



HAL
open science

L'impact du psychodrame sur l'état dépressif des adultes âgés de 18 à 45 ans

Yasmine Hadi

► **To cite this version:**

Yasmine Hadi. L'impact du psychodrame sur l'état dépressif des adultes âgés de 18 à 45 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03138325

HAL Id: dumas-03138325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03138325>

Submitted on 11 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Internationale
de Casablanca

UNIVERSITÉ RECONNUE PAR L'ÉTAT

**L'impact du psychodrame sur l'état dépressif des adultes âgés
de 18 à 45 ans.**

**Mémoire présenté pour l'obtention du
MASTER PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE**

Par

HADI Yasmine

Soutenu le 09/06/2020

Sous la direction de Dr BENYAHYA Omar

Psychopédagogue, Enseignant permanent à la Faculté des Sciences de la Santé.

Les membres du Jury :

Dr EL TURK Joumana

Doyenne de la Faculté des Sciences de la Santé.

Dr BENYHYA Omar

Psychopédagogue, Enseignant permanent à la Faculté des Sciences de la Santé.

Dr SARHANE Majdouline

Neuropsychologue, Enseignant permanent et Responsable de la filière Psychologie.

Présidente du Jury

Directeur de mémoire

Membre du Jury

Résumé :

La dépression est un trouble de l'humeur répandue de nos jours. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait prédit que ce trouble sera classé au deuxième rang des troubles touchant la population en 2020. Cette augmentation peut nous amener à nous demander si cela correspondrait bien à une réalité clinique. Cependant, la dépression n'a pas toujours été reconnue chez toute la population, il y a quelques années. Nous avons donc évoqué le cheminement de ce trouble au fil des années et ce qu'en disent différents auteurs.

Au fur et à mesure de notre réflexion, nous nous sommes demandé si le jeu est aussi le je ? Autrement dit est ce que le jeu représente le je ? Ainsi, nous avons cherché un moyen original de lever les blocages et de dédramatiser les situations difficiles et douloureuses. En effet, pour les patients dépressifs, participer au psychodrame leur permet d'explorer ce qui n'a pas été dévoilé dans la relation duelle en face à face. Le psychodrame permet donc une visibilité du caché. Ce lieu est devenu un support sur lequel les patients peuvent compter.

Cette étude a pour objectif de démontrer l'efficacité de cette thérapie expressive chez les sujets dépressifs. Cela permet à la personne de mettre à distance l'expérience vécue en psychodrame, de l'intégrer et d'acquérir une meilleure compréhension de la situation qui se traduit par des changements apportés dans sa vie réelle.

Mots clés : Dépression – Psychodrame – Adulte – Jeu – Psychothérapie – Silence – Groupe – Trouble de l'humeur.

Abstract :

Nowadays, depression is a widespread mood disorder. Moreover, the World Health Organization (WHO) had predicted that among disorders affecting the population in 2020, depression will be ranked second. This augmentation may lead us to wonder if it would correspond to a clinical reality. However, just a few years ago, depression was not always recognized by the general population. Over the years, we have discussed the path of this disorder and what different authors have revealed about it.

As we reflect, we asked ourselves if the play is also the I ? In other words, does the play represent the I ? We looked for an original way to lift the blockages and to play down difficult and painful situations. Indeed, for depressed patients, participating in psychodrama allows them to explore what has not been revealed in the dual relationship face to face. Therefore, the psychodrama allows visibility of the hidden and this place has become a support that patients can count on.

The objective of this study is to demonstrate the effectiveness of this expressive therapy in depressed subjects. This allows the person to distance his experience of psychodrama, integrate it and gain a better understanding of the situation which results in changes made in their real life.

Keywords: Depression – Psychodrama – Adult – Play – Psychotherapy – Silence – Group – Mood disorder.

« D'un autre côté, les rapports avec mes parents ne se sont pas améliorés ; au contraire, après quelques jours de trêve, des cris et des prises de bec se sont multipliés, surtout avec mon père qui me voyait sans doute comme un monstre méconnaissable et plein d'arrogance. Je ne sais pas, je me dis maintenant que j'avais l'impression d'être pris au piège et que pendant ces quelques jours, tout pouvait voler en éclats aussi bien dans la bande que chez moi. Et finalement, c'est exactement ce qui s'est passé après le braquage de la succursale du Banco Popular à Bordils. »

R. Cercas Les Lois de la frontière

« Et l'enjeu du théâtre devient : quitter le plateau pour retrouver la vraie vie. Étant bien entendu que je ne sais pas du tout si la vraie vie existe quelque part, et si, quittant finalement la scène, les personnages ne se retrouvent pas sur une autre scène, dans un autre théâtre et ainsi de suite. »

B.M. Koltes, Un hangar à l'ouest

Sommaire

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Remerciements | 1 |
| Introduction | 2 |
| I/ Fondement théorique de la recherche | 4 |
| A/ La dépression | 4 |
| 1/ Epidémiologie..... | 4 |
| 2/ Clinique de la dépression dans sa globalité..... | 5 |
| 2.1/ Dépression : le mal du siècle ? | 5 |
| 2.2/ Historique (<i>Freud ; Abraham ; Chabert ; Klein ; Spitz ; Sperling ; Melman ; Fédida</i>) | 6 |
| 2.3/ Description clinique | 11 |
| 2.3.1/ Différents types de dépression | 11 |
| 2.3.2/ Différence selon les générations | 12 |
| 3/ Dépression et psychose | 15 |
| 4/ Dépression sous silence | 16 |
| 5/ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (DSM-5) | 16 |
| 5.1/ Critique du DSM..... | 17 |
| 5.2/ Qu'est ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une pathologie ? (<i>Ben Jelloun ; Fédida ; Papazian & al.</i>) | 18 |
| 6/ Dépression du point de vue des neurosciences | 20 |
| - <i>Dérèglement des neurotransmetteurs</i> | |
| - <i>Atrophie du cerveau</i> | |
| 7/ Effets de la dépression | 21 |
| - <i>Effet sur les relations sociales</i> | |
| - <i>Suicide</i> | |
| - <i>Répercussion sur la santé</i> | |
| - <i>Conséquences au travail</i> | |
| - <i>Répercussion sur la famille et le couple</i> | |
| B/ La psychothérapie par le jeu de scène | 24 |
| 1/ Constitution du groupe | 24 |
| 1.1/ Méthode | 24 |
| 1.2/ Points méthodologiques | 24 |
| 2/ Le jeu | 25 |
| 2.1/ Avantages psychologiques du jeu | 25 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2/ Aspect verbal et non verbal du langage dans le jeu | 27 |
| 2.3/ Le jeu sous différentes facettes | 28 |
| 3/ Thérapie de groupe | 29 |
| 3.1/ Historique (<i>Foulkes, Bion, Anzieu, Kaës, Rouchy, Burrow, Slavson, Lewin, Pontalis</i>)..... | 29 |
| 3.1.1/ Points de vue des auteurs (<i>Anzieu et Kaës</i>) | 30 |
| 3.2/ Définition et objectifs de la thérapie de groupe | 32 |
| 3.3/ Par quoi est caractérisée la psychothérapie de groupe ? | 33 |
| 3.4/ Différents types de thérapies de groupe | 33 |
| 3.5/ Pathologies concernées et à quel moment débiter la psychothérapie de .groupe | 33 |
| 3.6/ Apports de la thérapie de groupe et les bénéficiaires | 34 |
| 3.7/ Durée d'une thérapie de groupe et ses différents stades | 34 |
| - <i>Stade initial ou d'orientation</i> | |
| - <i>Stade de transition</i> | |
| - <i>Stade de travail</i> | |
| - <i>Stade final ou de consolidation</i> | |
| 4/ Entre thérapie groupale et thérapie individuelle | 35 |
| 5/ Différents modèles thérapeutiques | 36 |
| - <i>Analyse de groupe</i> | |
| - <i>Jeu de rôle</i> | |
| - <i>Psychodrame</i> | |
| C/ Thérapie de groupe : Psychodrame | 39 |
| 1/ Définition | 39 |
| 2/ Historique (<i>Moreno et Anzieu</i>) | 40 |
| 3/ Différentes inspirations | 42 |
| - <i>Psychodrame analytique individuel et groupal</i> | |
| - <i>Psychodrame humaniste</i> | |
| - <i>Psychodrame d'investigation et de mobilisation</i> | |
| 4/ Aspects cliniques du psychodrame | 45 |
| 4.1/ Indications et contre-indications au psychodrame | 45 |
| 4.2/ Déroulement d'une séance | 46 |
| 4.3/ Règles du psychodrame | 48 |
| 4.4/ Intérêt du psychodrame | 49 |
| 4.5/ Le professionnel | 50 |
| 5/ Là où tout peut se jouer | 52 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6/ Interprétations | 53 |
| 7/ Guérison par le psychodrame | 53 |
| 8/ La fin du psychodrame | 55 |
| D/ Le silence | 57 |
| 1/ Ce qu'est un silence (<i>Ferenczi ; V.Cyril ; Lacan ; Freud ; T. Reik ; P.Espasa</i>)..... | 57 |
| 2/ Le silence dans différentes cultures | 59 |
| 3/ Existe-t-il un ou plusieurs silences ? | 60 |
| II/ Méthodologie de la recherche | 62 |
| 1/ Problématique de la recherche | 62 |
| 2/ Question spécifique de la recherche | 62 |
| 3/ Objectif et utilité de la recherche..... | 62 |
| 4/ Hypothèse de recherche | 63 |
| 5/ Instruments de cueillette de données | 63 |
| 5.1/ Etudes de cas | 63 |
| 5.1.1/ Participants et protocole utilisé | 63 |
| 5.1.2/ Cas clinique : Madame F | 64 |
| 5.1.3/ Cas clinique : Monsieur R..... | 71 |
| 5.2/ Echelle de dépression de Hamilton | 76 |
| 5.2.1/ Matériel | 76 |
| 5.2.2/ Passation..... | 77 |
| 5.2.3/ Cotation | 77 |
| 5.3.4/ Discussion, analyse et interprétation des résultats | 78 |
| 6/ Limites de la recherche | 79 |
| Conclusion | 81 |
| Bibliographie..... | 83 |
| Annexe | 88 |

Remerciements :

J'exprime mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé à la réussite de ce mémoire.

Je tiens à remercier dans un premier temps mon professeur et encadrant de mémoire Dr. Omar BENYAHYA, pour sa patience, sa disponibilité et ses conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Ses connaissances et ses expériences ont facilité la mise à terme de ce travail.

Ensuite, je voudrais remercier notre responsable de filière Dr. Majdouline SARHANE pour son soutien psychologique qui a été d'un grand réconfort dans les moments difficiles.

Je remercie également la doyenne de la faculté des Sciences de la santé à l'Université Internationale de Casablanca Dr. Joumana EL TURK.

Enfin, je remercie infiniment mes parents ainsi que ma sœur pour leur aide, leur soutien, leur confiance, leur attention, leurs encouragements et leur amour.

Introduction :

La dépression est fréquemment définie dans notre société comme étant une psychopathologie rencontrée dans la plupart des structures de soins. Elle est également considérée comme étant un problème de santé publique majeur. De plus, nous avons l'impression que cette pathologie se répand de façon exponentielle ces dernières années.

Ainsi, nous avons cherché un moyen de permettre aux patients dépressifs une prise en charge et un suivi psychologique plus ludique en portant notre attention à la mise en mouvement du corps qui entraîne la mise en activité du psychique d'où notre choix du psychodrame. Nous avons opté pour ce dernier car nous cherchons l'originalité avec cette thérapie qui bouscule les codes du traditionnel divan ou fauteuil. Cependant, la littérature est pauvre concernant l'utilité du psychodrame chez les personnes atteintes de dépression.

Ainsi, au cours de ce travail, nous allons particulièrement discuter de ce trouble de l'humeur, qui est la dépression, chez l'adulte et également évoquer le psychodrame. De ce fait, nous allons principalement nous demander en quoi le psychodrame peut avoir un effet bénéfique chez les patients adultes dépressifs.

Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle le psychodrame serait révélateur de ressentis et d'expressions enfuis et refoulés. Il serait le médiateur qui facilitera l'accès au processus psychique de la personne déprimée. Cela donnerait un impact positif sur sa santé mentale et permettrait de meilleurs résultats thérapeutiques.

Ainsi, dans ce travail, allons-nous, tout d'abord, aborder la dépression dans sa globalité. Ensuite, nous étudierons les aspects théoriques de la psychothérapie par le jeu pour arriver au psychodrame. Puis, nous discuterons du silence, révélant à quel point celui-ci peut être significatif d'un mal-être. Enfin, nous analyserons l'articulation de la dépression et du psychodrame chez l'adulte.

« Dans son monde intérieur, la dureté et la méfiance avaient décru, tandis que la tristesse avait augmenté. »

Mélanie Klein, 1940.

I/ Fondement théorique de la recherche

A/ La dépression :

1/ Epidémiologie :

Tout d'abord, nous constatons des proportions de plus en plus importantes d'individus souffrant de dépression. En effet, d'après le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1.484.441 de Marocains souffrent de troubles dépressifs soit 4,5% de la population marocaine. De plus, la dépression est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Il ne faut tout de même pas oublier que la dépression peut toucher toutes les tranches d'âge, de l'enfant à la personne âgé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2020 après les maladies cardiaques, la dépression est la deuxième cause d'invalidité dans le monde. Cependant, il faut mentionner que la dépression est déjà la première cause d'invalidité chez les personnes âgées entre 15 et 44 ans. Nous notons une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015 soit plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrant de dépression.

De plus, cette pathologie a un coût social conséquent. En effet, la dépression a des conséquences sur la personne touchée mais aussi sur le coût socio-économique.

Ainsi, afin de mieux comprendre l'accroissement des diagnostics il faut avant tout avoir connaissance que jusqu'à récemment nous distinguons deux genres. Tout d'abord, il y a celui de l'état de tristesse normale ou « avec cause » qui est en relation directe avec la perte ou toutes autres expériences douloureuses qui peuvent être les causes de la détresse. Face à cela, l'attitude adoptée consiste à soutenir la personne et s'abstenir à amalgamer cette tristesse avec la maladie. Ensuite, nous avons la dépression « sans cause » ou la mélancolie qui représente un trouble puisqu'il n'y a pas de raisons apparentes à sa survenue. Cet état est rare, cependant il tend à se répéter et à durer dans le temps. Néanmoins, cet état est constitué de manière similaire à celui de la tristesse normale intense, à savoir la tristesse,

l'insomnie, le retrait social, la perte d'appétit, la perte d'intérêt pour les activités habituelles, etc.

2/ Clinique de la dépression dans sa globalité :

2.1/ Dépression : le mal du siècle ?

La dépression vient du latin « depressio » de « depressus » qui signifie écart. De son côté, Gaffiot (1934), l'explique comme un « abaissement, enfoncement, une pression de haut en bas ». Ce terme est utilisé dans plusieurs disciplines telles que la géométrie, la climatologie et, notamment la psychologie.

En effet, la dépression relève des troubles de l'humeur qui peuvent exister, dès le plus jeune âge.

Dans la société, la tristesse est souvent considérée comme la caractéristique du trouble dépressif. Or, il existe d'autres symptômes. La dépression peut être accompagnée d'une comorbidité telle que l'anxiété (ex : anxiété de séparation, phobies), le déficit de l'attention, etc. De plus, de nos jours, la plupart des personnes partagent l'idée selon laquelle une personne déprimée reste souvent tournée vers le passé sans avoir aucun espoir sur son avenir.

En effet, le terme de dépression est souvent utilisé par tout le monde dès lors qu'une personne ne se porte pas bien. Or, il faudrait plutôt parler, dans certains cas, de déprime, symptôme de la dépression. La déprime peut être considérée comme nécessaire pour la mise en route de quelque chose car elle contribue à des remaniements que toute personne n'accomplit. Nous avons tous déjà eu un moment de déprime après un événement passé mais, il est non durable car nous apprenons à faire avec le manque. Par exemple, dans le deuil, nous devons passer par le stade de sidération, de déprime puis, d'acceptation. Ainsi, la phase de déprime a une place centrale dans ce cas. Cependant, si nous restons dans cette phase sans accéder à la suivante qui est l'acceptation alors, nous pouvons parler de dépression. Ainsi, la dépression pathologique est-elle durable et le désir de la personne est comme «suspendu » ou « en panne ». De plus, il est important de savoir qu'il existe quatre signes essentiels de la dépression, à savoir : l'humeur triste, la bradypsychie, l'autodépréciation et les troubles du sommeil, scolaire et alimentaire.

Par conséquent, nous considérons que l'humeur est cyclique parce que, dans la vie, nous sommes confrontés à des moments de joie mais, également à des moments de deuil. Cela fait donc partie de notre humeur normale et donc de la personne. Tout ceci permet de mieux saisir la complexité de cette notion de dépression. De ce fait, la notion de dépression pose la question du normal et du pathologique.

Nous pouvons ainsi situer les états dépressifs sur un continuum allant du sentiment de tristesse adapté au dérèglement pathologique de la personne.

2.2/ Historique :

En effet, contrairement à maintenant, auparavant, la psychiatrie n'utilisait pas librement le terme « dépression » afin de parler d'un ensemble de symptômes. Dans l'Antiquité, Hippocrate avait déjà décrit la mélancolie en parlant de la tristesse, des craintes, du découragement, de la peur, etc. Il a également décrit quatre types d'humeurs (le sang, la lymphe, la bile jaune et la bile noire). Mais ce n'est qu'en 1856 que le mot dépression a été employé en psychiatrie par un psychiatre français nommé Louis Delasiauve.

De plus, nous supposons que c'est Kraepelin qui ait contribué au remplacement du terme « mélancolie » par celui de « dépression ». Cependant, l'ancien terme mélancolie involutive a persisté et il a été notamment utilisé dans les premiers écrits de Freud. D'ailleurs, l'expression « melancholische Depression » a été souvent employée par Freud et Abraham pour désigner une forme de dépression comme étant « un ensemble structuré de symptômes ».

En effet, Abraham (1911) est le premier à parler de dépression dans la littérature psychanalytique en liant la dépression à une paralysie du sujet de ne pouvoir être aimé. Pour lui, cette paralysie entraîne des dispositions haineuses ambivalentes et une frustration que la personne retourne sur son moi alors qu'elles étaient destinées aux objets dévalorisés car elle n'a pas eu satisfaction. Plus tardivement, il associe la dépression à un stade prégénital : le stade anal renvoyant à la perte objectale (1924). Mais, contrairement à la dépression rencontrée dans la névrose obsessionnelle, l'introjection dans la mélancolie renvoie à la fixation orale. Cette fixation orale est suivie par ce qu'Abraham (1924) appelle un trouble originaire lié à une blessure grave du narcissisme. Celui-ci fait suite à une déception amoureuse vis-à-vis de la mère qui conduit l'enfant à éprouver un sentiment total d'abandon

accompagné de tendances dépressives précoces. Le déclenchement des accès mélancoliques est considéré par Abraham (1924) comme une répétition de la déception maternelle primaire.

Ensuite, Freud en 1915, a étudié la question des processus opérant dans le deuil ainsi que dans la mélancolie en partant de « l'affect normal du deuil ». En effet, dans son ouvrage *Deuil et Mélancolie* (1917) il détecte la spécificité de la mélancolie en disant que « le rapprochement de la mélancolie et du deuil paraît justifié par ces deux états ». En effet, Freud montre qu'il existe une similarité entre le deuil et la mélancolie en abordant l'inhibition de la personne, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, la douleur morale ressentie, la réaction à la perte, c'est-à-dire l'incapacité de trouver un nouvel objet d'amour et la limitation du moi.

De plus, le psychanalyste Guy Briole (1995) rapporte que dans les deux cas, que ce soit dans le deuil ou dans la mélancolie, il est question de la perte d'amour. Au contraire, Catherine Chabert (2005) affirme que « le travail du deuil conduit à deux destins pulsionnels différents ».

Ainsi, repérons-nous également qu'un changement se produit selon la nature de la perte. En effet, selon Freud (1917), dans le deuil, le principe de réalité permet à la personne un travail de deuil bien que la perte soit difficile. Ainsi, explique-t-il cela par le fait que la personne va désinvestir l'objet perdu afin de permettre au moi d'investir d'autres objets. Ainsi, Freud affirme-t-il, tout en précisant que cela nécessite du temps, que le travail de deuil débute lorsque « [...] l'épreuve de réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet. » (1968, p.148). Il souligne, donc, que la dépression est un appauvrissement de l'énergie face à un deuil.

Alors que dans la mélancolie, la personne ne sait pas ce qu'elle a perdu. Il note que le deuil pourrait apparaître comme étant incompréhensible pour la personne puisqu'elle est consciente de la perte mais ne sait pas ce qu'elle a perdu. De plus, pour Freud, dans la mélancolie, l'individu se fait des auto-reproches en accord avec l'objet abandonné. D'ailleurs, le mélancolique peut aller même jusqu'au suicide. Freud (1917), ajoute que le mélancolique identifie son moi avec l'objet abandonné ce qui veut dire que, dans ce cas là, nous pouvons parler de la perte du moi.

Cependant, nous tenons à préciser que, de nos jours, il faut rester vigilant quant à l'ampleur que ces troubles dépressifs peuvent prendre dans notre société. En effet, la dépression en psychanalyse ne représente pas une entité clinique spécifique. La notion de dépression n'est pas évidente à développer en psychanalyse. La dépression est décrite comme étant un changement de l'humeur vers un état de souffrance morale, de tristesse, de désinvestissement et de désintérêt d'activités généralement plaisantes. Elle n'est pas définie de manière précise comme peut l'être la mélancolie qui, selon Freud, « se caractérise du point de vue psychique par une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste en des auto-reproches et des auto-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtement » (Deuil et mélancolie, 1917).

