**Intervention Annick PRORIOL**

**Colloque infirmier ARFI 2014 Saint-Etienne**

**« Etre soignant en psychiatrie, l'expérience du psychodrame psychanalytique** »  
*Dans le Service de Psychopathologie de l'enfant et de l’adolescent du Docteur BLANCHON, un groupe de soignants, psychologues, pédopsychiatres, infirmiers et psychomotriciens pratique le psychodrame psychanalytique avec des enfants et des adolescents depuis 15 ans. Témoignage d'une infirmière sur la fonction de co-thérapeute dans cette psychothérapie qui soigne les patients et forme les soignants.*

Je remercie les organisateurs du colloque qui m’ont invité à partager mon expérience avec vous. Je vais commencer par me présenter, évoquer mon parcours professionnel et ensuite je vous parlerais du psychodrame psychanalytique du point de vue du cothérapeute en liant sa fonction avec celle de l’infirmière en psychiatrie.

Infirmière diplômée d’état depuis 1992, j’ai choisi d’emblée de travailler en psychiatrie. J’ai débuté dans un service de secteur psychiatrique pour adultes qui était à la fois un service d’admission et de préparation à la sortie.

La diversité des modalités de soins m’a permis d’approcher les soins psychiatriques sous différents angles, l’hospitalisation complète, l’accompagnement à une socialisation, les soins ambulatoires et séquentiels.

J’y ai fait l’expérience de la rencontre avec des personnes en souffrance psychique dans un cadre professionnel et dans le rôle de l’infirmière.

Ces rencontres singulières avec les patients m’ont fait vivre le transfert, le transfert est un processus psychologique inconscient par lequel une personne reporte les émotions qu’elle ressent sur d’autres personnes ou des lieux, émotions pouvant être de l’amour, de la haine, de la peur.

Emotions en rapport avec les modalités d’attachement et de relations dans la petite enfance.

Dans les situations de soins, en tant que professionnels nous avons aussi en réaction au transfert des patients des émotions et des attitudes positives ou négatives vis-à-vis des patients de façon plus ou moins consciente, ce qu’on appelle le contre transfert.

Ce contre transfert peut être une gêne dans la relation d’aide et nécessite un travail en groupe d’analyse de la pratique pour préserver la relation thérapeutique dans une préoccupation soignante primaire.

Cette relation transférentielle n’est pas spécifique à la psychiatrie mais commune à toute relation humaine.

J’ai appris les soins infirmiers d’étayage qui consistent à une disponibilité à l’écoute et à l’accompagnement au quotidien des patients aussi bien dans leur espace psychique que dans leur environnement familial et social.

J’ai poursuivi cette pratique institutionnelle en pédopsychiatrie lors de l’ouverture de l’unité d’hospitalisation pour adolescents en 1997.

L’utilisation thérapeutique de la vie quotidienne correspond à la thérapie institutionnelle. Les repas et les différentes activités nous permettent d’être au plus prés de ce qui se joue dans la problématique des patients.

A partir de ces vécus partagés, nous proposons aux patients d’autres expériences de vie et de modalités relationnelles différentes de celles qu’ils ont par ailleurs et cela favorise un processus de changement.

Aujourd’hui, je travaille toujours en pédopsychiatrie au centre de consultation pour adolescents, un lieu de soins ambulatoires où nous pratiquons les entretiens en binôme. Plusieurs types d’entretiens.

Entretien d’accueil en binôme infirmier qui est la première réponse à la demande de soins au centre de consultation, il a une fonction d’accueil, d’écoute et d’évaluation. Nous faisons aussi des entretiens de suivi thérapeutique soit en binôme infirmier soit avec un pédopsychiatre ou un psychologue. Nous pratiquons aussi des médiations thérapeutiques individuelles ou groupales.

En dehors de ces activités au Centre de consultation, je suis co thérapeute au psychodrame analytique individuel, activité transversale du service de pédopsychiatrie, depuis sa mise en place en 1998. Transversale car elle concerne des patients et des soignants des différentes unités du service.

