

La place du corps dans le travail Balint**L'approche du psychodrame-Balint**Dr Jean-Pierre Bachmann¹

Dans un congrès sur le thème de la tradition et de l'innovation dans le travail Balint, parler de la méthode créée et développée par Anne Caïn¹ trouve sa place, même si ce n'est pas vraiment une innovation, puisque Anne Caïn a commencé à travailler ainsi en 1973 déjà. Issu de l'association du travail Balint et de l'application de la méthode du psychodrame psychanalytique, le psychodrame-Balint, en réintroduisant le corps dans la formation du soignant, nous semble répondre à une des préoccupations de Michael et Enid Balint. Ils étaient persuadés, selon Michel Sapir², qu'un des dangers de la dénaturation de la méthode Balint résiderait dans l'évitement du corps au profit des aspects purement psychologiques de la relation.

Qu'en est-il aujourd'hui dans notre travail Balint de cette place donnée au corps? Présenter notre travail en psychodrame-Balint en mettant l'accent sur cet aspect entre dans un champ de questions beaucoup plus large : comment en tant que soignant sommes-nous affectés dans notre corps par notre rencontre avec nos patients, et pour ceux d'entre nous qui animons aussi des groupes, dans notre travail d'animation ? En effet dans toutes les scènes de notre vie professionnelle, même dans l'effacement visuel du psychanalyste, notre corps est aussi de la partie. Et c'est aussi l'attention portée à nos éprouvés corporels qui nous guide dans la compréhension de notre contre-transfert.

Le corps, « comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée présexuelle et irréductible, ce sur quoi toutes les fonctions psychiques trouvent leur étayage », a été, presque tout au long du troisième quart du 20^{ème} siècle, le grand absent, le dénié dans bien des champs des sciences humaines mais aussi dans le psychologisme de nombreux thérapeutes. C'est ce qu'écrivait Didier Anzieu³, en 1974. Il rappelait aussi que du temps de Freud, le grand absent, c'était le sexe. Michel Sapir a lui aussi souvent insisté sur cette impossibilité à laquelle la

Ce texte est la version française d'un exposé plus court, fait en anglais. La version anglaise se trouve sur le site www.psychodrame-balint.com

¹ Médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychanalyste (Société Suisse de Psychanalyse).
Membre de l'Association Internationale du Psychodrame Balint (Paris), et de la Société Balint Suisse.
Adresse : 15 Rue des Source, CH 1205 GENEVE. Email : jpabachmann@sunrise.ch

médecine se trouvait confrontée d'intégrer à sa recherche théorique sur le corps l'étude du charnel et de l'éprouvé.

Les choses ont sans doute bien changé depuis les propos d'Anzieu, du moins pour bien des analystes, mais pas pour tous. Sans vouloir retracer ici une histoire de la place donnée au corps dans la psychanalyse je souhaite rappeler quelques données fondamentales.

Dans les débuts de sa démarche la place donnée au corps par Freud est indissociable de celle de la mémoire. « C'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique »⁴ écrivent Breuer et Freud dans les Etudes sur l'Hystérie. Et c'est dans le corps, à travers les symptômes les plus divers, paroxystiques ou plus durables, que le conflit psychique vient se symboliser.

Si au début de la psychanalyse la guérison passe par la remémoration, par la levée du refoulement, qui devait permettre l'élaboration des souvenirs traumatiques, et par là-même la disparition des symptômes, la démarche centrée sur la remémoration aura tôt fait de montrer ses limites. Progressivement Freud mettra l'accent sur l'activité fantasmatique, les scénarios imaginaires figurant, de façon plus ou moins déformée, l'accomplissement de nos désirs conscients et inconscients. Et même si certains fantasmes sont originaires, universaux et constitueraient un patrimoine transmis phylogénétiquement, le fantasme est aussi, en partie, inscrit dans l'histoire singulière du sujet, mais aussi dans l'histoire de sa rencontre avec ses objets. Freud se rendra compte que certains patients sont dans l'impossibilité de ramener des souvenirs : des événements n'ont pour eux jamais fait l'objet d'une représentation, encore moins d'une mise en forme par le langage.

