSSIN. G 2003, *La pratique de l'entretien clinique*, Paris Editions Dunod.

Annexes

Sommaire

A. Entretiens cliniques et l'examen des dossiers

Annexe I

Données apportées par l'examen du dossier et les entretiens cliniques P 1

Annexe II

Questions de l'entretien clinique P 2

Annexe III

Les entretiens du groupe "Psychodrame" P 4

Les entretiens du groupe témoin P 15

B. Observations des groupes de psychodrame

Annexe IV

Grille d'observation des groupes de psychodrame P 25

Annexe V

Tableau récapitulatif des observations de chaque sujet P 26

Détail du traitement statistique effectué P 37

C. Thematic Apperception Test

Annexe VI

Tableau récapitulatif des procédés de défense de la feuille de dépouillement P 41

Annexe VII

Résultats de notre population au TAT P 42

Détail du traitement statistique effectué P 43

Annexe VIII

Protocoles des TAT du groupe "psychodrame" P 47

Protocoles des TAT du groupe témoin P 69

Annexe II

Questions de l'entretien clinique

Nous avons choisi l'entretien clinique afin de laisser une opportunité aux sujets d'expliquer ce qui les avaient poussé à choisir le psychodrame. Le vécu du sujet influence son fonctionnement psychique, il est donc important de le connaître. Le récit de la vie des sujets lors d'un entretien, nous permet de cerner ses identifications, ses projections. Ces mécanismes sont à l'oeuvre dans l'entretien et dans le psychodrame, tout comme le transfert ainsi que la fonction contenante.

L'entretien met à l'oeuvre des processus qui sont utilisés dans le psychodrame. Lorsque le sujet nous raconte son histoire, la façon dont il se l'approprie est primordiale. Elle est le reflet des capacités d'élaborations que peut avoir l'individu concernant son vécu, son ressenti...

Les questions de 1 à 3 visent à recueillir des données concernant l'environnement proche du sujet afin de permettre une meilleure interprétation du TAT.

Les questions 4 et 5, nous permettent de connaître les éléments anamnestiques du sujet afin de mieux connaître la pathologie du sujet.

Les questions 6 et 7 nous renseignent sur la manière dont les sujets rentrent dans un groupe : si c'est leur propre choix, cela nous indiquera s'il se sente capable de faire ce type d'atelier et donc s'ils sont, selon eux, capable d'élaborer verbalement leur vécu. C'est une chose que nous étudions avec attention dans notre recherche, à savoir si ces capacités sont réelles ou si c'est l'étayage, fait par le psychodrame, qu'il leur permet de faire ces élaborations.

La question 8 est très intéressante car elle nous permet de connaître la pathologie du sujet comme lui la ressent. Nous pouvons ainsi cerner ce qui le gêne le plus dans celle-ci et voir pourquoi selon lui le psychodrame pourrait l'aider. Ses représentations du psychodrame sont-elles en accord avec ce qu'il en est en réalité? Nous pouvons supposer que non, mais malgré tout ces sujets continuent leur thérapie, l'apport qu'elle peut avoir est différent de ce qu'il pensait mais toujours en lien avec ce qu'il voulait changer : leur pathologie.

La question 9 permet de cerner des éléments essentiels concernant l'investissement du sujet dans son groupe de thérapie. Nous observons ces informations dans le sens nous sommes curieux de connaître la façon dont le sujet a mis à profit l'espace du psychodrame. En d'autres termes, savoir si l'espace potentiel, qui lui est offert, est investi, utilisé. A un niveau plus général, le sujet nous donne un aperçu de sa capacité d'élaboration et de la manière dont il met à profit l'étayage que lui propose le psychodrame.

Questions :

1) Quel âge avez-vous ?

- 2) Quelle est votre situation matrimoniale ?
- 3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?
- 4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?
- 5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?
- 6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé ?
- 7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?
- 8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?
- 9) Est-ce qu'aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Annexe III

Entretien de Mme A (groupe psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 44 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis divorcée depuis 11 ans. J'avais rencontré Mr G à 16 ans. Aujourd'hui, je suis avec un autre homme, Mr D. avec qui j'ai vécu 5 ou 6 ans mais depuis cet été, on habite chacun de notre côté.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Dans mon environnement, il y a ce Mr D. qui veut ressortir avec moi, mais j'ai pas envie car c'est quelqu'un de manipulateur et narcissique. Il essaie de me dévaloriser. C'est ma joie de vivre qui le dérange, il était content que quand je ne l'étais pas. Il est mal dans sa peau et il veut que je le sois aussi. Il me rend mal en me dévalorisant. Mr D. a trente neuf ans, il travaille dans un atelier de handicapés. Il habite chez ses parents. On s'était séparé avant, quand je sentais qu'il me faisait trop de mal. Il dit que je suis une petite fille, que je fais des cacas nerveux alors que c'est lui. Il menace toujours de partir pour que je le supplie. Mais un jour, j'en ai eu marre et je lui ai dit vas-y et là, il est revenu. Il me faisait du chantage comme un enfant.

Ensuite j'ai un fils de 18 ans qui est en apprentissage pour un CAP vente. Il est étourdi, timide, spontané, réservé.

Mon second fils à 17 ans, il est en lycée professionnel, dans la vente aussi.

Mon dernier fils a 12 ans. C'est le demi frère des deux premiers. Deux ans après le divorce d'avec Mr G, j'ai rencontré un autre homme et j'ai vécu 3 ans avec lui et nous avons eu un enfant. Mais il m'a trompé et on s'est séparé. De toutes manières, après la naissance de son fils, il n'acceptait plus mes autres enfants. Son fils est tout pour lui, d'ailleurs aujourd'hui, c'est lui qui en a la garde, pour moi, c'était plus pratique à l'époque.

Ma mère est névrosée et hypocondriaque depuis que j'ai dix ans. Mon père est décédé en 1983.

De côté paternel, j'ai une tante qui est décédée il y a trente ans d'un cancer. Elle avait eu trois filles avec qui je m'entends très bien. Elles ont toutes des enfants à peu près du même âge que les miens. La première a 51 ans, elle travaille à la sécurité sociale. La seconde a 48 ans, elle est secrétaire. La dernière a 43 ans et est aussi secrétaire.

Mon meilleur ami, monsieur J. a 44 ans. Il vit avec ma cousine (qui a 48 ans) depuis un an. C'est un ami d'enfance, on s'est connu à 15 ans parce qu'il voulait sortir avec moi.