A l’époque, Docteur Jacques Monasse pédopsychiatre et Nicolas Kormas psychologue, tous deux psychanalystes ont proposé aux soignants du service de participer à ce soin. J’ai saisi cette opportunité pour développer mes compétences dans les soins psychiques.

Avant de commencer le psychodrame, nous avons participé à des groupes de lectures et des ateliers cliniques avec des équipes de psychodramatistes expérimentés.

Le groupe de soignants est actuellement constitué de pédopsychiatres, d’infirmiers, d’une psychomotricienne et de psychologues.

Quelques mots sur les origines et le dispositif du psychodrame.

Dans le langage courant, le « psychodrame » connote une situation marquée par un excès d’émotion, une ambiance survoltée.

Mais il désigne aussi le théâtre thérapeutique inventé par un psychiatre américain Dr Moreno au début du vingtième siècle.

Par son effet libérateur, le jeu de rôles aide à sortir des impasses relationnelles comme les problèmes de couples et les difficultés dans le milieu professionnel. Le jeu de rôle est d’ailleurs un outil fréquent en formation professionnelle.

Jouer spontanément des scènes de la vie quotidienne en prenant des rôles différents de la réalité permet de s’alléger et de découvrir d’autres façons de voir et donc d’autres façons de faire avec soi et les autres.

Des psychanalystes d’enfants se sont inspirés de Moreno pour créer le psychodrame psychanalytique dont le principe est de permettre au patient de vivre des scènes de vie et d’enclencher un travail psychique de symbolisation et de représentation.

Ce travail étant la capacité de re-connaître le sens et la portée des éprouvés plus ou moins inconscients qui nous font agir et inter-agir avec autrui.

Le psychodrame psychanalytique est une psychothérapie qui permet en plus une mise en mouvement du corps et donc un mode supplémentaire de communication émotionnelle.

Ce travail nécessite un cadre particulier.

Un groupe composé du patient, du thérapeute principal psychanalyste qui dirige le jeu et de 3 à 5 co thérapeutes. Toujours les mêmes.

Une séance de psychodrame une fois par semaine à heure et jours fixes dans une pièce où il n’y a que des chaises. Elle dure 30 minutes et comporte trois temps :

**Un premier temps** où le patient donne une idée de jeu et en fait un scénario avec l’aide du thérapeute principal, il décrit les personnages et le contexte.

Il choisit son rôle et les co thérapeutes qui joueront les autres personnages dont il a besoin dans son histoire.

Le **deuxième temps** est celui du jeu à proprement parler, il a lieu entre le patient et les co thérapeutes. Les règles du jeu sont de faire semblant, donc de ne pas toucher et de ne pas utiliser d’objets à l’exception des chaises.

Le directeur de jeu ne joue pas mais il peut intervenir pour effectuer des changements de rôles, introduire un nouveau personnage, souffler des indications de jeux à l’oreille des co thérapeutes et parfois pour rappeler les règles du jeu.

Le jeu est interrompu à un moment clé par le directeur, et vient le **troisième temps**, nous revenons nous asseoir comme dans le premier temps.

Le thérapeute et le patient reprennent entre eux ce qui a été joué. Le patient est invité à commenter le jeu et l’analyste propose des interprétations.

Quand le patient est parti, nous avons un quatrième temps de réflexion clinique de 15 minutes que nous poursuivons en supervision extérieure une fois par mois.

Au-delà de son intérêt thérapeutique, le psychodrame est formateur au niveau de la position soignante, notamment par rapport au savoir-être et au savoir-faire infirmier et à un niveau plus théorique, celui des connaissances en psychopathologie.

Au psychodrame, je n’ai pas le statut d’infirmière, je suis co thérapeute comme mes collègues psychologues, médecins et psychomotriciens, au service du patient et du directeur de jeu.

A la première séance nous nous présentons simplement avec nos noms et prénoms.

Dans le premier et le troisième temps de la séance, nous devons nous abstenir d’intervenir par la parole et le geste, simplement des regards partagés avec le thérapeute principal et le patient.

Dans ces moments là, nous nous retrouvons dans une position d’observation, témoins de l’échange entre eux.

Échange qui montre le mode de fonctionnement psychique du patient et la nature du transfert sur le directeur et le dispositif.

