

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
ANNICK ROSAY

PROPOSITION D'UTILISATION DU PSYCHODRAME DE GROUPE AVEC DES  
ENFANTS DE 8 À 12 ANS EN SUIVI THÉRAPEUTIQUE DANS L'ÉQUIPE DE  
SANTÉ MENTALE JEUNESSE DE 1<sup>RE</sup> LIGNE EN CLSC

JUILLET 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROPOSITION D'UTILISATION DU PSYCHODRAME DE GROUPE AVEC DES ENFANTS DE 8 À 12 ANS EN SUIVI  
THÉRAPEUTIQUE DANS L'ÉQUIPE DE SANTÉ MENTALE JEUNESSE DE 1<sup>RE</sup> LIGNE EN CLSC

PAR

ANNICK ROSAY

---

René Marineau, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Gilles Dubois, évaluateur, professeur à l'UQTR

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Sébastien Girard, évaluateur externe,

Université du Québec à Trois-Rivières

## **Sommaire**

Cet essai a pour but de mieux comprendre le psychodrame de groupe chez l'enfant et d'en faire une proposition d'intervention pour l'équipe Santé Mentale Jeunesse (SMJ) de 1<sup>re</sup> ligne du CSSS Champlain (Montréal), soit en CLSC. En premier lieu, cette étude vise à présenter le contexte dans lequel cette proposition d'intervention pourrait s'inscrire. Pour ce faire, nous présentons le fonctionnement de l'équipe SMJ ainsi que la nature de la clientèle traitée. Ensuite, dans le chapitre II et III, l'essai porte sur les éléments généraux de l'approche psychodramatique de groupe et ceux spécifiques au psychodrame pratiqué avec les enfants d'âge scolaire. L'essai expose comment le psychodrame de groupe, une forme d'intervention inédite jusqu'à ce jour dans la gamme de services thérapeutiques de l'équipe SMJ du CSSS Champlain, peut profiter à sa clientèle d'enfants de 8 à 12 ans. Au chapitre IV, une proposition concrète d'implantation possible du psychodrame de groupe auprès de cette clientèle est formulée. Des illustrations cliniques, inspirées de cas rencontrés dans le cadre de la pratique de l'auteure à titre de psychologue au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain, démontrent comment l'on peut recourir à cette méthode de groupe afin d'en tirer des bénéfices thérapeutiques. En dernier lieu, la conclusion fait un retour sur les objectifs poursuivis par l'essai et soulève des pistes d'approfondissement du champ d'application du psychodrame de groupe avec la clientèle de l'équipe SMJ.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	xi
Remerciements .....	xii
Introduction .....	1
Motivations et intentions de l'essai .....	2
Expériences et intérêts personnels .....	2
Réalités et contexte organisationnel en santé mentale au Québec .....	4
Santé Mentale Jeunesse en Montérégie .....	6
Intentions de l'auteure .....	8
Chapitre I : Contexte d'application : l'équipe SMJ du CSSS Champlain et la clientèle visée .....	9
Fonctionnement de l'équipe SMJ .....	10
Définitions de la santé mentale et des troubles de santé mentale .....	12
Développement normal et psychopathologie infantile .....	14
Développement normal de l'enfant .....	15
Psychopathologie infantile .....	21
Classification nosographique .....	25
Cadre de partage des problématiques SMJ, FEJ, 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne .....	27
Description de la clientèle traitée .....	32
Chapitre II : Qu'est-ce que le psychodrame de groupe? .....	40

Cadre théorique .....	41
Bref historique .....	41
Le psychodrame de groupe : une approche transthéorique et multidisciplinaire .....	41
La théorie de la spontanéité .....	43
Le développement de la personnalité créatrice .....	44
La théorie des rôles .....	49
La psychopathologie du point de vue des théories de la spontanéité et des rôles .....	51
Le groupe : sociométrie et psychothérapie de groupe .....	55
Les processus de groupe .....	55
L'espace groupal : un espace multidimensionnel .....	61
Le psychodrame .....	66
Définitions .....	66
Les principes de représentation et d'action .....	68
Les contenus de la représentation ou de l'action .....	71
Les niveaux de représentation ou d'action .....	73
Intentions globales visées par le modèle thérapeutique psychodramatique .....	75
Le psychodrame : une psychologie positive et ouverte sur plusieurs perspectives cliniques .....	79
En résumé .....	81

Cadre pratique .....	83
Le psychodrame de groupe ou individuel .....	83
Les différentes applications du psychodrame .....	85
Les instruments fondamentaux du psychodrame .....	86
La scène .....	86
Le protagoniste .....	87
Le directeur .....	87
Les co-acteurs : ego-auxiliaires ou moi-auxiliaires, antagonistes ou contre-rôles .....	89
Le groupe .....	90
Le déroulement d'une séance psychodramatique .....	90
L'étape d'échauffement : la mise en train .....	90
L'étape de l'action : la mise en scène ou la dramatisation .....	92
L'étape finale : le retour, le partage ou l'écho du groupe .....	93
Les techniques psychodramatiques .....	94
L'entraînement aux rôles .....	95
Le renversement de rôle .....	95
Le double .....	97
La technique du miroir .....	97
Le soliloque .....	98
Le chœur .....	99
La sculpture .....	99
L'interpolation des résistances .....	99

La réalisation symbolique ou le surplus de réalité .....	99
L'interprétation .....	100
La présentation de rêve .....	100
La boutique magique .....	100
Les règles .....	101
Chapitre III : Le psychodrame de groupe pratiqué auprès de l'enfant .....	102
Comment le psychodrame aide l'enfant? .....	103
La pertinence de l'approche psychodramatique avec les enfants d'âge scolaire .....	103
Le jeu .....	105
Lien entre le psychodrame et la théorie du développement de l'enfant de Moreno .....	108
Lien entre le psychodrame et la théorie de l'attachement .....	111
Les spécificités du psychodrame d'enfants : caractéristiques du cadre pratique .....	112
La conscience implicite du processus thérapeutique .....	112
Le besoin de concrétiser .....	113
Le langage métaphorique .....	115
Trouver l'équilibre entre la structure et la liberté .....	117
Les instruments : un couple de co-thérapeutes .....	119
La prise en compte nécessaire des parents .....	120
Les entretiens prétraitement .....	120
La mise en train .....	121

Le choix du protagoniste, des auxiliaires et du thème ou de la situation à jouer .....	122
La mise en scène ou l'étape de l'action .....	124
Le double .....	125
Le renversement de rôle .....	125
Le jeu des ego-auxiliaires .....	126
Le retour ou l'étape du partage .....	127
Les effets escomptés : des effets éducatifs aux effets thérapeutiques .....	127
La catharsis .....	128
Les effets réparateurs : compléter le développement émotionnel ou surmonter un traumatisme .....	130
Le développement de la spontanéité .....	136
Exemples de maniement du psychodrame en fonction de troubles intérieurs et extérieurs .....	138
Chapitre IV : Démonstration de l'implantation possible du psychodrame de groupe au sein de l'offre thérapeutique de l'équipe SMJ de 1 <sup>re</sup> ligne en CLSC .....	143
La composition du groupe de psychodrame .....	144
Le déroulement d'un suivi psychodramatique de groupe .....	147
Les premières séances .....	147
Les séances charnières .....	149
La fin du suivi psychodramatique de groupe .....	150
Quatre exemples fictifs de processus thérapeutiques en psychodrame de groupe .....	151
Exemple I : TDAH et trouble de l'humeur .....	151

Exemple II : trouble oppositionnel avec provocation associé à des cauchemars répétitifs .....	153
Exemple III : phobie sociale et scolaire .....	156
Exemple IV : trouble de l'attachement associé à des symptômes anxio-dépressifs .....	158
L'évaluation de l'efficacité de l'intervention psychodramatique de groupe .....	161
Conclusion .....	164
Références .....	169

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Principaux facteurs de risque et de protection chez l'enfant .....	24
2	Modèle indicateur du niveau de services requis .....	29
3	Problématiques santé mentale jeunesse .....	30
4	Données démographiques et cliniques de la clientèle rencontrée au cours des 2 dernières années de travail au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain .....	35

## Liste des figures

### Figure

- 1 Orientations données aux 33 enfants de 8 à 12 ans évalués par l'auteure, psychologue au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain ..... 37
- 2 Modèle multidimensionnel de l'espace groupal (Van Damme, 1994) ..... 61

## Remerciements

La réalisation d'un essai doctoral constitue un travail complexe et de longue haleine nécessitant un investissement personnel important de la part de l'auteur. Cependant, ce projet n'aurait pu être mené à terme sans le support moral et professionnel de plusieurs acteurs. Tout d'abord, je voudrais remercier mon directeur, M. René Marineau, qui m'a initiée au psychodrame en me communiquant sa passion pour cette approche thérapeutique. Il m'a offert son soutien indéfectible et compréhensif tout en s'armant de patience face à mon rythme de travail variable, une conséquence de ma réalité personnelle instable et saturée du moment. Je remercie également mon père, M. Jean Rosay, qui m'a transmis sa passion pour la psychologie et a influencé, en partie, mon intérêt pour les approches expressives, car en tant que psychologue, il a toujours considéré essentiel d'inclure la sensibilité du corps dans la thérapie et la vie pleine.

Un merci tout particulier à mon amoureux, Mohamed Ali, qui m'a partagée pendant plusieurs mois avec cet essai et m'a galvanisée par ses projections heureuses concernant le futur qu'on peut se permettre, maintenant, d'avoir ensemble.

Finalement, je remercie tous ceux qui m'ont encouragée, ma mère, ma sœur et mes amis, autant dans les moments de productivité que dans les moments plus difficiles et qui m'ont donné le courage d'aller au bout de ce défi.

Sincèrement, merci!

## **Introduction**

## **Motivations et intentions de l'essai**

Tout projet peut être mené à bien s'il est mû par un intérêt sincère. Cet essai doctoral est donc fondamentalement motivé par l'intérêt profond que je porte au psychodrame et à la santé mentale des enfants. Cet intérêt s'est développé au fil de mes expériences académiques et professionnelles des dernières années. Au cours de cette introduction, je témoignerai tout d'abord de ces expériences significatives. Un exposé général des réalités au plan de la santé mentale et du contexte organisationnel, dans lequel s'inscrit l'offre de services en Santé Mentale Jeunesse (SMJ) du système public de santé et des services sociaux du Québec, sera aussi abordé. L'objectif est de cerner les visées globales de la mission de l'équipe SMJ de 1<sup>re</sup> ligne, équipe au sein de laquelle j'évolue professionnellement et pour laquelle je souhaite proposer l'utilisation d'une nouvelle approche thérapeutique : le psychodrame de groupe. Mes motivations sont donc alimentées par mes expériences personnelles et l'état des lieux des services publics en santé mentale au Québec. Finalement, la structure générale de l'essai sera explicitée.