Ensuite mon père a une autre sœur qui a 70 ans. Elle a eu 3 enfants, nous sommes très proches tous. J'ai eu aussi une autre tante, mais elle est décédée avant que je naisse. On dit que je lui ressemble physiquement. Je me sens très proche d'elle. Elle était charmante, coquette, d'après ma mère.

J'avais aussi deux frères et une sœur (ils auraient 58, 55, 53 ans) mais ils sont morts de faim pendant la guerre en Espagne. Mon père était dans l'armée de Franco à vingt ans puis il est passé du côté des rouges, ce qui lui a valu trois ans de prison. Il a rencontré ma mère à 25 ans. Ils ont vécu quelques années en Espagne. Puis, ils sont venus en France parce que mon père le voulait et ma mère m'a eu à 42 ans. Mais ma mère était déracinée, elle déprimait de plus en plus et elle est devenue hypocondriaque. Elle est décédée il y a deux ans.

Ensuite comme amie, j'ai Mme M. une amie d'enfance qui a 44 ans et qui a deux enfants de 18 et 15 ans. Mais on se voit peu.

Mme S. son copain la harcèle un peu comme moi. Elle a 43 ans et travaille dans une école primaire.

Mme N. est une amie rencontrée à l'école maternelle où l'on amenait nos enfants. Elle a 32 ans. Elle est vendeuse. Elle a 5 enfants, l'aîné est le fils de son mari. Les trois suivants sont les enfants de son précédent mariage et la cinquième est l'enfant de son compagnon et d'elle-même.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

J'avais commencé par aller voir un psychologue en fait. Je suis allé le voir 3 fois et j'ai arrêté. J'étais avec Mr D. et il me disait que je devais être dingue puisque j'allais voir un psy, donc j'ai arrêté. J'ai décidé de recommencer il y a 2 ou 3 ans. Je suis allé voir un psychiatre. J'ai lu quelques livres de psychologie et j'ai compris que je n'étais pas toute seule, j'ai donc décidé de parler de mes problèmes à un groupe. Le psychiatre m'a donc envoyé au CATTP.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

J'ai consulté parce que je pensais que je devenais dingue.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé ?

Donc le psychiatre m'a indiqué le CATTP.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

Je voulais un groupe de parole et l'on m'a proposé le psychodrame. Mais le groupe ne se faisait pas aux horaires où je pouvais venir. Donc en attendant que le groupe du soir se mette en place, j'ai fait l'atelier « raconte moi une histoire » pendant 5 mois. Puis j'ai pu faire partie du groupe de psychodrame. En fait, on m'avait dit qu'on allait jouer des scènes comme au théâtre, mais que l'on faisait notre propre mise en scène et que l'on jouait des choses qui nous préoccupaient.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

Je voulais essayer de me débarrasser de cette perversion et manipulation que l'on me faisait subir. Je souhaitais un groupe pour me comparer. C'est après la lecture du livre « les femmes qui aiment trop » où il parlait un groupe de parole que j'ai consulté afin d'en faire un. Le personnage principal de ce livre « aimait » mais elle voulait tout contrôler et elle était dépendante de l'autre, sa relation à sa mère était similaire à la mienne, je me suis reconnu dedans.

9) Est-ce que aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Ça fait deux ans que je fais du psychodrame, mais ça ne fait qu'un an que j'arrive à nommer mon malaise. L'atelier de psychodrame m'a fait comprendre comment je fonctionnais. Et j'ai essayé de me connaître, de faire ma propre connaissance par rapport à moi, ma famille, mon passé. Maintenant je me connais mieux et je remarque que Mr D. me connaissait mieux que moi-même. Moi j'ai beaucoup joué des rôles sur la jalousie car ça me turlupinait. Aujourd'hui, depuis que je fais du psychodrame, je comprends pourquoi je réagissais comme ça, avant je culpabilisais de mes réactions. J'essaie de changer ce côté petite fille que j'ai, avant d'ailleurs, je ne le comprenais pas.

Maintenant je prends de la distance par rapport aux choses. Pour moi, c'est un bon moment lorsque je viens au psychodrame car j'avais envie de parler et je me suis senti bien dans le groupe (sinon je suis plutôt introvertie).

Ça m'a permis aussi de me rendre compte à quel point Mr D. était manipulateur et avait un côté pervers. Nous nous sommes donc séparés cet été. Aujourd'hui, on se revoit un peu, on a changé des choses, je rentre plus dans ses conflits et ça va mieux.

Le seul bémol du groupe est que nous avons deux thérapeutes hommes, il est parfois difficile d'aborder des problèmes liés à la sexualité.

Entretien Mme D. (groupe psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 53 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis mariée depuis 26 ans. Mon mari est médecin généraliste. Et de mon côté, je suis professeur dans un lycée. Et j'ai une fille de 26 ans aussi qui est institutrice.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Mon père est conducteur de travaux et ma mère était secrétaire juridique (avant qu'elle ait des enfants). Elle nous a eu vers 39,40 ans.

J'ai un frère de 58 ans qui est célibataire, car il est trop idéaliste. Il était chef d'entreprise mais il est à la retraite.

J'ai une sœur de 57 ans qui est institutrice, elle habite dans la même ville que moi depuis cette année.

J'ai une demi-sœur du côté de ma mère qui a 69 ans et qui était secrétaire. On se connaît bien, on a habité ensemble pendant 5 ans.

J'ai un demi-frère du côté de mon père qui a 34 ans. Il est ingénieur. On se connaît peu, d'autant qu'il habite l'île Maurice.

J'ai un cousin du côté maternel, il a 77 ans et il est aussi mon parrain. Il est agriculteur.

J'ai une amie, Mme A.C. qui a 53 ans. On se connaît depuis qu'on a 12 ans. Elle est rédactrice en chef au Conseil Général. On se tient au courant par lettres.

J'ai un ami, M. D. on s'est rencontré quand j'avais 19 ans, lui en avait 13. C'était un élève quand j'étais pionne pendant mes études. J'ai eu le coup de foudre pour lui, mais rien de sexuel. On s'admire mutuellement, c'est une longue amitié. Il est avocat, maire et député.

J'ai une autre amie, Mme F. qui est enseignante. On s'est connu au lycée en tant qu'enseignantes. Aujourd'hui, elle est à la retraite, elle a 66 ans. C'est une femme très bonne.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

Il y a 10 ans, en 80, après la naissance de ma fille, le psychiatre me renouvelait le Lithium et nous parlions une fois par mois. En fait, après la naissance de ma fille, j'ai fait des bouffées délirantes. On a diagnostiqué une cyclothymie, d'où ma prescription de Lithium. Cette thérapie m'apportait beaucoup, car je discutais avec lui comme avec un ami, en confiance. Il est décédé 5 ans après. Je suis allé voir quelqu'un d'autre car j'avais besoin de guérir. Dans cette quête, j'ai fait toutes les grandes villes autour de chez moi.