Cette observation induit déjà à l’intérieur de nous des mouvements contre transférentiels.

Au fur et à mesure de la construction de l’histoire, je me demande si je vais être choisie, parfois je le redoute, d’autres fois j’ai très envie de jouer un rôle précis.

Je me projette dans l’histoire, j’imagine la suite du scénario, je fais le lien avec les jeux des semaines précédentes, je m’interroge sur les rapports avec son histoire personnelle. Tout ça me met dans un état d’esprit particulier.

Je peux être déçue de ne pas jouer, angoissée par des histoires traumatiques,

enthousiasmée par un rôle.

A mes débuts, j’étais très embarrassée par tous ces ressentis de nature contre transférentielle.

Je me souviens d’une patiente qui nous avait demandé de jouer deux nourses mamans. Ces deux nourses devaient manger une petite fille dans la forêt.

J’avais peur de ne pouvoir jouer ce rôle.

«  On peut tout jouer au psychodrame »…parce que le cadre est sécurisant et le regard des collègues bienveillant.

L’intérêt pour cette petite fille était de figurer ces angoisses archaïques d’être dévorées par ses imagos maternels terrifiants.

En partageant ce vécu parfois éprouvant avec le groupe de psychodramatistes et grâce au travail d’élaboration en équipe et de supervision, nous apprenons à nous servir de la relation transférentielle pour adapter notre jeu à la problématique du patient.

Je me souviens d’un garçon avec qui nous n’avions pas envie de jouer. Il s’agissait d’un adolescent en échec scolaire qui présentait des troubles du comportement d’opposition et d’agressivité ce qui le mettait à l’écart de ses pairs.

Il ne pouvait pas verbaliser son mal être en consultation.

Le scénario des jeux était pauvre et se répétait de séances en séances malgré les propositions de changement du directeur de jeu.

Toujours le même jeu, une course de formule 1, nous tournions en rond au sens propre comme au figuré, nous étions pris dans une répétition ennuyeuse.

A partir d’une réflexion clinique en équipe, nous avons choisi de mettre en scène ce ressenti dans le cadre du jeu. Un de nous a joué le rôle de quelqu’un qui n’avait pas envie de participer à cette course ce qui a introduit un écart entre le scénario et le jeu.

Ecart accepté par le patient qui a joué le jeu du changement. Tous les personnages se demandaient pourquoi l’un des leurs ne voulait pas participer à la course, chacun donnant son hypothèse.

Dans le troisième temps avec le directeur de jeu, le patient a associé sur sa propre histoire, il se souvenait que personne ne voulait jouer aux petites voitures avec lui quand il était petit, il se sentait délaissé en particulier par son père puis par les copains de l’école, il a ensuite réalisé qu’il ne se sentait pas assez intéressant pour les autres et qu’il pouvait être acteur dans le fait d’être parfois mis de côté, repousser les autres avant d’être rejeté lui-même.

Le jeu lui a permis de reprendre un élément de son histoire pouvant expliquer une souffrance dans sa relation aux autres. Il a pu changer grâce à la compréhension de son fonctionnement.

Ce travail au psychodrame favorise la capacité des soignants de percevoir et de comprendre ce qu’induit la rencontre avec un patient, d’être à l’écoute de ce qu’il nous fait vivre, de ce qu’il dit, en restant au plus prés de ce qui se passe dans la relation et de le partager en équipe. C’est ce qui fonde la relation thérapeutique en psychiatrie.

Quand un rôle m’est attribué dans l’histoire co crée par le patient et le directeur de jeu, je l’interprète avec des mots, des gestes, des attitudes, des mimiques.

Je fais semblant d’être un personnage tout en me dévoilant un peu puisque je joue avec ma sensibilité, mes représentations du monde, de la société et de la famille.

La difficulté est de se laisser aller à jouer en prenant en compte à la fois le fonctionnement psychique du patient, les interventions des autres co thérapeutes,

les indications du meneur de jeu et mes propres fantasmes et associations.

Cette complexité du travail de co thérapeute au psychodrame nous aide à gérer celle des soins dans nos différentes unités.

Dans les jeux au psychodrame, nous sommes très souvent dans des rôles d’auxiliaires du moi ce qui renforce la capacité d’empathie.