De plus, dans une lettre à Fliess dans le Manuscrit A (1892), Freud parle de la dépression périodique qui est distincte de la mélancolie car elle est compréhensible et réactionnelle à un traumatisme psychique. Il ajoute dans le Manuscrit G (1895) que « la mélancolie est un deuil provoqué par une perte de libido » alors que dans la dépression le désinvestissement sexuel est partiel. De plus, dans le Manuscrit N (1897), il dit « Dans le deuil, les sentiments de remords se manifestent, alors on se reproche leur mort (c'est ce que l'on décrit sous le nom de mélancolie), ou bien on se punit soi-même sur le mode hystérique, en étant malade comme eux (idée de rachat) ». Nous remarquons bien, ici, la distinction entre les deux. La dépression est, donc, un effet du deuil dans le moi. Nous pouvons alors définir la dépression comme étant une référence de ce qui a été et qui n'est plus c'est-à-dire qu'elle est due à quelque chose qui s'est déjà produit.

En définitif, Freud (1917) décrit la dépression comme étant « un deuil lié à la perte de l'objet d'amour » et non plus comme un deuil rattaché à une perte de libido.

Or, dans la mélancolie, le sujet « sait qu'il a perdu, mais ne sait pas ce qu'il a perdu » ainsi, la perte lui est inconnue.

Après avoir étudié ce que Freud et Abraham ont développé autour de la dépression, d'autres auteurs amènent de nouveaux éléments tels que Spiering, Klein, Spitz, Winnicott.

Tout d'abord, Sperting (1959) développe la notion d' « équivalents dépressifs », qui prend sens que lors de la psychothérapie, comme étant différents troubles somatiques et fonctionnels tels que le trouble du sommeil, de psychomotricité et de l'alimentation. Ces derniers sont donc apparentés à un trouble dépressif.

D'autres auteurs parlent de cette notion d' « équivalents dépressifs » chez l'enfant afin d'expliquer que celle-ci rend compte de la singularité, de la rareté et de la discrétion des manifestations cliniques. Ainsi, prennent-ils en compte dans les équivalents dépressifs, les colères, l'échec, les phobies scolaires, l'absentéisme etc.

Ensuite, Mélanie Klein est considérée comme étant la première théoricienne de la dynamique dépressive et notamment auprès des enfants. Elle développe l'un des moments clés de l'organisation du psychisme humain à savoir la « position dépressive ». Selon elle, l'enfant pense que « deux personnes différentes se succèdent auprès de lui » c'est-à-dire une bonne mère ou une mauvaise mère en fonction de sa satisfaction ou de sa frustration éprouvée auprès de celle qui l'a mis au monde. Puis, il sait qu'il dépend de la personne qui assure sa survie. Cette personne est les deux mères qui se retrouvent en une seule et même personne. Le dépassement de cette position permet d'acquérir l'ambivalence de l'objet en réunissant en un seul, le bon et le mauvais objet (relation à un objet total). En effet, cette étape est déterminante pour pouvoir considérer plus tard, en tant qu'adulte, qu'« un semblable n'est jamais conforme à ce qu'il attend de lui » (Klein, 1932).

De plus, pour Mélanie Klein, que ce soit le deuil normal, le deuil pathologique ainsi que les états maniaco-dépressifs, tous, réactivent cette position dépressive infantile. Mais, contrairement au deuil normal où la position dépressive est surmontée, le deuil pathologique et la mélancolie ont en commun de n'avoir pas pu atteindre la position dépressive et de bons objets internes.

Plus tard, Mélanie Klein (1934) affirme que la « position dépressive » est présente lors des deux ans de l'enfant et plus précisément au second semestre de cette année. A cette période, la position dépressive est considérée comme faisant partie de la phase normale du développement. La première phase étant schizoparanoïde où l'enfant n'est préoccupé que par les objets partiels qui sont des parties du corps tels que les seins, les fesses et le pénis qu'ils soient réels ou fantasmés ainsi que leurs équivalents symboliques. Une personne aussi peut être identifiée à un objet partiel. En effet, la position dépressive se définit comme étant le moment où l'enfant

prend conscience que ses pulsions agressives ainsi que ses pulsions libidinales, qui étaient séparées, concernent la mère c'est-à-dire le même objet. Ainsi, s'inquiète-t-il, donc, de perdre sa mère à cause de « ses attaques sadiques », ce qui provoque sa dépression. De ce fait, selon Mélanie Klein, l'enfant peut soit nier sa dépendance et sa crainte des mauvais objets en ayant recours à ses défenses maniaques et donc renforcer le clivage, soit il peut rétablir et protéger l'objet en faisant appel à « des mécanismes de réparation ». Ainsi, la position dépressive est-elle identifiée dans un « temps structurel » que ce soit pour l'enfant ou pour sa réalité psychique. Néanmoins, elle n'est pas présente que durant l'enfance puisqu'elle va se rejouer tout au long de la vie.

C'est donc dans l'atteinte de l'objet par les pulsions agressives que Klein, Freud et Abraham ont situé la cause de la dépression.

Par ailleurs, la dépression, pour Melman (1991), constitue notre humeur normale car celle-ci est corrélée au sentiment de culpabilité et de deuil que nous avons. De plus, le grand Autre possède une place importante relative à l'humeur car l'individu se sent coupable vis-à-vis de cet Autre. C'est, donc, la raison pour laquelle cet individu essaie en permanence de réparer cette faute. Cependant, il ne comprend pas ce que cet Autre lui veut. Melman (1991) affirme que « le paradoxe de notre humeur est donc que le sujet ne sait jamais, habituellement, si ce que le grand Autre attend de lui est d'être dans la joie, c'est-à-dire si c'est en étant dans la joie qu'il célèbre, au mieux, la puissance du grand Autre, ou s'il satisfait, au mieux, le grand Autre en étant dans la dépression, c'est-à-dire dans le deuil ».

Concernant Pierre Fédida (2001), la vie psychique ne se construit que sur des pertes et des séparations et considère la « dépressivité » comme un régulateur du développement individuel. Cette « dépressivité » ressemblerait à la « la position dépressive » de Mélanie Klein.

P. Fédida reprend le terme de « dépression vitale » de Roland Kuhn, inventeur du premier antidépresseur (l'imipramine). Il parle aussi « d'effacement de l'apparence humaine » dans le sens où dans la dépression l'apparence humaine disparaît. De plus, il décrit la dépression comme étant « une maladie humaine du temps ». Pour lui, la dépression est « une névrose glaciaire » qu'il explique comme étant

«une hibernation qui doit être respectée et traitée avec tact afin que l'excitation vivante ne fasse pas violence à la vie ainsi sauvegardée ». Elle a une visée protectrice pour le déprimé.

Cependant, il considère aussi que la dépression peut être une régulation des changements.

Ainsi, Fédida émet-il deux sortes d'hypothèse lorsqu'il est face à un patient déprimé. La première étant que la dépression serait là afin de le protéger lorsque ce dernier est dans une « phase de transformation » et la deuxième est expliquée par le fait que « la vie psychique est dépressive au sens où elle assure protection, équilibre et régulation à la vie ».

Pour lui, ce qui permettrait de « réanimer » une personne déprimée serait la psychothérapie.

De plus, dans ses écrits, nous notons qu'il n'a pas développé le concept de l'objet perdu défini par Freud.

Enfin, pour Catherine Chabert (2005), la position dépressive autorise une expression pulsionnelle modulant l'amour et la haine et rend possible une liaison effective entre les tendances libidinales et agressives. A l'instar de Chabert, nous pensons que le fil conducteur qui unit la dépression et la théorisation freudienne est celui de la perte. En effet, pour Chabert cette problématique de la perte repose sur deux points : l'affrontement à la perte et le traitement de celle-ci.

2.3/ Description clinique :

2.3.1/ Différents types de dépression :

Tout d'abord, la dépression n'est pas une pathologie lorsqu'elle est de nature névrotique car la personne est souvent dans cet état consécutivement à un échec, un deuil, une rupture, etc. Elle peut donc être réactionnelle car le sujet établit une causalité. Cette dépression réactionnelle présente des rapports logiques de cause à effet et d'intensité avec celui-ci. De plus, la dépression névrotique est définie en tant que dépression maturative, liée au développement même de la personnalité, à son vieillissement, et à la construction de mécanismes d'adaptation propre à l'histoire de chaque sujet. Elle accompagne les troubles anxieux, phobiques, obsessionnels et

hystériques. Elle représente une faillite des mécanismes de défense. Elle souligne l'inadaptation socio-affective du sujet et le coût pour l'économie psychique. Les «personnalités » dépressives ont été décrites chez les adultes par les phénoménologues, comme le typus melancolicus de Tellenbach. Il s'agit de personnalités hyperanxieuses, rigides, dépendantes, scrupuleuses, hyperdéfendues et vulnérables, qui dépensent une énergie affective importante à la conservation de leur image et de leurs liens.

De son côté, Akiskal (1977) propose un tableau de la névrose dépressive : tout d'abord, il y a préservation du sens de la réalité c'est-à-dire absence d'idées délirantes, l'intensité du trouble est modéré, l'origine est réactionnelle. D'autres symptômes névrotiques comme la phobie et l'obsession sont à signaler. Enfin, il parle de « structure de personnalité fragile prédisposant à la dépression ».

Au contraire, la dépression peut être également endogène c'est-à-dire qu'elle ne fait pas suite à un événement. Cette dernière est un trouble survenant à partir de l'adolescence (12 ans) et s'inscrit dans une véritable maladie dépressive «organique » dont le caractère endogène est prédominant. Nous pouvons voir dans la littérature plusieurs facteurs expliquant ce trouble qui est en vogue ces dernières années. Tout d'abord, nous pouvons lire que le facteur génétique pourrait expliquer la dépression par hérédité. Donc, il faudrait voir s'il existe dans la famille des antécédents de troubles de personnalité, des risques de suicide, d'anxiété et de dépression. Ensuite, l'autre facteur est environnemental. Celui-ci regroupe les séparations, le stress scolaire, l'hospitalisme, le deuil, la maltraitance etc.

Ainsi, est-il donc important de différencier la dépression dite normale et celle à caractère pathologique chez l'adulte. Nous pouvons les distinguer à partir des réponses que donne la personne. Ainsi, la dépression dite normale est-elle généralement liée à l'évolution et aux changements de l'environnement comme par exemple le changement de travail, le déménagement, etc.

2.3.2/ Différence selon les générations :

Pour ce qui concerne la différence entre la dépression telle qu'elle apparaît chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant, nous remarquons que le premier a tendance à parler

de ses échecs successifs qu'ils soient récents ou lointains. En effet, la dépression chez l'adulte contribue de manière moins évidente à des modifications de la personnalité. Il est capable de verbaliser ce qu'il éprouve et d'extérioriser ses émotions plus facilement qu'un enfant. De plus, il peut savoir quels sont les facteurs qui entrent en compte dans ses états d'âme tels que l'ennui, la tristesse ou la douleur morale par exemple. Ainsi, la dépression sera-t-elle identifiée plus facilement.

Cependant, la dépression est différente selon les âges puisqu'elle apparaît chez une personne en évolution. Concernant, la dépression chez l'adolescent, la personnalité de cet adulte en devenir va donc être touchée. En effet, d'après Gilles-Marie Valet et Christine ViatBerthod, « la dépression chez le jeune est plus somatisée, les plaintes physiques sont plus fréquentes, qu'elles soient formulées ou exprimées concrètement (maux de ventre, de tête, fatigue) ». De plus, la dépression de l'adolescent peut être comparable à celle des adultes quant aux troubles de conduites tels que : le passage à l'acte, l'antisociabilité, l'alcoolisme, les fugues, les provocations etc. Cependant, la dépression peut également être cachée par l'anorexie, la boulimie et les plaintes somatiques.

L'enfant, quant à lui, semble être plutôt en suspens c'est-à-dire qu'il attend que l'enfance se termine et que « l'enfer » cesse une fois grand (Braconnier et Golse, 2010). De plus, les expériences vécues ne sont pas identiques à celles de l'adulte. Il aura donc plus tendance à culpabiliser, à penser que tout est de sa faute et qu'il est un mauvais objet de l'adulte. Cependant, un problème se pose lorsque nous sommes en face d'un enfant. Nous ne sommes pas sûrs que l'enfant arrive à exprimer sa souffrance et ses ressentis de façon fiable sans que l'adulte ou le psychologue ne fassent leur interprétation. De plus, la littérature des années soixante affirme que la dépression chez l'enfant avance souvent de manière masquée c'est-à-dire qu'un symptôme vient en cacher un autre contrairement à l'adulte pour qui la dépression est manifeste.

Cependant, le DSM propose un seul et même tableau clinique pour tous les âges, ce qui peut être critiquable. En effet, l'enfant ne possède pas le même niveau cognitif, émotionnel et linguistique que l'adulte. D'ailleurs, la baisse du rendement scolaire reflète l'inhibition intellectuelle, ce qui motive souvent la consultation.

En effet, en psychanalyse la notion de dépression n'est pas simple à aborder. Nous pouvons le définir comme étant une modification de l'humeur c'est-à-dire une

souffrance morale, de la tristesse et un désinvestissement du monde extérieur. Cependant, il faut souligner qu'en psychanalyse ce concept n'est vraiment défini de manière précise qu'en abordant la mélancolie qui se décrit comme étant une « hémorragie » de la libido qui conduit la personne dans une profonde dépréciation suite au déplacement de cette hémorragie de la libido de l'objet vers le moi.

Cependant, à partir des années 70, les travaux analytiques s'interrogent quant à la pathologie narcissique des personnes déprimées.

En cela, la position structurale de Bergeret (1975) est révélatrice de ce lien entre dépression et narcissisme. Il associe la dépression à une organisation psychique particulière liée à une problématique narcissique nommée états-limites, située entre la structure névrotique et psychotique. Après le dépassement du stade de morcellement propre aux structures psychotiques, Bergeret (1975) évoque l'existence d'un traumatisme affectif qui ne permet pas au moi d'atteindre ultérieurement la position œdipienne. Mais, suite à la période de pseudolatence (œdipe, période de latence et de remaniements libidinaux de l'adolescence), c'est l'avènement du deuxième traumatisme lié à une menace de perte et d'abandon qui réveille et réactive le premier traumatisme et occasionne l'émergence de la pathologie et de son système de décompensation : la dépression. Bergeret rattache la dépression à l'héritage du narcissisme primaire en la différenciant de la névrose qui est l'héritage du complexe d'œdipe.

Plus tard, Kernberg (1997) développe de son côté la notion de narcissisme normal et pathologique. Pour lui, le développement du narcissisme normal se fait dans la construction mutuelle de l'investissement de soi et de l'autre, porteurs réciproques de la gratification narcissique et de l'estime de soi qui manque chez les déprimés (la dualité d'investissement soi/ autre est reprise chez les psychanalystes contemporains comme Blatt en 1998 et a un impact sur les théories contemporaines autres que psychanalytiques). Il considère différentes formes dépressives selon la gravité et l'atteinte pathologique des relations narcissiques et objectales. La blessure narcissique et les frustrations précoces du déprimé se manifestent différemment dans la pathologie névrotique où l'identité ne fait pas défaut (séparation établie entre le soi et l'autre) et dans les autres pathologies du narcissisme où l'identité est mise à

mal par le jeu des projections et des identifications conduisant le sujet à des relations en miroir pour combler le vide dépressif.

Par ailleurs, l'adulte déprimé peut être névrosé ou psychotique. Ainsi, la personne déprimée névrosée ne trouve-t-elle pas dans l'Autre maternel les signifiants d'un désir qui lui soit propre. Lacan (1966), nous parle de l'enfance d'André Gide qui nous illustre bien cela. La mère d'André était plutôt une mère du devoir qu'une mère de l'amour, ce qui a fait qu'André a eu un vécu dépressif.

3/ Dépression et psychose :

En effet, nous devons d'abord, dans un premier temps, expliquer la différence entre la dépression névrotique et la psychotique. Selon Charles Melman (1991), « dans la névrose, la mort se trouve symbolisée avec le meurtre de la Chose, puisque nous devons le désir et la joie à cette mort. En revanche, dans la psychose, cette symbolisation fait défaut. Comme le mélancolique, il a affaire à la place du grand Autre au pur trou, au pur néant, l'enfant psychotique, dans la dépression, rencontrerait ce néant et cet effondrement sans symbolisation possible ». De plus, selon lui, les enfants présentant une dépression de type névrotique sont moins dans la lutte « antidépressive » que les enfants ayant une dépression de type psychotique, peut être parce qu'ils doivent faire face à ce pur trou, à ce pur néant et restent donc dans le déni, dans la projection et ayant des troubles de comportements.

En 1958, Winnicott a été le premier à parler d'une dépression psychotique qui traduit un état de souffrance dépressive où la perte de l'objet est accompagnée de la perte d'une partie du Self, représentée par le corps. Nous pouvons mettre cela en parallèle, à un moment du développement, avec la perte du sein, vécue comme la perte de l'une de ses parties car il est encore dans l'incapacité de se différencier de l'autre.

En effet, Palacio-Espasa (2003) développe son modèle sur « la conflictualité dépressive » dans lequel il présente trois niveaux d'intensité où les aspects névrotiques coexistent avec les aspects psychotiques.

Tout d'abord, nous avons le niveau de conflictualité « parapsychique » où le moi n'a recours qu'aux défenses archaïques. Ensuite, il parle du niveau de conflictualité « paradépressive » où les bons objets internes ainsi que les externes sont protégés

par le moi grâce aux défenses maniaques en ayant recours au refoulement des fantasmes agressifs. Cela s'exprime sur le plan clinique par des troubles légers de la personnalité ou par des manifestations dépressives. Enfin, le type « paranévrotique » est le fait que l'individu transforme sa culpabilité due à la perte de l'objet en conflit œdipien. Ainsi, selon l'auteur, cela se manifeste-t-il cliniquement par des défenses de type névrotique mais également de type maniaque et masochique qui seraient pour lui une variante névrotique des défenses de la mélancolie. Pour terminer avec ce modèle, l'auteur insiste sur le fait que l'organisation psychopathologique est donc déterminée par la question de la perte de l'objet relative à la dépression.

4/ Dépression sous silence :

En effet, souvent nous parlons d'une souffrance silencieuse pour évoquer la dépression. La personne déprimée est vide de pensées, de désirs et de mots. « Ça ne me dit rien », cette expression courante est adaptée au dépressif car il ne dit rien et rien ne lui dit. Il s'avère que le sujet s'enfonce dans un mal-être et dans un silence qui peut devenir pesant pour son entourage.

En outre, pour ce qui concerne la dépression, P. Fédida (2001), s'oppose à l'utilisation d'antidépresseurs et privilégie la psychothérapie. Cette dernière est souvent accompagnée de silence venant du patient étant donné que le langage ainsi que la dénomination des affects sont appauvris. En effet, le langage va permettre au déprimé de s'approprier ce qu'il éprouve, ce qu'il ressent et non pas d'exprimer seulement sa souffrance psychique. En effet, pour lui, la dépression se traduit par une immobilisation de la vie psychique c'est-à-dire que la personne déprimée est « inanimée », anéantie. Elle prive la personne du langage. Il faudra donc du temps et surtout une écoute attentive pour entamer un dialogue. La personne arrête de vivre, s'épuise comme si c'était une « hémorragie vitale ».

5/ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (DSM-5) :

Selon le DSM-5, pour diagnostiquer le Trouble Dépressif Majeur (TDM), il faut que 5 symptômes parmi les 9 suivants aient été présents pendant une période de 2 semaines (parmi les 5 doit figurer l'humeur dépressive ou la diminution marquée

d'intérêt et de plaisir) : (1) l'humeur dépressive ; (2) la diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans les activités ; (3) la perte ou le gain de poids ou des modifications de l'appétit ; (4) l'insomnie ou l'hypersomnie (sommeil excessif) ; (5) l'agitation ou le ralentissement psychomoteur (la lenteur) ; (6) la fatigue ou la perte d'énergie ; (7) des sentiments excessifs ou inappropriés de dévalorisation ou de culpabilité ; (8) la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ; (9) des pensées de mort récurrentes, des idées ou des tentatives de suicide.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un deuil suite au décès d'un être cher, il est considéré « normal » que les symptômes restent présents pendant plus de deux mois. Il est également possible de constater une détérioration du fonctionnement, de préoccupations morbides, de symptômes psychotiques, de dévalorisation, de ralentissement psycho-moteur ou d'idées suicidaires. Autrement dit, malgré le fait qu'une personne présente des symptômes du TDM, elle n'est pas diagnostiquée comme tel si cela fait suite à un deuil qui ne dépasse pas deux mois et que ces symptômes ne sont pas accompagnés de pensées suicidaires ou encore de symptômes psychotiques.

Ainsi, d'après cette définition, toute tristesse intense, excepté le deuil, pourrait-elle être assimilé à une dépression pathologique ?

5.1/ Critique du DSM:

Nous pouvons donc émettre une critique selon laquelle les professionnels de santé ont des avis divergents puisque certains professionnels sont laxistes et d'autres plus exigeants en ce qui concerne le nombre exact de symptômes afin de diagnostiquer une dépression. D'autres professionnels évitent de fonctionner en terme de seuil et préfèrent parler de « continuum de gravité du trouble ».

Nous pouvons également nous questionner si la durée (deux semaines) durant laquelle les symptômes sont présents est-elle suffisante ?

En effet, nous pensons que certains symptômes tels que la diminution de l'appétit, l'humeur dépressive, l'insomnie, la difficulté de se concentrer ainsi que la perte d'intérêt pour les activités habituelles pourraient survenir suite à certains événements durs de la vie (ex : échec à une épreuve décisive, perte de l'être aimé, annonce

d'une maladie etc.) chez quiconque durant deux semaines. Cela fait partie de la nature humaine.

Cependant, selon le DSM toute tristesse ayant un nombre suffisant de symptômes pendant au moins deux semaines sera considérée comme pathologique. Ainsi, sans le vouloir, en nous basant sur le DSM allons-nous considérer la souffrance « normale » comme étant la dépression pathologique.