Il y a trois ans, après une tentative de suicide, j'étais dans une impasse et je voulais m'en sortir. Aujourd'hui, je consulte un nouveau psychiatre qui me suit en thérapie tous les mois. J'ai un autre psychiatre qui me prescrit mes médicaments et qui m'a conseillé de faire l'atelier théâtre au CATTP. Mais après trois mois, j'ai arrêté et j'ai commencé le psychodrame, cela fait un an.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

J'avais des angoisses, au début, après mon accident (TS). Maintenant l'amour pour mon mari est devenu un tiraillement : je ne sais pas si je dois rester avec lui ou le quitter. C'est un choix difficile. J'ai des angoisses financières, à savoir si je pourrais m'en sortir seule. Et j'ai des angoisses par rapport à ce que je suis devenue. Et pour parer à cela, je m'auto-apaise et m'auto stimule : « la vie est belle », j'essaie de ne plus revenir sur le passé.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé

C'est mon psychiatre qui me l'a conseillé. Il m'a dit que cela pourrait m'aider. Le but était que je puisse exprimer mes souffrances et écouter les autres exprimer leur propre sort. Il y a des personnes plus malheureuses que nous et il ne faut pas s'apitoyer sur soi. Parfois, je me demande ce que je fais là. Il y a des degrés de souffrance et moi j'ai l'impression que c'est rien, c'est juste mon imagination qui dérive.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

Je rêvais de faire du théâtre : alors que la danse et la peinture, j'en faisais déjà à l'extérieur. Donc j'ai fait du théâtre. Mais cela m'a déçu parce qu'on restait sur des événements qui nous sont arrivés, alors que je pensais que l'on pouvait inventer des rôles. Je pensais qu'on allait rigoler et c'était pas le cas. Je voulais oublier mon fardeau, et à contrario je recevais le fardeau des autres. Mon médecin psychiatre m'a conseillé de changer d'atelier, malgré que je ne me sois pas plaint.

Je n'ai pas de souvenir de la présentation que l'on m'a faite du groupe de psychodrame.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

En fait, je pensais que l'on se costumait, que l'on endossait des rôles pour jouer des drames : des personnages pas forcément réels de la littérature. Je souhaitais que ça me libère d'une tension, que ça me guérisse d'un poids. Mais le fait qu'il n'y ait pas de décors et qu'il y ait des changements de rôle, c'est dur. J'ai du mal à suivre, à savoir qui je suis.

9) Est-ce que, aujourd'hui, cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Le psychodrame m'apporte une plus grande connaissance de l'autre et, par ricochet, une connaissance de moi. Il faut beaucoup d'humilité pour s'exposer devant les autres. Il faut y croire pour que ça marche. Je fais tout pour m'en sortir.

Je voyais des gens, de ce groupe, qui ne vivaient pas ce que je vivais, mais d'autres, au contraire, me renvoient des choses de moi. Maintenant, j'ai l'impression que ça s'insinue dans moi, et j'ose plus de choses, j'encaisse plus l'agressivité de l'autre, au lieu d'être atteinte, je suis moins fragile. J'accepte peut-être pour pouvoir, par la suite, choisir en tout état de cause. Maintenant j'ai de la confiance au fond de moi. Maintenant, ce qui n'était pas le cas avant, je me sens protégée ici.

Entretien de Mme B (groupe psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 44 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis mariée depuis 24 ans et j'ai eu un fils deux ans après mon mariage. En fait auparavant, j'avais fait une fausse couche. Mon mari est commercial, il a 44 ans.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

J'ai deux frères, un de 55 ans et un de 52 ans. Le premier est cadre, le second est boulanger et on s'entend bien.

Ma mère a 77 ans. Elle travaillait dans une maison de retraite en tant qu'aide soignante.

Mon père est décédé il y a 18 ans. On s'est fâché avec la famille de mon père en 77 à cause de l'héritage car ils sont hypocrites et intéressés.

Du côté de ma mère, j'ai une tante qui a des enfants de l'âge de mes frères et deux oncles.

J'ai une cousine de mon âge mais on a pas le même caractère, malgré tout on s'entend bien.

Mon cousin, lui, je l'adore mais on ne se voit pas beaucoup et je me suis rendu compte qu'on avait plus rien à se dire. On a changé, il est passé à autre chose.

J'ai une amie, Sandrine, qui a trente deux ans, on travaillait ensemble avant mais plus maintenant, elle travaille dans la fonction publique. Elle est séparée de son mari et n'a pas d'enfant. Elle se livre, on se raconte tout. Moi je suis comme Sandrine, je suis torturée.

Ensuite, il y a Anne M. qui travaille avec moi, qui est plus réservée, plus personnelle.

Christine est une amie depuis la 3^{ème}, on s'est toujours suivi, on parle beaucoup, on a pas d'état d'âme, elle est prof de gym et a 44 ans.

Joëlle a 46 ans, on se connaît depuis la quatrième, elle est éducatrice pour délinquants et drogués. On parle beaucoup de politique, de société.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

J'ai fait une thérapie individuelle avec un psychiatre, mais c'est difficile de se laisser aller devant quelqu'un qui vous regarde, j'avais envie de quelque chose de plus interactif. Du coup le psychiatre m'a conseillé le CATTP.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

J'étais angoissée, inhibée. J'étais mal au travail, dans la vie de tous les jours. J'avais besoin que ça change, professionnellement, c'est un handicap de se sentir inférieure aux autres. Je donnais le change, mais j'avais toujours l'impression d'être différente, je fais toujours des efforts pour être comme les autres.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé ?

Le psychiatre m'a envoyé au CATTP car l'interaction qu'il y avait dans la thérapie individuelle s'était épuisée et je n'avais plus rien à dire et lui ne parlait pas non plus, ou presque.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

Les thérapeutes m'ont conseillé de faire du psychodrame. Mais j'aurais préféré faire du théâtre car ça m'aurait permis de moins me censurer. On peut être surpris de ce qu'on est car on est dans la fantaisie.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

Je pensais que dans un groupe, l'interaction entre les individus me permettrait d'avancer. C'est cette dynamique que je recherchais. Je me pose énormément de questions par rapport aux autres et je cherche des réponses.