Cette empathie permet d’incarner de l’intime indicible par le patient dans lequel il peut se reconnaître ou pas dans le troisième temps avec le thérapeute principal, hors jeu.

Nous proposons donc une gamme de ressentis dans une scène de vie banale ou extra ordinaire pour lui faire connaitre de nouvelles expériences affectives par identifications, dans la même dynamique que d’autres dispositifs de soins comme la thérapie institutionnelle et médiations thérapeutiques.

Au psychodrame comme en unité de soins je me retrouve dans la fonction du médium malléable, un concept des dispositifs thérapeutiques décrit par Marion Milner psychologue, psychanalyste et artiste peintre du 20ième siècle et redéfini par René Roussillon professeur de psychologie à Lyon.

Les soins des personnes en grande difficultés psychologiques nécessitent des formes d’adaptations, de souplesse, de permanence et de réceptivité comme les caractéristiques de ce médium dans lesquelles on retrouve les fonctions des soignants en psychiatrie et particulièrement du cothérapeute au psychodrame.

Il y a cinq caractéristiques du médium malléable, la disponibilité, l’indestructibilité, la sensibilité, l’auto animation et la transformabilité. Nous retrouvons chacune d’entre elle dans la fonction du cothérapeute.

- **La disponibilité** : même quand je ne suis pas choisie je suis prête à intervenir ; je peux changer de rôle si besoin ; j’entends les indications du directeur en cours de jeu.

-**L’indestructibilité** : même si mon personnage est agressé ou tué, le patient me voit à la fin du jeu réintégrer ma place et reprendre un rôle la séance suivante, je survis à sa destructivité.

-**La sensibilité** : je suis affectée par le patient, par le jeu et les différents personnages ; je perçois le langage des corps et mon interprétation en est modifiée.

-**L’auto animation** : j’ai une part de liberté dans mon interprétation, ce qui introduit des écarts et fait évoluer mon personnage au service de la représentation. Je ne suis pas une marionnette du patient ni du directeur de jeu.

-**La transformabilité** : je peux jouer n’importe quel rôle avec une palette large d’émotions et de comportements, dans le même rôle je peux exprimer des émotions différentes.

La petite fille dont j’ai parlé nous a fait jouer des fleurs….

C’était au début de sa thérapie, elle gardait ses distances et ne pouvait pas nous donner figures humaines.

Cette position d’intermédiaire du co thérapeute dans le psychodrame s’apparente à celle de l’infirmière qui assiste aussi bien le patient que le médecin.

Mon expérience de psychodramatiste m’aide à gérer cette position d’entre deux.

Dans nos unités en psychiatrie, les indications de médiations thérapeutiques et d’entretiens infirmiers font penser aux indications de jeu au psychodrame, dans les deux cas nous avons une part d’autonomie dans la façon de faire en fonction de notre connaissance des patients et de notre intuition clinique.

Autonomie soutenue par le travail d’élaboration en réunion clinique.

Réunion clinique correspondant au quatrième temps de la séance de psychodrame, ce temps d’élaboration du groupe soignant en l’absence du patient.

Temps de partage de vécus de la séance qui nous permet de comprendre comment dans l’interprétation de nos rôles nous sommes agis par la relation transférentielle avec le patient, de comprendre ce qui nous échappe dans la spontanéité du jeu.

C’est aussi l’espace de l’articulation théorico clinique qui enrichit nos connaissances en psychopathologie car le psychodrame donne une vision précise des fonctionnements et processus psychiques des patients comme les mécanismes de défenses, les relations d’objet et les conflits internes.

Dans le service, le psychodrame psychanalytique est avant tout un soin pour les enfants et les adolescents mais il est aussi un outil de formation pour les internes en psychiatrie, les étudiantes en psychologie et les infirmiers.

Il perdure grâce la forte volonté du chef de service et le soutien indéfectible des cadres de santé.

Annick PRORIOL

*Un texte libre de lecture sur un site Internet n’est pas un texte « libre de droit ». Cela signifie que l’on a celui de le lire mais pas celui de le reproduire sans l’autorisation de son auteur.*