## **Expériences et intérêts personnels**

J'ai été introduite au psychodrame à travers mes études doctorales en psychologie. Pour approfondir cet intérêt, j'ai participé à un programme de formation continue de 4

ans en psychodrame et méthodes expressives au Centre International de Psychothérapie Expressive (CIPE). Au terme de la formation, j'ai cumulé plus de 400 heures de travail thérapeutique et d'animation de groupe et obtenu une « certification en psychodrame et méthodes expressives ». Cette démarche thérapeutique et pédagogique m'a permis d'apprécier la puissance du psychodrame de groupe qui propose une approche globale du travail thérapeutique irisée par des aspects expérientiels, réflexifs et synergiques qui englobent la totalité de l'être humain. J'y ai vécu un itinéraire fait de régression, de mobilisation émotionnelle, de confrontation aux autres, de voyage intérieur, où les mots « spontanéité », « place » et « bonne distance », ont été essentiels dans mon expérience. Le voyage en bateau est une métaphore que j'aime utiliser pour illustrer ce parcours de groupe psychodramatique : partir ensemble à la recherche d'un nouveau monde, d'une nouvelle manière d'être au monde, un monde interne et relationnel, qui suppose une prise de risque, une audace qui favorisent la croissance et l'ouverture.

Depuis 2007, je travaille comme psychologue au sein de l'équipe SMJ 0-17 ans du CSSS Champlain. Ma jeune expérience m'a permis de me sensibiliser aux besoins de la clientèle jeunesse présentant un problème de santé mentale. Dans le cadre de ce travail, la compréhension du développement normal et anormal de l'enfant doit continuellement être approfondie et les compétences relatives à la psychothérapie constamment raffinées. Ainsi, j'en suis venue à développer un intérêt marqué pour la psychopathologie infantile et les approches thérapeutiques qui contribuent significativement au rétablissement et au maintien de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Les jeunes sont les perles de

notre vie et l'avenir de notre société. Ils méritent toute notre attention ainsi que des soins bienveillants tout au long de leur développement.

### **Réalités et contexte organisationnel en santé mentale au Québec**

Les problèmes de santé mentale en Occident sont en hausse. D'ici 2029, selon l'enquête sociale et de santé menée en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec, la dépression sera la 1<sup>re</sup> cause d'invalidité au Québec. En ce qui a trait à la santé mentale des jeunes, les recherches réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) démontrent que 10 % des jeunes âgés entre 0-17 ans sont susceptibles de vivre un problème de santé mentale et que 1,13 % d'entre eux pourraient souffrir d'une pathologie psychiatrique sévère au cours de leur enfance ou de leur adolescence (tiré du Continuum d'intervention « Santé Mentale – Jeunes », Internet, 2005). Ces prévisions mettent en évidence les conséquences sur le système de santé public : pression sur l'offre de services et hausse des coûts de fonctionnement. D'autre part, les enquêtes épidémiologiques contemporaines démontrent que seulement 20 à 50 % des jeunes québécois qui présentent des troubles mentaux reçoivent de l'aide (Valla, Breton et coll., 1994). Ces différents constats questionnent en amont le degré d'accessibilité aux services de santé mentale jeunesse et en aval, le degré de qualité et de continuité des services.

La pression sur les services et les coûts dans le domaine de la santé mentale jeunesse s'observe concrètement par les listes d'attente imposantes et par le déversoir

que deviennent les urgences pour les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Différents effets pervers sont à craindre face aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. À titre d'exemple, citons le danger d'avoir recours à une psychiatrie de pilules, c'est-à-dire de surmédicamenter les jeunes afin d'apaiser rapidement leur souffrance et dysfonctionnement sans toutefois les soigner en profondeur et supporter leur développement normal. Ainsi, il y a risque de réification de la clientèle jeunesse aux prises avec un problème de santé mentale faute de moyens d'intervention plus accessibles, efficaces et humanisés.

Pour pallier les lacunes évidentes du réseau de la santé et des services sociaux en matière de santé mentale, le MSSS a pondu le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 qui fait de la santé mentale une priorité nationale. Il s'agit d'une réforme de toute l'organisation des services qui seront désormais axés sur la première ligne. Au Québec, les services en santé mentale jeunesse se structurent autour de 3 grands axes d'intervention : 1<sup>re</sup> ligne (services psychosociaux de base en CLSC), 2<sup>e</sup> ligne (services de pédopsychiatrie) et 3<sup>e</sup> ligne (services surspécialisés). En formant une 1<sup>re</sup> ligne cohérente avec une porte d'entrée en CLSC pour les jeunes atteints de problèmes de santé mentale, on vise à décharger la 2<sup>e</sup> ligne. Concrètement, tous les CLSC doivent mettre sur pied une équipe multidisciplinaire d'intervention, spécialisée en santé mentale jeunesse, qui prend en charge les jeunes présentant des troubles légers à modérés, c'est-à-dire l'équipe SMJ.

**Santé Mentale Jeunesse en Montérégie.** En Montérégie, c'est en 1999 que l'Hôpital Charles-LeMoine reçoit de la Régie régionale le mandat de développer une proposition de réseau intégré de services en santé mentale enfance/jeunesse sur le territoire montérégien : naissance du projet « Grandir en santé mentale en Montérégie ». Les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, prévalant dans la nouvelle organisation structurelle des services sociaux et de santé au Québec (CSSS), orientent le projet « Grandir en santé mentale en Montérégie » et impliquent une meilleure coordination, efficacité et efficience des services offerts en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne. Aujourd'hui, ce projet clinique est implanté, cependant, il est toujours en processus d'harmonisation. Il est encadré par le Continuum d'intervention « Santé Mentale – Jeunes ». Ce projet clinique vise à rendre accessible une gamme de services généraux et spécialisés au bénéfice de la population jeunesse montérégienne selon trois dimensions : prévenir, guérir et soutenir. L'implication de l'équipe SMJ de 1<sup>re</sup> ligne, en terme de services spécialisés d'évaluation, d'orientation et de traitement, se situe au niveau de la dimension guérir et soutenir, tout comme les services de pédopsychiatrie de 2<sup>e</sup> ligne (clinique externe de pédopsychiatrie et unités hospitalières de réadaptation en santé mentale).

L'équipe SMJ se situe en 1<sup>re</sup> ligne, donc au niveau des services de base, et son mandat spécifique, liés aux principes d'accessibilité, de qualité et de continuité, est double : 1) par le guichet unique en CLSC, offrir des services d'évaluation afin d'orienter le jeune vers un niveau de services cliniques requis, en fonction de l'intensité

des symptômes, du niveau de fonctionnement et des facteurs environnementaux (problèmes psychosociaux); 2) dispenser des services de traitement aux jeunes présentant un problème de santé mentale d'intensité légère à modérée. La détermination par l'équipe SMJ du niveau de services nécessaires est encadrée par le « Cadre de partage des problématiques cliniques santé mentale jeunes Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ), 1<sup>re</sup> ligne et 2<sup>e</sup> ligne ». L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'est dotée officieusement de ce cadre en décembre 2008. Ce cadre sera explicité plus loin dans l'essai.

En Montérégie, le problème d'accessibilité est bien réel; il est un constat indéniable de la pratique au sein de l'équipe SMJ. Voici ce que le comité responsable de l'élaboration du projet « Grandir en santé mentale en Montérégie » stipule dans son document de 2001 :

(...), le comité conclut à un grave problème d'accessibilité pour la population de la Montérégie. Non seulement les jeunes utilisent peu les services en santé mentale, mais lorsqu'ils décident d'y recourir, c'est un fait connu, ils doivent s'armer de patience, user de stratégies auprès des structures et surtout être disposés à attendre entre six et neuf mois pour une consultation en clinique externe de pédopsychiatrie et près d'un an avant de recevoir le traitement adapté à leurs besoins. (p.9).

Or, la liste d'attente propre à l'équipe SMJ du CSSS Champlain avoisine les 100 jeunes au moment de la rédaction de cet essai, ce qui se traduit par un délai d'attente de plus d'un an pour certains usagers.

### **Intentions de l'auteur**

Concrètement, cet essai souhaite proposer une approche d'intervention qui enrichirait l'offre de services thérapeutiques au sein de l'équipe SMJ. Le psychodrame de groupe constitue cette proposition. L'intervention de groupe est sous exploitée en CLSC en comparaison avec les interventions individuelles. De plus, le psychodrame qui tire une bonne part de ses origines de l'approche expérientielle, se démarque des thérapies verbales davantage retrouvées en CLSC.

Fondamentalement, cet essai vise à démontrer comment le psychodrame correspondrait à une approche thérapeutique efficace pour l'enfant aux prises avec un problème de santé mentale. De plus, cet essai vise également à présenter un dossier étoffé à mes supérieurs en vue de les informer des différents aspects à la mise sur pied d'un programme de psychodrame dans mon milieu de travail. Ce deuxième objectif explique l'importance que nous avons accordée à une présentation plus systématique.

## **Chapitre I**

Contexte d'application : l'équipe SMJ du CSSS Champlain et la clientèle visée

## **Fonctionnement de l'équipe SMJ**

L'équipe SMJ du CSSS Champlain est une équipe multidisciplinaire où psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs et un omnipraticien, appuyés par un agent de liaison et un coordonnateur clinique, collaborent afin d'offrir des services aux jeunes aux prises avec un trouble de santé mentale. Une demande de services pour l'équipe SMJ est justifiée lorsque des motifs de référence supposent un risque d'atteinte à la santé mentale d'un enfant ou d'un adolescent. En amont de la prise en charge par l'équipe SMJ, le dépistage d'un éventuel trouble de santé mentale est effectué par les intervenants qui réfèrent au guichet unique de la 1<sup>re</sup> ligne. En général, les références proviennent de milieux externes : écoles, centres jeunesse, médecins, organismes communautaires, urgences et cliniques privées, ou des services internes du CSSS Champlain : service d'Accueil-Évaluation sommaire-Orientation (A-E-O), équipe Crise-Ado-Famille-Enfant (CAFE), équipe Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) et services psychosociaux courants.

En premier lieu, l'équipe SMJ procède à une évaluation clinique et ensuite, en fonction des impressions cliniques posées, oriente le client vers le niveau d'intervention requis. Le cadre de partage des problématiques santé mentale jeunes, FEJ, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne guide l'orientation ultime du client en fonction des résultats de l'évaluation clinique réalisée par l'équipe SMJ. Les composantes du cadre de partage seront

explicitées plus loin. Néanmoins, ici, il importe de comprendre que ce dernier permet la détermination du niveau de services requis. En général, il veut s'assurer de la répartition de la clientèle 0-17 ans aux prises avec un problème de santé mentale desservie par le système du guichet unique de la 1<sup>re</sup> ligne en CSSS.

Le processus d'évaluation, au sein de l'équipe SMJ, est prioritairement conduit par le psychologue, car la nature de l'évaluation clinique est avant tout psychologique, c'est-à-dire qu'en fonction de sa compétence spécifique et exclusive pour l'évaluation des troubles mentaux, tel que défini par le projet de loi 21 (adopté en 2009) visant la modernisation du système professionnel en santé mentale, le psychologue est le principal professionnel désigné comme agent décideur du niveau d'intervention requis entre la 1<sup>re</sup> ligne et la pédopsychiatrie. Concrètement, l'objectif de l'évaluation en SMJ est d'identifier le type et l'intensité du trouble de santé mentale ainsi que le niveau de dysfonctionnement présenté par le jeune référé. Éventuellement, le psychologue peut s'adjoindre, en co-évaluation, les services du travailleur social, du psychoéducateur ou de l'omnipraticien si une dimension familiale, psychoéducative ou médicale s'avère pertinente à la compréhension clinique de la problématique de santé mentale rencontrée.