9) Est-ce que aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Dans le psychodrame, j'ai pas l'impression de décoller du personnage. Je découvre rien de moi. On fait ça pour l'autre qui veut jouer une scène, mais moi ça ne m'apporte rien. Je me projette dans les problèmes de l'autre et j'ai du mal à faire le lien avec moi. Le sujet est donné par une personne et quand ça ne nous intéresse pas, on pense à autre chose. Il n'y a pas toujours de liens entre ce qu'on dit et ce qu'on joue. Il m'est arrivé de me sentir étrangère à ce qui se passait. Parfois ça me touche et je sais pas pourquoi. Enfin, on veut tellement se mentir à soi-même...

Parfois je trouve les séances ennuyeuses, c'est difficile de se mettre à parler de soi, donc je prends un sujet plus léger, même si les gens ne sont pas hostiles. Dire quelque chose d'intime, c'est difficile en groupe. Il faut s'immerger, et c'est dur de rentrer dans le truc, en confiance. Quand vous êtes bien, vous avez pas envie de parler de choses graves.

Pour travailler quelque chose qui vous tient à cœur, c'est mieux avec un psy.

Le groupe est très bénéfique car on voit que l'on est pas un cas isolé en se frottant aux autres mais à un moment donné, on ne peut plus parler car les choses sont plus intimes : les sentiments que j'ai pour mon mari... peut-être que maintenant j'ai besoin de voir un psychiatre plutôt.

Je pensais que quand on prenait conscience des choses, le comportement changeait, mais ce n'est pas le cas.

Entretien de Mme J. (groupe de psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 57 ans, j'étais agent de maîtrise à la sécu, maintenant je suis en arrêt maladie (depuis 2 ans et demi).

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis mariée, enfin séparée depuis octobre 2003. Mon mari est professeur et a 50 ans. Nous avons eu deux garçons, un de trente cinq ans et un de trente trois ans, tous les deux ingénieurs.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Ma mère a 81 ans, elle a toujours été mère au foyer, mon père avait 13 ans de plus qu'elle. Il est décédé à l'âge de 80 ans à la suite d'une tentative de suicide (par pendaison). Il travaillait à la SNCF.

Nous sommes quatre enfants, j'ai une sœur de 59 ans qui travaille dans un lycée agricole. Elle est mariée et a deux enfants, un garçon et une fille de 30 ou 40 ans à peu près. J'ai un frère de 52 ans qui est professeur, il a une fille de 27 ans mais lui est divorcé depuis 25 ans. Enfin j'ai une sœur qui a 46 ans. Elle est mariée et elle a 3 enfants, une fille de 28 ans, un garçon de 25 ans et un garçon de 15 ans. Elle, elle est infirmière.

Ma mère avait 6 frères et sœurs mais on ne les côtoie pas, les relations se sont distendues. Du côté paternel, j'ai un cousin de 58 ans qui travaille à EDF.

Concernant mes amies d'enfance, il y en a deux que j'ai connu en quatrième. Elles ont chacune des enfants mais elles ont divorcé, il y a à peu près 20 ans. J'ai une autre amie que j'ai rencontré quand j'ai commencé à travailler en 67, j'avais 20 ans.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

Après la tentative de suicide de mon père, j'ai fait une thérapie individuelle avec un psychiatre durant six mois, un an. Puis comme ça allait mieux, j'ai arrêté trois quatre ans. Et quand j'ai senti que ça revenait, j'ai recommencé. Mais c'était avec un autre psychiatre, et comme ça n'avancait pas, j'ai arrêté. J'ai cherché autre chose pendant trois mois, sans succès. Puis j'ai fait une tentative de suicide et j'ai été hospitalisé.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

Ma première thérapie, je l'ai faite car je me sentais mal en général, pas que pour la tentative de suicide de mon père. J'étais pas bien du tout par rapport à moi-même et avec les autres. Au début, j'ai rejeté la faute sur les autres. Je me sentais mal partout, ce qui entraînait de l'agressivité par rapport aux autres, ce qui me culpabilisait et augmentait encore mon mal être.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpital psychiatrique, un ami vous en a parlé ?

Après deux mois et demi d'hospitalisation suite à ma TS, le psychiatre m'a indiqué le CATTP. Il ne voulait pas que j'aille chez moi car il y avait trop de conflits avec mon mari, nous faisions chambre à part. Effectivement, quand je suis rentré chez moi, mon mari était très agressif car il se sentait coupable de ce qui s'était passé. Pour éviter de répondre par l'agressivité, j'ai commencé les ateliers du CATTP. Mon but était de pouvoir partir de chez moi car à ce moment là, je n'arrivais pas à me détacher de lui. J'avais peur de la solitude.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

J'ai choisi de faire l'atelier « danse » pour réapprendre l'image du corps, le regard dans le miroir, la proximité de l'autre car pendant mon hospitalisation, j'avais perdu 7 kilos, je ne faisais alors que 41 kilos. Je viens juste de les récupérer parce que ça va mieux. Dès que ça ne va pas, je ne mange rien. (Antécédent d'anorexie).

Pour moi, la nourriture c'est un partage. C'est l'affectif qui compte, la convivialité. Le plaisir de manger, je connais pas. Je refusais tout l'amour que ma mère me donnait par la nourriture.

Ensuite j'ai choisi le psychodrame, mais je me souviens pas pourquoi. En fait, j'ai rencontré les deux thérapeutes et c'est eux qui m'ont conseillé de faire ça. En fait, ils m'ont fait une explication générale : que l'on se mettait dans une situation de souffrance pour faire ressortir ce qui ne va pas, travailler un peu dessus. Mais dans la forme, je ne savais pas ce qui se passerait, cela m'a beaucoup angoissé. J'ai avalé la plaque de chocolat avant de venir.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

Je n'attendais rien du psychodrame. J'allais mal et tout ce que je voulais, c'était aller mieux. J'étais prête à me donner toutes les chances pour aller mieux.

9) Est-ce que aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Le psychodrame m'a permis d'avancer, de laisser des choses qui me pesaient, de poser mes valises quoi. Les premiers temps, c'était la douleur constante, je pleurais en permanence, les sujets évoqués étaient trop durs : enfance, mal être et la mort ... je pouvais plus parler parfois.

Maintenant je suis plus légère. Je comprends mon mal être, je l'accepte, je n'en veux plus à la terre entière : c'est ce qui m'a permis de ne plus en vouloir à mon mari. (il ne savait pas me comprendre...). Alors j'ai pu commencer un autre travail : la prise de distance par rapport aux liens affectifs afin de se protéger. Ainsi, je n'accepterais plus toutes les demandes au titre de l'affectif. Je ne voulais plus être l'esclave de mon mari, sa femme, une furie. Je voulais que la relation évolue. Aujourd'hui mon mari fait une psychothérapie.