5.2/ Qu'est ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une pathologie ?

En effet, nous pensons que les symptômes apparaissent suite à une perte et que la réponse de la personne est relativement proportionnelle à cette perte. Ainsi, les symptômes s'effacent progressivement lorsque les choses s'améliorent. Mais ils peuvent persister si l'environnement est stressant.

Cependant, cela ne permet pas de différencier la tristesse normale suite à une perte, à un événement dramatique, du trouble dépressif. Ce qui caractérise la pathologie c'est lorsque les symptômes apparaissent en l'absence d'un contexte pertinent. En effet, la dépression survient même suite à un événement positif dans la vie d'un individu tel qu'une récompense par exemple. Ainsi, la réponse à cet événement peut paraître complètement incohérente et demeurer indépendamment à toute situation.

Le principal problème soulevé concernant le Trouble Dépressif Majeur dans le DSM est le fait que le contexte n'est pas pris en compte dans la définition. Ainsi, celui-ci ne permet-il pas de distinguer le fonctionnement normal suite à une perte et le fonctionnement pathologique. Ainsi, ceci créer donc une confusion.

La distinction entre le normal et le pathologique consiste à différencier le fonctionnement tel qu'il est par nature, biologiquement et le dysfonctionnement de celui-ci. Le retrait, le désespoir et la tristesse sont des mécanismes innés qui apparaissent naturellement lorsqu'il y a perte. Cependant, il y a pathologie lorsque ces mécanismes innés ne répondent pas de manière adéquate à la situation. Toutefois, il est à noter qu'il existe des variations de sensibilité avec laquelle les individus répondent à la perte. Ce qui pourrait expliquer cette variation de réaction est la culture de l'individu. Mais généralement la tristesse est la réaction que tout le monde aurait face à la perte d'objet.

Ainsi, pouvons-nous dire que lorsqu'il y a échec des mécanismes internes à répondre à la fonction que leur a attribué la nature et donc porte atteinte au bien être de la personne alors il y a trouble mental.

La dépression n'est pas seulement liée à une absence de cause. En effet, cette dernière peut apparaître suite à une perte mais devient déconnectée des circonstances et persiste avec une importante intensité après même que les situations qui l'avaient provoqué soient terminées. De plus, certaines personnes peuvent être plus sensibles que d'autres. Leurs émotions peuvent se détacher d'une période et d'un contexte, cela provoque un dysfonctionnement de réponse à la perte. Il existe une différence entre le dysfonctionnement interne et la tristesse dû aux événements externes, et la dépression endogène et réactionnelle.

En effet, le dysfonctionnement interne et la tristesse venant de l'extérieur surviennent en absence de perte réelle. La dépression endogène et réactionnelle sont relatives aux événements et à l'environnement. La dépression endogène est définie comme étant spontanée, déclenchée par des mécanismes internes et non pas par un événement extérieur contrairement à la dépression réactionnelle. Ainsi, ce qui définit le trouble dépressif c'est le dysfonctionnement interne et non pas la cause.

Dans un autre registre, nous notons quelques limites concernant ce qui a été développé par certains auteurs sur la distinction du normal et du pathologique.

En effet, dans son ouvrage, *L'auberge des pauvres* (2000), Tahar Ben Jelloun définit la dépression mais se pose aussi une question que nous trouvons intéressante à nous poser dans notre étude : « Toute dépression est une rupture brutale, une confrontation avec soi dans la solitude. Si ça ne prévient pas, comment faire pour l'éviter ? ». Ainsi, comment pouvons-nous éviter la dépression qu'elle soit réactionnelle ou pathologique.

De plus, nous pouvons également parler de P. Fédida (2001) qui affirme que la dépression a une visée protectrice pour le déprimé c'est-à-dire qu'elle se manifeste afin de le protéger lorsque ce dernier est dans une phase de transformation. Certes, nous pourrions alors parler de remaniements psychiques suite à un événement. Donc, elle serait bénéfique dans le cas d'une dépression réactionnelle puisque celle-

ci est liée au développement de la personnalité et à la construction de mécanismes d'adaptation du sujet. Mais qu'en est-il de la dépression pathologique ? Nous ne sommes pas certains que cette dernière serait bénéfique pour l'individu puisqu'elle peut le conduire au suicide par exemple.

Par ailleurs, Papazian et ses collaborateurs (1992) retiennent la tristesse et l'autodévalorisation comme seuls critères diagnostiques. Cela produit une limite et une source de risque d'une méconnaissance d'une souffrance apparaissant sur un mode différent.

6/ Dépression du point de vue des neurosciences :

En effet, les neurosciences ont montré que le cerveau des personnes dépressives a certaines particularités comparé aux autres. Tout d'abord, nous observons une baisse de l'activité du cortex préfrontal qui permet les prises de décisions et au contraire une suractivité de l'amygdale qui a une fonction au niveau des émotions. De plus, la dépression est associée à la baisse des neurotransmetteurs tels que la sérotonine qui agit sur le sommeil, l'appétit et l'humeur ; la noradrénaline qui gère l'attention et aussi le sommeil et la dopamine qui intervient dans le plaisir. Nous remarquons donc un ralentissement du cerveau qui est à l'origine des symptômes. En effet, ce ralentissement des capacités cognitives regroupe une diminution de la flexibilité, de l'attention et de la vigilance. Les antidépresseurs semblent permettre un renouvellement des connexions neuronales, mais cela prend du temps : entre trois à cinq semaines de traitement.

De plus, dans le centre de recherche biomédicale spécialisé en santé mentale à l'hôpital de Maudsley à Londres, une équipe s'intéresse au rétrécissement du cerveau. En effet, les chercheurs ont constaté que la dépression majeure peut entraîner des changements structurels dans certaines zones du cerveau qui implique la mémoire, l'humeur et la prise de décision. Ils expliquent que cela est dû par des médiateurs chimiques, notamment le cortisol : l'hormone du stress. Ainsi, le cortisol serait responsable de l'atrophie du cerveau. Cette hormone est libérée par les glandes surrénales qui augmentent de volume chez les personnes souffrantes de dépression. Ainsi, le noyau amygdalien, l'hippocampe et le cortex préfrontal sont

considérablement sensibles aux changements. Les conséquences sont moins importantes chez les patients souffrants de dépression durant moins de trois ans que ceux qui dépassent ce délai. Néanmoins, lorsqu'une personne guérit de la dépression, certains de ces changements peuvent revenir à la normale.

7/ Effets de la dépression :

La dépression a un impact sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. Cela nous confirme la valeur de la prise en charge thérapeutique.

Avant toute chose, nous relevons des répercussions sur les relations sociales. En effet, la personne dépressive ne sort presque plus de chez elle et réduit ses interactions sociales. Cet isolement fait que les pensées négatives et la dévalorisation de soi deviennent de plus en plus importantes. Cela alimente encore plus l'état dépressif. Alors qu'au contraire, il faudrait maintenir ses relations avec autrui pour pouvoir vaincre la dépression puisque l'entourage pourra apporter écoute, soutien et entreprendre les démarches de guérison.

Ensuite, nous pouvons noter que la conséquence la plus dramatique de cette pathologie est le suicide. Les idées suicidaires font d'ailleurs partie des symptômes de la dépression. En effet, selon l'OMS*, 5 à 20% de personnes déprimées se suicident. Ainsi, la dépression est considérée comme étant la première cause de suicide. Les personnes qui se suicident ne veulent pas simplement mourir mais plutôt mettre fin à leur souffrance qui est insupportable. Cependant, nous tenons à préciser que le plus grand nombre de personnes dépressives ne passent pas à l'acte.

De plus, la dépression pourrait aussi avoir des retentissements sur la santé. En effet, la dépression serait associée à l'apparition et au développement de troubles somatiques tels que les maladies psychosomatiques, cardiovasculaires, infectieuses et le diabète.

*OMS : Organisme Mondiale de la Santé.

Les conséquences au travail sont aussi à retenir. En effet, nous pouvons noter une baisse de productivité et une augmentation de conflits avec les collègues. Il est donc difficile pour une personne atteinte de dépression de garder son travail. Ainsi, la perte d'emploi pourrait entraîner la dépression mais aussi la dépression pourrait entraîner la perte d'emploi.

Il existe également des répercussions sur le couple ainsi que sur la famille. L'irritabilité, la perte d'intérêt et de plaisir pourraient conduire à des tensions familiales et de couples. De plus, la dépression a aussi un effet sur la sexualité dans le couple. En effet, nous notons un taux de divorce élevé suite à ce trouble. L'entourage familial a aussi besoin d'être accompagné durant cette période afin de lui permettre d'être un soutien pour la personne dépressive.

« L'efficacité thérapeutique repose sur la fiction du jeu qui déjoue la censure. »

Patrick Delaroche, 2011.

« Il est obligé, pour acquérir cette conviction, de revivre dans le présent les événements refoulés, et non de s'en souvenir, ainsi que le veut le médecin, comme faisant partie du passé.»

Sigmund Freud, Au-delà du principe du plaisir, 1920, p.18.

B/ La psychothérapie par le jeu de scène :

1/ Constitution du groupe :

1.1/ Méthode :

Généralement, pour une bonne dynamique de groupe il faut se limiter à 12 personnes (Baiwir et Delhez, 1979).

Certains éléments sont à prendre en compte afin de permettre le bon fonctionnement du groupe :

L'exploitation: les réactions et les ressentis de chaque membre du groupe sont analysés par le professionnel. D'ailleurs le cadre est la première chose à laquelle il devra faire attention. Nous sommes dans la phase d'élucidation.

La reprise théorique: ici, le professionnel doit mettre en parallèle ce qui s'est dit et joué dans la scène avec les théories dont il a connaissance. C'est de cette façon qu'il va pouvoir émettre du sens.

L'analyse de situation: l'objectif ici est de pouvoir isoler les problèmes et non pas de trouver des solutions. Le groupe est en recherche active.

1.2/ Points méthodologiques :

- Taille des groupes: un groupe thérapeutique est considéré comme étant petit lorsqu'il compte entre cinq et dix membres. Les liens sont donc plus étroits ce qui permet une bonne interaction et cohésion dans le groupe. Au contraire, les groupes de plus de dix membres facilitent la constitution de sous-groupes. Ainsi, l'idéal serait un groupe de huit à dix personnes.

- Homogénéité ou hétérogénéité: un groupe est défini comme étant homogène ou hétérogène en fonction de l'âge, du genre, de la problématique, etc. En effet, les groupes homogènes sont plus susceptibles d'avancer rapidement, ils sont plus en cohésion et donc nous rencontrons moins de problématiques. Cependant, les groupes hétérogènes permettent de montrer différents comportements et particulièrement dans le cas de difficultés concrètes.

- Fermé ou ouvert : tout d'abord, en groupe fermé les membres sont présents depuis la création jusqu'à la fin du groupe, alors qu'au contraire, dans un groupe ouvert les membres varient. De plus, ce genre de groupe s'applique généralement dans les associations comme par exemple celle des « alcooliques anonymes ». Par contre, nous retrouvons plus de cohésion dans le groupe fermé.

2/ Le jeu :

Jouer laisse place à l'imprévu, à l'inconnu et à la découverte. D'ailleurs, le fait que les interactions soient imprévisibles, cela amène la personne à réagir à son insu en fonction des représentations intériorisées. Cela favorise la conscientisation par le fait de faire semblant.

La fonction de pare-excitation¹ dans le jeu, limite le débordement d'émotions puisque nous jouons un autre que soi mais en éprouvant tout de même ce que la situation amène en termes d'affections et de tensions.

Ainsi, le terrain de l'action devient le terrain de la recherche. Nous regardons la situation autrement. Cependant, nous pouvons nous poser les questions suivantes : pouvons-nous observer sans jugement ? Il y a-t-il vraiment une neutralité ? Jusqu'à quel degré ? Quelle confiance y a-t-il dans le groupe afin de permettre d'évoquer une situation qui rend compte de soi, de ses difficultés et sa souffrance ?

2.1/ Avantages psychologiques du jeu :

En effet, le jeu et le groupe ont des avantages psychologiques. D'ailleurs, le psychodrame a été développé à partir des effets psychologiques que cela engendre. Selon Moreno, la catharsis² du psychodrame a pour fonction de libérer la personne de ses conflits intérieurs, de ses émotions et sentiments interdits d'expression.

¹ Le pare-excitation est ce qui nous protège des excitations, agressions extérieures.

² La Catharsis : est une méthode thérapeutique qui fait appel à l'extériorisation des crises émotionnelles vécues par le patient dans le but est de trouver une solution. C'est le « soulagement total ou partiel d'un état de tension, suivi d'une prise de conscience ou d'une action thérapeutique ». (Ancelin-Schützenberger, 2003).

Cependant, il est important de savoir dire « stop » lorsque nous ressentons le besoin d'arrêter la scène jouée. Le jeu doit être profitable aux sujets sans pour autant les mettre en danger.

Le jeu permet le développement de l'insight¹ chez les individus en offrant un miroir grâce aux commentaires recueillis puisque chacun se voit dans le regard de l'autre, s'identifie à l'autre.

En effet, le fait de jouer le rôle de l'autre nous comprenons et nous ressentons mieux ses préoccupations. Cela permet également de développer une écoute attentive.

La scène jouée conduit parfois à être confronté à des scènes douloureuses et conflictuelles, ce à quoi les membres ne sont pas toujours préparés. Cela met à l'épreuve les individus.

Cependant, il se peut que les personnes les plus fragiles se trouvent sur la défensive ce qui les empêche de se mettre en scène. Le professionnel dans cette situation doit intervenir. En effet, nous notons deux fonctions possibles pour le professionnel : la facilitation et la régulation. Tout d'abord, la fonction de facilitation se centre sur la forme de la session et fait en sorte d'encourager les échanges entre les membres du groupe sur ce qui s'est produit sans jugement. Ensuite, la fonction de régulation est là pour permettre d'être « en phase avec la vie affective du groupe » (Amado et Guittet, 2012). Ainsi, le professionnel s'appuie sur ce qu'il perçoit et ressent en portant son attention sur le ton, l'atmosphère et le contenu des échanges afin d'aider le groupe à atteindre une compréhension et leur fait prendre conscience de leurs sentiments. Cette prise de conscience n'est envisageable que si le protagoniste est spontané car c'est ce qui permet d'écarter les mécanismes de défenses.

D'ailleurs, pour D. Anzieu le fait de prendre conscience des phénomènes inconscients est difficile puisque « l'interprétation est recevable que par les participants dont les échanges ont accédé à une symbolisation ». Autrement dit, le participant arrive à comprendre ce qui se joue en lui et devient capable de l'accepter.

¹ Insight : prise de conscience c'est-à-dire rendre conscient ce qui était inconscient.

Le professionnel adopte une démarche de recherche dont chaque membre est à même de se saisir afin de comprendre le sens des tensions qui le traverse. C'est de cette manière que les membres du groupe participent à l'élucidation des désirs inconscients et des mécanismes de défense qui sont en jeu dans le groupe.

Le jeu permet à l'individu de développer des savoirs tels que le savoir faire et le savoir être. Celui-ci, questionne également l'identité de la personne grâce aux échanges avec autrui tout en lui offrant la possibilité d'avoir une vision plus claire des situations jouées.

2.2/ Aspect verbal et non verbal du langage dans le jeu:

Il existe un dialogue avec l'autre mais aussi avec soi-même. Lorsqu'une personne s'exprime, son discours lui revient tel un objet externe altéré par la verbalisation et par le sens donné à travers l'échange avec les autres et le processus de prise de conscience. Nous appelons cela la phase d'élucidation. La mise en mots permet à la personne d'accéder aux éléments inconscients et conscients mis en œuvre et qui guident ses comportements.

Le patient part de son expérience et de sa souffrance en utilisant la médiation du langage et en jouant la scène. Le langage est une arme. Elle permet la délivrance. En effet, le langage nous unit, c'est ce que nous avons tous en commun et nous permet de dépasser nos différences. D'ailleurs, pour J. Lacan, célèbre psychiatre et psychanalyste, « le langage est un espace de production des sujets...les sujets sont des effets de la parole. » (Séminaire I, 1975).

Outre l'aspect verbal, le psychodrame implique également l'aspect corporel qui s'ajoute à la parole pour que le corps puisse se penser et la pensée se faire corps. En effet, nous prenons en compte ce que notre corps exprime au-delà des mots puisqu'il est possible d'un patient se sente tellement mal que les mots ne lui sont plus suffisants.

Au fur et à mesure de notre réflexion, nous nous sommes également demandés si le Jeu est aussi le Je ? Autrement dit est ce que le jeu représente le

je ? Le jeu n'est-il pas une manière d'être je et de mettre et/ou se mettre en jeu/je ?

2.3/ Le jeu sous différentes facettes :

René Roussillon (2008), célèbre psychologue psychanalyste, distingue trois modalités dans l'instauration du jeu. Ainsi, nous retrouvons le jeu auto-subjectif, le jeu inter-subjectif et le jeu intra-subjectif qui regroupe les deux précédents. Ce dernier permet l'existence du jeu interne.

Tout d'abord, concernant le jeu auto-subjectif nous pouvons donner l'exemple de la célèbre bobine analysée par Freud. En effet, Freud (1920) explique le jeu de la bobine¹ comme représentant un moment où l'individu « se donne » symboliquement une partie de son expérience. Autrement dit, il transmet son expérience par le jeu grâce à des objets matérialisés, concrets et visibles par tous. Lorsque ce jeu est « solitaire », l'autre sujet en est simplement spectateur. Pour R. Roussillon (2008), le sujet jouant « suppose d'être seul face à sa pulsion en présence de l'autre ».

Puis, concernant le jeu inter-subjectif l'auteur précise dans son ouvrage *Le jeu et l'entre-je(u)* (2008) que « le jeu se déroule et se découvre entre le sujet et un objet autre-sujet, impliqué non pas seulement comme objet de la pulsion, mais bien comme autre sujet, c'est-à-dire présent avec sa subjectivité propre, ses désirs et besoins propres. Le jeu de la spatule ne devient jeu que dans la rencontre, la réponse de l'autre sujet à ce qui se joue dans le transfert ».

¹ Jeu de la bobine ou jeu du For-Da est un jeu solitaire théorisé par Freud en 1920. Freud a observé son petit-fils de 18 mois jouant de manière répétitive avec une bobine en l'éloignant et la rapprochant vers lui en tirant sur la ficelle et cela accompagné d'onomatopées (« For-Da ») que Freud a interprété comme étant « loin-près ». Cela renvoie au « rapport entre la présence et l'absence de la mère ». (Freud, 1920).

Enfin, c'est grâce au développement suffisant de ces deux types de jeux que le troisième type de jeu intra-subjectif peut advenir. Ce dernier « correspond à l'espace du rêve et à l'espace narcissique de son travail. Sans témoins, de soi à soi, dans l'intériorité de la psyché, entre instances, il dématérialise les représentants-représentations, les abstraits grâce à l'actualisation hallucinatoire propre au rêve. » (R. Roussillon, 2008).

De plus, ce dernier ajoute que « le processus d'intériorisation qu'il représente n'est que l'aboutissement d'un travail psychique à travers les formes de jeu. »

Ainsi, le psychodrame vise-il les capacités internes dans un processus d'intériorisation. Il permet également aux objets de se déployer sur la scène puisque l'objet est présent dans sa subjectivité et devient en interaction avec le personnage.

3/ Thérapie de groupe :

3.1/ Historique :

C'est à la deuxième moitié du 20^e siècle que la psychothérapie de groupe a vu le jour aux Etats-Unis. A cette même période en Angleterre, S. Foulkes et W. Bion, psychiatres, parlent également de cette forme de thérapie. En effet, durant la Deuxième Guerre Mondiale, beaucoup de soldats traumatisés arrivent à l'hôpital militaire où ces psychiatres travaillent. N'ayant pas les moyens de les traiter individuellement, ils ont eu l'idée de mettre en place une thérapie groupale d'inspiration analytique. Ce format de thérapie a connu un tel succès qu'ils ont continué à la proposer même après la guerre. Ensuite, en Europe et notamment en France, R. Kaës, J.C. Rouchy et D. Anzieu ont été influencés par l'école psychanalytique anglaise, Tavistock Institute de Londres.

Dans les années vingt, aux Etats-Unis, inspiré par S. Freud, T. Burrow a été le précurseur de la « groupanalyse » en envisageant de la psychanalyse en groupe. Puis en 1934, S.R. Slavson, psychologue, propose un travail de groupe avec les enfants et adolescents puis également avec les adultes. Ensuite, P. Schilder, psychiatre, travaille avec des borderlines en groupe.

En effet, il faut noter que pour tous ces auteurs, le groupe seul n'a pas de vie, c'est l'interprétation psychanalytique qui l'est. C'est à ce moment là que le terme psychothérapie de groupe est apparu.

Aux États-Unis, dans les années quarante, dans un contexte de pénurie de la Seconde Guerre mondiale, Lewin, Foulkes et Bion mettent en place des groupes thérapeutiques en considérant le groupe comme étant une entité spécifique.

Wilfred Bion, psychanalyste, parle de « mobilisation en groupe d'états émotionnels collectifs » qui font référence à « des formations archaïques de l'inconscient » autrement dit à différentes parties du psychisme. Pour un individu, les autres sont considérés comme étant un support émotionnel. Quant à S.H. Foulkes, psychanalyste, est influencé par la gestalthéorie appelée aussi la psychologie de la forme. Pour lui le groupe est comme « une matrice psychique » et préconise donc l'écoute, la compréhension et l'interprétation dans l'ici et maintenant. Cela constitue la groupanalyse foulkesienne. De plus, pour lui, il est essentiel de ne pas prendre en considération les transferts individuels mais bien le transfert du groupe. Ainsi, pouvons-nous donc parler de psychothérapie psychanalytique de groupe.