Le fait oublié réapparaît, se répète. Il y a une compulsion à répéter, non plus dans le langage verbal mais dans l'action, dans la manière d'être⁵. En même temps que Freud met ainsi en évidence une mémoire non-mnésique il donne à la notion de langage une extension importante : « Par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots, mais aussi le langage des gestes et toute forme de l'activité psychique.... ».⁶ Le modèle premier de la levée du refoulement, dans son articulation avec l'interprétation, va être complété ultérieurement par le recours à la construction.⁷

Cette conception de la démarche psychanalytique, qui donne toute sa place au souvenir, aux fantasmes, à l'histoire, à la construction et à la reconstruction, est celle à laquelle Anne Caïn restera attachée dans son activité de psychanalyste mais aussi de psychodramatiste.

Pas plus que dans le travail Balint il n'est question dans le psychodrame-Balint de vouloir transposer naïvement des aspects essentiels et spécifiques de la démarche et du processus analytique. Les participants à nos groupes ne sont pas des patients qui viennent pour trouver une réponse à leurs souffrances et à leur mal-être dans l'exploration des vicissitudes de leur histoire infantile et adolescente. Ils viennent avec leur difficulté à comprendre leurs propres

réactions de soignants, à comprendre leurs patients, avec la conscience aussi parfois de répéter des schémas insatisfaisants dans leur vie professionnelle. Ils viennent avec leur crainte de ne pouvoir maîtriser leurs sentiments et leurs émotions. La spécificité de notre travail Balint se fonde sur une écoute analytique du matériel et sur une référence à la théorie psychanalytique tout en restant strictement focalisée sur la compréhension et l'élaboration de la relation soignante, sur l'identité professionnelle du soignant, sur les désirs, les conflits conscients et inconscients qui s'y jouent. Et j'ajouterai, puisque ce congrès examine cette question, que les changements qui affectent la société et le monde médical, ne me semblent pas remettre en question la base de ce travail. Ils nous incitent plutôt à réfléchir à notre disponibilité à nous montrer malléables aux besoins et aux demandes des soignants, sans pour autant abandonner l'esprit qui fonde le travail Balint.

Michael Balint donnait une place importante au corps dans son travail de psychanalyste, en privilégiant, et, en cela il est l'héritier de Ferenczi, le champ de l'expérience. Dans son étude sur la régression⁸ il montre que dans la situation analytique le patient réalise que les descriptions objectives et détachées ne suffisent pas, que les émotions concomitantes devront être exprimées. Et c'est par son corps qu'il le fait, en variant l'intensité et le timbre de sa voix par exemple, en recourant à des gestes et des mouvements, peut-être même en se laissant emporter par des émotions au point de passer à l'acte (actings). Balint accordait aux actings une grande importance car ils avaient pour lui une valeur équivalente aux associations libres. Ces passages par des mises en actes du corps sont non seulement pour lui des répétitions mais peuvent même être des moments créatifs qui favorisent le changement, une ouverture vers un renouveau.⁹ Balint décrit même l'acte comme une vraie percée psychique, ce que nous pouvons parfois observer dans certaines séances de psychodrame-Balint.

Le corps dont nous parlons dans le travail Balint n'est peut-être pas le même que celui dont il est question dans le champ plus global de la psychanalyse. Le travail Balint s'intéresse au corps en tant que porteur d'une histoire, voire aussi comme porteur de messages¹⁰, mais, contrairement à la démarche psychanalytique il ne peut explorer de manière plus spécifique l'image inconsciente que le sujet a de son corps¹¹ ou le corps comme un objet interne¹².