En moyenne, le processus d'évaluation s'échelonne sur 11 heures : 6 heures d'entrevues cliniques et 5 heures de préparation, rédaction et contacts téléphoniques/liaisons. Lors du bilan d'évaluation, les impressions cliniques et recommandations/orientations sont communiquées au jeune, ses parents et, le cas

échéant, aux intervenants impliqués auprès du jeune (ex. : travailleur social de la DPJ). Les conclusions de l'évaluation, articulées aux critères du cadre de partage des problématiques en santé mentale jeunesse, assignent le client aux services de traitement de la 1<sup>re</sup> ligne, c'est-à-dire l'équipe SMJ ou équipes psychosociales (ex. : FEJ), ou aux services de la 2<sup>e</sup> ligne, soit la pédopsychiatrie. De plus, les orientations suggérées peuvent également concerner des services externes : organismes communautaires, Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle, Centre Montérégien de Réadaptation ou services scolaires (orthophonie, orthopédagogie, etc.). En ce qui concerne les services de traitement propres à l'équipe SMJ différentes modalités sont possibles : suivi psychologique individuel, familial ou psychoéducatif. À l'heure actuelle, aucune intervention de groupe n'est offerte au sein de l'équipe SMJ. Un client traité par l'équipe SMJ bénéficie initialement de 12 rencontres et la durée du traitement peut être prolongée au besoin.

### **Définitions de la santé mentale et des troubles de santé mentale**

La santé mentale ne se laisse pas facilement cerner. Elle est réfractaire à toute tentative d'encadrement, car elle a une portée transversale : elle touche à toutes les dimensions de la santé et du bien-être. Les notions complexes de santé mentale et de trouble mental sont au cœur du travail de l'équipe SMJ, il importe donc de les définir. Le programme « Grandir en santé mentale en Montérégie » définit ces notions comme suit :

La *santé mentale* est l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné qui s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. (p.13).

Le *trouble de santé mentale* est une maladie accompagnée de manifestations psychologiques ou comportementales qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu... il émerge à un point d'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. (p.13).

Toujours selon le programme « Grandir en santé mentale en Montérégie », le terme général « problèmes de santé mentale » est employé pour rendre compte de « l'ensemble des problèmes qui résultent d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement » (p.14). Ce terme a une utilité pratique, car il permet de traduire une réalité clinique qui cerne des impacts au plan de la santé mentale sans toutefois rencontrer les critères diagnostiques établis d'un trouble mental, tel que défini par les principales classifications nosographiques reconnues dans le domaine de la psychopathologie/psychiatrie : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) et Classification internationale des maladies (CIM-10). Dans la pratique en 1<sup>re</sup> ligne, cette situation est courante et le cadre de partage des problématiques santé mentale jeunes, FEJ, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne vise à clarifier celle-ci. Ce cadre sera explicité plus loin. Mais tout d'abord, qu'en est-il de la santé mentale et du trouble de santé mentale

chez l'enfant? Pour répondre à cette question, il importe de réviser les notions relatives au développement normal et pathologique chez l'enfant.

### **Développement normal et psychopathologie infantile**

La compréhension d'un trouble de santé mentale chez l'enfant ou l'adolescent se rapporte au vaste domaine de la psychopathologie infantile. Lors de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la psychopathologie de l'enfant s'est constituée à partir d'une pratique clinique empirique. D'un côté, une branche issue du courant de l'éducation, les enfants dits « inéducables » (enfants handicapés), et de l'autre, une branche issue de la psychopathologie de l'adulte où l'on tâchait de retrouver chez l'enfant les tableaux nosographiques connus chez l'adulte (Marcelli, 2009). Par la suite, une réflexion sur cette pratique a conduit les professionnels de la psychopathologie infantile à user de sources théoriques diverses. En effet, depuis les années 50, une multitude de référents théoriques sont appliqués à la psychopathologie infantile ce qui débouche sur une mosaïque conceptuelle dont le néophyte peut parfois perdre le fil. Ainsi, aux apports théoriques traditionnels de la psychanalyse et de la psychologie de l'apprentissage sont venues s'ajouter, entre autres, les théories de l'épistémologie génétique, les théories éthologiques, les théories systémiques et de la communication, enfin les connaissances nouvelles en épidémiologie, en neuro-anatomie et en neurophysiologie (Marcelli, 2009). Néanmoins, une question commune à ces courants théoriques de pensée demeure : comment différencier le normal du pathologique dans le développement de l'enfant?

**Développement normal de l'enfant.** Afin d'appréhender la compréhension et le traitement des principaux troubles mentaux survenant dans l'enfance et l'adolescence, il faut rendre compte du développement normal à ces âges de la vie. Cette perspective est essentielle, car la caractéristique majeure de la psychopathologie infantile est justement sa mouvance, sa plasticité. Les jeunes sont des êtres en développement qui traversent différents conflits et crises qui sont partie intégrante de leur processus de maturation. Ces crises, nécessaires à leur croissance, peuvent donner lieu à des manifestations qu'il ne faut pas confondre avec des symptômes de pathologies. D'ailleurs, la différence entre normalité et trouble n'est pas toujours évidente, particulièrement dans le cas de troubles mineurs ou, en d'autres mots, dans le cas de problèmes de santé mentale sans atteinte morbide franche.

La compréhension du développement de l'enfant s'appuie sur des principes bien établis à ce jour. Premièrement, il est bien connu que le développement, tant affectif que cognitif, dépend d'emblée de plusieurs facteurs étroitement intriqués et s'influençant réciproquement : facteurs génétiques, facteurs liés au bon fonctionnement du système nerveux et facteurs dépendant de l'environnement. Deuxièmement, il est reconnu que le développement se fait par étapes, par bonds successifs; on parle de séquences, de périodes critiques, de phases, de stades. À chaque phase d'organisation correspondent des modifications dans différents domaines : motricité, comportement, affects, relations, intelligence, image de soi, etc. Ces stades ne sont pas fixes dans le temps, mais peuvent survenir plus ou moins tôt et selon des interactions entre les différents domaines du

développement. Troisièmement, les notions de continuité et de discontinuité sont souvent débattues. Un trouble est-il simplement l'exagération d'une tendance (continuité) ou bien est-il fondamentalement d'une autre nature (discontinuité)? La question peut se poser par exemple pour certains troubles qui n'apparaîtront que tard dans la vie et qui sont déterminés par des facteurs génétiques. Dans ces cas, l'intrication des facteurs génétiques et environnementaux aura contribué à ce changement tardif qui correspond sans doute quand même à une certaine continuité. Enfin, le développement du bébé dépendra dès la vie fœtale d'une série d'autres facteurs. Les désirs, les attentes, les représentations qui existent chez les parents modèlent le futur enfant, qui est imaginé avant même qu'il n'ait une existence propre.

Comme la psychopathologie infantile tend de plus en plus à s'inscrire dans une perspective de prévention, il devient primordial de connaître les bases d'un développement normal afin de posséder une connaissance plus claire des mécanismes qui interviennent, en premier lieu, dans le développement normal, et en deuxième lieu, qui servent de cadre de référence pour le choix d'une intervention thérapeutique ou préventive. Aujourd'hui, la littérature scientifique (Bowlby, 1969; Ainsworth et coll., 1978; Schore, 2008) démontre que ces bases équivalent aux premières relations humaines qui forgent l'attachement et le développement neurobiologique. D'ailleurs, un attachement sain, profond et stable serait le meilleur facteur de protection qui puisse soutenir l'épanouissement et assurer la bonne santé mentale de l'enfant. Il faut donc insister sur l'importance du concept d'attachement en clinique. De plus, même si le

développement du cerveau de l'enfant se fait d'abord à partir de son héritage génétique, de nombreux travaux menés au cours des quinze dernières années ont nuancé le rôle des facteurs génétiques dans le développement en général, et en particulier dans celui de l'intelligence et de la vie affective. Ces travaux ont contribué à transformer la vieille opposition entre les aspects biologiques et psychiques. La psychologie moderne est à la fois biologique et relationnelle, c'est-à-dire que les traces mnésiques des événements vécus à travers les relations avec les autres s'inscriraient dans l'organisme comme dans le psychisme.

Ensuite, vient la succession des âges de l'enfance avec les caractéristiques de chaque étape, les correspondances et les étayages de différentes dimensions du développement. La littérature sur le développement de l'enfant, en tête de file celle ayant trait à l'approche psychodynamique, montre que ce développement global est progressif et qu'il peut se diviser ainsi : de la naissance à un an, la deuxième année, la troisième année, l'âge préscolaire (de 3 à 5 ans), la phase de latence ou scolaire (de 6 à 12 ans) et l'adolescence (à partir de 13 ans). Les dimensions relatives au développement de la motricité, du langage et de la communication, des relations personnelles et sociales ainsi que de l'intelligence et de l'affectivité, sont multiples et leur développement s'étaye sur plusieurs expériences et tâches développementales. Par souci d'économie, nous ne résumerons que les grandes lignes de ces développements pour chacune des étapes nommées précédemment.

De la naissance à un an (stade oral), la qualité des interactions mère-enfant sert d'organisateur des premières expériences qui alimentent le sentiment de sécurité de base de l'enfant. L'émergence du processus d'attachement favorise le développement de la relation intersubjective ainsi que la maturation des habiletés sociales, cognitives et de la régulation affective (Schore, 2008). La vie émotionnelle du bébé est marquée par la relation duelle et par l'angoisse de séparation et de l'étranger. C'est évidemment aussi une période de fragilité et de grande sensibilité à tous les facteurs qui interviennent dans l'organisation de nouveaux équilibres.

La deuxième année de la vie de l'enfant est grandement influencée par la conquête d'une certaine autonomie grâce à l'acquisition de la marche et du langage à travers le développement de l'intelligence sensori-motrice (Piaget, 1962). Avec l'apparition progressive du langage et du jeu symbolique vient l'accès à la capacité de représentation. L'enfant commence à distinguer plus clairement le moi et le non-moi et peut élaborer et différencier ses expériences et les états affectifs qui les accompagnent de manière de plus en plus complexe. Le sentiment d'identité et la conscience du corps commencent à se construire à cette époque de la vie à travers l'apprentissage de la propreté.

Pendant la troisième année (stade anal), beaucoup de tâches entreprises se poursuivent et se nuancent. Dans le prolongement de l'acquisition de la propreté, le besoin de contrôle et d'autonomie de l'enfant est évident dans tous les domaines : sur ce

qu'il mange, porte, fait et avec qui il le fait. Dans tout ce mouvement de découverte et d'affirmation de soi l'enfant a trouvé la capacité de s'opposer et de dire non, reflets des refus et interdictions reçus des parents. Bien qu'il éprouve des émotions désagréables devant ces interdits, ceux-ci sont perçus et intégrés comme supportables s'ils sont imposés dans une atmosphère aimante et forment la capacité à tolérer la frustration. Le début du processus de séparation-individuation peut aussi rendre compte du besoin d'autonomie et de contrôle. Via la phase préopératoire du développement cognitif, l'enfant accède davantage à l'intelligence représentative et à la fonction symbolique; son jeu symbolique est accompagné d'un discours où l'enfant fait des phrases simples avec sujet, verbe et complément.