En France, vers les années soixante, D. Anzieu et J.B Pontalis, psychanalystes, affirment que « le groupe devient comme le rêve, le moyen de la réalisation des désirs infantiles inconscients ». Autrement dit, le groupe est le lieu de réalisation des désirs inconscients. D. Anzieu, amorce donc l'idée du psychodrame. Ensuite, en 1976, le terme d' « appareil psychique groupal » a été défini par R. Kaës comme étant « une construction psychique commune des membres d'un groupe pour constituer ce groupe ».

3.1.1/ Points de vue des auteurs:

Dans le groupe thérapeutique, nous faisons attention à la fois au contenu des échanges et à la façon dont s'établissent les liaisons entre écoute et échange entre les membres du groupe. Cela permet d'ouvrir l'accès à la dimension inconsciente de la souffrance psychique puisque l'effet de groupe réactive le refoulement originare.

En effet, D. Anzieu parle d'enveloppe groupale en disant qu' « un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas

constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe. [...] Réduite à sa trame, l'enveloppe groupale est un système de règles, celui qui opère par exemple en tout séminaire, religieux ou psychosociologique. De ce point de vue toute vie de groupe est prise dans une trame symbolique : c'est elle qui le fait durer. C'est là toutefois une condition nécessaire, mais non suffisante. Un groupe où la vie psychique est morte peut ainsi se survivre. De son enveloppe, la chair vivante a disparu, il ne reste plus que la trame. » Puis il ajoute qu' « Il n'y a de réalité intérieure inconsciente qu'individuelle, mais l'enveloppe groupale se constitue dans le mouvement même de la projection que les individus font sur elle de leurs fantasmes, de leurs imagos, de leur topique subjective (c'est-à-dire de la façon dont s'articule, dans les appareils psychiques individuels, le fonctionnement des sous-systèmes de celui-ci : ça, moi, moi idéal, surmoi, idéal du moi). Par sa face interne, l'enveloppe groupale permet l'établissement d'un état psychique trans-individuel que je propose d'appeler un soi de groupe : le groupe a un soi propre. Mieux encore il est soi. Ce soi est imaginaire. Il fonde la réalité imaginaire des groupes. Il est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes. C'est lui qui rend le groupe vivant. »

Pour R. Kaës (1976), les processus intrapsychiques seraient faits par l'effet du groupe. Il dit que « La psyché est structurellement organisée comme un groupe. » Ainsi, le travail de groupe est constitué de dénis, de transferts, d'inconscient et de renoncements collectifs.

En effet, lorsque la thérapie individuelle devient difficile dans le cas des carences ou encore des traumatismes, l'élaboration est rendue plus accessible en psychothérapie psychanalytique de groupe puisque celui-ci garantit une sécurité narcissique tout en la faisant reconnaître et respecter. De plus, elle lui permet de développer leurs mécanismes de défense. Ainsi, la psychothérapie de groupe rend le suivi psychologique plus simple puisqu'elle a un rôle facilitateur sur la parole et constitue un soutien efficace.

Le groupe a donc une fonction contenante et agit comme pare-excitation dans le maintien de l'intégrité du Moi. C'est un contenant des fantasmes, des affects, des pulsions qui circulent entre les membres.

3.2/ Définition et objectifs de la thérapie de groupe :

Tout d'abord, nous pouvons définir la thérapie de groupe comme étant une méthode thérapeutique spécifique, durant laquelle un groupe restreint se réunit. Ce groupe est guidé par un psychothérapeute. Les effets de ce genre de thérapie sont reconnus depuis plus de 50 ans et elle est couramment utilisée. C'est une tâche collaborative entre le thérapeute et les membres du groupe. Il est possible d'avoir un ou plusieurs thérapeutes. C'est un mode de traitement des troubles psychiques qui peuvent se manifester dans les relations d'un individu avec son environnement social, familial ou encore professionnel. Cela consiste à aider les patients à comprendre ce qui se joue au sein du groupe et de voir comment une problématique individuelle peut entrer en résonance avec une problématique groupale. Cette thérapie prend en compte le patient et son entourage ou un groupe d'individus souffrant du même trouble. De plus, elle utilise à la fois les échanges d'opinions, le retour d'expérience et l'effet miroir qui renvoie à chacun vers la personne en souffrance.

Les objectifs de la thérapie de groupe sont diverses : l'acquisition de compétences cognitives et comportementales, la gestion de problèmes, en complément à la thérapie individuelle, etc.

En effet, la thérapie de groupe permet aux personnes de s'approprier le sens caché de leur histoire et fait en sorte de leur permettre de modifier leur manière d'interagir avec leur environnement. De plus, au fur et à mesure des séances les patients pourront repérer par eux même leurs modes de relation aux autres (par exemple : fusionnel, inhibition, dépendance, agressivité etc.), d'apprendre à s'intégrer dans des groupes autrement dit à vivre socialement et d'améliorer leur confiance en soi mais aussi en les autres. Tout cela est dû à l'écoute, le questionnement, la reformulation et le jeu qui facilitent l'expression des participants. Ainsi, l'objectif est donc de faciliter l'exploration de soi et l'instauration de nouveaux comportements.

3.3/ Par quoi est caractérisée la psychothérapie de groupe ?

Pour commencer, la thérapie de groupe est caractérisée par l'usage de la résonance entre les membres. De plus, nous retrouvons également le renforcement du sentiment d'existence à travers le regard des autres et de l'affirmation de soi et la construction d'une image positive de soi. Cette thérapie est aussi caractérisée par la lutte contre l'isolement dû au partage des difficultés avec les autres, la lutte contre l'inhibition en incitant tout le monde à s'exprimer en toute confiance, dans le secret du groupe et sans jugement, la compréhension des transferts ainsi que de son propre fonctionnement psychologique et enfin l'écoute des autres et le soutien du groupe.

3.4/ Différents types de thérapies de groupe :

Le groupe thérapeutique se différencie par sa taille, son homogénéité, qu'il soit ouvert ou fermé et par la méthode sur laquelle il est basé. Le seul point commun à tous les types de thérapies de groupe est la présence d'un professionnel.

Concernant la méthode sur laquelle il est basé, elle est soit de type psycho-éducative soit centré sur le processus. La première a pour but de donner aux membres du groupe des informations et outils afin de gérer leurs difficultés. Elle peut donc soit se focaliser sur des thèmes précis ou sur des pathologies. La deuxième méthode se base sur l'utilité de la relation de groupe en tant que telle afin de favoriser l'expression émotionnelle et le remaniement psychologique des membres.

3.5/ Pathologies concernées et à quel moment débiter la psychothérapie de groupe :

La thérapie de groupe s'applique à différents types de problèmes. Cependant, il est à noter qu'elle est plus efficace pour certains troubles tels que l'anxiété, l'addiction, les troubles du comportement alimentaire (TCA), la schizophrénie, les difficultés relationnelles, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou encore l'automutilation.

Le professionnel de santé peut recommander la thérapie de groupe à ses patients s'il pense que ce serait bénéfique pour eux. De plus, le patient peut également demander lui-même au psychologue son avis concernant une éventuelle participation à une thérapie de groupe. Celle-ci peut être associée à la thérapie individuelle pour accroître son efficacité.

3.6/ Apports de la thérapie de groupe et les bénéficiaires :

Le groupe constitue un espace où nous pouvons apprendre par le contact et l'expérience des autres. L'avantage est de rendre accessible un travail thérapeutique aux patients qui ont une compréhension d'eux-mêmes limitée. Le fait de ne pas se sentir seul à vivre une situation crée une certaine égalité entre les membres et permet aussi une identification positive. Cela crée aussi une sensation d'unicité des problèmes personnels et ne pas penser qu'ils sont les seuls à avoir ces problèmes. Les avantages de la thérapie de groupe sont une spontanéité dans les échanges, une centration dans l'ici et maintenant, une vie relationnelle intense, une dynamique groupale et les capacités thérapeutiques. Le cadre doit être contenant et lieu d'apprentissage.

Le groupe stimule la fonction « auto-soignante » que chaque personne possède déjà en elle. En effet, progressivement, l'individu prend de la distance par rapport à ses difficultés grâce à la présence des autres, à leur façon de réagir, d'écouter puisque cela provoque des résonances.

Ainsi, cette thérapie permet donc d'aider les individus souffrant de troubles psychiques.

3.7/ Durée d'une thérapie de groupe et ses différents stades :

En effet, la durée de la thérapie de groupe diffère selon la nature de la problématique et le type de groupe. Globalement c'est entre six à vingt semaines en moyenne.

Pour ce qui concerne, le groupe, celui-ci est composé de 5 à 8 personnes, la séance a généralement lieu une fois par semaine et dure entre 75 et 90 minutes. Le groupe

est soit composé de patients ayant des symptômes similaires soit de patients ayant des troubles psychiques/somatiques différents.

De manière générale, lors d'une séance, les membres du groupe expriment de façon libre et honnête leurs sentiments, leurs idées, leurs problèmes et leurs réactions. Cela offre aux autres membres la possibilité de se comprendre et de s'entraider dans la mesure où chacun agit comme étant « aidant thérapeutique » de l'autre.

En effet, lors de la première séance les participants se présentent et expliquent la raison pour laquelle ils sont là. Puis, le thérapeute demande aux participants de partager leurs expériences.

Selon différents auteurs, la thérapie de groupe contient plusieurs phases : le stade initial ou d'orientation, le stade de transition, le stade de travail et le stade final ou de consolidation.

La première phase qui est celle du stade initiale ou d'orientation représente la principale tâche du thérapeute qui correspond au fait d'établir la confiance entre les membres du groupe et envers lui-même. Il devra également discuter des normes à suivre. Ensuite, vient le stade de transition pendant lequel les participants peuvent avoir peur de s'exposer et doutent de l'intérêt du groupe. Les membres se remettent en questions et nous pouvons également voir des conflits entre les membres. Puis, au cours du stade de travail, se produit une cohésion entre les membres grâce au fait de partager les problèmes concrets. Enfin, lors du stade final ou de consolidation nous résumons les progrès de chacun avec l'objectif de faire en sorte d'articuler les expériences vécues en groupe dans la vie quotidienne. Nous devons à ce stade bien préparer la fin des séances puisque les membres du groupe peuvent ressentir de la peur à l'idée d'affronter de nouveau seul les difficultés à venir ou même d'éprouver de la tristesse. Ainsi, pouvons-nous planifier un suivi individuel si nécessaire.

4/ Entre thérapie groupale et thérapie individuelle :

La thérapie groupale peut être complémentaire à la thérapie individuelle. En effet, contrairement à la thérapie individuelle, la thérapie de groupe suscite un mouvement régressif chez les patients qui leur permet d'accéder à leurs problématiques les plus archaïques et les plus profondes. La mobilisation et l'implication des patients dans le

processus thérapeutique se fait par la résonance et l'amplification affective. Le groupe permet un travail au niveau de l'expression verbal mais également corporelle, psychique et sociétale. Ainsi, dans le groupe, les patients peuvent s'écarter de leurs modes relationnels pathologiques en adoptant des comportements plus sains.

Le patient peut reprendre en séance individuelle ce qu'il a vécu lors de la thérapie de groupe afin de mieux exprimer et comprendre ses ressentis, ses pensées et ses comportements.

Ainsi, la thérapie individuelle et groupale sont complémentaires.

5/ Différents modèles thérapeutiques :

Nous avons trois types de traitement : l'analyse de groupe, le jeu de rôle et le psychodrame.

Tout d'abord l'analyse de groupe durant laquelle les participants s'expriment verbalement et librement. Le dialogue entre les membres du groupe ainsi que le thérapeute permettent de comprendre et de résoudre les problématiques rencontrées au sein du groupe. Ainsi, chacun partage son expérience pour aider les autres. De plus, le groupe se base sur quatre règles principales énoncées à la première séance. Premièrement, la règle de l'association libre c'est à dire exprimer ce qui vient à l'esprit dans l'ici et maintenant. Ensuite, il y a la règle de discrétion qui est le fait de respecter le secret du groupe. Puis, la règle d'abstinence correspond au fait que les membres ne se rencontrent pas en dehors des séances. Enfin, la dernière règle est celle de l'assiduité c'est-à-dire le fait de participer aux séances.

Ensuite, le jeu de rôle est défini comme étant une activité pendant laquelle un individu joue le rôle d'un personnage réel ou imaginaire dans un lieu fictif. Le jeu de rôle peut être utilisé comme technique thérapeutique, moyen d'analyse, méthode pédagogique ou encore activité récréative.

Historiquement, le jeu de rôle est lié aux premières expériences théâtrales spontanées de Moreno dès 1921 à Viennes. En effet, Moreno s'éloigne du modèle théâtral au moment où il découvre les effets thérapeutiques au cours d'une séance, il raconte : « une jeune femme jouait le plus souvent le rôle de jeune fille ingénue,

douce et romantique. Le mari étant venu se plaindre de l'attitude acariâtre de son épouse, celle-ci fut sollicitée pour jouer des rôles de femme agressive. L'évolution de son comportement me conduit à dégager les principaux concepts du jeu dramatique susceptible de libérer les émotions attachées aux rôles et d'exprimer sous une forme symbolique les conflits vécus par l'acteur. »

Enfin, concernant le psychodrame de groupe, chaque personne met en scène et joue une situation de sa vie actuelle ou passée ou imaginaire. Cela permet de mieux appréhender ce qui s'est passé dans cette situation. Ainsi, le psychodrame comporte trois phases. La première est celle de la préparation. Le groupe choisit un thème à jouer puis la personne à qui appartient le thème choisi, sélectionne les acteurs qui joueront la scène avec elle. Puis, la phase du jeu où chaque personne participe en tant qu'acteur ou spectateur. Enfin, la dernière phase correspond à l'analyse, pendant laquelle tous les membres expriment ce que la scène jouée a évoqué pour eux ainsi que ce qu'ils ont ressenti de la situation.

Dès 1945, le psychodrame fut adopté par les psychanalystes français, cependant ces derniers jugent la théorisation insuffisante. Ainsi, le psychodrame s'est donc élaboré à partir des concepts psychanalytiques avec Anzieu, (1956) ainsi que Lebovici, Diatkine et Kestemberg, (1958).

« Dans la vie quotidienne, l'expression comme si est une fonction grammaticale, au théâtre, comme si est une expérience. Dans la vie quotidienne comme si est une évasion, au théâtre, comme si est la vérité. Quand nous sommes convaincus de cette vérité ; alors le théâtre et la vie ne font qu'un ».

P. Brook (1977), L'espace vide, p. 183.

C/ Thérapie de groupe : Le psychodrame :

Au fur et à mesure de notre étude nous allons comprendre en quoi une personne, qui associe librement durant des entretiens psychologiques, est-elle différente d'une personne qui joue une scène de psychodrame en compagnie d'autres membres et de thérapeutes.

1/ Définition :

Le terme psychodrame est d'origine grecque, dont l'étymologie vient de psyché qui veut dire âme et drame qui renvoie à l'action. Il s'agit donc « d'une réalisation de la psyché par et dans l'action, se produisant dans et avec un groupe. Le psychodrame peut se réaliser individuellement avec un ou des thérapeutes, bien que la forme la plus courante soit celle du groupe » (Ancelin-Schützenberger, 1990).

Ainsi, pouvons-nous définir le psychodrame comme étant est une « méthode d'investigation des processus psychiques utilisant la mise en œuvre d'une dramatisation au moyen de scénarios improvisés mis en scène et joués par un groupe de participants. » (Claude Lorin, *Traité de Psychodrame d'enfants*, 1993).

Nous pouvons ajouter qu'il s'agit d'une « Méthode d'investigation des processus psychiques utilisant la mise en œuvre d'une dramatisation au moyen de scénarios improvisés mis en scène et joués par un groupe de participants. » selon le Dictionnaire International de la psychanalyse (2002).

Pour nous, parmi toutes les psychothérapies, le psychodrame est le plus riche en possibilité puisque c'est un mélange de plusieurs choses : nous procédons à l'analyse des rêves, nous jouons les rêves, nous jouons les situations de vie et nous jouons le passé, le présent, le futur, le possible et l'impossible. Nous avons donc une multitude de possibilités.

Ainsi le psychodrame s'appuie sur le jeu, la communication non verbale et l'aspect thérapeutique.

En effet, le psychodrame se compose essentiellement du psychodramatiste qui est le professionnel, le thérapeute appelé aussi le meneur de jeu ; du protagoniste qui représente un membre du groupe dont la situation est jouée et donne lieu au psychodrame ; des moi-auxiliaires qui sont les membres du groupe qui vont jouer différents rôles ; de l'audience qui représente les membres du groupe qui sont présents et qui peuvent être sollicités pour incarner un rôle à tout moment et enfin, la scène qui est le lieu sur lequel se déroule l'action, le jeu et où tout est possible, c'est l'élargissement de la vie au-delà de la vie réelle.

2/ Historique :

Le psychodrame a été inventé vers les années 1930-1932 par le psychiatre, sociologue et philosophe Jacob Levy MORENO. En effet, c'est en 1920 qu'il a eu l'idée de rajouter les techniques du théâtre à la psychanalyse et s'est rendu compte que le fait d'ajouter la gestuelle à la psychanalyse permet la mise en jeu ainsi que la mise à jour des névroses inconscientes. Ainsi, essaie-t-il de mettre en place un théâtre spontané sans script tout en analysant ce qui se passe (la voix, les gestes, les mots, les relations interpersonnelles). Pour ce faire, il utilise la vidéo pour enregistrer et analyser la communication non verbale. C'est la forme la plus primitive de théâtre thérapeutique. Ainsi, propose-t-il donc une approche en même temps groupale, systémique et interactive.

Ensuite, en 1932, il propose lors du congrès de l'American Psychiatric Association de Philadelphie, de mettre en place la psychothérapie de groupe dans les prisons et en psychiatrie, chose qui ne se fera que de nombreuses années plus tard.

En 1945, des psychanalystes français adoptèrent le psychodrame tout en rejetant sa théorisation qu'ils jugèrent insuffisante. C'est donc ainsi que la compréhension du psychodrame a été élaborée sous l'influence de concepts psychanalytiques (Anzieu, 1956 ; Lebovici, Diatkine et Kestemberg, 1958) qui permettent de développer le psychodrame « triadique » d'Anne Ancelin-Schutzemberger qui renvoie aux concepts de Freud, Lewin et Moreno. Ce dernier s'intéresse donc à la formation et à la sensibilisation psychologique des adultes.

Ainsi, Greta Leutz, psychodramatiste, explique dans son livre « Mettre sa vie en scène » (1986) comment le psychodrame permet de jouer des scènes de sa propre vie.

En effet, Moreno dit que le psychodrame est « une science qui explore la vérité par des méthodes dramatiques » (Moreno, 1946). Nous parlons ici d'un jeu thérapeutique inspiré de la pratique du théâtre en toute spontanéité. Moreno fait référence à la fois à la théorie de la spontanéité et à celle de l'abréaction qui se définit comme étant une réaction émotionnelle par laquelle la personne s'exprime en utilisant les mots et les gestes qui étaient refoulés dans le subconscient. Ainsi, le patient « se libère » d'une émotion en la rapportant.

Pour J.L. Moreno cela permet l'étude du « rôle du groupe » et du « rôle dans le groupe » que ce soit dans la construction au niveau social qu'individuel. Les participants sont amenés lors de leurs interprétations à faire preuve de spontanéité. Le groupe est ainsi composé de patients qui au cours du psychodrame sont tantôt observateurs, tantôt acteurs. Il peut y avoir un ou plusieurs moniteurs et un Moi-auxiliaire qui est un comédien dont le rôle est de solliciter les participants dans leur rôle. Nous les appelons Moi-auxiliaire car ils sont comme une prolongation de la représentation du Moi du protagoniste. Ce dernier peut aussi être thérapeute. Pour Moreno, chaque membre peut devenir un auxiliaire pour un autre.

A travers le psychodrame, le patient peut révéler son affectivité grâce à une véritable décharge émotionnelle, nous parlons alors de la catharsis qui se définit par la libération de la spontanéité créatrice de l'acteur. La personne rapporte ses drames intérieurs et recherche un certain équilibre par l'établissement de nouvelles relations avec son entourage.

Ainsi, le rôle que la personne va jouer est défini par Moreno (1965/1987) comme étant la manière d'être et d'agir à un moment précis face à une situation donnée. Le rôle dépend de sa manière d'être au monde vis-à-vis des autres et d'une situation. Il est influencé par les expériences passées de l'individu, par la culture et par la société dans laquelle il évolue.

Dans le psychodrame, le transfert est divisé car il y a plusieurs personnes présentes. En effet, le fait d'appartenir à un groupe est important. D. Anzieu parle « d'illusion

groupale » qui marque la vie du groupe. Nous remarquons qu'au sein du groupe le pronom « on » qui n'appartient ni au sujet ni au groupe mais aux deux est beaucoup plus utilisé que le « je ».

3/ Différentes inspirations :

Nous allons étudier dans un premier temps le psychodrame analytique dans sa globalité puis différencier le groupal de l'individuel puis dans un second temps le psychodrame humaniste de Moreno et enfin nous finirons par le psychodrame d'investigation et de mobilisation.

Premièrement, le psychodrame analytique est une psychothérapie inspirée par le psychodrame de Moreno et de la psychanalyse. Celui-ci donne lieu à la mise en œuvre de la méthode analytique grâce au site analytique. Ce dernier est ainsi défini par J. L. Donnet (2005) : « Le site analytique contient l'ensemble de ce qui constitue l'offre d'une analyse. Il inclut l'analyste en fonction ; la situation résulte, aléatoirement, de la rencontre suffisamment adéquate du patient et du site. Elle implique l'utilisation subjectivée, en créé-trouvé, des ressources du site et de leur configuration singulière par l'analysant. De là peut découler une unité fonctionnelle en contre-transfert, transfert, comme activité de co-pensée ».