Lorsque Balint et les membres de son premier groupe constatèrent que toutes les tentatives d'adapter des techniques nouvelles, importées de la « cuisine du psychiatre », comme nous le rappelle avec humour Arthur Trenkel, étaient insatisfaisantes dans leur espoir d'améliorer la qualité de leur travail, ils changèrent d'attitude. Ils centrèrent leur travail sur les interactions spécifiques entre médecin et patient et examinèrent dans quelle mesure ces échanges réciproques contiendraient en eux-mêmes un potentiel important en vue du diagnostic et de la thérapie. Ce changement d'attitude a été vécu par le groupe, toujours selon Trenkel, comme

une percée psychique. « La perspective relationnelle n'ouvre ainsi pas seulement des possibilités élargies dans la sphère psychique mais aussi par rapport au corps dans ses dimensions relationnelles. » (Arthur Trenkel)¹³.

Même si cela n'a été pleinement compris qu'après coup, le psychodrame-Balint se situe précisément dans ce souci de la réintroduction du corps, dans la prise en compte du vécu corporel du soignant dans les processus de formation. La mobilisation du corps favorise ainsi un processus qui est toutefois déjà présent, mais silencieusement présent, dans tout groupe Balint.

Anne Caïn avait coutume de dire que le corps ne ment pas. Car elle lui accordait un sens inscrit dans son passé. Le corps « est porteur d'une histoire propre au sujet qui en a conservé la trace. »¹⁴. Le travail en psychodrame-Balint tente ainsi d'aller aux sources de cette histoire chaque fois singulière, mais en restant dans le champ strict de la sphère professionnelle et de la rencontre avec le patient et avec son corps. Ceux qui ont travaillé avec Anne Caïn savent tout le soin qu'elle portait à retrouver, avec le présentateur du cas, bien des aspects historiques de la relation, et même ceux qui précédaient la première rencontre. En explorant aussi la relation du soignant à son cadre de travail, à son environnement, aux représentations qu'il peut de faire de son futur patient, elle avait comme intention de faciliter le processus de remémoration, ce qui lui permettait aussi de dégager les prémisses du contre-transfert. Bien souvent le contre-transfert précède le transfert.

Si une attention particulière est portée au discours sur le corps, au langage du corps du présentateur de cas, mais aussi à celui des acteurs, de tous les membres du groupe et au corps de l'animateur, ces aspects ne peuvent évidemment être dissociés d'autres éléments qui organisent les différentes formes du discours du groupe : les phénomènes de transfert, les fantasmes qui organisent le groupe, la filiation des cas, etc...

Prenons l'exemple d'une séance de groupe.²

La Dresse A connaît Madeleine depuis 18 ans. Madeleine a été sa voisine pendant de nombreuses années. Elle a partagé avec elle et avec des membres de sa famille des intérêts communs au sein d'une association avant de partir poursuivre une brillante carrière dans une autre ville. Madeleine avait été la patiente de la Dresse A et sans doute considère-t-elle son ancien médecin comme une amie. Elles se tutoient et spontanément Madeleine a tendance à vouloir embrasser son médecin quand elle vient la revoir. C'est du moins ce que nous

² La présentatrice de ce cas nous a autorisé à publier cette vignette clinique.

découvrons quand, dans la première scène qui lui est proposée de jouer, la Dresse A retrouve sa patiente. Mais dans le jeu, comme dans la réalité, la Dresse A évite, esquive ce geste.

Madeleine revient dans leur ville pour se soigner d'un épuisement professionnel. Elle choisit pendant le temps de son incapacité de travail de se faire à nouveau suivre par la Dresse A.