De trois à cinq ans (stade phallique et œdipien), lors de la période préscolaire, de grands changements et plusieurs expérimentations dans tous les domaines, sur les plans cognitif, affectif, social et physique, s'observent. Étayé par le travail psychique inhérent à la phase œdipienne, expérience des sentiments de rivalité et de compétition ainsi que du processus identificatoire, l'enfant passe des relations duelles aux relations triangulaires. L'évolution du processus de séparation-individuation débouche sur la consolidation de l'individualité. À la garderie ou à la maternelle, l'enfant agit et interagit avec un plus grand souci de l'échange social. Les notions de partage et de coopération dans le jeu commencent à apparaître, même si le jeu parallèle est encore fréquent. À cet âge, l'enfant est capable non seulement de mieux comprendre ses propres émotions mais aussi celles des autres. La « théorie de l'esprit » illustre cette capacité qui rendrait

compte de la capacité d'empathie nécessaire aux échanges interpersonnels (Wellman, 1992).

De 6 à 12 ans, le développement du cerveau se ralentit, car cet organe atteint 90 % de son poids définitif à l'âge de 7 ans, la plasticité synaptique extraordinaire de la petite enfance a beaucoup diminué (Marcelli, 2009). La régulation verbale du comportement accompagne la maturation du langage et en particulier du langage intérieur. Piaget (1962) considère que ce stade est caractérisé par des opérations mentales concrètes avec décentration, l'enfant a accès à des opérations réversibles, par exemple : la conservation de la substance. L'enfant est maintenant moins soumis à ses perceptions immédiates. L'investissement du monde de l'école est très caractéristique de cette période. L'enfant est d'une part fasciné par la connaissance et, d'autre part, il s'intègre dans l'organisation sociale de l'école, dans le groupe de pairs, avec la présence d'adultes qui indiquent des règles et des limites. Le sens de ce qui est juste et injuste, c'est-à-dire le sens moral, et le sens de la coopération vont de pair avec le développement des capacités de raisonnement et une conscience de soi plus aiguë. Les différences suivant le sexe peuvent être très nettes : filles et garçons choisissent des activités et des jeux différents. L'enfant d'âge scolaire se réfère encore beaucoup au milieu familial tout en prenant une certaine distance; il a un sens plus marqué de son autonomie.

Finalement, à l'adolescence, la puberté transforme le corps de l'enfant en un corps d'adulte dans lequel s'inscrit physiquement le rôle sexuel de femme ou d'homme. Dans

la quête de son identité, l'adolescent acquiert une vision de soi claire et cohérente; il prend ses distances par rapport à sa famille; il apprend à gérer de façon autonome ses relations avec les pairs et se prépare à une future relation conjugale; il se définit une identité sociale viable harmonisant ses caractéristiques personnelles et un rôle social acceptable.

À la lumière de ces repères du développement normal, il ressort que l'enfant n'est pas un adulte en miniature. Il est un être en développement tant physique que psychologique, et même si son évolution est un processus qui ne se déroule pas sans heurts, mais avance par bonds successifs, tout symptôme psychopathologique infantile doit être resitué dans cette perspective maturative.

**Psychopathologie infantile.** Démystifier les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, c'est supprimer les mythes et les croyances erronés qui s'y rattachent et les situer dans une perspective juste et contemporaine. Un premier mythe est lié à la croyance selon laquelle les troubles mentaux des jeunes s'expliquent par des difficultés développementales transitoires ou des stress environnementaux. Dès les années 70 des efforts importants de définition, de classification et la mise sur pied d'études longitudinales de grande envergure ont permis d'équilibrer spéculations théoriques et recherches systématiques. Les résultats des études longitudinales publiées et ceux des travaux épidémiologiques démontrent très clairement l'envergure et la stabilité des

troubles psychopathologiques de l'enfance et de l'adolescence (Bénomy, & Dumas, 2008).

Il est vrai qu'une grande majorité des symptômes qui définissent les troubles psychopathologiques les plus fréquents de l'enfance et de l'adolescence disparaissent lorsqu'ils sont évalués de manière ponctuelle à un stade particulier de développement. Ainsi, par exemple, les symptômes caractéristiques des difficultés de langage, des crises d'opposition et de provocation, ou des angoisses d'un enfant de 5 ans évoluent rapidement, de sorte qu'il est rare d'observer les mêmes symptômes deux ou trois ans plus tard. Les données longitudinales montrent cependant que, si cette disparition des symptômes est réelle, elle est largement illusoire. En effet, à l'exception de quelques troubles (p.ex. : l'énurésie), les psychopathologies qui atteignent les enfants et les adolescents sont généralement stables et souvent plus ou moins chroniques. C'est le cas, non pas parce qu'il y a homogénéité de symptômes d'un stade de développement à l'autre, mais parce que ces symptômes évoluent et qu'ils tracent dans le temps une trajectoire développementale plus ou moins typique de chaque trouble qui distingue l'enfant atteint de ses camarades sans difficulté particulière. Ainsi, les études de suivi disponibles aujourd'hui montrent que la plupart des troubles qui débutent pendant l'enfance ont des répercussions souvent majeures et prolongées sur le fonctionnement affectif, cognitif et social de l'enfant, ainsi qu'un impact négatif sur ses relations familiales, sociales et professionnelles, qui peuvent persister tout au long de l'adolescence et parfois jusqu'à l'âge adulte (Bénomy, & Dumas, 2008).

Un deuxième mythe est lié à la croyance selon laquelle une seule cause explique la présence d'un trouble mental chez un jeune. Il est maintenant reconnu que les causes ainsi que les facteurs de risque et de protection des troubles mentaux des jeunes sont multiples et que le réseau des causes et des conséquences est complexe. Le paradigme probabiliste a remplacé le paradigme mécaniste issu du XIX<sup>e</sup> siècle qui prônait la causalité linéaire en psychopathologie (Bénomy, & Dumas, 2008). Le paradigme probabiliste suggère plutôt que les causes et facteurs associés à un trouble mental sont multiples.

Le modèle probabiliste a donné naissance au modèle multidimensionnel biopsychosocial : le trouble mental est fonction des interactions entre les dimensions biologique, psychologique et sociale. L'approche transactionnelle du développement normal et pathologique des enfants est aussi issue du paradigme probabiliste. Elle conçoit les transactions multiples qui prennent place entre l'environnement, le parent et l'enfant comme des interactions dynamiques et réciproques qui contribuent aux trajectoires développementales (Marcelli, 2009). Les concepts de risque et de protection en santé mentale ont été élaborés dans le cadre de cette approche. Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'un trouble mental se produise et les facteurs de protection réduisent cette probabilité. Le trouble mental se manifeste dans la mesure où les facteurs de risque excèdent les facteurs de protection. L'épidémiologie a permis d'isoler des facteurs de risque psychopathologique et des facteurs de protection chez l'enfant qui

sont divisés selon les caractéristiques de celui-ci, de celles de la famille et de celles du milieu socioéconomique (Valla et coll., 1996). Ils sont colligés dans le tableau 1.

Tableau 1

*Principaux facteurs de risque et de protection chez l'enfant*

<b>Facteurs individuels</b>	
<i>Risque</i>	<i>Protection</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants prématurés, nés avec une malformation ou complications à la naissance</li> <li>- Enfants atteints d'une maladie physique chronique ou d'un handicap</li> <li>- Enfants qui ont été placés ou séparés de leurs proches</li> <li>- Enfants maltraités</li> <li>- Enfants de sexe masculin</li> <li>- Enfants avec un tempérament difficile</li> <li>- Enfants avec un retard scolaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfant avec un quotient intellectuel élevé</li> <li>- Enfant avec un tempérament facile</li> <li>- Enfant avec une bonne estime de soi</li> <li>- Enfant avec une relation gratifiante avec au moins un des deux parents</li> </ul>
<b>Facteurs familiaux</b>	
<i>Risque</i>	<i>Protection</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Famille monoparentale</li> <li>- Troubles mentaux des parents</li> <li>- Dysfonctionnement familial</li> <li>- Évènements de vie stressants ou traumatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohésion et harmonie familiale</li> </ul>
<b>Facteurs socioéconomiques</b>	
<i>Risque</i>	<i>Protection</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conditions socioéconomiques défavorisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonnes conditions socio-économiques</li> <li>- Réseau de soutien adéquat</li> <li>- Accessibilité aux services de santé</li> </ul>

Le domaine des interventions précoces, visant à contrer ces facteurs de risque vécus par les jeunes enfants et à prévenir l'impact qu'ils auraient sur leur évolution, a connu un essor important au cours des deux dernières décennies.

### **Classification nosographique**

Afin de circonscrire, avec le plus de justesse et de fidélité possible, les troubles mentaux pouvant toucher les enfants et les adolescents, les professionnels de la santé mentale en Amérique du Nord utilisent généralement le DSM-IV-TR. On peut, bien sûr, critiquer certains travers épistémologiques ou mêmes éthiques caractérisant ce type de classification. Il n'en demeure pas moins que le DSM représente une tentative valable pour mieux comprendre la réalité des désordres psychiques, en les décrivant de façon détaillée avec des critères diagnostiques et en les ordonnant. De plus, il découle directement de la complexité des facteurs pertinents en psychopathologie infantile rappelée plus haut. Le modèle biopsychosocial et la perspective développementale-transactionnelle sont traduits par l'approche multiaxiale inhérente au DSM. L'avantage de cette approche multiaxiale est de permettre d'aborder un enfant sous plusieurs angles, dans sa diversité, et, potentiellement, dans une tentative de distinguer les principales variables pertinentes pour lui. Ainsi, on peut distinguer l'axe clinique, l'axe des potentialités cognitives et de la structure de la personnalité, l'axe des maladies organiques, l'axe des événements de vie et des aspects psychosociaux, l'axe du fonctionnement global et l'axe pronostique.

Malgré les critères diagnostiques du DSM, qui se veulent mutuellement exclusifs afin de favoriser l'établissement d'un diagnostic différentiel, la réalité clinique est souvent toute autre. Rares sont les enfants qui présentent uniquement les symptômes d'un trouble particulier; des tableaux cliniques avec troubles associés sont fréquents en

psychopathologie infantile et peuvent être inclus dans l'évaluation multiaxiale. Par ailleurs, de par sa conception même, le DSM a tendance à mettre en avant la partie la plus visible du comportement au détriment des aspects plus structurels ou dynamiques, par exemple : organisation de la personnalité, dynamique individuelle et familiale, etc. De ce fait, le modèle descriptif du DSM semble plus limité face aux cas particuliers auquel le clinicien est confronté et face à son souci de dégager une compréhension clinique plus verticale du trouble mental présenté. Le clinicien, une fois le trouble mental délimité par le modèle descriptif, utilise de façon préférentielle les autres modèles qui lui paraissent les plus pertinents pour sa compréhension et le choix de ses interventions thérapeutiques : le modèle lésionnel (lésion organique et facteurs de risque somatiques), ontogénique-développemental (notions de maturité/immatunité et d'harmonie/dysharmonie), structurel-analytique-dynamique (organisation fantasmatique et mécanismes de défenses), et/ou le modèle environnemental (structure familiale, facteurs de risque environnementaux) (Marcelli, 2009). Les tableaux cliniques décrits par la nosographie actuelle doivent aussi être compris à la lumière de ces modèles qui leur donnent un sens.