De plus, dans un article apparu en 2012 dans l'International Journal of Psychoanalysis nous retrouvons la définition du psychodrame analytique comme étant « un dispositif psychothérapeutique utilisant les ressorts de la mise en jeu scénique et dramatisée, conduite par les techniques d'investigation et de traitement psychanalytique. Il permet de recevoir, en individuel ou en groupe, des patients nécessitant un soutien à l'expression et à l'élaboration de leur problématique dont les mécanismes de défense tendent à mettre en échec les psychothérapies classiques » (Corcos et al., 2012). De plus, le psychodrame permet l'articulation entre les représentations et les perceptions des scènes jouées. Son utilisation permet un traitement de certains processus psychiques qui sont difficilement accessibles autrement.

Nous retrouvons dans le psychodrame une règle fondamentale de l'association libre c'est-à-dire que nous sommes autorisés à tous jouer. Le patient a la liberté d'inventer un thème, de jouer comme il souhaite le rôle qu'il aura choisi. Une autre règle

essentielle au psychodrame est celle du faire semblant. Nous notons aussi la règle de l'abstinence, du refus, de non-omission et de restitution. Tout cela amène les patients à avoir des abréactions qui les conduisent à avoir une compréhension psychique d'eux même.

Le psychodrame ne permet pas de rester fixe sur le passé. Au contraire, il permet un travail sur le présent dans l'ici et maintenant avec en plus une ouverture sur le futur. Par exemple, au lieu de dire « J'ai dit à ma femme que je n'étais pas d'accord », la personne joue le rôle dans l'ici et maintenant en disant à un autre participant incarnant le rôle de sa femme « Je ne suis pas d'accord ». Cela permet de réunir les patients entre eux et mettre en avant le tout-pareil et le tous ensemble.

Il faut noter qu'il est important de tenir compte des mouvements transférentiels et des déplacements dans le psychodrame. Son cadre spatio-temporel et transférentiel permet le passage par l'acte dans le jeu au silence ou une verbalisation qui donne une interprétation à ce qui s'est joué dans la scène. Cela pourrait interpeller verbalement, affectivement et corporellement le patient.

Néanmoins, dans le psychodrame, nous ne sommes plus dans un langage strictement statique et uniquement verbal comme nous pouvons l'être en cure psychanalytique.

Ainsi, le psychodrame analytique de groupe correspond au fait qu'un des membres du groupe construit une scène dans laquelle tous les patients ont un rôle et selon le cadre et la situation les co-thérapeutes, s'il y en a, peuvent aussi être acteur.

Concernant, le psychodrame analytique individuel, Evelyne Kestemberg, René Diatkine et Serge Lebovici, psychanalystes français, adaptent le psychodrame analytique groupal et fondent le psychodrame analytique individuel. Nous expliquerons au patient, dans un entretien préalable, ce qu'un psychodrame et son fonctionnement. En effet, ce dernier fonctionne de la même manière que le psychodrame en groupe sauf qu'il n'accueille qu'un patient. Le patient énonce une idée de scène, par exemple une situation récemment vécue, le meneur de jeu l'aide à la mettre en scène et envisage avec lui le but de ce jeu dans la compréhension de lui-même mais également de ses problématiques. Les co- thérapeutes doivent être prêts à jouer à tout instant dans le cas où ils peuvent être choisis par le patient. En effet, le co-thérapeute peut jouer une scène de différentes manières : soit il joue un

personnage qui a des ressentis identiques au protagoniste ce qui lui permet de s'identifier à lui même, c'est le jeu en miroir ; soit il joue derrière le protagoniste en disant ses pensées latentes et non-exprimées, c'est le jeu du double ; soit les rôles sont inversés. La fin du jeu est déterminée par le meneur de jeu qui peut également interrompre la scène pour solliciter l'intervention d'un tiers ou pour faire une remarque. Celui-ci ne s'exprime qu'à la fin du jeu.

Ainsi, ce qu'il faut retenir du psychodrame individuel c'est la manière dont le patient utilise la parole et la gestuelle, la manière dont il distribue les rôles et la manière dont il utilise l'espace.

Deuxièmement, concernant le psychodrame humaniste de Moreno, l'International Journal of Psychotherapy (2003), cite Moreno pour définir l'être humain comme étant un « être relationnel, dont la spontanéité et la créativité sont les piliers qui lui permettent d'actualiser ses interactions et les rôles intériorisés qu'il utilise ». Le psychodrame humaniste a pour objectif de dénouer certaines situations grâce à leurs mises en scène de façon spontanée et créative. En effet, ici, nous nous appuyons sur la psychologie humaniste qui s'appuie sur autodétermination qui s'explique par le fait que l'individu doit développer sa capacité à faire des choix personnels.

De plus, dans le psychodrame Morenien, nous sommes à la fois couché, debout et en mouvement. Nous pouvons nous toucher, nous battre légèrement en faisant semblant sans se faire mal. C'est une psychothérapie qui tient compte du contact physique et de la réalité. Nous jouons ce que nous disons. La présence du corps ainsi que le fait de faire ce que nous disons est essentiel.

Enfin, le psychodrame d'investigation et de mobilisation, ressemble au psychodrame individuel mais celui-ci est limité à cinq séances. Les séances ici sont prescrites dans une visée diagnostique ou en tant que médiation afin de permettre à la personne de déployer ses associations par le jeu. Le patient est reçu par le thérapeute et son équipe sans entretien préliminaire et sans rien savoir sur lui. Par exemple, ce type de psychodrame peut être bénéfique pour une personne hospitalisée qui stagne et pour qui les entretiens psychologiques tournent en rond. Un des soignants pourrait assister aux séances mais sans pouvoir jouer. Ce dernier, après que le patient ait quitté la séance, peut participer au temps de discussion avec les analystes. Au bout

des cinq séances, une réunion est programmée afin que le patient fasse part de son expérience dans le psychodrame. Puis, une autre réunion de restitution est organisée avec l'ensemble de l'équipe hospitalière sans le patient en question. Ainsi, le psychodrame d'investigation et de mobilisation est autant au service de l'équipe médicale que du patient.

En définitive, pour notre étude nous nous intéressons au psychodrame analytique groupal.

4/ Aspects cliniques du psychodrame :

4.1/ Indications et contre-indications au psychodrame :

Tout d'abord, il est à savoir que le psychodrame peut s'appliquer à tout âge mais il reste tout de même le plus souvent utilisé auprès d'enfants et d'adolescents.

Le psychodrame est indiqué aux personnes souffrant de manque d'affirmation ; de manque de confiance en soi ; de crises de paniques ; de problèmes de dépendance que ce soit aux jeux, aux drogues, à l'alcool et à l'alimentation; de troubles de l'image corporelle tels que l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie ; de troubles psychosomatiques et de troubles anxieux. Cette méthode s'adresse aussi bien aux enfants, qu'aux adolescents, qu'aux adultes. Elle est également conseillée pour les patients qui se retrouvent enfermer dans une relation thérapeutique sans résultats.

La contre-indication que peut avoir cette psychothérapie est les personnalités paranoïaques car elles refusent tout jeu et restent accrocher à leurs convictions. De plus, nous pouvons nous retrouver avec l'inverse des effets thérapeutiques recherchés puisque cela risque d'entraîner la personne paranoïaque dans un renforcement défensif, à savoir une accentuation de l'angoisse de persécution, un exhibitionnisme manifeste c'est-à-dire une théâtralisation sans véritable implication personnelle et affective, une mélancolie qui peut aggraver le sentiment d'indignité et de dérision et enfin une perversion qui se manifeste sous forme de jouissance à manipuler les thérapeutes. (Kestemberg et Jeammet 1987, Corcos et al. 2009)

4.2/ Déroulement d'une séance :

Les patients peuvent être reçus aux séances de psychodrame à raison d'une fois par semaine. Au départ, les participants prennent place dans la salle où va se dérouler les séances et où le thérapeute, appelé le meneur de jeu, ainsi que les co-thérapeutes y sont déjà installés. Il est possible qu'il y ait aussi une secrétaire pour la prise de note de l'évolution de la séance.

Tout d'abord, lors de la première séance nous formulons une consigne simple aux membres du groupe : « Il est convenu que les participants de ce groupe ne se voient que pendant les séances. Au cas où ce ne serait pas le cas, vous êtes invité à en parler pendant la séance ».

Ensuite, le meneur de jeu annonce : « Il vous est proposé d'imaginer une scène dans laquelle vous devez prendre un rôle pour vous et choisir parmi les autres patients ou les thérapeutes présents les personnes qui joueront les autres rôles. Je ne joue pas et le secrétaire de séance ne joue pas non plus ». De plus, nous précisons aussi que nous pouvons tout jouer, autrement dit « vous pouvez jouer quelque chose qui vous est arrivé, que vous avez vu, entendu, mais aussi ce que vous avez imaginé, rêvé, ou ce qui vous vient à l'esprit au moment de la séance ou à partir de ce qui se passe en séance. Nous pouvons jouer ce qui se passe entre des gens mais aussi ce qui se passe à l'intérieur de vous, entre différentes parties de vous, par exemple ». La scène n'a pas besoin d'être très élaborée, cela peut être une simple situation. Ainsi, la scène est construite autour de l'improvisation verbale et corporelle des acteurs et qui devient alors l'équivalent de l'association libre. De plus, nous rappelons également que la règle principale est le faire semblant qui permettra aux patients de tout jouer. Puis nous attendons des propositions de thèmes par les participants, puis nous en choisissons un qui soit suffisamment général pour concerner tout le groupe et rester concret. Une fois le thème choisi, un protagoniste est désigné et celui-ci doit choisir parmi les membres du groupe les Moi-auxiliaires qui vont incarner les personnages de son scénario. Il est important de faire attention aux choix du thème et à la distribution des rôles car cela se révèle intéressant dans l'interprétation.

Pendant ce temps, le meneur de jeu se met à l'écart afin de regarder la scène jouée. Celui-ci peut intervenir de différentes manières. Par exemple, faire jouer un patient ou co-thérapeute un rôle bien précis dans le but d'orienter la scène différemment, de

la rendre plus dynamique ou encore de la conflictualiser. Un autre exemple, il peut proposer à un patient de changer de rôle pour vivre l'expérience d'une autre place dans la scène. Une autre intervention consiste à demander à un des patients acteurs de jouer le double de l'un d'entre eux en se plaçant à ses côtés afin de le soutenir dans son expressivité mais également de lui faire entendre une partie de lui. Le fait d'incarner un double offre au protagoniste un miroir interne qui reflète une part ignorée de lui.

De plus, lorsqu'il n'y a pas de co-thérapeutes, la fonction du meneur de jeu devient double c'est-à-dire qu'il doit être attentif à la dynamique de jeu et son déroulement mais aussi participer au jeu. Il peut également arrêter la scène et à ce moment là tout le monde se rasseoir mis à part le patient qui a proposé la scène, c'est la « scansion ». Un court dialogue est alors mis en place entre le meneur du jeu et le patient à propos de ce qui a été dit ou par rapport à une mimique, un geste ou encore un figement. Par la suite, il est proposé à ce patient de jouer une deuxième scène qui pourrait ou non être articulée à la précédente.

Une fois la scène terminée, le patient se rasseoit et devient spectateur d'un autre membre du groupe qui à son tour va proposer et jouer des scènes. Il peut également être choisi pour être acteur dans ces scènes. Ainsi, les patients jouent en règle générale à deux reprises au cours d'une séance, en leur nom mais aussi proposer leurs scènes. Les participants peuvent rejouer certaines scènes afin d'apprendre à les dédramatiser en les regardant autrement. Ainsi, chaque scène dure à peu près quinze minutes.

Après chaque scène jouée, nous avons un retour du groupe sur ce que les membres ont ressenti et pensé de la situation. Chacun s'exprime sur ce qu'il a vécu et ce que la scène a évoqué pour lui. C'est à ce moment là que nous pouvons parler de résonances. Ainsi, au psychodrame avons-nous la possibilité de jouer librement même les scènes les plus violentes avec l'assurance d'avoir l'opportunité d'en reparler ensuite sur un autre registre.

Enfin, une fois la séance de psychodrame terminée, le meneur de jeu et son ou ses co-thérapeutes échangent à propos de ce qui s'est joué dans les jeux et arrivent à construire des interprétations également sur ce qui s'est produit hors jeu. L'enchaînement des scènes a généralement une valeur associative groupale, cependant, l'attention et les interprétations du psychodramatiste sont plus individuelles que groupales.

Ainsi, lors du psychodrame lorsque la personne invente une histoire, il faut qu'il y ait un début, un déroulement et une fin. Tout cela est permis grâce à des règles prédéfinies.

4.3/ Règles du psychodrame :

Le thérapeute, meneur de jeu veille au respect des règles de fonctionnement du psychodrame et se porte également garant du cadre. Ainsi, les règles du psychodrame analytique de groupe sont :

Tout d'abord la règle principale est celle de l'association libre c'est-à-dire qu'il faut exprimer les premières idées qui viennent en tête. Il ne faut pas censurer ses sentiments, ses pensées et ses émotions.

Ensuite, la règle de dramatisation ou du faire semblant est le fait de répartir les rôles comme au théâtre, les participants peuvent intervenir spontanément à tout moment dans le jeu. Cependant, tout le monde n'intervient pas lors d'une séance mais tous participent d'une manière ou d'une autre. De plus, lorsque quelqu'un parle, ils échangent avec l'ensemble du groupe. Le fait de faire semblant permet de créer des liaisons entre le langage et le corps à travers l'affect. Ainsi, le même affect est ressenti par tous les membres du groupe et fait écho à leurs propres moments difficiles, c'est ce que nous appelons le phénomène de résonance.

Concernant la règle d'abstinence, celle-ci limite les rencontres entre patients en dehors des séances. De plus, elle interdit également le fait d'avoir un contact violent ou de séduction. Les participants doivent prêter attention les uns aux autres.

La règle de discrétion ou du secret consiste à ce que les participants doivent rester discrets c'est-à-dire que ce qui se passe dans le groupe doit rester dans le groupe. Si cette règle n'est pas respectée, le groupe ne pourra plus échanger librement.

Puis, la règle de restitution est le fait que les participants doivent rapporter tout ce qui a été dit entre les séances, lorsqu'ils étaient en dehors du groupe, à la séance suivante (ex: pensées, rêves, rencontres entre eux, discussions). Nous faisons référence en particulier à ce qui se passe lorsque les membres du groupe se retrouvent dans la salle d'attente avant la séance. Cependant, cette règle n'est pas toujours respectée alors que cela contribue au traitement.

Enfin, la règle d'assiduité est tout aussi primordiale que les autres. La régularité de présence est très importante puisque tout le groupe est concerné et non pas que le

patient absent. En cas d'absence il faut prévenir à l'avance afin que le groupe soit au courant. En effet, le traitement psychologique par le psychodrame n'est possible que si chaque personne est acteur et que le groupe ne doit son existence seulement à la présence de chacun de ses membres.

4.4/ Intérêt du psychodrame:

Le psychodrame met en rapport l'histoire individuelle et la réalité du groupe c'est-à-dire l'intrapsychique et l'intersubjectif. Le groupe délimite l'extérieur et l'intérieur. Il est également le lieu de rencontre dans lequel naissent des émotions et des pensées communes. La grande richesse de cette thérapie consiste à ce que chacun puisse jouer comme il le souhaite et fait donc travailler son inconscient et celui des autres. Le but est donc d'inciter les personnes voulant un changement profond, de s'exprimer de manière libre des choses qu'ils ne pourraient manifester dans la vie quotidienne, à partir d'une mise en scène psychologique. Le psychodrame facilite la formation de représentations et de perceptions. Nous recherchons l'émergence d'affects afin de les relier à la parole et aux gestes pour permettre un ancrage corporel.

En effet, le psychodrame peut être psychosocial, psychanalytique et comporte trois caractéristiques : tout d'abord l'espace transitionnel qui est l'aire intermédiaire d'expression, puis des processus identificatoires qui donnent des possibilités nouvelles de structuration de la personne et enfin l'aspect contenant d'angoisses.

A chaque séance, chaque membre du groupe dépose des parties ignorées de lui-même et prend part à sa reconstruction. Dans le groupe, nous devons interpréter à la fois les processus singuliers et collectifs. Les interventions au sein du groupe ont une fonction miroir pour le patient.

De plus, le psychodrame groupal permet aux patients de ne plus se sentir seuls. La présence des autres crée en chacun des résonances (ex : « cela me fait penser à ... ») qui permettent d'être confronté à notre propre réalité. Cependant, les patients peuvent ressentir que la problématique des autres est proche de la leur ou au contraire s'en éloigner. Ils se repèrent mieux dans l'histoire des autres. Cela permet donc au patient d'instaurer une distanciation par rapport aux difficultés auxquelles il pensait qu'il ne pouvait pas changer puisqu'il les attribuait à des causes extérieures. C'est donc dans le psychodrame que se révèlent les désirs refoulés, les peurs et les

pulsions qui n'arrivaient pas à ressortir. Il permet donc un assouplissement des frontières entre l'inconscient et le conscient ; entre l'actuel et le passé et entre le dehors et le dedans.

En effet, rien n'est dû au hasard, l'inconscient travaille et s'exprime, ce qui peut même surprendre les patients. Cela leur permet de découvrir le sens caché de leur histoire et les modes de relation qu'ils activent en contact des autres, c'est-à-dire une dépendance, une agressivité, une inhibition ou encore une fusion. Le psychodrame « permet une réponse nouvelle à une situation ancienne ce qui permet à la personne de ne plus rester bloquer et d'avancer au niveau psychologique » Moreno, 1965/1987).

Même s'il peut y avoir des effets cathartiques, il faut savoir que le psychodrame n'a pas de visée cathartique, il vise l'élaboration des représentations sur la scène et à prendre conscience des conflits internes. En effet, la personne élargie sa fonction réflexive en prenant conscience dans l'immédiat, c'est l'insight, ou à travers une perlaboration¹ qui dure plus longtemps et qui est à la fois inconsciente et consciente, Freud la qualifie de « zigzag ».

Ainsi, les patients vivent leur analyse d'une façon plus ludique et improvisée grâce au psychodrame.

4.5/ Le professionnel :

Afin d'assurer une psychothérapie de groupe telle que le psychodrame, le psychologue doit être formé à cette technique afin d'être capable de comprendre les processus psychiques groupaux et de mettre en œuvre les notions théoriques étudiées à des fins de psychothérapies.

¹Perlaboration : élaboration et dépassement des résistances liées à une interprétation du psychologue.

Lors du psychodrame, le professionnel doit avoir une observation fine ou « un regard en phare » (E. Cortesao, 1966). Autrement dit, il doit observer tout ce qui se passe dans le groupe c'est-à-dire ce qui se dit et ce qui se fait. Son attention ne doit pas seulement être focalisée sur ceux qui jouent mais également sur ceux qui observent.

De plus, le professionnel est totalement impliqué en utilisant une observation participante (Lapassade, 2003). Le concept de la distance se pose alors. Lévy (1994) souligne que « non seulement l'implication du chercheur n'est pas contradictoire avec le maintien de la distance nécessaire à l'objectivation du réel, à sa constitution symbolique comme objet externe et au dégagement de la conscience immédiate que nous pouvons avoir, mais elle les suppose ». Ainsi, est-il important que le professionnel travaille sur la bonne distance à avoir vis-à-vis des participants puisqu'il appartient également au groupe afin d'appréhender au mieux ce qui s'y joue sans pour autant se fondre à celui-ci. Cela lui permettra également de travailler sur ses désirs inconscients ainsi que sur son contre-transfert (Kaës, 1997).

Le professionnel doit être en mesure de déceler la signification de ses propres relations aux autres. Pour ce faire, il doit contrôler ses désirs, ses projections, ses inquiétudes et être capable d'analyser et de maîtriser ses interventions. Il faut donc qu'il travaille sur ses modalités défensives et de toujours garder une déontologie professionnelle afin de respecter les patients dans leur être et dans leur histoire.

Le thérapeute doit faire attention à ne pas s'investir dans l'action du psychodrame afin d'éviter de bouleverser le comportement des participants en privilégiant une attitude favorisant l'observation. Il a pour rôle de donner les consignes, de guider les patients dans leurs interprétations de rôles, d'intervertir les rôles joués jusqu'à arriver aux situations susceptibles de déclencher une prise de conscience.

Il pousse également les patients à jouer des situations personnelles qu'elles soient imaginaires ou historiques.

A l'aide des données recueillies auprès des observateurs, le thérapeute arrive à repérer les constituants psychoaffectifs que le patient a supportés. D'ailleurs Moreno (1946) affirme qu'« on ne recherche pas les raisons du comportement mais plutôt les formes qu'il prend pour ensuite révéler aux acteurs leurs constantes comportementales et interprétatives chroniques et inconscientes ».

En effet, animer une thérapie de groupe est complexe puisque celle-ci réclame une compréhension des processus de groupe, une attention particulière à l'évolution de chaque membre et à la problématique mais aussi aux aspects interactionnels et collectifs. Il doit appréhender l'implication de chacun, le contact avec la réalité, l'interprétation des rôles, l'improvisation et l'effet cathartique.

En groupe, le thérapeute est le récepteur de toutes les identifications projectives des patients inférer en lui des réactions affective. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'analyser le contre-transfert. Cependant, l'analyse en groupe est compliquée puisqu'il n'est pas évident d'écouter les métaphores dans ce qui se produit, se dit et se ressent. Ainsi, le psychothérapeute doit être présent pour chacun sans pour autant accorder de l'intérêt pour l'un d'entre eux. Il doit faire attention à ce qui se passe entre les participants.