Nous essayons de maintenir une relation amicale pour nos enfants et petits enfants. Mais je veux me reconstruire toute seule. Je veux pas me reconstruire avec les gens qui me polluent. En fait dans les scènes que l'on joue, je me vois dans des situations et je vois qu'il y a d'autres manières de se positionner, de réagir qui sont plus adaptées pour moi et pour les autres, et cela me permet de me sentir mieux dans la vie courante.

Entretien de Mr J (groupe psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 46 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis marié depuis 93 mais je vis en concubinage depuis 1980. Ma femme est auxiliaire de puériculture, elle a 48 ans.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Mon père était conseiller juridique et expert comptable, il a 76 ans et ma mère était secrétaire de direction, elle a 76 ans aussi.

J'ai une sœur qui est formatrice en milieu social, elle a 51 ans, elle est mariée et a deux enfants dont une qui est décédée.

J'ai un frère qui tient une entreprise d'ambulance, il a 49 ans, il est marié et a 3 enfants.

J'ai un frère de 47 ans, il est marié et a 2 enfants, il s'occupe de Tutelles.

Et moi j'étais éducateur spécialisé et formateur, mais après le décès de ma nièce, j'ai craqué et j'ai été obligé de me mettre en arrêt maladie. Aujourd'hui, je suis au chômage.

Du côté de ma femme, elle a un frère et une sœur, son frère est plus jeune qu'elle et sa sœur plus âgée.

De mon côté j'ai un cousin qui est assistant social, qui a 48 ans. Ma femme de son côté a aussi un cousin que nous voyons lors des fêtes de famille, qui est de notre génération.

J'ai deux filles, une de 24 ans qui est en Maîtrise de Psycho et une de 10 ans.

Concernant mes amis, j'ai un couple d'amis de 46 ans, on se connaît depuis 10-12 ans. Ils ont le même âge que moi.

Ensuite j'ai un ami artiste peintre que je connais depuis l'âge de douze ans.

J'ai un autre couple d'amis qui ont aussi 46 ans. Lui travaille dans une usine et elle est dessinatrice en industrie.

Pour finir, il y a les copains de la musique, en fait je fais partie d'une association et d'un groupe de rock.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

Auparavant, j'ai fait une psychanalyse pendant 10 ans que je continue encore maintenant.

J'ai participé à un groupe Balint pendant un an soit 15 séances en 94.

Début 84, j'ai fait trois ans de sophrologie mais j'ai dû arrêter à cause de mes horaires de travail. Par la suite, j'ai mis en place un groupe de relaxation pour un groupe de handicapés mentaux sur mon lieu de travail.

Par la suite j'ai fait deux ans d'IPP (Institut Psychologie Perfectionnement) : formation pour l'hypnose et la sophrologie.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

J'ai débuté la psychanalyse car la sophrologie était un peu limitée, je cherchais à creuser plus profond à cause de problèmes personnels. J'ai fait de la sophrologie pour arrêter de fumer du hachis, de boire. Je faisais ça pour comprendre ce qui se passait, pourquoi j'adoptais ces comportements.

J'ai intégré le groupe « la formation Balint » pour être éducateur spécialisé.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé ?

Par l'annuaire : je cherchais une alternative après une dizaine de jours en psychiatrie, car la prise en charge ne me convenait pas. Là bas on ne fait rien, on est coupé du monde et on est pas responsable de son traitement. C'était en 96-97 où j'ai demandé à être interné, car la situation devenait insupportable (au niveau de l'argent, etc.) et je déprimais. Je voulais un hôpital de jour où autre chose et j'en ai parlé avec mon psychiatre qui est extérieur à l'hôpital. Je savais qu'il existait des structures et j'ai demandé ce qui se faisait ici.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

Le psychodrame m'a accroché car j'avais déjà l'expérience « groupe Balint » donc je savais où j'allais. Après que l'on m'ai présenté toute la structure, j'ai demandé à participer à deux activités : le psychodrame et le groupe de parole, afin que ce soit assez conséquent pour que ça aille vite. J'avais besoin d'être rassuré.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

Je voulais un mieux être, je voulais guérir : je m'énervais facilement, je ne faisais rien où alors j'étais très actif. J'avais conscience de toutes les difficultés que je causais à mon entourage. Je voulais donc revenir à une certaine stabilité au lieu d'avoir toujours une humeur en dent de scie.

La psychanalyse apporte plus à long terme, sur le fond. Mais ça ne me convenait pas, je voulais une psychothérapie afin de faire des ponts.

9) Est-ce que aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Le psychodrame me permet plus d'extériorisation grâce au jeu. Maintenant j'ose dire ce qu'auparavant je ne disais pas. Je me sens moins différent, plus à l'aise.

Avant je me sentais décalé, je ne comprenais pas les choses comme tout le monde. J'essaie des choses différentes, parfois contraire, et je mets les choses en place pour que cela se recadre. C'est grâce à ce fonctionnement que j'ai mis en place le groupe de sophrologie pour psychotique.

Entretien de Mme A-L (groupe psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 21 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis célibataire. J'ai un compagnon par intermittence car c'est mon meilleur ami et on préfère rester ami pour ne pas briser notre amitié.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Mes parents sont mariés, ils ont tous les deux 50 ans. Mon père est ingénieur et ma mère est Agent de correspondance pour un journal.

J'ai un frère qui a onze mois de moins, lui, il a une copine. Il fait un DEUG d'informatique.

J'ai une sœur qui a 18 ans et qui est en train de passer son bac scientifique.

J'ai un frère qui a 11 ans, il est en classe d'adaptation de niveau CE2.

Du côté maternel, j'ai deux tantes qui ont une cinquantaine d'années. La première est infirmière, je la hais. On ne se côtoie pas car son mec m'a violé. La seconde est institutrice au Maroc depuis trois ou quatre ans et elle est mariée.

Depuis que je suis aux appartements thérapeutiques, j'ai fait de nombreuses rencontres. Notamment Mme M-L qui a trente cinq ans et qui est une ancienne résidente.

M. A qui a 24 ans, c'est mon meilleur ami, on s'est connu à l'hôpital psychiatrique cela fait deux ans. Aujourd'hui, il habite aussi dans les appartements thérapeutiques.

Ensuite, il y a Mme C. qui a 23 ans et qui est une amie d'enfance. Elle a un copain et un enfant depuis un an. Elle travaille à l'usine.