En bref, un tel inventaire des symptômes et de leurs troubles par défaut ou par excès est à première vue satisfaisant, car il rend compte de manière pertinente et précise de la réalité observable. Cependant, il ne s'appuie pas sur une vision d'ensemble de la psychopathologie infantile, ce qui en limite sa portée. Quelque soit le niveau de précision atteint, il est fort malaisé, voire impossible dans la pratique, de ranger une

réalité clinique singulière dans une seule catégorie. La psychopathologie de l'enfant, encore plus que celle de l'adulte, est une nébuleuse dont l'opacité et l'extension nécessitent des approches croisées ou éclectiques pour ne pas laisser dans l'ombre certains aspects du trouble dont on ne sait pas forcément au départ, lors de l'évaluation, s'ils ne sont que secondaires ou accessoires.

### **Cadre de partage des problématiques SMJ, FEJ, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne**

Comme nous l'avons laissé entendre plus haut, actuellement, l'évaluation conduite par l'équipe SMJ en 1<sup>re</sup> ligne est encadrée par le *Cadre de partage des problématiques cliniques santé mentale jeunes, FEJ, 1<sup>re</sup> ligne et 2<sup>e</sup> ligne*. Ce cadre est officieux, c'est-à-dire qu'il est en cours d'amélioration et d'application. L'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie a soumis, en décembre 2008, un document de travail aux équipes SMJ afin de clarifier les indicateurs à considérer, lors d'une évaluation en SMJ réalisée en 1<sup>re</sup> ligne. Le Cadre de partage proposé présente une grille d'évaluation de la demande, selon le niveau de services requis, qui trace un portrait général des problématiques qui risquent d'être traitées par l'ensemble des professionnels de santé mental dans le réseau public. Trois facteurs, qui influencent le niveau de services requis, ont été intégrés à la grille d'orientation afin de tenir compte, lors de l'évaluation, d'une vision multidimensionnelle de la problématique en vue de diriger la demande vers le service approprié (services psychosociaux généraux, programmes spécifiques jeunes en difficulté ou santé mentale jeunesse issus du programme psychosocial Famille-Enfance-Jeunesse, autres programmes de services du CSSS ou pédopsychiatrie).

Ainsi, ce cadre de partage s'inspire grandement du modèle biopsychosocial et de l'approche multiaxiale du système de classification nosographique retrouvé dans le DSM-IV-TR. La demande de services en santé mentale sera évaluée en fonction de 3 facteurs prépondérants soit le degré d'intensité des symptômes, le niveau de fonctionnement du jeune ainsi que le degré d'intensité des facteurs environnementaux, de stress ou psychosociaux. De plus, pour finaliser l'évaluation, la dynamique entre les facteurs identifiés est considérée, tel qu'il l'est requis selon l'approche bio-psycho-sociale. Cette évaluation clinique (et non psychométrique) épouse la logique des critères diagnostiques et axes cliniques du DSM-IV-TR. En fin de compte, l'évaluation SMJ basée sur le cadre de partage permet de déterminer la sévérité et la complexité de la problématique de santé mentale présentée, autrement dit la lourdeur de la problématique selon la quantité, l'intensité (fréquence et durée) et l'interaction des symptômes et facteurs, ainsi que selon la présence d'une dangerosité ou de comorbidités. Elle permet d'identifier les expertises complémentaires ou spécialisées à mettre à contribution dans le cadre d'une approche globale de soins. Rigoureusement, le modèle indicateur du niveau de services requis, incluant les trois facteurs déterminants nommés précédemment, se définit ainsi :

Tableau 2

*Modèle indicateur du niveau de services requis*

<b>Niveaux de services</b>		
<i>Autres équipes CSSS (ex. : FEJ 1<sup>re</sup> ligne)</i>	<i>Équipe SMJ (1<sup>re</sup> ligne)</i>	<i>Pédopsychiatrie (2<sup>e</sup> ligne)</i>
<b>Manifestations symptomatiques</b>		
<i>Légères et/ou ponctuelles</i>	<i>Modérées</i>	<i>Sévères et/ou persistantes</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeune présente peu de symptômes qui sont apparus récemment et qui sont proportionnels aux facteurs de stress qui les ont causés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeune présente plusieurs symptômes qui durent depuis un certains temps.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeune présente un nombre élevé de symptômes qui se maintiennent malgré tentatives antérieures de suivi. Présence de comorbidité ou de danger pour l'intégrité physique ou mentale.</li> </ul>
<b>Niveau de dysfonctionnement (selon l'échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement 1-80 du DSM-IV)</b>		
<i>Léger (71-80)</i>	<i>Moyen à important (41-70)</i>	<i>Sévère (1-40)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altération mineure des activités scolaires, relations sociales et temps de loisir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altération moyenne du fonctionnement scolaire et social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altération sévère, incapacité à fonctionner dans différentes sphères de vie.</li> </ul>
<b>Facteurs environnementaux, de stress ou psychosociaux</b>		
<i>Légers</i>	<i>Moyens et/ou multiples</i>	<i>Sévères et/ou multiples</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer la quantité et l'intensité des facteurs environnementaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie physique</li> <li>- Deuil</li> <li>- Déménagement</li> <li>- Rupture amoureuse, perte d'un ami</li> <li>- Échec scolaire</li> <li>- Séparation des parents, instabilité familiale,</li> <li>- Abandon ou négligence parentale, abus sexuel, violence physique, verbale ou psychologique,</li> <li>- Placement en famille d'accueil, foyer de groupe ou centre de réadaptation</li> <li>- Contexte socioéconomique défavorisé,</li> <li>- Problème de santé mentale chez les parents</li> </ul> </li> </ul>		

En considérant la sévérité ou la complexité de ces facteurs, il est possible de classer les problématiques de santé mentale jeunesse. Celles-ci sont spécifiées dans le tableau 3.

Tableau 3

*Problématiques santé mentale jeunesse*

<b>Problématiques</b>		
<i>Problèmes de santé mentale</i>	<i>Troubles mentaux modérés ou stabilisés</i>	<i>Troubles mentaux sévères, non stabilisés ou avec comorbidité</i>
• Difficultés d'adaptation	• Troubles de l'adaptation	• Troubles de l'adaptation
• Symptômes anxieux	• Troubles anxieux	• Troubles anxieux
• Symptômes dépressifs	• Troubles de l'humeur	• Troubles de l'humeur
	• Troubles psychotiques	• Troubles psychotiques
• Problèmes d'attention avec ou sans hyperactivité-impulsivité	• Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité-impulsivité	• Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité-impulsivité
• Problèmes alimentaires	• Troubles alimentaires	• Troubles alimentaires
• Symptômes psychosomatiques	• Troubles somatoformes	• Troubles somatoformes
• Problèmes de comportements	• Cpts perturbateurs : trouble oppositionnel avec ou sans provocation	• Trouble oppositionnel avec ou sans provocation
	• Cpts perturbateurs : trouble des conduites	• Trouble des conduites
• Problèmes relationnels	• Troubles de la personnalité en émergence	• Troubles de la personnalité
• Problèmes psychosexuels	• Troubles psychosexuels	• Troubles psychosexuels
• Problèmes physiologiques	• Troubles du contrôle des sphincters	• Troubles du contrôle des sphincters
• Deuil	• Deuil complexe	• Deuil pathologique
• Problématique suicidaire/automutilation	• Problématique suicidaire/automutilation avec persistance des risques	• Problématique suicidaire/automutilation avec persistance des risques
	• Syndrome de Gilles de la Tourette et tics transitoires	• Syndrome de Gilles de la Tourette

Toutefois, des particularités et des flous perdurent quant à la classification de certains troubles qui ne sont pas répertoriés dans ce tableau, mais qui sont cependant suspectés suite à un dépistage de l'équipe SMJ. Il s'agit des troubles de l'attachement et

des troubles neurodéveloppementaux : troubles envahissants du développement ou retards de développement (langage, sensori-moteur, intellectuel), troubles de la communication et troubles d'apprentissages. Pour fins de diagnostic, les troubles envahissants du développement ou retards de développement sont évalués en pédopsychiatrie ou dans les cliniques de développement qui possèdent une équipe multidisciplinaire associée à un pédiatre spécialisé en développement : clinique de développement de l'Hôpital Charles Lemoyne et clinique des troubles complexes du développement de la Montérégie. Les troubles de la communication, des apprentissages et les retards mentaux sont évalués par les professionnels en milieu scolaire (orthophoniste, orthopédagogue et psychologue) lorsque leur dépistage n'a pas été effectué par des cliniques de développement pendant la période préscolaire de l'enfant. Les suivis pour les clientèles avec un diagnostic TED ou de retards de développement sont pris en charge par le Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle et l'équipe spécifique DI-TED du CSSS Champlain. Les suivis pour troubles de la communication, de la motricité et d'apprentissages sont assurés par les services scolaires et le Centre Montérégien de Réadaptation.

D'autre part, malgré qu'un tableau clinique comportant des perturbations de l'attachement de légères à sévères chez un enfant (rupture ou instabilité de ses premières relations d'attachement, par exemple enfant abusé, négligé ou placé) soit occasionnellement rencontré dans la pratique clinique en santé mentale jeunesse, les *troubles de l'attachement* ne sont pas clairement répertoriés dans le Cadre de partage. Il

faut savoir que le diagnostic DSM de trouble réactionnel de l'attachement fait l'objet d'énormément de confusion étant donné qu'il a été développé suite à l'observation d'enfants institutionnalisés, qu'il a fait l'objet de peu d'études scientifiques et que ses critères n'ont pas de liens directs avec les travaux issus du domaine de l'attachement. Par ailleurs, parce que ces problèmes d'attachement annoncent des difficultés majeures dans l'adaptation affective et sociale, que seuls des efforts concertés d'intervention peuvent avoir de réelles chances de résoudre, ils se doivent d'être dépistés. O'Connor et Zeanah (2003) suggèrent d'utiliser le terme « comportements de trouble de l'attachement » afin d'éviter la confusion avec le diagnostic DSM lorsque l'on veut évoquer les comportements reflétant une perturbation de l'attachement.

En résumé, le Cadre de partage des problématiques santé mentale jeunesse s'appuie également sur une vision multidimensionnelle et descriptive des facteurs contributifs aux problématiques de santé mentale et qu'entre celles prises en charge par la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne d'intervention, il n'existe que des différences d'intensité et de complexité.