Dans le psychodrame humaniste, par exemple, le psychodramatiste est considéré comme étant un compagnon de route formé à la méthode. Il possède quatre rôles. Le premier est bien évidemment celui de psychothérapeute qui fait attention aux résonances, aux identifications puisqu'elles ne sont pas anodines. Le second est celui de l'animateur de groupe qui accorde une attention bienveillante à ce qui se passe dans le groupe. Il crée un climat dans lequel chacun arrive à participer. Le troisième est celui de producteur qui facilite la mise en place de dialogue et la mise en scène des situations proposées. Enfin, le quatrième représente l'analyste de situation qui reste attentif à la globalité du groupe tout en faisant attention à tous les détails. Il note ce que le protagoniste évite, les mots choisis, la voix de celui-ci, les émotions ressenties ou non, l'impuissance, les incohérences exprimées etc. Ainsi, pour qu'il puisse interpréter ce qui se passe lors d'une séance, il doit prendre en considération son écoute interne et externe.

5/ Là où tout peut se jouer :

Le psychodrame offre un espace dans lequel les personnes peuvent faire part de leur expérience relationnelle par l'incarnation de différents rôles. Nous informons les participants que la règle principale est la liberté de tout pouvoir jouer. Ce principe est équivalent à celui de tout dire. C'est le jeu des patients qui leur permet de tout dire,

tout jouer. En effet, le caractère topique de la dimension scénique est le support de la capacité à mettre en scène.

De plus, nous ne nous limitons pas qu'à jouer des êtres humains mais nous pouvons également jouer des objets inanimés, des sentiments, des sensations et des émotions. Il y a donc tout un univers d'objets qui s'anime, s'incarne et se met verbalement et corporellement en relation avec les patients. Avec le psychodrame, une matérialisation d'éprouvés difficiles à partager, à qualifier et à traduire dans un entretien thérapeutique est possible. Ainsi, lorsque nous parlons de tout jouer, nous incluons aussi les affects, les pensées abstraites et les objets matériels. Cependant, tout peut se jouer ne veut pas dire que tout doit se jouer.

6/ Interprétations :

« Les interprétations destinées au sujet peuvent lui être données aussi bien au cours du jeu (interprétation « agie ») ou de l'élaboration du thème et du choix des rôles, qu'après le jeu [...] témoignant de la double inspiration, psychanalytique et dramatique, du psychodrame analytique. » (D. Anzieu, 1956-1994). De plus, l'interprétation dépend du cadre et de l'état d'avancement de la cure. En effet, nous pouvons considérer que toute production de la personne est déjà une traduction de sa vie interne. Nous sommes dans le décodage de tout ce qui se joue en scène. Le fait d'interpréter a un aspect thérapeutique car nous donnons un sens à sa vie. Nous pouvons faire remarquer au protagoniste, par exemple, si son histoire est logique ou non, qu'il a déjà joué ceci, etc. Cela nous donne alors un sens. C'est par les échanges, les remarques, les commentaires et les propositions du psychodramatique que le patient arrive à comprendre et à faire quelque chose de cette interprétation. Ainsi, les effets de cette interprétation se manifestent souvent lors des scènes suivantes.

7/ Guérison par le psychodrame :

Freud a souvent évoqué le fait que la guérison passe par la remémoration. En effet, « Les traces mnésiques des objets de désir œdipiens et les fantaisies qu'ils promeuvent, trouvent dans le symptôme actualisation et accomplissement. Elles appartiennent à l'inconscient refoulé, elles demeurent des objets du moi, la cure les

contraint par transfert à une figuration, à une déssexualisation, c'est dire à un renoncement au profit d'un investissement nouveau de la réalité. [...] Avec la cure, nous disposons de la méthode parfaitement adéquate à ce travail du Bewusstwerden, travail de remémoration. Parole associative, interprétation, transfert en sont les outils nécessaires et suffisants. La guérison ne pose pas d'autres problèmes que ceux de la remémoration. » (Rolland, 2009).

De plus, dès qu'il se passe quelque chose jugée signifiante comme les lapsus, les sorties de rôle, les pleurs, les rires, l'arrêt de jeu, le meneur de jeu arrête la scène car cela montre qu'il y a eu arrivée à la conscience d'éléments jusque présent refoulés. Ainsi, pouvons-nous dire que ce que nous pensons avoir oublié, nous le récupérons dans le psychodrame où se joue et se ressent émotionnellement et physiquement ce qui a été refoulé. Le psychodrame permet donc un retour du refoulé.

De plus, Ferenczi, psychanalyste, explique dans les années 1930 que le fait de jouer une scène oblige une importante dépense énergétique qui mobilise, à l'insu des patients, « des contenus psychiques refoulés ».

En effet, Lacan (1956) rejoint Freud puisque pour lui la remémoration est le premier remaniement de la cure. Le patient raconte un événement, il transcrit le vécu dans le verbe, il verbalise et c'est là où nous pouvons parler de la parole pleine¹. Outre ses souffrances, la personne arrive alors à trouver du sens à ses paroles.

Par ailleurs, nous pouvons parler de compulsion de répétition dans le psychodrame ce qui offre un miroir auquel la personne s'identifie avant de pouvoir l'intérioriser.

¹ La parole pleine permet à la personne de prendre conscience de ses expériences et lui permet ainsi de se délivrer de ses angoisses en évoquant celles-ci. Contrairement à la parole vide qui n'engage pas la personne c'est-à-dire qu'elle est uniquement informative. (Lacan, 1956).

8/ La fin du psychodrame :

La fin est tout aussi importante que le déroulement des séances. Il est essentiel à la fin de chaque séance, que les sujets « se dérolent » c'est-à-dire sortir du rôle qu'ils ont joué car cela peut être dangereux pour eux. Par exemple, si la personne joue un rôle dramatique comme un mort par exemple, il arrive que cette personne ait un accident sur le chemin de retour pour rentrer chez elle.

De plus, il arrive que le patient n'ait plus d'idée de scène et désire arrêter. Cependant, il est difficile aux membres du groupe de demander d'arrêter le traitement puisqu'il sent qu'il a une dette vis-à-vis du groupe. De plus, souvent les patients sont ambivalents, tantôt ils veulent arrêter, tantôt ils veulent continuer. Le psychodrame est un moyen de comprendre la valeur de la parole pour ensuite permettre une ouverture sur une psychothérapie individuelle.

Pour conclure, le psychodrame est perçu comme un « espace intermédiaire » entre le monde extérieur et intérieur favorable à la construction de l'identité du sujet. Le jeu apparaît donc comme le médiateur du « Je » qui permet le déploiement d'un jeu fantasmatique puisqu'il est situé entre le réel et l'imaginaire. Cependant, pour certaines personnes, parler représente une prise de risque de révéler leur fragilité avec la peur de subir les attaques des autres. Ils préfèrent donc rester dans le silence. Sans oublier que le silence fait partie des symptômes de la dépression.

Ainsi, le silence est donc un élément important à étudier puisqu'il est souvent présent lors du psychodrame et relève également des symptômes de la dépression.

« La parole est d'argent, mais le silence est d'or »

D/ Le silence :

Lors du psychodrame, nous pouvons faire face au silence qui persécute mais que personne ne veut rompre. En effet, jouer sur scène fait que l'individu va être vu et entendu et cela implique le narcissisme de la personne. Cette dernière peut ressentir de la menace venant de certains membres du groupe, ce qui peut engendrer un repli sur soi, une sidération de la pensée, etc. De plus, il est important de ne pas oublier que le groupe est composé de plusieurs personnes qui ne se sont pas choisis, qui ne se connaissent pas et cela peut être mal vécu par certains car cela peut réactiver des angoisses d'abandon par exemple.

Les débuts de séance peuvent être accompagnés de moments de silence plus ou moins bien tolérés par chacun des membres du groupe. Cela peut entraîner l'apparition d'angoisses, de sentiment de persécution, l'activation de mécanismes de défense ou une tentative de maîtrise pour certains.

1/ Ce qu'est un silence :

Le silence peut être défini comme étant un vide, une absence de bruits, de sons et de paroles. Il peut également être défini comme un aboutissement du langage qui arrive à sa limite.

En effet, nous vivons dans un monde qui parle, mais nous pouvons nous demander si le silence n'aurait pas également une faculté à nous communiquer quelque chose.

Tout d'abord, le silence était là avant la parole et signifie l'absence. Il a toujours existé. C'est à partir du silence que naît la parole. Par exemple, lors de l'annonce d'un diagnostic le silence prend place avant la parole du patient. De plus, il existe plusieurs interprétations possibles puisque le silence n'a pas de signification univoque et n'est jamais le même. Il faut donc chercher sa signification cas par cas. Cependant, contrairement au silence, le fait de se taire est volontaire.

En effet, dans la relation analyste et analysant, le silence appartient aux deux. Le silence peut être compris aussi comme étant une fonction qui permet de protéger le

soi de la destruction. Même si la parole n'est pas là, la personne est quand même présente, elle occupe une place en utilisant une langue silencieuse. Parfois ce silence délivre plus d'informations que la parole. Ferenczi parle de « l'interruption consciente de la pensée ». De plus, pour lui la communication est basée sur deux niveaux à savoir : la parole et le silence. En effet, sans la parole, le silence n'aurait peut-être eu aucune valeur à nos yeux. Ainsi, pouvons-nous également dire que le silence est un temps nécessaire pour avoir ensuite une parole dans un deuxième temps.

Nous pouvons considérer le silence comme le moment où nous sommes à l'écoute de quelqu'un ou de quelque chose et non pas comme une simple absence de bruit ou de parole car il peut permettre d'entendre ce qui est possible par d'autres voies que celle du signifiant. Nous comprenons l'expression « le silence se donne au même titre que la parole » dans le sens où le silence peut avoir un rôle équivalent à la parole. Ainsi, le silence peut-il être nécessaire à certains moments pour le patient lors de l'entretien. Il peut être vu comme le résultat de contenus psychiques pénibles à confesser ou au contraire d'un bien-être lors d'un entretien. Ce silence est donc adressé à l'analyste, à l'Autre. Il fait partie intégrante de la cure car cela peut être un moyen de se faire entendre par l'Autre. Il faut donc quelqu'un qui puisse être en mesure de recevoir ce silence. Veken Cyril (2009), affirme que « le discours sans parole est le sujet de l'inconscient ».

De plus, dans la pratique clinique, l'association libre invite au silence. Il faut donc entendre dans le silence ce qui n'a jamais été dit. Lacan (1969-70), dans le Séminaire Livre XVII, parle un « discours sans paroles ». En effet, la parole ne peut pas tout dire. Lacan parle même de « parler-vide ». De plus, le fait que le silence puisse choquer les individus prouve qu'il a bien un sens. Le silence parle du symptôme. Cependant, pour Freud le silence n'est que simple résistance.

Ainsi, le silence correspond-il à une communication différente et non pas à une interruption de la parole. Le silence cache donc un langage. Cependant, nous pouvons alors nous demander s'il existe un silence absolu.

Freud évoque « le travail silencieux » de la pulsion de mort. De plus, Theodor Reik, psychanalyste austro-américain, dit que « le silence est venu avant le mot et que le

mot est né du silence comme la vie de la mort ». Avant, mais également après la vie, il y a le vide. Ainsi, le silence est-il donc l'absence, le manque qui est considéré comme primordial pour donner du sens à la vie. De plus, Palacio Espasa (2003) ajoute dans son livre *Dépression de vie, dépression de mort* : « La dépression est le résultat d'un conflit intrapsychique découlant de la difficulté du moi à intégrer ses pulsions agressives vécues comme trop dangereuses pour la préservation des objets investis libidinalement ou pour le maintien du lien avec eux. » (p.17).

Ainsi, le silence peut-il évoquer beaucoup de choses mais, est-il vraiment possible d'atteindre une signification sans verbalisation ?

2/ Le silence dans différentes cultures :

En effet, le silence peut être perçu différemment selon la culture de chacun. Pour certaines cultures, comme chez les asiatiques, le silence est essentiel, reposant et se suffit à lui-même. Alors que pour d'autres, il peut être interprété comme un manque d'intérêt ou de méfiance. Ainsi, est-il possible de mal interpréter ce silence puisqu'il a une place différente selon les cultures. Cependant, nous ne parlons évidemment pas d'un mutisme absolu.

De plus, le silence peut être considéré dans certaines religions comme étant un critère de sagesse. C'est dans cette tradition du silence que le Maître montre plus qu'il ne parle.

Le silence est aussi symbole de la mort et un hommage dans plusieurs cultures d'où la minute de silence.

En effet, ce qui fonde la parole ce sont les ponctuations puisque le fait de reprendre notre souffle par exemple lorsque nous parlons ou lisons quelque chose, permet de faire exister le son et de lui donner un sens. Le silence est donc présent dans notre quotidien et donc nécessaire à la bonne compréhension de la parole. De plus, nous ne disons pas tout lorsque nous parlons c'est-à-dire que nous pouvons cacher certaines choses : les secrets. Nous jugeons également de ce qui est intéressant à dire et ce qui ne l'est pas. Ainsi, le silence et la parole sont-ils liés.

Nous pouvons donc ajouter que le silence est une absence qui évoque une présence car il est plein. Le silence est donc voulu et choisi. Il est également précis comme peuvent l'être les notes de musique. Ainsi, imposer un silence est- ce en quelque sorte une manière de signifier son pouvoir ?

3/ Existe-t-il un ou plusieurs silences ?

Nous avons tendance à penser qu'il n'y aurait pas un silence mais des silences qui n'ont pas toujours la même signification. Il faut donc entendre ces silences.

En effet, l'anthropologue Stanley Kurtz (2011), distingue deux silences : le silence décliné (ou déclinable) et le silence indécliné (ou indéclinable). Le premier fait « partie du langage souvent non moins précis que les communications verbales ». Alors que le second correspond à « quelque chose qui ne peut être dit ».

De plus, Jean- Claude Abric, Didier Noyé et Jacques Piveteau (1999), parlent également de deux types de silence, à savoir le silence plein et le silence creux.

Le silence plein est un moment où la personne est active car elle réfléchit à ce qui s'est dit ou en préparation à la parole qui va suivre. Il est crucial de ne pas rompre ce moment car cela casse, cela coupe la personne dans sa réflexion. Alors que le silence creux est un arrêt de la réflexion et de la parole. Dans ce cas- là, la personne est moins active donc, les silences sont plus nombreux.

Ainsi, pouvons-nous dire que le silence dans la dépression correspond à un silence creux puisque la personne est passive.

« [...] le but à atteindre dans le traitement sera toujours la guérison pratique du malade, la récupération de ses facultés d'agir et de jouir de l'existence. »

J.F. Bergmann, In Freud, La technique psychanalytique, 1904, p.6

« Que le psychodrame relève d'un processus authentiquement analytique, voilà une assertion qui peut aujourd'hui difficilement être mise en doute ! »

Catherine Chabert, Pourquoi le psychodrame à l'adolescence, 2000, p. 173

II/ Méthodologie de la recherche :

1/ Problématique de la recherche :

En effet, face à nos patients dépressifs nous avons tendance à remarquer une stagnation des symptômes lors de la prise en charge. Cela conduit, parfois, ces derniers à se sentir décourager. Ainsi, nous avons donc cherché l'originalité avec cette thérapie qui bouscule les codes du traditionnel divan ou fauteuil. En effet, grâce au psychodrame nous pouvons permettre aux patients une prise en charge et un suivi psychologique plus ludique. Cependant, la littérature est pauvre concernant l'utilité du psychodrame chez les personnes atteintes de dépression.

Cela nous a conduit à nous demander en quoi le psychodrame peut avoir un effet bénéfique chez les patients adultes dépressifs ?

2/ Question spécifique de la recherche :

En effet, notre lecture de la revue de littérature nous amène également à nous demander quel impact aura le psychodrame sur la santé mentale des patients dépressifs ?

De plus, d'autres questions se posent à nous : Est-ce que le psychodrame peut permettre d'atténuer ou d'éradiquer la dépression chez l'adulte ? Est-il utile ? Pouvons-nous arriver à des résultats significatifs ? Doit-il être proposé en complément avec les séances individuelles des patients dépressifs ?

3/ Objectif et utilité de la recherche :

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité du psychodrame sur les personnes dépressives en comparaison aux personnes qui suivent une thérapie classique individuelle. Autrement dit, nous voulions voir si effectivement le psychodrame permettrait de meilleurs résultats thérapeutiques que le simple suivi individuel. Ainsi, si les résultats sont satisfaisants cela nous permettrait également d'amener les

professionnels de la santé à faire appel au psychodrame dans la prise en charge de leurs patients dépressifs.

3/ Hypothèse de recherche :

Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle le psychodrame serait révélateur de ressentis et d'expressions enfuis et refoulés. Il serait le médiateur qui faciliterait l'accès au processus psychique de la personne déprimée. Cela donnerait un impact positif sur sa santé mentale et permettrait de meilleurs résultats. Ainsi, la prise en charge du patient dépressif par le psychodrame permettrait à celui-ci de sortir de son état dépressif.

Pour ce faire, nous avons décidé de vérifier cela à l'aide d'études de cas mais également en utilisant une échelle de dépression fréquemment utilisée lors des suivis de patients dépressifs. En effet, afin de mener à bien notre étude, nous avons opté pour un cadre référentiel, de type qualitatif et à caractère descriptif exploratoire.

5/ Instruments de cueillette de données

5.1/ Etudes de cas

5.1.1/ Participants et protocole utilisé :

Dans notre étude qualitative, descriptive exploratoire nous avons décidé de faire deux groupes : un groupe fermé de cinq patients dépressifs avec qui nous avons fait du psychodrame en plus d'un suivi individuel et un autre groupe de cinq autres patients dépressifs avec qui nous avons eu qu'un suivi psychologique individuel. Tous ces patients ont également un traitement médicamenteux prescrit par la psychiatre. Les patients ont entre 18 et 45 ans et viennent d'un environnement socioéconomique faible à moyen.

En effet, nous avons proposé, au hasard, à quelques patients dépressifs, avec lesquels nous avons déjà effectué quelques entretiens sur le lieu de stage, de faire partie du groupe de psychodrame. Nous avons donc opté pour un psychodrame

groupal. Nous avons bien entendu expliqué brièvement ce qu'est le psychodrame et le fait que nous pensons que cela pourrait leur être bénéfique. Cinq personnes ont répondu présentes le jour du rendez-vous et c'est lors de cette première séance que nous avons défini le psychodrame et ses règles. Les patients ont été fidèles aux rendez-vous hebdomadaires fixés pendant les six semaines. Ils ont, en plus, eu un suivi psychologique individuel.

Concernant les cinq autres patients dépressifs nous avons effectué nos séances de suivi psychologique individuel pendant six semaines également.

Ainsi, nous avons fait passer deux fois une échelle de dépression aux deux groupes afin de comparer leur évolution. La première fois à la deuxième séance et la seconde fois à la sixième séance.

En effet, nous avons fait passer un questionnaire afin d'évaluer l'état dépressif des deux groupes. Ainsi, cela nous permet de vérifier notre hypothèse de travail selon laquelle l'état dépressif des patients participants aux séances de psychodrame en plus d'un suivi psychologique individuel sera amélioré en comparaison aux patients n'ayant qu'un suivi psychologique individuel.

Notre groupe de psychodrame est essentiellement féminin, comprenant quatre femmes et un homme de 30 ans. De plus, nous étions deux psychologues à animer et à encadrer ce groupe.

5.1.2/ Cas clinique : Madame F

Une femme que nous nommerons Mme F, est suivie par la psychiatre du service depuis presque un an pour trouble dépressif. Celle-ci nous a été orientée par son médecin généraliste pour trouble de l'humeur.

Mme F a 43 ans, célibataire et vit seule depuis ses 25 ans dans un petit studio. Elle est issue d'une famille modeste. Elle a été scolarisée jusqu'au baccalauréat ; son père est décédé il y a de nombreuses années et elle a deux grands frères. Elle est au chômage depuis trois ans et cela faisait dix ans qu'elle travaillait en tant que couturière dans une usine de textile. Elle nous explique que c'est elle qui a

démisionné de son dernier travail dans lequel elle y était depuis 3 ans après s'être énervée un jour sur son responsable. Elle nous dit que c'était toujours elle qui décidait de quitter ses emplois car elle n'aimait pas que quelqu'un lui dise quoi faire. Ainsi, nous pensons que Mme F, entretienne une relation conflictuelle avec l'autorité car elle la perçoit comme la privant de sa liberté et se sent rabaïsser.

Lorsque Mme F nous raconte son histoire, elle nous parle brièvement de son enfance « normale », rien de particulier à signaler jusqu'au jour où tout a basculé. Ce jour là, elle était dans l'obligation de sortir de la maison familiale. Elle ne rentre pas dans les détails mais nous percevons bien le fait qu'elle se contienne au niveau des mots mais également au niveau des émotions. Ce n'est qu'à la séance suivante qu'elle nous parle de l'éducation stricte et sévère qu'elle a eu du côté de sa mère. Ainsi, nous pouvons noter que la figure maternelle est perçue comme étant froide et dominatrice. Concernant son père, il était aimant, il l'a gâtée mais il n'était pas souvent présent à cause de son travail. Quant à ses frères, elle dit qu'ils étaient distants avec elle mais qu'elle expliquait cela par le fait qu'elle soit la seule une fille de la fratrie et qu'ils étaient plus âgés qu'elle.