Il y a Mme E. qui est une amie d'enfance mais elle vit à Paris, elle a 21 ans, elle fait des études d'histoire.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

J'ai fait une demande d'internement dans un hôpital psychiatrique qui a duré six mois, car j'étais anorexique et boulimique, je me mutilais, j'ai fait une tentative de suicide.

En fait, j'ai été dans un centre lorsque j'avais 17 ans pour mon anorexie-boulimie, pendant six mois. Puis j'ai eu mon bac, puis j'ai fait un DEUG de droit. C'est là que j'ai demandé mon internement.

En tant que thérapie proprement dite, j'ai fait de l'art cru (de la peinture, du chant, du dessin, un atelier d'écriture), cela c'était quand je faisais mes études.

Lorsque j'ai demandé mon internement, je faisais de l'art cru (poterie), de l'ergothérapie (travail du cuir) et du théâtre que je pratique depuis maintenant un an et demi.

Et je vois aussi une fois par semaine, la psychologue des appartements thérapeutiques.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

Pendant mes études, j'ai appris à m'exprimer, à exprimer ma colère par d'autres moyens que l'auto mutilation car ce n'est pas une solution.

L'hôpital psychiatrique m'a permis de me sentir plus à l'aise, peut-être que c'était le bon moment pour vider mon sac.

La psychologue me permet de me vider et après ça va mieux, je suis moins sur le qui-vive, moins rebelle, plus sereine. Je retrouve mon regard d'enfant.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé ?

Au début de mon hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, on m'a conseillé de faire du théâtre au CATTP.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

J'ai fait du théâtre quand j'étais petite, à 12 ans, pendant trois ans. Ça ne me plaisait pas car il n'y avait pas d'improvisation, ce n'était pas spontané, il fallait toujours apprendre des textes. Mais ici, on m'a dit que l'on pouvait parler de ce qu'on voulait. Ça m'a plu et j'ai décidé d'essayer.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

Je suis quelqu'un de réservé et quand je parlais, c'était dispersé. Avant j'étais en colère contre moi, j'étais une rebelle. Au départ, je ne m'attendais à rien, sinon... j'ai peur d'être déçue... alors je préfère voir sur place. Tout ce que j'ai fait dans ma vie, c'est le cœur, l'instinct qui me le dicte. J'ai pas confiance en moi, et le théâtre m'a fait découvrir ça.

9) Est-ce que aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Oui, si j'ai gardé le théâtre, c'est qu'il m'apporte ce que je souhaitais : on peut tout dire, tout ce qui nous vient à l'esprit.

Les autres sont comme un miroir, ils nous voient, nous qui sommes dans le flou et le négatif et nous renvoient ce que nous ne sommes pas capables de voir.

Aujourd'hui, je suis capable de parler d'une chose qui me concerne et de trouver la source de mon mal-être et de creuser là où ça fait mal. Avant j'étais en colère contre moi et maintenant j'arrive à prendre soin de moi.

En fait, écouter les problèmes des autres nous permet de voir que l'on est pas tout seul et on voit grâce à eux de quoi on souffre.

Entretien de Mme N. (groupe psychodrame)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 32 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je vis en concubinage avec un homme qui a une fille de 13 ans et un garçon de 10 ans, depuis un an.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Ma mère a 52 ans, elle a été esthéticienne pendant 10,12 ans puis elle a arrêté car elle avait des problèmes avec sa patronne (ma mère faisait de l'ombre à sa patronne et elle n'aimait pas ça). Après elle a arrêté pour s'occuper de nous.

Mon père, quand je suis née, a eu un grave accident et il a été amputé d'une jambe. Du coup, jusqu'à mes 4 ans, j'ai vécu avec mes grand-parents paternel car ma mère devait s'occuper de mon père. Il était motard dans la police. Il a eu son accident à 25 ans. C'est un camion qui l'a accroché. Enfin c'est un secret de famille parce que moi j'avais l'impression que c'était une tentative de suicide mais bon.

Mes grand-parents maternels ont tous les deux 80 ans et ma grand-mère est en maison de retraite.

Ma grand-mère paternelle a 95 ans et mon grand-père paternel est décédé quand j'avais 6 ans. Il était policier et il buvait. Mais on ne connaît pas ce côté de la famille.

Côté maternel, ma mère a un frère qui a 60 ans, qui est flic et qui a eu 3 enfants.

Elle a une sœur de 55 ans qui est couturière et a 2 enfants.

Ensuite une autre sœur de 46 ans qui elle aussi a eu deux enfants et qui est aide soignante.

Je n'ai plus de contact car tous sont de Toulouse et on a pas d'atomes crochus sauf la jeune sœur de ma mère, elle était libre, c'était l'idéal pour moi.

Mais maintenant, elle est mariée et je n'aime pas son mari.

Je ne parle plus à ma petite sœur car sa compagne est très manipulatrice et je ne veux plus la voir. Ma famille l'a bien accepté et tous sont du côté de ma petite sœur.

En fait, ma famille ne m'a jamais compris, ni ma mère d'ailleurs. Quand je faisais une dépression, elle ne reconnaissait même pas mon travail avec le psychiatre. Mais ma sœur cadette par contre, me soutient. Je lui parle de ma thérapie. En plus on est pareille, elle aussi elle trouve des gars qui la dévalorisent. Avant il y avait une relation fusionnelle entre moi et ma mère et ma petite sœur aussi était très proche de ma mère. Maintenant, la cellule familiale est éclatée, en plus les enfants de mon ami me gavent. Je suis jalouse d'eux car ils retiennent l'attention de leur père. Ils sont plus intelligents que moi et elle me reprend, ça me dévalorise. Même pour lui, c'est difficile alors je lâche un peu. J'ai l'impression souvent que je subis ma vie.

Actuellement je n'ai qu'une amie et mon ami a un frère.

En tout cas, on ne fait pas de sorties en famille car je ne me sens pas à ma place avec eux.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

Non.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

Aucune

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatriques, un ami vous en a parlé ?

Je suis allée voir un psychiatre qui m'a conseillé de faire de la peinture mais je n'ai jamais fait les démarches. Plus tard, il m'a conseillé de faire du théâtre et comme je voulais vraiment m'en sortir, j'ai fait les démarches auprès du CATTP.

J'y suis allé pour avoir une écoute, un soutien. Pour moi, c'était quelque chose de plus sain qu'un psychiatre car il n'y avait pas de médicaments.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

Ils m'ont un peu parlé du psychodrame mais je pensais qu'il n'y avait pas de mise en scène, qui plus est, le mot drame me fait avoir cette thérapie en aversion.