Au cours de différentes scènes nous découvrons certains éléments de cette relation, sans doute rendue complexe par le chevauchement entre des aspects professionnels et plus personnels. La Dresse A qui m'apparaît comme un médecin très rigoureux, très concernée, active et organisée, va nous montrer tout le soin qu'elle a à aider Madeleine à prendre la pleine mesure de son épuisement, à reconnaître une souffrance qui ne peut se soulager à une seule explication rationnelle : le diagnostic de syndrome de burn-out. Comment aider Madeleine, en s'occupant aussi de son corps, à ne pas se réfugier dans la dénégation, dans la fuite. Comment la freiner dans sa recherche de solutions thérapeutiques miracles. La Dresse A se montre très à l'aise avec la méthode du psychodrame-Balint, dans l'évocation et la mise en place du décor, dans la rapidité dans les changements de rôle dont elle prend parfois elle-même l'initiative. J'assiste à un ballet bien réglé qui suscite en moi un moment de fatigue et aussi un moment de grande tristesse. Au cours d'un changement de rôle la Dresse A. prend l'initiative de reprendre le rôle de Madeleine, alors si défendue, si épuisée, assise face à elle. Elle va tendre très délicatement le bras vers Madeleine, toucher son bras pour accompagner son mouvement quand elle se lève. Après le jeu la participante qui jouait Madeleine va parler de ce geste qui l'a touchée : la Dresse A a-t-elle vraiment eu ce geste à l'égard de Madeleine lors de la consultation ? Non, ce geste s'adressait à elle en tant que participante. Ce passage par ce geste spontané a pris pour moi une valeur importante. Il m'est apparu comme le témoin d'un rapprochement psychique que la Dresse A s'interdisait de faire, d'une empathie qui, dans la singularité de la rencontre, n'avait pu jusque là pu avoir lieu. J'avais pensé que Madeleine renvoyait son médecin à une représentation d'elle-même qu'elle tentait d'écarter, de mettre à distance, image spéculaire en partie inconsciente qui rendait sa position de médecin très douloureuse. La scène qui suivra, avec l'émergence d'une émotion importante lorsque la Dresse A. s'apprête à examiner le corps de Madeleine, et a lui palper le ventre, prolongera ce travail de transformation qui a pu se faire en elle au cours de la séance. L'animatrice arrêtera la scène quand la Dresse A dit qu'elle va se mettre à pleurer.

Si les retrouvailles avec des scènes de la pratique professionnelle du soignant, leur reconstitution au cours du jeu psychodramatique se veulent être des plus fidèles, elles sont marquées par les phénomènes de l'après coup. La mobilisation du corps a eu pour effet,

comme c'est très souvent le cas dans la situation de tout psychodrame, de permettre la réémergence d'une mémoire motrice qui a été enfouie, et pas uniquement d'une mémoire refoulée, et avec elle, celle de l'affect.

L'importance donnée aux affects dans leur fonction de liaison avec des représentations est un des éléments importants du travail, pour autant qu'il ouvre la voie à une élaboration, dans un travail qui concerne tout les membres du groupe. Dans de nombreux cas, c'est lors d'un changement de rôle, technique la plus fréquente dans le psychodrame-Balint, donc lorsque le médecin joue le rôle de son patient, que s'exprime verbalement ou corporellement un aspect important de la problématique amenée au groupe par le présentateur. Les doublages en voix-off, les soliloques qui accompagnent à des degrés divers tout jeu, participent au processus des associations libres et favorisent l'expression de la fantasmatique personnelle et groupale. La mise en évidence des particularités des réponses corporelles d'un soignant n'est évidemment pas un objectif en soi, mais elle est intégrée dans la compréhension d'une expérience émotionnelle partagée par tout le groupe.

L'étude du contre-transfert du soignant, et on sait que Balint donnait à la notion de contre-transfert une dimension très extensive, nous semble régulièrement favorisée par le passage par le jeu, et par les processus d'identification qu'il promeut. Jouer non seulement son rôle de soignant mais aussi son patient, l'incarner, n'est-ce pas soutenir et favoriser les phénomènes d'identification qui sont à la base de toute compréhension émotionnelle. Même si l'accent est mis ici sur la mobilisation du corps du soignant, sur la possibilité de trouver, voire de retrouver des éprouvés corporels qui participent de son contre-transfert, le psychodrame-Balint ne favorise pas un discours conscient sur le corps, mais enrichit, avec cet ancrage corporel, les processus psychiques préconscients qui caractérisent notre travail.

Dans son chapitre : « Le métier de comprendre autrui », Balint a des propos qui résonnent tout particulièrement pour un animateur de psychodrame-Balint : « l'observateur doit être si bien accordé au sujet que pendant quelque temps, voire quelques instants seulement, il puisse éprouver le sentiment d'être lui-même la personne observée ou le créateur de l'objet soumis à l'observation »¹⁵. « Aucune identification n'est possible, dit encore Balint, si l'observateur n'est pas prêt à faire des expériences nouvelles,..., voire disposé à apprendre quelque chose qui pourra lui sembler étranger ou même angoissant ».