### **Description de la clientèle traitée**

Maintenant, penchons-nous plus spécifiquement sur la clientèle aidée au cours des deux dernières années que l'auteure de l'essai a passées au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain. Le but est de dégager des profils cliniques collés le plus possible sur la réalité et les besoins de la clientèle rencontrée en santé mentale jeunesse, soit au niveau de la 1<sup>re</sup> ligne d'intervention. Les profils identifiés serviront à illustrer, au

chapitre IV, les effets thérapeutiques pouvant être escomptés par l'utilisation du psychodrame de groupe auprès de l'enfant. Avant de procéder à cette description, exposons une façon utile, empirique et conforme au style descriptif de la nosologie actuelle, de cerner les troubles mentaux chez l'enfant.

Il existe plusieurs façons de classer et de différencier les symptômes ou manifestations et une des méthodes consiste à mettre l'accent sur leur mode d'expression selon quatre registres symptomatiques : émotionnel, comportemental, somatique et cognitif (Bénomy, & Dumas, 2008). Le registre émotionnel regroupe les troubles anxieux (ex. : trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie spécifique et sociale, trouble obsessionnel-compulsif et anxiété généralisée ou de séparation) et les troubles de l'humeur ou dits affectifs (ex. : épisode dépressif majeur et trouble dysthymique). Le registre comportemental comprend le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité-impulsivité, le trouble oppositionnel avec ou sans provocation et le trouble des conduites. Le registre somatique regroupe les troubles du contrôle sphinctérien (encoprésie et énurésie), les troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale et boulimie) et les tics (syndrome de Gilles de la Tourette et tics transitoires). Finalement, le registre cognitif comprend les troubles mentaux les plus graves où toutes les catégories des symptômes se révèlent à peu près également : schizophrénie, le trouble bipolaire I et II, les troubles des apprentissages (lecture, calcul ou expression écrite), les troubles de la communication, les troubles envahissants du développement et le retard mental. À ces troubles se rajoutent la nécessaire prise en compte des troubles

d'adaptation ou dits réactionnels qui sont occasionnés principalement par l'environnement immédiat du jeune : problèmes liés à l'environnement familial, scolaire ou socioculturel.

En deux ans, l'auteur a rencontré 80 jeunes âgés entre 0 et 17 ans. La clientèle vue peut se répartir en fonction de cinq tranches d'âge : 0 à 5 ans, 6 à 7 ans, 8 à 12 ans, 13 à 15 ans et 16 à 17 ans. En plus de l'âge, trois autres variables démographiques décrivent la clientèle rencontrée : sexe, langue et origine. Les variables « référents », « problématiques de santé mentale jeunesse » et « orientation » complètent le tableau descriptif de la clientèle rencontrée. L'ensemble de ces variables et données correspondantes sont colligées dans le tableau 4.

Tableau 4

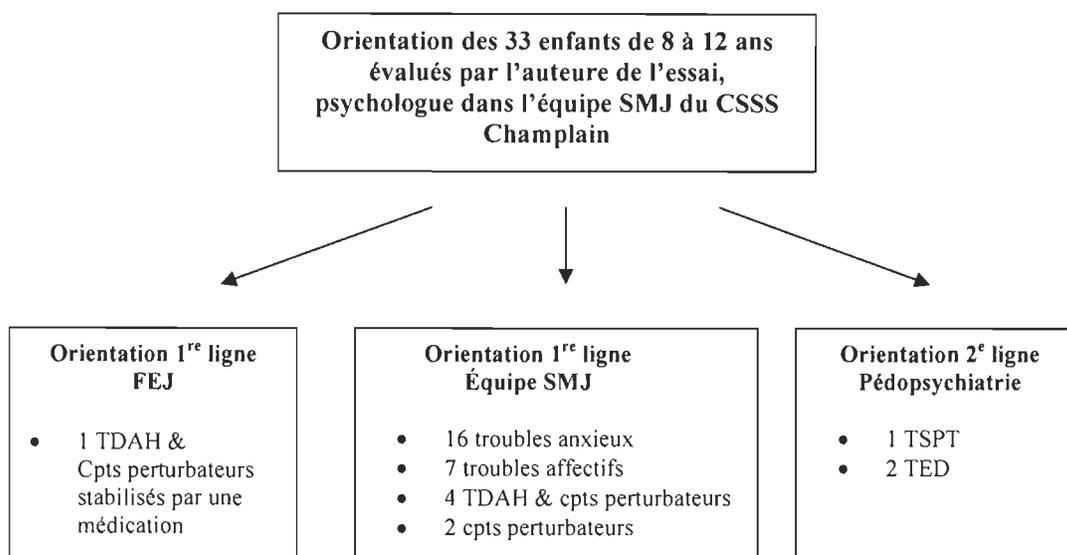
*Données démographiques et cliniques de la clientèle rencontrée au cours des 2 dernières années de travail au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain*

<b>0 à 5 ans</b>					
<i>Sexe</i>	<i>Langue</i>	<i>Origine des parents</i>	<i>Référent</i>	<i>Problématiques</i>	<i>Orientation</i>
7 garçons 2 filles	6 français 3 anglais	7 Québec 1 Roumanie 1 Pérou	6 pédiatre 2 école 1 DPJ	5 TED 3 tr. de la communication 1 Syndrome d'alcoolisme fœtal	6 cliniques de développement 3 pédopsychiatrie
<b>6 à 7 ans</b>					
10 garçons 4 filles	9 français 5 anglais	12 Québec 1 Iran 1 Jamaïque	10 école 4 pédiatre	4 troubles anxieux 1 tr. du contrôle sphinctérien, 2 Comorbidités complexes (cpts perturbateurs et tr. de l'attachement & TDAH sévère et tr. anxieux) 2 TED 3 TDAH 1 tr. de la communication 1 lenteur intellectuelle	5 équipe SMJ 4 pédo. 1 cli. de dév. 3 FEJ 1 <sup>re</sup> ligne 1 CMR
<b>8 à 12 ans</b>					
21 garçons 12 filles	23 français 10 anglais	29 Québec 1 Chine 1 Vietnam 1 Iran 1 Afghanis-tan	19 école 11 parents 2 CSSS (FJD, CAFE) 1 urgence	17 troubles anxieux 7 tr. affectifs s'apparentant à trouble de l'humeur 5 TDAH & cpts perturbateurs 2 cpts perturbateurs (tr. oppositionnel & des conduites) 2 TED	29 équipe SMJ 3 pédo. 1 FEJ 1 <sup>re</sup> ligne
<b>13 à 15 ans</b>					
10 garçons 8 filles	11 français 7 anglais	16 Québec 1 Inde 1 Mexique	7 école 4 DPJ 3 CSSS (FJD, CAFE) 2 parents 1 urgence 1 psychologue privé	3 troubles anxieux 3 troubles d'adaptation 2 tr. affectifs s'apparentant à tr. de l'humeur 2 TDAH et cpts perturbateurs 2 cpts perturbateurs (tr. oppositionnel & des conduites) 2 tr. de personnalité limite en émergence 1 trouble alimentaire 1 trouble de l'attachement 1 lenteur intellectuelle 1 TED	12 équipe SMJ 2 FEJ 1 <sup>re</sup> ligne 2 DPJ 1 école 1 pédo.

*Données démographiques et cliniques de la clientèle rencontrée au cours des 2 dernières années de travail au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain (suite)*

16 à 17 ans					
5 filles 1 garçon	4 anglais 2 français	4 Québec 1 Iran 1 Hongrie	3 école 2 DPJ 1 parents	1 trouble dépressif majeur 1 trouble obsessionnel-compulsif 1 trouble de l'identité sexuelle 1 tr. de personnalité limite en émergence 1 trouble d'adaptation 1 trouble des conduites & TDAH	3 pédo. 2 équipe SMJ 1 FEJ 1 <sup>re</sup> ligne
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>
49 garçons 31 filles	51 français 29 anglais	68 Québec 12 parents immigrants	41 écoles 14 parents 10 pédiatre 7 DPJ 5 CSSS (FJD, CAFE) 2 urgence 1 psycho- logue privé	25 troubles anxieux 10 troubles affectifs 10 TED 8 TDAH & cpts perturbateurs 4 cpts perturbateurs 4 trouble de l'adaptation 4 trouble de la communication 3 TDAH 3 trouble de personnalité limite en émergence 1 tr. du contrôle sphinctérien 2 Comorbidité complexe (cpts perturbateurs et tr. de l'attachement & TDAH sévère et tr. anxieux) 2 lenteur intellectuelle 1 trouble alimentaire 1 trouble de l'attachement 1 trouble de l'identité sexuelle 1 syndrome d'alcoolisme fœtal	48 équipe SMJ 14 pédo. 7 FEJ 1 <sup>re</sup> ligne 7 cli. de dév. 2 DPJ 1 école 1 CMR

Plusieurs informations importantes peuvent être tirées de ces données et supporter la pertinence de mettre en place un groupe de psychodrame au sein des services de traitement de l'équipe SMJ. Tout d'abord, on observe que la majeure partie des enfants évalués se retrouve dans la tranche d'âge 8 à 12 ans : 33 enfants sur 80, dont 29 orientés vers les services thérapeutiques de l'équipe SMJ (voir figure 1). Dans la littérature, cette tranche d'âge correspond à la période dite de latence ou scolaire.



*Figure 1.* Orientations données aux 33 enfants de 8 à 12 ans évalués par l'auteure, psychologue au sein de l'équipe SMJ du CSSS Champlain.

Ensuite, on remarque que les troubles anxieux constituent la majorité des problématiques de santé mentale traitées pendant les deux dernières années travaillées. Ils se répartissent ainsi : 8 cas de trouble d'anxiété de séparation, 5 cas d'anxiété sociale et de performance, 2 cas de phobie spécifique et 1 cas de trouble de stress post-traumatique résiduel. Suivent les troubles affectifs au nombre de 7 cas traités : 4 cas de symptômes dépressifs et verbalisations suicidaires et 3 cas d'irritabilité et agressivité avec humeur dysphorique. Les troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité en comorbidité avec des comportements perturbateurs sont au total de 4 : 2 cas de TDAH et trouble oppositionnel avec provocation et 2 cas de TDAH, trouble oppositionnel avec provocation et trouble de la conduite. Finalement, 2 cas de trouble oppositionnel avec provocation simples. Les manifestations présentées par les 29 enfants ayant reçu des services thérapeutiques correspondent aux registres émotionnel et

comportemental décrits précédemment. Une autre façon de les caractériser est de parler de troubles intériorisés et de troubles extériorisés. Selon Achenbach et McConaughy (1997), les manifestations d'intériorisation comprennent les symptômes d'anxiété, de dépression, les plaintes somatiques et le retrait tandis que les manifestations d'extériorisation font référence aux comportements perturbateurs tels l'hostilité, l'inattention et l'hyperactivité ainsi qu'aux comportements oppositionnels et provocateurs, ouvertement agressifs, défiants et délinquants. Les problèmes intériorisés se caractérisent par une dynamique dans laquelle l'enfant exerce trop de contrôle sur lui-même, et a contrario, les problèmes extériorisés correspondent à une dynamique où l'enfant a peu de contrôle sur lui-même. Face aux stress provoqués par les défis et les difficultés, les filles auraient tendance à réagir de façon intériorisée, tandis qu'au contraire les garçons ont tendance à réagir de façon extériorisée.