Alors que le théâtre m'a parlé de suite parce que j'aurais aimé en faire dans la vie de tous les jours. Je voulais être dans un groupe pour vaincre ma timidité sur scène.

Je n'ai pas fait de la photo non plus ainsi que la peinture. En fait je n'ai pas encore eu le déclic, je marche au coup de cœur.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

J'attendais rien de particulier. Je n'acceptais pas mon état. Je ne savais pas pourquoi j'en étais arrivée là. De plus, je ne savais pas comment le fait d'être mal dans sa tête cela puisse se ressentir physiquement et je souhaitais trouver des réponses.

Tout allait bien dans ma vie : boulot, amies, copains... et pourtant ça n'allait pas.

9) Est-ce que aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Lorsque je montais sur scène au début, j'avais l'impression que j'allais avoir l'air bête. D'habitude je ne suis pas du tout spontanée, je suis réfléchie (mais bien sûr rien ne se passe jamais comme je le voudrais). Dans le groupe, on voit des scènes qui ressemblent beaucoup à ma vie et je vois que je ne suis pas la seule à vivre ça.

On réfléchit beaucoup sur soi, et avec les autres on arrive à voir peu à peu l'origine de ce qui nous fait mal.

Entretien de Mme C. (groupe témoin)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 42 ans.

2) Quelle est votre situation matrimoniale ?

Je suis divorcée depuis 96. J'ai été mariée pendant 15 ans. Et j'ai eu deux enfants.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

J'ai donc eu une fille de 19 ans et demie. Elle ne travaille pas mais elle veut reprendre ses études d'esthétiques car sa formation de coiffure n'était pas finie. Et j'ai un fils de 16 ans et demi qui fait un CAP pour être conducteur d'engins dans les travaux publics.

Ma mère est décédée en 94. Mon père, lui, est toujours en vie, il a 84 ans. Il vit seul et ma sœur vient l'aider.

J'ai un frère de 59 ans qui est retraité. Il était chaudronnier dans une société d'aéronautique spatiale.

J'ai une sœur de 50 ans qui est assistante maternelle. Elle habite à côté de chez mon père car son mari était du coin. Elle l'a donc rejoint en 72 bien qu'elle était à Paris.

J'ai trois cousins et une cousine côté maternel. Ils habitent tous dans un rayon de cent kilomètres autour de chez moi.

En fait ma famille est originaire du département voisin, le Gers.

Mon compagnon actuel a 45 ans. En fait j'ai déménagé pour le rejoindre. Il a deux frères cadets de 42 et 43 ans. Ses parents sont divorcés depuis 25 ans et son père est décédé peu après.

Par contre, je n'ai plus de relations avec mes amies.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

Non je ne crois pas.

J'ai fait une thérapie cognitivo-comportementale pendant trois mois, l'été dernier. Mais j'étais pas prête. Puis je suis allée à Agen, trois séances pour prendre confiance en moi, pour me défendre, je commence à me rebeller.

Puis j'ai fait de l'art cru (de la peinture), cela depuis janvier 2004. C'était mon psychiatre qui m'avait conseillé ces deux thérapies.

Depuis un an, j'étais hospitalisé trois semaines en H.O. pour dépression d'épuisement. Mon psychiatre m'avait conseillé de faire l'atelier théâtre. Par la suite j'ai été ré-hospitalisé quinze jours sur ma demande cette fois.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

En fait, je me suis retrouvée au chômage après un licenciement pour inaptitude physique et j'avais une aide à domicile. Je doutais de plus en plus de ce que je faisais, je croyais toujours que ce n'était pas bien, c'est ce qui a entraîné ma consultation chez un psychiatre.

J'ai fait de l'art cru pour me retrouver, pour m'exprimer. J'apprends des choses, je peux me confier. Mon esprit s'évade beaucoup et je n'arrive pas à rester captiver.

Je fais aussi du bénévolat dans une maison de retraite, une fois par semaine, c'est moi qui apporte quelque chose aux personnes. Elles sont contentes et cela me fait du bien.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatrique, un ami vous en a parlé ?

C'est le psychiatre de l'hôpital qui m'a envoyé vers le CATTP pour faire de la peinture et là-bas, on m'a conseillé le théâtre : pour m'exprimer peut-être.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

J'aime peindre sur des objets. C'est ce qui a orienté mon choix sur l'art cru, par contre je n'aime pas l'argile. Je ne me sentais pas capable de développer les photos dans l'atelier correspondant. Je ne me rappelle plus de certaines choses comme ce qu'est le psychodrame ou la relaxation, je n'en ai pas de souvenir.

Sur le conseil des thérapeutes du CATTP, je fais du théâtre depuis octobre de l'année dernière, mais ce n'était pas mon idée.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

Je voulais reprendre confiance en moi. Je voulais savoir me défendre quand on m'attaquait verbalement. En fait, je ne parviens pas à m'exprimer, qui plus est, j'ai de plus en plus de mal à me concentrer quand on me parle, mon esprit s'échappe et pense à autre chose. J'espère que ces deux thérapies vont me permettre de suivre une conversation normalement.

9) Est-ce qu'aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

Elles n'ont pas trop d'effet, il faut peut-être encore du temps (je ne fais de l'art cru que depuis janvier soit 4 mois). Malgré tout, lors de certaines séances de théâtre, la thérapeute m'explique des choses et ça va mieux. Néanmoins, les autres s'expriment mieux que moi, elles écoutent mieux que moi, je me sens diminuée, je me sens à l'écart.

Par exemple avec ma fille, je ne suis même pas capable d'écouter les infos et cela entraîne des problèmes de communications par la suite lorsque l'on en parle.

Sur scène, je parviens à exprimer ce que l'on me demande, mais quand on m'interroge sur ce que j'en pense, je manque un peu de vocabulaire. Lorsque je pense un truc, il n'y a pas de mots qui viennent.

Entretien de Mme L. (groupe témoin)

1) Quel âge avez-vous ?

J'ai 37 ans.

2) Quelles est votre situation matrimoniale ?

Je suis mariée depuis 12 ans et j'ai un fils de 11 ans qui est en CM2.

3) Quel est l'âge, le sexe, la profession, la situation matrimoniale de vos proches : parents, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins, amis... ?

Ma mère est aide soignante dans un centre de rééducation, elle a 57 ans. Elle travaille depuis que je suis en sixième.

Mon père est retraité. Il a 60 ans, c'est un ancien policier.

J'ai un frère de 34 ans qui dirige la FNAC de Paris. Il vit avec sa compagne depuis 15 ans et a un garçon de 2 ans et demi.