Au cours de cet entretien, Mme F nous montre un corps fatigué et en détresse. De plus, Mme F nous explique au cours de son suivi qu'elle n'a plus goût à rien, que personne ne la comprend, qu'elle n'a plus d'amies et qu'elle s'est disputée avec ses voisins. Elle dit être anéantie et souffre au quotidien mais essaie de ne pas le montrer aux autres. Elle passe ses journées seule chez elle, mais il lui arrive de sortir marcher sans même savoir où elle va. Dès fois, elle se retrouve à marcher des heures jusqu'à prendre conscience qu'elle est dans un endroit inconnu très loin de chez elle. Elle nous explique que cela peut être dangereux car elle peut tout laisser tomber et sortir. Par exemple, il lui est déjà arrivé de sortir en oubliant le feu de la cuisinière allumée, les clés à l'intérieur de chez elle, l'eau coulée etc. Elle rapporte qu'elle a la tête ailleurs, elle s'en fiche de tout et ne se préoccupe pas d'elle même. Il lui arrive même de ne pas faire les courses car elle n'a pas d'appétit, ce qui la conduit à une perte de poids considérable. Elle peut manger un œuf et un yaourt en deux jours. Etant donné qu'elle est au chômage, elle n'a pas de revenu pour subvenir à ses besoins. C'est une dame qui l'aide financièrement et qui paye son loyer. Nous notons une anhédonie, elle a tout désinvesti et ne trouve ni plaisir ni intérêt dans la vie. D'une voix monotone et lente, elle partage avec nous le fait

qu'elle est incapable d'effectuer les choses les plus banales, ne parvient plus à accomplir les choses de la vie courante les plus élémentaires telles que se lever du lit, se laver, s'habiller etc. Tout lui demande un effort car elle manque de volonté et n'a plus d'énergie pour y faire face. Elle se sent constamment fatiguée (asthénie) ce qui la conduit à une bradypsychie. Cependant, elle nous explique que malgré la fatigue elle n'arrive pas à dormir et que cette insomnie la rend irritable. Concernant la relation à autrui, elle est réservée, elle évite les activités et invente des excuses à ses amies pour ne pas les voir. D'ailleurs, le repli sur soi n'est pas compris par son entourage. Lorsque ses collègues de travail lui font la remarque sur le fait qu'elle soit distante avec elles ou sur sa négligence vestimentaire, elle se contient en restant silencieuse jusqu'à un stade où elle « explose » : nous pouvons donc souligner cette irritabilité. Mme F dit avoir honte de ce qu'elle devient et se sent coupable d'être « malade ». Ainsi, concernant le narcissisme comme axe organisateur de la personnalité, nous constatons une dévalorisation de soi. Néanmoins, Mme F a conscience de son trouble qui a un impact et qui engendre des conséquences sur sa vie quotidienne. Son attention est limitée comme nous l'avons dit précédemment, elle oublie beaucoup de choses qui peuvent la mettre en danger.

De plus, il est important de savoir que Mme F ne présente aucun antécédent médical ni psychiatrique et il n'y a aucun antécédent familial pathologique.

Pendant les entretiens, nous remarquons que Mme F a l'air totalement perdue, elle n'arrive pas à extérioriser son mal être et elle est très envahissante c'est pourquoi nous avons pensé au psychodrame afin de pouvoir la contenir et se laisser aller dans ses sentiments. De plus, malgré les entretiens suivis avec la patiente, il y a une stagnation des symptômes. Ainsi, nous lui avons donc proposé de participer au psychodrame groupal.

En effet, lors des deux premières séances de psychodrame, Mme F reste rigide, le visage fatigué sans émotions et sans couleur. Pourtant, dès qu'elle est sollicitée elle s'anime. En effet, lors de la séance, chacun commence à amener un aspect qu'il aimerait partager avec le groupe. Ce jour là était marquant. Mme F raconte ce qu'elle a vécu il y a quelques mois avec l'un de ses frères et le groupe s'est senti concerner

par ce thème. Elle était donc protagoniste en jouant son propre rôle et a choisi le seul homme du groupe pour incarner son frère.

Nous pouvons nous demander pourquoi Mme F nous parle de cette ancienne scène qui date d'il y a plusieurs mois ? Que cherche-t-elle ? En effet, le choix de la scène n'est pas un hasard, cette scène a bousculé quelque chose chez Mme F. Cela la travaille toujours et donc elle y pense toujours. Le choix de la scène a un sens.

Cette scène est inspirée de faits réels : elle était partie attendre son frère à la sortie de son travail afin de lui parler. Son frère était surpris de la voir sur son lieu de travail. Cela faisait des années qu'ils ne s'étaient pas vus car il a coupé tout contact avec elle. Mme F lui a demandé où se trouvait sa mère car elle voulait la voir. Mais son frère lui répondit « je ne te dirai pas, maman est bien là où elle est, elle ne veut pas te voir et personne ne veut te voir d'ailleurs. Tu dois disparaître de nos vies, oublies-nous ». A ce moment là, elle n'a plus rien dit pendant quelques minutes. Le temps a paru très long. Elle est restée bloquer devant le personnage du frère sans qu'un mot ne sorte de sa bouche à ce moment là. Par contre, ce silence signifiait bien quelque chose, il était porteur de sens à ce moment précis de la scène. Dans un premier temps, son silence ne nous permet pas d'en dire quelque chose car plusieurs significations sont possibles mais dans un second temps nous pouvons supposer qu'elle pense peut-être être la cause de ce qui lui arrive et culpabiliser d'où son silence et sa tristesse. Nous pouvons nous demander si le silence lui permet de fuir en se repliant sur elle-même ? A-t-elle peur t'affronter la réalité ? D'affronter la personne qui est en face d'elle ? Cela est-ce dû à l'éducation de la mère castratrice, sévère et dominatrice ?

Nous avons donc décidé d'interrompre cette scène ce jour là.

Ce n'est qu'à la séance suivante qu'elle propose d'elle-même de reprendre la scène car cela lui « tient à cœur de la partager » avec nous. Ainsi, une fois que nous arrivons là où elle s'était arrêtée la dernière fois, elle s'est mise à crier et à pleurer. Elle demandait à son frère pourquoi ils l'ont viré de la maison familiale, elle n'a pas compris ce qu'il s'est passé pour qu'ils pussent en arriver là. Le frère n'a pas répondu puis lui a demandé de partir et de ne plus revenir. En sanglot, elle a exigé une réponse. Son frère a répondu que sa mère ne voulait plus la voir, ne l'avait

jamais aimé et n'était qu'un accident. Quelques minutes plus tard son frère lui a avoué que le fait de l'avoir viré de chez sa mère était un plan conçu par son frère, sa mère et lui-même afin de ne pas partager avec elle l'héritage que leur père a laissé. C'est comme-ci elle avait disparu et n'existait plus depuis des années. Ils ont saboté les choses pour qu'elle n'ait pas sa part. A ce moment là, Mme F est restée sidérer et bloquer encore une fois. En tant que meneur de jeu, nous avons décidé d'interrompre la scène et d'avoir une discussion avec le groupe. A ce moment là, Mme F s'est remise de ses émotions et a dit « c'est vraiment bizarre comme truc ». Elle nous parlait du manque d'amour maternel et nous expliquait qu'elle a vécu la situation comme un abandon surtout de la part de sa mère. Pour elle, les gens ont toujours profité d'elle mais ne l'aimaient pas. Dès qu'ils n'avaient plus besoin d'elle, ils ne la voulaient plus dans leur vie. Elle nous expliquait aussi qu'elle a vécu cette scène presque de la même manière qu'elle l'a vécue en réalité. Ainsi, nous pensons que la raison pour laquelle elle bloque sur scène soit liée au fait qu'elle soit submergée par ses émotions. Nous lui avons demandé de mettre des mots sur ses émotions et son ressenti. Mme F nous a affirmé ressentir de la tristesse, de l'incompréhension, de la rage et que finalement il n'y avait que son père qui l'aimait. La seule personne qui l'aimait vraiment n'est plus de ce monde. A cet instant, Mme F était moins sur la défensive et s'est laissée aller. Les larmes coulaient, elle n'était plus sur la retenue. A ce moment là, nous avons eu l'impression qu'elle a pris conscience de ce qui pourrait être à l'origine de son mal être.

Ainsi, cette scène, que nous pouvons considérer comme étant importante pour Mme F, est révélatrice d'incompréhensions, de doutes, de questionnements et de réponses.

D'ailleurs, il faut noter qu'en suivi individuel, Mme F nous parle de son mal être mais n'a jamais pu exprimer son ressenti et se permettre de lâcher prise jusqu'à ce jour là.

Lors de la dernière séance de psychodrame, elle a joué une scène imaginaire des retrouvailles avec sa mère autour d'un café. Elle a joué son rôle calmement tout en laissant apparaître son sentiment de haine envers sa mère qui était jusque là en fuite. Elle lui a exprimé le fait qu'elle restait sa mère mais qu'elle n'a jamais pensé qu'un jour une mère pouvait abandonner son enfant qui ne lui a rien fait de mal contrairement à la mère qui par sa faute elle est dépressive.

Puis, pendant quelques secondes de silence, elle s'est mise à balancer son pied droit en jetant un regard sur le meneur de jeu. Ce comportement non verbal n'est sûrement pas un hasard. C'est comme si elle arrivait enfin à affronter son mal être en laissant son corps s'exprimer. Son corps rigide que nous avons connu lors des premières séances vient de s'exprimer pendant quelques instants avant que la parole ne reprenne le dessus. Le silence à ce moment là a permis l'entrée en jeu du langage non verbal.

Mais qu'en est-il du regard vers le meneur de jeu ? Était-elle en détresse ? Est-ce un appel à l'aide ? Était-elle mal à l'aise à ce moment là, pourquoi ? Ou alors cherchait-elle à voir sa réaction ? Cherchait-elle son approbation ?

Dans tous les cas, ce jour là, elle a rapidement réussi à se reprendre en main et continuer la scène sans l'intervention d'un tiers.

Ensuite, elle a repris la scène et a dit en soupirant à sa mère: « tu devrais avoir honte et culpabiliser de savoir ta fille dans cet état et ne pas essayer de prendre de ses nouvelles.... je peux te dire que j'ai décidé de ne plus me négliger et de me reprendre en main puisque la vie est trop courte et que ni toi ni tes fils n'en vales la peine. » Aussitôt la personne qui incarnait le double dans cette scène lui a soufflé : « personne ne peut compter sur personne dans cette famille » aussitôt elle l'a dit à sa mère et a ajouté « d'ailleurs je ne devrais même pas parler de famille car les familles ne font pas cela ». Elle s'est levée de sa chaise et a dit « à dieu » à sa mère en étant sur d'elle-même et déterminée. Puis elle a regardé le groupe et a souri.

Nous avons senti Mme F libérée d'un poids qui était lourd pour elle à porter seule. Cependant, grâce au groupe, elle est accompagnée et entourée. En effet, le fait de dire « à dieu » à sa mère signifie qu'elle veut passer à autre chose, elle veut tourner la page et se donner la chance de se reconstruire. Elle s'offre les moyens d'avancer et de ne plus s'apitoyer sur son sort.

Une fois la scène terminée, le groupe ému l'applaudit et une des membres du groupe explique qu'elle a été touchée par son histoire car elle se voyait en elle. Nous avons donc là le phénomène de résonance.

En effet, elle développe en racontant qu'à sa naissance, son père ne voulait pas la reconnaître comme étant sa fille et sa mère n'était pas présente pour elle car elle passait ses journées au travail dans une autre ville. C'était sa grand-mère qui

s'occupait d'elle jusqu'au jour où elle est décédée lorsqu'elle avait 17 ans. Elle dit qu'elle a toujours eu l'impression que personne ne voulait d'elle et que d'ailleurs à ce jour son père n'a jamais pris de ses nouvelles et sa mère s'est remariée et a refait sa vie loin d'elle. Ainsi, nous pensons que ce qui fait écho chez cette femme c'est l'absence de lien parental. De plus, le décès de sa grand-mère résonne avec le décès du père de Mme F. Nous pouvons interpréter cela comme étant vécu et ressenti pour ces deux femmes, comme un abandon de membres familiaux qui normalement jouent un rôle fondamental dans la vie d'une personne et dans son développement.

De plus, à la fin de la scène Mme F, ajoute que le groupe lui a permis de calmer la rage qu'elle avait envers sa mère et ses frères.

Par ailleurs, pouvons-nous considérer le psychodrame comme une figuration de ce cadre maternel à la fois contenant et conteneur favorisant les transformations psychiques chez Mme F ?

Le fait de « se laisser aller » est nécessaire afin d'avoir des effets thérapeutiques. Elle a beaucoup pleuré et cela ne relève pas d'une régression, au contraire elle arrive enfin à extérioriser, à mettre des mots et à expliquer son mal être et son ressenti. A ce stade de la thérapie elle a fortement progressé, elle devient capable d'élaborer sans rester dans un lourd silence. En effet, « l'expérience même des sentiments dépressifs produit l'effet de mieux intégrer le moi, parce qu'elle favorise une meilleure compréhension de la réalité psychique et une meilleure perception du monde extérieur, de même qu'une meilleure synthèse entre les situations internes et externes » (Klein, 1946, p. 289).

Mme F était toujours présente aux séances, régulière et active. Nous pouvons considérer le fait que le groupe soit là pour elle, qu'il comprenne sa situation et entende sa souffrance est déjà le premier effet positif du psychodrame. De plus, elle a trouvé dans le groupe une oreille attentive qui lui permet de faire de nouveaux liens entre ce qui se joue dans sa vie. Le groupe a permis une amplification émotionnelle et a dévoilé cette histoire d'amour et de haine qu'elle ressent.

5.1.3/ Cas Clinique : Monsieur R

Pour cette seconde étude de cas, nous allons présenter le seul homme qui faisait partie du groupe de psychodrame appelé monsieur R. Ce dernier a 30 ans, divorcé, sans enfant, ayant fait des études de commerce. Il a démissionné de son poste il y a 10 mois environ car pour lui cela ne lui correspondait plus et il n'avait plus goût à ce rythme de vie. Ainsi, il a décidé de retourner vivre chez ses parents.

En effet, en suivi individuel M. R nous explique qu'il se sent mal et que tout à commencer par son divorce il y a un an et demi. Le divorce était un choix et une décision prise par lui et son ex-femme puisqu'ils ne s'entendaient plus. Depuis, il a essayé de refaire sa vie à deux reprises mais ce n'était que des échecs. Il explique le fait que ces séparations étaient difficiles pour lui.

M. R ne sortait plus de chez lui, ne se rasait plus, éteignait son téléphone pour ne pas « être dérangé par les gens » etc. D'ailleurs, le premier jour lorsqu'il est arrivé, il avait une longue barbe noire bien fournie, les cheveux en bataille et une tenue assez négligée. Il nous dit que ceux sont ses parents qui lui ont fait prendre conscience qu'il fallait se reprendre en main mais ce n'est qu'un an plus tard qu'il a décidé de venir se soigner. Il est suivi depuis six mois par la psychiatre du service qui lui a diagnostiqué une dépression. Ainsi, en plus du suivi médical, du suivi psychologique individuel, nous lui avons proposé le groupe de psychodrame qu'il accepte volontiers.

En effet, lors d'une séance de psychodrame, sa scène a été choisie par le groupe. Il était donc le protagoniste et il a choisi une dame pour jouer le rôle de son ex-femme. Le scénario porte sur le fait qu'il en a marre que sa femme soit jalouse, qu'elle cherche dans ses poches et qu'elle aille même jusqu'à contacter des anciennes connaissances qu'il fréquentait pour récolter des informations le concernant. Elle met toujours sa fidélité en doute de manière répétée, et ce qu'après le mariage. Pour elle, le mari de ses copines est mieux que le sien et elle fait toujours des comparaisons. Elle lui donne l'impression qu'il est bon à rien, la plus part du temps elle le critique et le rabaisse.

M.R est resté sur la réserve au départ, timide de se retrouver entouré que de femmes tout en sachant que sa principale problématique concerne le regard de l'autre. En tant que meneur de jeu, j'ai intervenu en rappelant la règle de discrétion selon laquelle les membres doivent respecter le secret du groupe et que donc tout peut se jouer. Petit à petit, M. R a commencé à s'imprégner de son rôle mais sa voix a commencé au fur et à mesure à trembloter d'émotion. De plus, la scène a été marquée par plusieurs moments de silence, comme s'il n'arrivait toujours pas à se détacher de sa vie passée. Il la revivait toujours sur scène. C'est comme s'il n'arrivait pas à faire la différence entre le jeu de scène et la réalité vécue. Pouvons-nous dire à ce moment là que le JEU représente le JE ? D'ailleurs, cela nous renvoie au comportement « passif » qu'il a pu avoir avec sa femme qui prenait toujours le dessus.

Une fois la scène terminée, les observateurs ont relevé le fait qu'il est effacé dans la scène. M.R a confirmé qu'il a appris à fonctionner de cette manière car il pensait que ce n'était que de cette façon qu'il pouvait apaiser les tensions. La même scène a été ensuite jouée par deux autres personnes. La personne qui a rejoué son rôle a eu une attitude et un comportement complètement différent du sien. Il a vu que le fait de rester dans le silence n'était pas forcément une bonne idée puisqu'il gardait tout pour lui alors qu'au contraire il fallait exprimer ses pensées et ses ressentis pour en être libérer.

Nous pouvons penser que M.R a un manque d'estime de soi. Le fait qu'il a été rabaissé pendant un long moment fait qu'il pense qu'il est réellement « nul » et que les autres sont mieux que lui. En effet, la répétition crée un renforcement psychique. Cette dévalorisation faite par son ex femme provoquait sans doute un malaise qui n'arrivait ni à identifier ni à exprimer et cela le consumer petit à petit. La répétition provoque donc un ancrage catastrophique sur son estime de soi. Dans ce cas là, la confiance en soi ne peut être qu'affaiblie.

En effet, plus les séances passent plus nous remarquons que M.R devient plus expressif et reste moins en retrait. Nous avons pu explorer et réfléchir sur plusieurs sujets, que ce soit en entretiens individuels ou pendant les séances de psychodrame.

Ainsi, lors de la dernière séance de psychodrame, il a joué une scène imaginaire avec son ex fiancée avec qui il voudrait reprendre contact. En effet, il a expliqué pendant la scène qu'il a voulu rompre la relation car il se sentait mal, qu'il ne voulait pas la « trainer » avec lui dans cette situation. Pour lui, les gens ont pitié de lui et donc il ne voulait pas qu'elle fasse partie de ces personnes. Il a ajouté « je voulais que tu sois avec un homme responsable et que tu sois fière de lui. Mais je ne l'étais pas. Je n'avais envie de rien. Pour moi, la vie était finie pour moi car j'ai accumulé beaucoup d'échecs et que plus rien n'allait. Tu étais la seule chose positive pour moi mais je ne voulais pas t'embarquer dans cette situation. [...] Tu m'as souvent demandé pourquoi je disparaissais, tu as maintenant la réponse... Je suis malade. » Tout en essuyant discrètement ses larmes, il dit « je commence à aller mieux, j'ai pris la décision de reconstruire ma vie et de tout reprendre à zéro . [...] D'ailleurs, je t'avais menti, je ne travaillais pas, je n'osais pas te le dire et je trouvais souvent des excuses pour ne pas te voir car je ne m'assumais pas... j'avais honte de moi... je savais que quelque chose n'allait pas mais je n'avais pas la force d'affronter ce trouble donc je me laisser aller et je m'enfonçais encore plus ». Après un court instant de silence, il ajoute « J'ai un regard différent sur moi-même maintenant et je m'excuse du mal que j'ai pu te faire, c'était malgré moi ».

Lorsque M.R finit sa scène et retourne s'asseoir, les observateurs ont tous remarqué un changement positif entre le premier et le dernier jour. Fière de lui il dit « depuis que je suis là, je me sens différent et soulager d'un poids énorme que je portais et dont je ne savais comment m'en débarrasser ».

En effet, nous pouvons penser que ces dernières années ont été marquées par plusieurs séparations traumatisantes pour lui. Cela le conduit à avoir un manque de confiance en lui. Il se réfugie dans l'isolement et craint l'abandon puisqu'il pense ne pas être à la hauteur des attentes de la personne.

Le psychodrame a aidé M.R à s'exprimer et à extérioriser. Le groupe lui a permis d'ouvrir les yeux sur certaines choses de la vie et surtout d'être lui-même sans avoir l'impression d'être jugé ou rabaisé. Il s'est rendu compte qu'il n'est pas le seul à souffrir du trouble dépressif et qu'il est possible de remonter la pente.

Enfin, pouvons-nous vraiment parler de dépression pathologique dans cette étude de cas ? Ainsi, supposons-nous que la dépression réactionnelle soit plus juste.

En définitive, le psychodrame groupal met en valeur certains éléments cliniques inaperçus en entretien individuel. De plus, le groupe est vécu comme un lieu intermédiaire entre la thérapie et la vie extérieure. Ainsi, l'objectif est donc de faciliter l'exploration de soi et l'instauration de nouveaux comportements.

Cependant, nous avons tout de même voulu évaluer l'évolution des patients ayant participés au psychodrame en comparaison avec l'évolution des patients qui n'ont eu qu'un suivi individuel.

« L'utilisation d'instruments comme les échelles d'évaluation ou les listes de critères diagnostiques comprend inévitablement des risques d'instrumentalisation et de schématisation, de réductionnisme, mais cela ne condamne pas pour autant la démarche elle même. »

J.D. Guelfi, L'évaluation des psychothérapies dans la psychiatrie contemporaine, In.
G. Fischman & al., 2009 p. 92

5.2/ Echelle de dépression de Hamilton

5.2.1/ Matériel :

Nous avons choisi l'Echelle de dépression de Hamilton, en anglais « Hamilton Depression Rating Scale » (HDRS), qui est l'un des tests les plus utilisés par les professionnels de la santé afin d'évaluer l'évolution des symptômes de la dépression lors du traitement médicamenteux (antidépresseurs) ou/et de la psychothérapie.

Cette échelle a été publiée en 1960 par le psychiatre Max Hamilton et révisé en 1967. La version traduite en français et sa validation a été faite par J.D. Guelphi et al. Elle a été conçue afin être utilisée chez les patients dépressifs. Le diagnostic étant préalablement déjà établi, elle n'est donc pas utilisée dans un but diagnostic. L'échelle a pour objectif d'évaluer la sévérité quantitative et montrer les changements qui s'opèrent lors des entretiens. Cette échelle est un questionnaire qui concerne la semaine passée. Elle est consacrée aux plus de 16 ans et elle explore toutes les facettes de la dépression. Concernant le mode de passation, le professionnel complète le questionnaire après l'entretien avec son patient. Cela prend quelques minutes.