La description clinique de ces 29 enfants est plus complète si l'on explicite également les facteurs environnementaux contributifs et impacts/conséquences relatifs des troubles de santé mentale présentés par ceux-ci. Les facteurs environnementaux concernent la plupart du temps ces stress psychosociaux : la séparation des parents, la monoparentalité, un trouble de santé mentale chez un parent, une problématique migratoire ou intergénérationnelle, un dysfonctionnement familial (manque de structure ou rigidité des pratiques éducatives, conflits relationnels incessants, secrets, instabilité, etc.), un deuil non-résolu, l'intimidation, la violence familiale ou un contexte socioéconomique défavorisé. Les impacts des troubles de santé mentale chez les enfants

traités sont visibles au niveau de l'adaptation personnelle et sociale de ces derniers, et ce, au plan scolaire (difficultés d'apprentissage et retards scolaires), social (isolement et conflits avec pairs), familial (conflits relationnels et problèmes de communication) et personnel (faible estime de soi et mauvaise gestion des émotions).

Le psychodrame de groupe pourrait-il soulager ces enfants qui souffrent de troubles intériorisés (ex. : troubles anxieux et de l'humeur) et extériorisés (ex. : TDAH et comportements perturbateurs) et qui tentent de poursuivre leur développement normal malgré leur souffrance? Au chapitre IV, nous tâcherons de répondre à cette question en démontrant comment le psychodrame de groupe peut aider l'enfant au plan clinique. Auparavant, intéressons-nous, au chapitre II, à définir et à décrire ce qu'est l'approche psychodramatique de groupe (théorie et pratique) et au chapitre III, son application auprès de l'enfant âgé entre 8 et 12 ans.

## **Chapitre II**

Qu'est-ce que le psychodrame de groupe?

## **Cadre théorique**

### **Bref historique**

L'idée de se mettre en scène pour « se guérir » remonte à la tragédie grecque avec Aristote qui prônait les vertus cathartiques de ce divertissement. Au début du siècle passé, le psychodrame fut inventé par le psychosociologue Jacob Lévy Moreno. Le théâtre de la spontanéité donnera naissance au premier psychodrame thérapeutique avec les répercussions cathartiques observées sur la jeune actrice Barbara : « en jouant avec application un rôle, et prise à son propre jeu, cette jeune étudiante se trouvait guérie de sa névrose de caractère, et ses rapports conjugaux devenaient plus harmonieux » (Ancelin Schützenberger, 2003, p.25). Installé aux États-Unis dans les années 30, Moreno s'intéresse à la psychothérapie de groupe, crée la sociométrie et approfondit le psychodrame. Depuis, le psychodrame se pratique selon divers modèles théoriques.

### **Le psychodrame de groupe : une approche transthéorique et multidisciplinaire**

Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, plusieurs Écoles de pensée étaient compartimentalisées et les professionnels de la santé mentale adhéraient à une ou à l'autre. L'éclectisme semblait superficiel et n'était pas une alternative respectable. À partir de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, avec la prolifération des théories de la personnalité et des approches thérapeutiques, un mouvement vers un éclectisme intelligent cherchant à inclure des principes intégratifs a pris de l'importance (Blatner, 2007). Ainsi, adhérer à une seule

École de pensée au plan théorique ou pratique correspond à une illusion romantique et simpliste, et peut être perçue comme une conserve culturelle. À la différence de beaucoup de systèmes psychologiques fermés sur eux-mêmes qui affirment de façon plus ou moins doctrinaire leur incompatibilité avec les autres systèmes, le psychodrame a pu, grâce à sa souplesse théorique et sa fécondité pratique, se faire adopter par les tenants de différentes approches. Un cadre transthéorique et multidisciplinaire supporte convenablement les fondations théoriques du psychodrame telles que conçues par Moreno, puisque le psychodrame fait appel à une intervention profondément holistique intégrant dans l'action le corps, l'esprit et les émotions d'une personne (Blatner, 2007). Cette perspective postmoderne éclectique et intégrative est congruente avec le fait établi qu'aucune théorie unique ne peut englober le vaste champ de la psychologie (comment la psyché fonctionne et la personnalité se développe?), de la psychopathologie (comment la psyché devient dysfonctionnelle?) et de la psychothérapie (quelle approche thérapeutique aide?). De nouveaux paradigmes en recherche sont constamment développés; le consensus théorique est loin d'être atteint en psychologie.

Cependant, pour développer une théorie et une pratique psychodramatique, Moreno a élaboré les concepts de *spontanéité*, de *rôles*, de *sociométrie* et de *psychothérapie de groupe*. À partir de ces concepts, il a mis au point un modèle psychologique du développement de la personnalité, de la souffrance et de la guérison d'une personne : le *psychodrame de groupe*. De plus, les théories sous-jacentes au psychodrame classique, dit morénéen ou traditionnel, peuvent être reliées à un éventail de théories

psychologiques qui influencent le considérable champ de la psychothérapie de nos jours. Tout ceci fournit un puissant cadre de travail théorique et pratique pour viser une transformation personnelle.

Le propos de cette première section du chapitre, le cadre théorique, réside dans la conjonction d'une fidélité à Moreno, soit à sa démarche pragmatique, ses notions de base et son esprit intuitif et empathique, et d'un recours aux notions d'autres perspectives théoriques idoines au psychodrame de groupe pour en approfondir notre compréhension. Ensuite, le cadre pratique fertile et ouvert du psychodrame est explicité, suivi du chapitre III qui aborde les spécificités théoriques et cliniques liées au psychodrame de groupe d'enfants.

### **La théorie de la spontanéité**

Spontanéité et créativité sont des concepts intimement liés dans la théorie de la spontanéité de Moreno. À cet effet, on retrouve souvent le concept global de spontanéité créatrice dans la littérature sur le psychodrame (Widlöcher, 2003, Ancelin Schützenberger, 2003, & Moreno, 2007). La spontanéité et la créativité sont les phénomènes positifs à la base de la motivation des conduites humaines (Moreno, 2007; Blatner, 2007). La spontanéité est donc une dimension essentielle dans la conception psychodramatique classique ou morénéenne de l'être humain. Pour Moreno (2007), la spontanéité est le facteur métapsychologique qui régit les interactions entre les forces héréditaires (biologiques) et environnementales (sociales) et d'où émerge le pouvoir

d'invention et la créativité. Opérationnellement, « la spontanéité (du latin « sua sponte » : de l'intérieur vers l'extérieur) est une réponse adaptée à une situation nouvelle ou une réponse originale à une situation ancienne » (Moreno, 2007, p.45). La spontanéité éveille la créativité, elle en est le catalyseur. La spontanéité existe à des degrés variables d'utilisation et met l'individu dans un état de ressentir des émotions et d'avoir des pensées qui sont transposées adéquatement en action dans l'ici et maintenant. Elle s'épuise donc avec le présent et doit être constamment renouvelée. Pour être effective, la spontanéité doit être déclenchée, c'est-à-dire mise en train; elle requiert d'être libérée et se déclenche le mieux au contact de la spontanéité d'autrui, de la mise en train d'autrui. Moreno tire cette condition sine qua non de sa compréhension du processus de mise en train naturel opérant dès la naissance de l'enfant. À partir de cette observation, il conçoit une théorie développementale de la personnalité ou en d'autres mots, une théorie du développement de l'enfant, de laquelle sont issues plusieurs notions fondamentales de la pratique et des processus thérapeutiques du psychodrame de groupe.

**Le développement de la personnalité créatrice.** Selon le point de vue de Moreno, dès sa naissance, l'enfant est soumis à des expériences qui le préparent à des situations nouvelles, c'est-à-dire à des situations exigeant de la spontanéité. Des déclencheurs physiques et mentaux mettent en train l'enfant et garantissent l'éveil de sa spontanéité. La naissance est le premier acte spontané de l'enfant et son corps, duquel émergent des déclencheurs physiques (ex. : faim, froid), devient le « locus nascendi » (lieu de naissance) de l'individu. Toutefois, le nourrisson ne fait intervenir que très peu de

déclencheurs mentaux et ces efforts de survie seraient vains si ceux de la mère ne venaient à son secours. Ainsi, la relation avec la mère (ou avec toutes autres figures d'attachement significatives), ou en des termes plus psychanalytiques ou neurobiologiques, la relation d'objet où le lien d'attachement participe à la mise en train de la spontanéité de l'enfant. La relation d'attachement enclenche et alimente le « status nascendi » de l'enfant, son état naissant. Aidant son enfant à échauffer sa spontanéité, la mère devient pour lui un moi-auxiliaire, c'est-à-dire une extension de son moi. Pour Moreno (2007), le psychodrame à titre de mise en train et en action de scènes significatives correspond au « status nascendi » et la scène psychodramatique au « locus nascendi ». Le « moi-auxiliaire » est un concept qui permet de comprendre le processus interpersonnel sur scène tout comme il est en même temps un instrument thérapeutique.

En envisageant le développement de l'enfant sous l'angle de la spontanéité, Moreno ne conçoit pas uniquement celle-ci comme la matrice de la créativité, mais également comme la matrice de l'identité, du Je ou du Soi (Ancelin Schützenberger, 2003). Dans cette optique, lors de la petite enfance (0 à 4 ans environ), Moreno distingue 2 univers psychologiques successifs qui structurent le développement de l'identité. À travers ceux-ci l'enfant fait l'expérience d'interactions avec lui-même, les personnes et les objets. Celles-ci, dans une expérience de coaction, activent des jeux de rôles et phénomènes psychologiques qui concourent à construire son identité (ses rôles) et son rapport au monde (réel ou imaginaire). Au stade primaire du premier univers, la matrice d'identité est indifférenciée, c'est-à-dire que l'enfant est en identification totale avec la mère, le Je

et le Tu n'ont pas encore émergé. La mère, en tant que moi-auxiliaire, tient le rôle de double pour l'enfant et celui-ci, par imitation, apprend à tenir un rôle psychosomatique (ex. : rôle de mangeur). Leur interaction aura pour résultat d'établir une « attente-quant-au-rôle », base sur laquelle vont se fonder, à l'avenir, les échanges entre rôles tenus par l'enfant et les personnes de son entourage (Moreno, 2007). Ce concept rappelle le concept psychodynamique de transfert, soit une dynamique établie inconsciemment avec l'autre dans le présent et qui est induite par la nature et la qualité des liens vécus dans le passé. Au stade secondaire du premier univers, puisque l'agir de la mère est une extension de son agir, l'enfant peut se permettre petit à petit d'abandonner une partie de son action et se concentrer sur celles de sa mère. À ce moment, la mère tient le rôle de miroir, procurant une image claire des besoins de l'enfant. Il commence à se différencier de sa mère par identification et une matrice d'identité différenciée émerge progressivement. Cette dynamique, faisant entrer en jeu une coopération, fait écho au concept d'accordage de Brazelton (1981) qui stipule qu'il y a une réciprocité dans l'interaction affective entre l'enfant et la mère. De plus, elle reprend aussi, d'une certaine façon, le concept d'espace transitionnel ou potentiel de Winnicott (1975) : « espace paradoxal ni intérieur ni extérieur situé entre le bébé et sa mère, là où se développerait l'aire de jeu et de créativité de l'enfant qui se voit offrir la possibilité de faire des expériences fondamentales pour sa maturation psychique » (p.150). Moreno, comme plusieurs théoriciens de la relation d'objet et de l'attachement, a pris en compte l'importance de la qualité de l'environnement relationnel dans la pathologie de l'enfant. Parfois moins disponibles, sensibles ou prévisibles parce qu'atteintes de problèmes de

santé mentale, les figures parentales influent sur le lien d'attachement et donc, sur la santé psychique de l'enfant. Au fur et à mesure que l'enfant devient de plus en plus autonome et différencié de sa mère, il se perçoit comme un moi en relation avec l'autre, il est de plus en plus apte à utiliser l'expérience interactionnelle pour se mettre à la place d'autrui et jouer son rôle. Autrement dit, le jeu de rôle et le renversement de rôle, tout comme la projection, deviennent possibles. En outre, lors du stade secondaire du premier univers, l'enfant commence à être attiré ou à s'écarter des personnes ou des objets, ceci indique l'émergence du facteur télé, c'est-à-dire le noyau des modèles ultérieurs de l'attraction et de la répulsion dans les relations (Moreno, 2007). Dans le premier univers de l'enfant, la matrice d'identité, placenta social de l'enfant, se différencie, cependant l'expérience du réel et de l'imaginaire demeure confondue pour l'enfant (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007).