J'ai relié des liens avec ma grand-mère maternelle après le décès de son mari, qui n'était pas mon grand-père. Ma mère n'aimait pas son beau-père, ni ses frères et sœurs.

Je voyais mes arrière-grands-parents maternels qui me donnaient tout leur amour.

Côté paternel, c'est plutôt distant et pas très affectueux. Mon père est l'aîné de 5 enfants. Ils habitent tous dans le coin. On ne se voit pas beaucoup. Je vois seulement le dernier frère de mon père pendant les vacances.

Côté maternel, j'ai une tante qui habite Lyon. Nos deux familles partaient en vacances ensemble. Elle a deux filles, une de 33 et l'autre de 36 ans. On était très lié.

J'ai une autre tante, côté maternel, qui est mariée avec un gendarme.

J'ai un oncle que j'appelle de temps en temps. Il habite à Barcelone depuis un an. Il a 55 ans. Il était inspecteur de police, maintenant il est à la retraite.

Ici j'ai un couple d'amis que j'ai rencontré car nos enfants étaient dans la même classe. Ça fait 6 ans qu'on se côtoie. On part des fois en vacances ensemble. Ils ont un garçon de 11 ans et une fille de 13 ans. C'est les seules personnes en qui j'ai confiance. C'est comme une sœur pour moi, on est toujours là l'une pour l'autre.

Sinon je côtoie des parents d'enfants qui sont dans la classe de mon fils depuis mon arrêt maladie, il y a un an. Il y a deux ou trois couples d'une quarantaine d'années.

Mes amies d'enfance je les vois pratiquement jamais. Je suis partie à cause d'une mutation de ma ville natale et j'ai perdu mes amies. En fait j'ai beaucoup vécu repliée sur moi-même.

J'ai une amie de collège avec qui je corresponds par lettre et une autre que j'arrive à voir de temps en temps, mais c'est toujours moi qui dois faire des efforts. C'est des amies sur qui je pouvais compter jour et nuit.

4) Est-ce que vous avez fait précédemment une autre thérapie ?

Mon médecin m'a conseillé d'aller voir un psychiatre qui m'a permis de rester sous la surveillance de mes parents au lieu d'être hospitalisée pendant deux mois et demi.

Après je suis revenue auprès de mon mari et de mon fils et j'ai fait une thérapie individuelle pendant un an et demi, une fois par semaine.

5) Quelles étaient les indications liées à celles-ci ?

Il y a deux ans, j'ai fait une dépression sévère et une tentative de suicide. J'étais en arrêt maladie mais par contre je n'ai pas voulu être hospitalisée. Je suis allée chez mes parents. Ça avait commencé par des crises de tétanie au bureau. Je n'arrivais plus à me concentrer.

6) De quelle manière avez-vous connu le CATTP ? sur indication d'un psychiatre, après une hospitalisation en hôpitaux psychiatriques, un ami vous en a parlé ?

Mon psychiatre m'a ensuite conseillé le CATTP et surtout la relaxation et le théâtre. Cela fait un an et demi maintenant que j'y viens.

7) Lorsqu'on vous a présenté les différents ateliers du CATTP, qu'est-ce qui a orienté votre choix sur ce ou ces ateliers ?

J'aurai aimé faire l'art cru, (peinture, argile) car je suis très bricoleuse. L'atelier photos aussi m'aurait passionné mais le psychodrame est plus adapté à mon cas, comme le théâtre et la relaxation.

Par contre l'atelier « raconte-moi une histoire », ça aurait été beaucoup plus difficile de communiquer comme ça.

8) Que souhaitiez-vous que cela vous apporte ?

J'y suis allée sans trop savoir ce que cela allait m'apporter. Je pensais pas que ça m'arriverait de faire une thérapie. Mais je ne voulais pas d'une hospitalisation car j'avais une mauvaise image des hôpitaux psychiatriques : toutes les pathologies sont mélangées.

9) Est-ce qu'aujourd'hui cette thérapie vous apporte ce que vous souhaitiez ? Cela vous apporte autre chose peut-être ?

La relaxation me permet maintenant de me détendre quand on me contrarie. J'écoute la même musique que lors des séances et je répète les mouvements et ça va j'ai moins de maux de tête. Cela me permet aussi de contrôler mes crises de tétanie, je fais le vide.

Le théâtre m'apporte beaucoup, au début j'étais très bousculée. Les thérapeutes prenaient un sujet sensible pour moi : « j'arrive pas à couper le cordon avec mes parents ». Au début, on était pas trop en scène mais c'est difficile de dire des choses que j'avais jamais dites, et en plus devant d'autres personnes. Maintenant j'y arrive mais au début, même jouer quelqu'un qui n'était pas du tout moi, c'était difficile. Je n'arrivais pas à sortir de ce que j'étais à l'époque. Dans le psychodrame, le fait qu'on joue son propre rôle, ça m'aurait été impossible. Je dois dire qu'entendre les autres personnes du groupe, c'est quelque chose de bien, on s'entraide : on dit ce qu'on en pense et ça permet de prendre conscience de certaines choses que l'on ne voulait pas entendre.

Avant j'avais beaucoup de mal à dire ce que je pensais. J'étais incapable de dire « non », surtout dans le monde du travail. Aujourd'hui j'ai décidé que je n'allais pas retourner où je travaillais auparavant. C'était un poste à responsabilité qui me pesait énormément, en fait je me sous-estimais beaucoup et je voulais toujours faire plus.

Annexe IV

Grille d'observation des groupes de psychodrame

Indices d'observation	Critères de cotation
Présent lors de la séance	

Elaboration avant le jeu (T1)	
Prise de parole (av jeu)	Propose un nouveau sujet
	enrichit le sujet de sa propre expérience
	Donne un avis sur un sujet donné par un autre
	reprend le sujet de la séance précédente
	ne parle pas
Rôle dans le jeu	personnage principal
	choisi pour un rôle 2aire
	spectateur

Elaborations lors du jeu (T2)	
Utilisation de l'espace potentiel	nulle
	progressive
	effective
identification au personnage	nulle
	progressive
	effective
Affirmation de soi	nulle
	progressive
	effective

Elaboration après le jeu (T3)	
Mise en relation de ce qui s'est joué et du vécu du sujet	nulle
	progressive
	effective
Prise de distance par rapport au jeu afin de dire ce qui a été ressenti lors de celui-ci	nulle
	progressive
	effective
Défense, incapacité d'élaboration	effective
	nulle
Prise de conscience du personnage principal de ce qui s'est joué	nulle
	effective

Annexe V

Tableau récapitulatif des observations de chaque sujet