Cet outil est reconnu et validé. Il a même été recommandé en 2008 par le British Columbia Ministry of Health (BCMoH) et en 2009 par le Department of Veterans Affairs (DVA) pour le suivi des patients.

En effet, cette échelle comporte 21 items qui évaluent : l'humeur dépressive ; le sentiment de culpabilité ; le suicide ; l'insomnie ; l'insomnie du milieu de la nuit ; le travail et les activités ; le ralentissement psychomoteur ; l'agitation ; l'anxiété psychique ; l'anxiété somatique ; les symptômes somatiques gastro-intestinaux ; les symptômes somatiques généraux ; les symptômes génitaux ; l'hypochondrie ; la perte de poids ; la prise de conscience de l'état dépressif ; la variation nyctémérale des symptômes ; la dépersonnalisation ; les symptômes délirants et les symptômes obsessionnels et compulsifs.

5.2.2/ Passation :

Dans un premier lieu, nous débutons l'entretien par une question ouverte pour permettre au patient de s'exprimer librement. Ensuite, afin de compléter cette échelle, nous commençons par une consigne générale telle que : « J'aimerais vous poser quelques questions par rapport à la semaine dernière. Comment vous vous êtes sentis depuis la dernière fois que nous nous sommes vus ? ». De cette manière, nous essayons de recueillir un maximum d'informations concernant le patient et surtout son humeur dépressive à l'aide de questions telles que : « Quelle a été votre humeur pendant la semaine écoulée ? », « Vous êtes vous sentis abattu et déprimé ? », « Combien de fois vous êtes vous sentis triste/déprimé ? », « Vous est-il arrivé de pleurer ? », « Comment avez-vous dormi au cours de la semaine précédente ? », « Votre sommeil est-il réduit ou interrompu ? » etc. Au cours de cet entretien, nous utilisons la reformulation si c'est nécessaire afin de mieux comprendre le patient : « Si je comprends bien ce que vous me dites, c'est que ... ».

5.2.3/ Cotation :

Il y a 8 items cotés sur une échelle de 3 points (0, 1, 2) qui renvoient à des symptômes considérés comme absents, douteux ou légers, moyens ou importants. Nous avons aussi 9 items qui sont cotés sur une échelle de 5 points (0, 1, 2, 3, 4) qui correspondent à des symptômes considérés : absents, douteux ou non significatifs, légers, moyens, importants. Enfin, l'item correspondant à la perte de poids peut être coté soit de manière objective par la pesée soit de manière subjective c'est-à-dire à partir des dires du patient. Ainsi, la somme des 17 premiers items définit le score total. Celui-ci varie de 0 à 52.

Une remarque importante concerne les items 18, 19, 20 et 21 qui ne sont pas comptabilisés dans le score total. En effet, ces items permettent simplement de contrôler la présence de symptômes psychotiques. C'est la raison pour laquelle certains auteurs nomment cette échelle « Hamilton Depression Rating Scale-17 ».

En effet, des études ont été faites afin de définir les seuils de score de cette échelle. Plus le score est élevé plus la dépression est grave. Ainsi, les résultats sont les suivants :

- Un score inférieur à 7 équivaut à l'absence de dépression.
- Un score entre 7 et 17 se traduit par des symptômes dépressifs légers.
- Un score entre 18 et 24 correspond à des symptômes dépressifs légers à modérés.
- Au dessus de 25, les symptômes dépressifs sont modérés à sévères.

L'avantage de cette échelle est le fait que nous ne sommes pas contraints de poser des questions de façon formelle. Cela permet de diminuer le caractère impersonnel et déshumanisant du questionnaire. De plus, cela permet également d'avoir une écoute active.

5.2.4/ Discussion, analyse et interprétation des résultats :

Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, nous avons fait passer l'échelle de dépression de Hamilton à deux reprises aux deux groupes (n'ayant pas participé et ayant participé au groupe de psychodrame) et nous avons obtenus ces résultats :

Concernant le groupe n'ayant pas participé au psychodrame, à la deuxième séance nous avons une dépression légère (16), deux dépressions légères à modérées (20 et 22) et deux dépressions modérées à sévères (26 et 30). Quelques semaines plus tard, après avoir été suivi individuellement, nous avons obtenu sensiblement les mêmes résultats à savoir une dépression légère (10), deux dépressions légères à modérées (20 et 21) et deux dépressions modérées à sévères (26 et 28).

En ce qui concerne le second groupe ayant participé au groupe de psychodrame, nous remarquons une amélioration des résultats en quelques semaines : nous passons d'une dépression légère (15), deux dépressions légères à modérées (19 et 21) et deux dépressions modérés à sévères (28 et 35) à deux dépressions légères (8 et 13) et trois dépression légères à modérés (18 ; 21 et 24).

De plus, en parallèle à cette échelle de dépression de Hamilton, au cours des séances de psychodrame, nous avons nettement remarqué des changements positifs chez les patients comme nous l'avons exposé dans les cas cliniques décrits précédemment.

D'après ces résultats nous pouvons donc conclure que l'état dépressif des participants ayant participé au psychodrame s'améliore contrairement à ceux qui n'ont eu qu'un suivi individuel qui n'évolue pas. Notre hypothèse de travail, selon laquelle le psychodrame serait le médiateur qui faciliterait l'accès au processus psychique de la personne déprimée ce qui donnerait un impact positif sur sa santé mentale et permettrait de meilleurs résultats, est validée.

6/ Limites de la recherche :

Cette étude nous montre que le psychodrame a bien un effet bénéfique chez les patients adultes dépressifs mais nous pouvons tout de même émettre certaines réserves.

En effet, les données obtenues sont le résultat d'une étude à court terme c'est-à-dire de six semaines. Nous pouvons donc en conclure que, sur le court terme un suivi individuel accompagné d'une psychothérapie de groupe, en l'occurrence le psychodrame, a un effet bénéfique sur la santé mentale du patient.

Cependant, pouvons-nous nous demander si les résultats auraient pu être différents sur une plus longue durée ? Qu'en serait-il sur le long terme ? Aurions-nous eu les mêmes résultats ?

De plus, l'échantillon de cette étude est considéré comme étant faible. Ainsi, pouvons-nous également nous questionner quant aux résultats si l'échantillon aurait été plus grand.

Enfin, il serait aussi intéressant de refaire cette étude auprès d'une plus large population d'environnement socioéconomique plus varié.

En définitive, lors de ce travail, les conditions dues au confinement que nous vivons ne nous permettent pas de creuser plus loin au niveau méthodologique. Il serait donc intéressant dans une prochaine étude de travailler avec un plus large échantillon de personnes sur une longue durée et ainsi permettre d'avoir recourt aux outils statistiques afin de valider notre hypothèse de recherche sur le long terme.

Cependant, cette étude comporte des risques car nous ne sommes pas sûrs que tous les patients acceptent la psychothérapie groupale. Certains, préférerons surement rester sur un modèle plus classique de thérapie individuelle.

Conclusion :

Finalement, la dépression signifie quelque chose d'un écart entre ce que nous voyons et la réalité de ce qui s'y joue chez la personne. Par exemple, l'entourage reconnaît rarement le mal être de la personne, ce qui pourrait amplifier sa souffrance.

Ayant un visage sérieux et peu mobile, le sujet déprimé n'arrive pas à exprimer son humeur dépressive autrement qu'en étant irritable. Cela amène l'individu à se dévaloriser et cela se traduit par « je suis nul », « je n'y arrive pas ». Cette culpabilité fait qu'il peut même arriver au point de se dire que « ma famille ne m'aime pas » ou « les gens ne m'aiment pas » ou « c'est de ma faute ».

En effet, le psychodrame nous a été utile en tant que révélateur de l'inconscient. Il nous a permis de mettre en scène l'impact des traumatismes vécus ou même déniés par les patients dépressifs. Nous sommes arrivés à mettre en mots les conflits inconscients et ainsi permettre un remaniement psychique et une restauration d'une identité perturbée. Les patients s'approprient la singularité de leurs expériences grâce aux traces perceptivo-motrices qui sont ancrées dans le corporel. Au final, le psychodrame apporte aux patients dépressifs un gain de plaisir qu'ils peuvent partager ensemble.

Ainsi, nous pouvons dire que le psychodrame permet de lever des blocages et de dédramatiser des situations difficiles et douloureuses. De plus, le fait de faire semblant permet de débloquent les refoulements profonds puisque le patient va au bout de ses désirs. Nous pouvons rajouter que le psychodrame fait également appel à la créativité et donne l'occasion aux participants de prendre conscience qu'ils peuvent orienter leur existence dans le sens de leurs désirs et ainsi devenir acteur de leur vie. Notons également que le psychodrame laisse une grande place à l'imprévisible.

De plus, le psychodrame nous permet de pouvoir proposer, par exemple, de jouer la relation qu'entretient la personne avec ses parents et sa fratrie dans le but de mieux appréhender les ressorts inconscients des relations familiales et ainsi permettre un changement de comportements et mettre à distance certains traumatismes passés.

Nous pouvons noter que lorsqu'un des membres du groupe réagit à ce que dit un autre, c'est généralement pour le soutenir voire même amplifier ce qui est dit. Dès fois, il arrive qu'il rajoute du sien pour se rapprocher au maximum de son expérience.

Travaillant avec des patients dépressifs, le psychodrame nous a permis de faire parler des personnes qui en avaient besoin. D'ailleurs, cela nous a étonné de voir que les quelques patients qui étaient fermés voire réticents lors des entretiens individuels, ont joué dès la première séance avec aisance et trouvent même que « c'est génial ». Dans la peau d'un autre, le patient peut enfin parler.

Le groupe est uni, nous sommes rapidement passés du singulier au collectif. La demande singulière devient l'affaire de plusieurs. C'est grâce à cela que le jeu est bien vécu puisque tous les membres se sentent impliquer. Pour certains, nous avons bien vu qu'ils bloquent, mais très vite lorsque les mots manquent, c'est l'émotion qui prend place.

En effet, quatre principes justifient bien l'usage du psychodrame afin d'aider une personne dépressive : l'effet de catharsis, l'existence de limites sécurisantes, la pratique de rôles et l'aspect normalisant de l'expérience de groupe. Cela permet au patient dépressif, inhibé la possibilité de s'exprimer autrement et graduellement sans conséquences négatives et avec force et conviction. La personne réalise qu'elle n'est pas la seule à avoir ses difficultés. Elle sait que d'autres éprouvent des difficultés similaires aux siennes et qu'il est totalement possible de s'améliorer. Ainsi, la psychothérapie de groupe rend le suivi psychologique plus simple puisqu'elle a un rôle facilitateur sur la parole et constitue un soutien efficace.

En définitive, le psychodrame donne aux psychothérapeutes une large liberté dans leur pratique. Nous arrivons à l'expression de comportements manifestes du patient et à une prise de conscience de l'existence de son monde interne. Le but du psychodrame est de faciliter l'association libre et l'atténuation entre le dedans et le dehors autrement dit entre le conscient et l'inconscient. Ainsi, cela permet donc au patient de se familiariser avec ses conflits et ses désirs.

Bibliographie :

Ancelin Schützenberger, A. (2011). J. L. Moreno (1889-1974): Du théâtre au psychodrame. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 56(1), 25-39. doi:10.3917/rppg.056.0025.

Andreu, I. (2009). Le corps en psychodrame. *L'information psychiatrique*, volume 85(3), 263-266. doi:10.3917/inpsy.8503.0263.

Ansermet F, Magistretti P. Neurosciences et Psychanalyse. Paris : Odile Jacob, 2010.

Anzieu, D. (2004). Chapitre premier. Le psychodrame selon Moreno. Dans : , D. Anzieu, *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 21-86). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Béguin, T. & Laviolle, J. (2006), « À propos du travail de P. Fédida sur la dépression », In *L'information psychiatrique*, volume 82,(3), p.253-257. doi:10.3917/inpsy.8203.0253.

Bergès-Bounes, M. & Lacôte-Destribats, C. (2010), « Conversations sur la dépression chez l'enfant et chez l'adulte », In *La clinique lacanienne*, 17,(1), p.79-98. doi:10.3917/cla.017.0079.

Biaggio, M.K., & Goldwin, W.H. (1987). Relation of depression to anger and hostility constructs. *Psychoogy Report*, 61,87- 90.

Castillon C. (2009), « Silence », in *La revue lacanienne*, 3, (1), p.13-14. doi:10.3917/rl.091.0013.

Chaboudez G. (2003), « Pierre Fédida : Des bienfaits de la dépression », in *Figures de la psychanalyse*, n°8,(1), p. 144-146. doi:10.3917/fp.008.0144.

Carels, N. (2007), « Parole au silence », in *Revue française de psychanalyse*, vol. 71,(5), 1449-1453. doi:10.3917/rfp.715.1449.

Dargent-Aronovich, E., Jardin, F. & Moréno, F. (2013). Le parcours d'une patiente mélancolique... dans un psychodrame de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 61(2), 177-191. doi:10.3917/rppg.061.0177.

Delaroche, P. (2000). Le psychodrame psychanalytique individuel. *Enfances & Psy*, n° 12(4), 89-95. doi:10.3917/ep.012.0089.

Dorgeuille C. (2009), « Polymorphisme du silence », in *La revue lacanienne*, 3,(1), p.51-56.

Drieu, D. (2014). Vers une approche intersubjective de la dépression chez l'adulte ?. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 62(1), 145-158. doi:10.3917/rppg.062.0145.

Duez, B. (2012). Les fonctions psychiques d'un psychodrame psychanalytique de groupe dans une institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 59(2), 31-44. doi:10.3917/rppg.059.0031.

Dupeu, J. (2005). VI. Le jeu entre répétition et remémoration. Dans : , J. Dupeu, *L'intérêt du psychodrame analytique: Contribution à une métapsychologie de la technique analytique* (pp. 163-182). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Falguière, J. (2002). *Analyse de groupe et psychodrame*. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.falgu.2002.01.

Freud S. (1917), Deuil et mélancolie, in *Métapsychologie*. trad. fr. J. Laplanche, J.-B. Pontalis, J.-P Briand, J.-P. Grossein, M. Tort. Paris : Gallimard,1968, p 144-171.

Garland, C. (2015). En quoi la thérapie de groupe est-elle psychanalytique ?. Dans : C. Garland, *Psychanalyse de groupe: De la psychothérapie au travail de groupe* (pp. 33-51). Toulouse, France: ERES.

Hamad, N. (2009), « Le silence se donne comme la parole », in *La revue lacanienne*,3,(1), p.19-21. doi:10.3917/lrl.091.0019.

Hamilton, M (1960), « A rating scale for depression », in *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, no 23, p. 56-62.

Jean-Pierre Lehmann. (2012). *La clinique analytique de Winnicott, de la position dépressive aux états limites*. Collection « Transition », Toulouse : Erès.

Kaës, R. (2017). Chapitre III - Processus et principes du fonctionnement psychique dans la vie des groupes. Dans : René Kaës éd., *Les théories psychanalytiques du groupe* (pp. 67-82). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Kammerer, B., Mitrani, G. & Salem, I. (2014). Réflexions à propos du traitement des psychoses par le psychodrame. *Le Coq-héron*, 217(2), 77-92. doi:10.3917/cohe.217.0077.

Kaswin-Bonnefond, D., Kukucka-Bizos, N. & Baranes, J. (2005). Le psychodrame analytique, pour quoi, pour qui ?. *Le Carnet PSY*, 102(7), 25-27. doi:10.3917/lcp.102.0025.

Keller, P. (2016). *La dépression*. Paris: Presses Universitaires de France.

Klein, M. (1921-1945), *Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs*, in *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot, 1968.

Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. (2013 éd.). Paris : PUF.

Lacan J. (1956). *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*. In : *Ecrits*, éditions du Seuil, Paris.

Lewin Bertram D. (2003), « Réflexions sur la dépression », in *Revue française de psychanalyse*, 68,(5), p. 1073-1083.

Maffei G. (2005). « Le silence », in *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 113,(1), p.15-28. doi:10.3917/cjung.113.0015.

Marc, E. & Bonnal, C. (2014). Chapitre 6. La dynamique groupale. Dans : , E. Marc & C. Bonnal (Dir), *Le groupe thérapeutique: Approche intégrative* (pp. 103-121). Paris: Dunod.

Marc, E. & Bonnal, C. (2014). Chapitre 7. Parole et communication. Dans : , E. Marc & C. Bonnal (Dir), *Le groupe thérapeutique: Approche intégrative* (pp. 125-138). Paris: Dunod.

Mornet, J. (2014). *Une introduction aux psychothérapies*. Nîmes, France: Champ social. doi:10.3917/chaso.morne.2014.01.

Neves G, Cooke SF, Bliss TV. Synaptic plasticity, memory and the hippocampus : A neural network approach to causality. *Nat Rev Neurosc* 2008;9:65-72.

Olié Jean-Pierre, Poirier Marie-France et Léo Henri. (1995). Chap 2, 26,30,43,45,50,56. Les maladies dépressives. Paris, Médecine-Sciences Flammarion.

Parmentier, S. (2001). « Généalogie de la position dépressive chez Melanie Klein », in *Figures de la psychanalyse*, no4,(1), p.43-67. doi:10.3917/fp.004.0043.

Patin, B. (2005). Le jeu de rôles : pratique de formation pour un public d'adultes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 67-68(3), 163-178. doi:10.3917/cips.067.0163.

Privat, P., Quelin, D. & Rouchy, J. (2001). Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37(2), 11-30. doi:10.3917/rppg.037.0011.

Schiavinato, J. (2002). Le psychodrame de groupe ou en groupe à la période de latence. Dans : Jacqueline Falguière éd., *Analyse de groupe et psychodrame* (pp. 127-140). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.falgu.2002.01.0127.

Roche-Parent, A. (2002). Thérapie de groupe et thérapie individuelle : une articulation possible. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39(2), 197-208. doi:10.3917/rppg.039.0197.

Rosenberg, A. (2009). Le jeu et l'entre-je(u) de René Roussillon. *Revue française de psychanalyse*, vol. 73(3), 885-891. doi:10.3917/rfp.733.0885.

Roussillon, R. (2008), *Le jeu et l'entre-je(u)*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».

Tajkovic G, Stracevic V. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a metaanalysis over a period of 49 years. *Psychiatrie Res* 2011 Août 30 ; 189 (1) : 1-9.

Thibierge-Nasu E. (2009). « Le silence / shizukesa », in *La revue lacanienne*, 3,(1), p.22-25. doi:10.3917/lrl.091.0022.

Van Damme P. (2002). Dépression et régression, in *Gestalt*, n°23,(2), p.109-126.

Veken C. (2009). « Silence et discours sans parole(s) », in *La revue lacanienne*, 3,(1), p.6365. doi:10.3917/lrl.091.0063.

Wakefield, J. & Horwitz, A. (2010). Conclusion. Dans : A. Horwitz & J. Wakefield (Dir), *Tristesse ou dépression: Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses* (pp. 277-295). Wavre, Belgique: Mardaga.

Williams J., A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale". *Arch. Gen. Psychiatry* 1988, 45, 742-747.

Annexe :

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

HAMD-21

Traduction française révisée par J.D. GUELFY



NOM: _____

PRENOM: _____

SEXE: AGE: DATE:

EXAMINATEUR: _____

INSTRUCTIONS

Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante

1 Humeur dépressive :



(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation).

0. Absent.

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2 Sentiments de culpabilité :



0. Absent.

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un

préjudice à des gens.

2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.

3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3 Suicide :



0. Absent.

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3. Idées ou geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4 Insomnie du début de la nuit :



0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5 Insomnie du milieu de la nuit :



0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

6 Insomnie du matin :



0. Pas de difficulté.
1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

7 Travail et activités :



0. Pas de difficulté.
1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).
3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).
4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8 Ralentissement :



(lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

0. Langage et pensée normaux.
1. Léger ralentissement à l'entretien.
2. Ralentissement manifeste à l'entretien.
3. Entretien difficile.

4. Stupeur.

9 Agitation :



0. Aucune.

1. Crispations, secousses musculaires.

2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4. Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10 Anxiété psychique :



0. Aucun trouble.

1. Tension subjective et irritabilité.

2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

11 Anxiété somatique :



Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),

Cardiovasculaires (palpitations, céphalées),

Respiratoires (hyperventilation, soupirs),

Pollakiurie

Transpiration

0. Absente.

1. Discrète.

2. Moyenne.
3. Grave.
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :



0. Aucun.
1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières.
Sentiment de lourdeur abdominale.
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel.
Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13 Symptômes somatiques généraux :



0. Aucun.
1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14 Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.



0. Absents.
1. Légers.
2. Graves.

15 Hypochondrie :



0. Absente.

1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4. Idées délirantes hypochondriques.

16 Perte de poids : (coter soit A, soit B)

A. (D'après les dires du malade).

0. Pas de perte de poids.
1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).

0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

17 Prise de conscience :

0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, ect.
2. Nie qu'il est malade.

Total des 17 premiers items

18 Variations dans la journée :



A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il N'Y A PAS de variations diurnes, indiquer : aucune.

Aucune ; Plus marqués le matin ; Plus marqués l'après-midi.

B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation.
Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

0. Aucune.

1. Légère.

2. Importante.

Inscrire dans la case la note de l'item 18 B.

19 Dépersonnalisation et déréalisation :



(par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation).

0. Absente.

1. Légère.

2. Moyenne.

3. Grave.

4. Entraînant une incapacité fonctionnelle.

20 Symptômes délirants : (persécutifs)



0. Aucun.

1. Soupçonneux.

2. Idées de référence.

3. Idées délirantes de référence et de persécution.

21 Symptômes obsessionnels et compulsifs :



0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.