Ces mouvements d'identification au patient, patient retrouvé et « recréé » et qui vont alterner avec le retrait dans l'objectivité, passent nécessairement par ce que le patient offre avec son corps et avec ses symptômes. Et aussi par ce que le soignant offre ou propose de lui, de son corps et par son langage corporel.

En tant qu'animateurs de psychodrame Balint nous savons que la méthode que nous utilisons peut, ou a pu, sembler étrangère ou même surprenante à certains de nos collègues Balintiens. J'espère par ce bref exposé avoir suscité, même brièvement, ce mouvement d'identification à notre fonction d'animateurs. Mais peut-être aurais-je dû aussi vous dire le plaisir que nous éprouvons dans notre travail, et dans le désir de le partager ici avec vous. Pour certains c'est dans l'expérience d'un groupe, mais pour tous dans nos discussions et nos échanges au cours de ces jours.

¹ Anne Caïn. Le psychodrame-Balint La Pensée Sauvage

² Michel Sapir, in Missenard. L'expérience Balint, Dunod, Paris,

³ Didier Anzieu : Le Moi-Peau, Dunod, Paris.1995.p 43.

⁴ J. Breuer et S. Freud : Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques. Chapitre I. Etudes sur l'hystérie. PUF, p 5.

⁵ S. Freud : Remémoration, répétition, perlaboration. (1914) In : La technique psychanalytique. pp 105-115.

⁶ S. Freud. 1913. L'intérêt de la psychanalyse, in : Résultats, idées. Problèmes I, 1890-1920. PUF, Paris,1991. pp186-213.

⁷ S. Freud, 1937. Constructions dans l'analyse. In : Résultats, Idées, Problèmes, tome II, PUF, Paris.

Traduction : SE. Tome XXIII, pp « Assez souvent, écrit Freud, nous ne réussissons pas à amener le patient à se souvenir du refoulé. A la place nous obtenons chez lui, si nous avons mené correctement l'analyse, une ferme conviction de la vérité de la construction, qui a le même effet thérapeutique qu'un souvenir retrouvé. »

⁸ Balint, Le défaut fondamental, Payot, Paris, pp 108.: « La régression induite par la situation analytique amène souvent le patient, au lieu de laisser pressentir ou donner habilement à entendre apprend affirmer explicitement ce qui pense et ce qu'il ressent. Il réalise que les descriptions objectives et détachées ne suffisent pas, que les émotions concomitantes devront être exprimées. Le patient se met alors à varier l'intensité et le timbre de sa voix et à recourir à des gestes et des mouvements. Il peut même être emporté par des émotions au point de passer à l'acte. »Balint note aussi que dans toute l'œuvre de Freud il n'a trouvé nulle part une interprétation fondée sur un matériel non verbal.

⁹ Balint : Cas clinique de la jeune femme à la culbute, In : Formes bénignes et formes malignes de la régression.

¹⁰ René Roussillon : Corps et actes messagers. Colloque Lyon2 du CRPPC, mars 2006.

¹¹ « Par image du corps on désigne la représentation mentale que nous avons de notre propre corps, l'image que l'individu se fait peu à peu de lui. Elle enferme les fantasmes et en particulier les fantasmes inconscients, et fait également intervenir l'environnement. D Rosenfield . Dictionnaire international de la psychanalyse.

¹² Eglée Laufer fait une distinction entre ce qui est l'image du corps fondée sur des expériences sensorielles et le corps érotique, qui est un aspect de ce qu'elle appelle la relation au corps comme un objet interne. Normalement le corps érotique (interne) est paré de qualités la fois bonnes et mauvaises qui découlent des expériences affectives en lien avec les objets primaires et certains aspects spécifiques du corps.

¹³

¹⁴ Anne Caïn. La pensée sauvage, Grenoble,

¹⁵ Michael Balint. Techniques psychothérapeutiques en médecine, pp Payot, Paris