Dans le second univers, l'enfant, exploite sa spontanéité dans des jeux de rôles plus complexes parce qu'il ne se limite plus seulement aux renversements de rôle avec sa mère, mais joue de plus en plus les rôles d'autres personnes de son entourage et commence à percevoir la dissonance entre son fantasme et la réalité. Deux types de mise en train de la spontanéité commencent à s'organiser : l'une orientée vers les actes réels et l'autre vers les actes imaginaires (Moreno, 2007). La matrice d'identité se fissure, le premier univers s'entrouvre et deux séries de rôles émergent de la faille entre le réel et l'imaginaire : rôles psychodramatiques (monde imaginaire) et sociaux (monde social). « Le problème n'est pas d'abandonner le monde du fantasme et de l'imaginaire en

faveur du monde de la réalité, ou vice versa, ce qui est pratiquement impossible, mais plutôt d'établir les moyens par lesquels l'individu peut acquérir une complète maîtrise de la situation, vivant sur les 2 voies, mais étant capable de passer de l'une à l'autre » (Moreno, 2007, p.117). La spontanéité permet cette maîtrise et s'observe dans l'éventail et la qualité des rôles psychodramatiques et sociaux que l'enfant peut adopter.

En bref, la genèse de la personnalité créatrice démontre qu'en venant au monde moins indépendant, l'enfant, grâce au facteur de spontanéité et aux ressources de la matrice d'identité (processus de mise en train et fonctions du moi-auxiliaire), se développe en terme de progression et d'accession à la maturité et à la créativité plutôt qu'en termes négatifs de retards et de régressions (Moreno, 2007). Toutefois, il serait illusoire de croire que la spontanéité est préservée de toutes atteintes au fil de la croissance. Souvent, elle se soumet aux puissants stéréotypes sociaux et culturels qui dominent l'environnement humain : la spontanéité de l'enfant culminerait vers 5 ans et déclinerait ensuite sous la pression des clichés culturels véhiculés par la vie scolaire et sociale (Anzieu, 2004). Ainsi, quand l'enfant grandit, sa spontanéité peut être négligée et son élan vital spontané être contaminé par les attentes sociales et désirs que l'autre a pour lui.

## **La théorie des rôles**

La théorie de la spontanéité conduit à la théorie des rôles. Encore une fois, Moreno tire plusieurs concepts psychodramatiques de sa compréhension du développement des rôles d'un individu en corollaire de celui de sa spontanéité. En fait, celle-ci croît simultanément avec le développement de rôles (Moi) et leur donne énergie et unité. Dans le premier univers indifférencié, où se constitue la matrice d'identité, la mère joue son propre rôle et induit celui de l'enfant : complémentarité parfaite sans conscience de l'hétérogénéité des deux rôles. Pour en sortir, constituer la matrice d'identité différenciée et passer au second univers, le jeu de rôle a une fonction déterminante pour l'enfant : le renversement de rôle se substitue à la matrice d'identité initiale et permet à l'enfant de découvrir ses propres rôles en tant que rôles parmi d'autres. Au fil de ce processus, trois types de rôles sont développés selon Moreno (2007) : 1) Rôles psychosomatiques exprimant la dimension physiologique du Moi : rôle du mangeur, du dormeur, rôle sexuel, etc.; 2) Rôles psychodramatiques exprimant la dimension psychologique du Moi, c'est-à-dire les actions relatives aux personnages et choses tant réels qu'imaginaires qui se développent par l'intermédiaire des interactions avec l'environnement : une mère, un dieu, un monstre, un enseignant, etc.; 3) Rôles sociaux exprimant la dimension sociale du Moi, c'est-à-dire que progressivement l'individu parvient à différencier les incarnations réelles de celles de l'imaginaire et ainsi naissent les rôles sociaux qui sont ceux qu'il adopte dans sa vie ou qu'il reconnaît chez l'autre : rôle de ma mère, de mon père, de mon enseignant, je suis un sportif, etc. Parce qu'elle couvre toutes les dimensions de la vie d'un individu (biologique, psychologique et

sociale), la description de ces trois types de rôles élargit la théorie sociologique du rôle de G.H. Mead (1934, tiré de Moreno, 2007), limitée à la seule dimension sociale. La théorie psychodramatique du rôle conçue dans une orientation psychiatrique est plus large, elle devient en soi, jumelée à la théorie de la spontanéité, une théorie de la personnalité et des relations interpersonnelles.

Selon cette perspective développementale, l'enfant agit dès sa naissance dans une série de rôles à partir desquels le Moi se profile (Leutz, 1985; Moreno, 2007). Lorsqu'il est question de personnalité, Moreno privilégie la notion pragmatique de rôle à celle abstraite de Moi : il est difficile de percevoir son propre Moi ou celui d'un autre ; par contre, on comprend et évalue facilement comment une personne agit dans son rôle (Moreno, 2007). Ainsi, le rôle peut être défini comme « la manière réelle et perceptible d'agir et d'être réelle que prend le Moi à un moment précis où il réagit à une situation donnée dans laquelle d'autres personnes ou objets sont engagés » (Moreno, 2007, p.81). Cette conduite dans une situation provient des expériences passées et des modèles culturels de la société dans laquelle vit l'individu : les conserves culturelles. Ainsi tout rôle comporte des aspects personnels et sociaux, s'inscrit dans un répertoire ou éventail de rôle et est confronté à une série de contre-rôles chez l'autre. La structure des relations entre les rôles d'un individu forme le noyau de sa personnalité (Anzieu, 2004; Moreno, 2007). Par ailleurs, le rôle n'est pas un instrument, tel un masque, dont la personnalité se sert pour dissimuler ou protéger sa réalité secrète, il constitue plutôt les modalités d'engagement de la personnalité dans la vie (Anzieu, 2004).

Avec la théorie du rôle vient la notion de jeu de rôle et par conséquent l'influence des relations interpersonnelles : tout rôle est une réponse au rôle d'un autre. Comme nous l'avons vu dans la théorie génétique de la personnalité créatrice, l'enfant développe ses premiers rôles en rapport avec sa mère, son moi-auxiliaire. Dans les premiers jeux de rôles vécus avec la mère, dans leur coaction, l'enfant est amené à prendre des rôles et développe une attente-quant-au-rôle. Ce caractère dialectique du concept de rôle met en évidence deux aptitudes qui interviennent dans le jeu de rôle : l'aptitude à percevoir les rôles, les siens et ceux d'autrui (perception du rôle) et celle à réaliser ou à produire les rôles appropriés (production du rôle). Si tout se déroule normalement, c'est-à-dire que l'enfant développe sa spontanéité créatrice à travers la constitution de ses rôles psychosomatiques, psychodramatiques et sociaux, il augmente graduellement ses habiletés pour ces deux aptitudes. L'habileté à produire un rôle progresse de la tenue ou prise de rôle au jeu de rôle, puis ensuite, à la création de rôle. Chacun de ces concepts opérationnels de la notion de production du rôle implique une progression du degré de spontanéité et constituent des bases naturelles du psychodrame, voire des buts thérapeutiques.

### **La psychopathologie du point de vue des théories de la spontanéité et des rôles**

Selon Moreno (2007), une grande part de la psychopathologie peut-être attribuable au développement insuffisant de la spontanéité. La spontanéité ne peut exister dans un univers hermétique à l'originalité et à la nouveauté, c'est-à-dire dans un univers gouverné par des lois rigides. Ce type d'univers est composé de conserves culturelles :

« produits finis d'un effort culturel, par exemple : livres sacrés ou scientifiques » (Ancelin Schützenberger, 2003, p.270). Le fait de dépendre d'une conserve culturelle diminue la spontanéité et réduit le potentiel créateur (Blatner, 2007). Lorsque l'adaptation du comportement manque de flexibilité et de créativité, les conduites ou actions de l'individu, c'est-à-dire ses rôles, deviennent rigides et automatiques et prennent le caractère d'une conserve culturelle, on parle alors de rôles stéréotypés ou figés.

Cependant, tout individu porte en lui un éventail ou répertoire de rôles malgré que la vie sociale ait tendance à lui attribuer certains rôles définis qui peuvent devenir des rôles majeurs et l'enfermer; l'individu désire incarner davantage de rôles ou d'aspects variés d'un rôle inclus dans son répertoire de rôle que ceux qui sont attendus de lui officiellement ou socialement. Par conséquent, l'individu ressent une pression à exercer ses rôles officiels, à s'y conformer et à délaisser son désir de jouer une gamme plus large ou diversifiée de rôles. Cette pression qui limite sa spontanéité provoque un sentiment d'anxiété. Ceci amène Moreno (2007) à émettre l'hypothèse que l'anxiété est fonction de la spontanéité : plus la spontanéité est réduite plus l'anxiété croît. Par ailleurs, plus les diktats sociaux ou personnels pressurisent et marginalisent la spontanéité d'un individu, plus son éventail de rôle est affaibli et sclérosé, et plus il lui manque la souplesse nécessaire pour passer aisément d'un rôle à l'autre. La théorie de la spontanéité, mise en relation avec le développement de l'enfant, et la théorie des rôles revêtent une importance particulière car elles expliquent, à l'aide de théories propres à l'approche

psychodramatique, les fondements de la pratique thérapeutique du psychodrame. Considérées dans cette optique, les souffrances proviennent de troubles dans le développement du Moi, c'est-à-dire de conflits de rôles dans l'enfance et/ou de troubles relationnels ou interactionnels à l'intérieur de rôles actuels (Leutz, 1985).

D'autre part, la perturbation des conduites du rôle peut s'observer au niveau de la perception inadéquate du rôle (distorsions perceptives de son propre rôle ou de celui d'autrui) ou au niveau de la production du rôle : forme du rôle (rigide vs flexible), consistance du rôle (instable vs stable), mésadaptation du rôle (rôle régressif ou déviant vs ajusté), conflits entre différents rôles du répertoire (dissonance vs harmonie), etc. De plus, tous les rôles qu'un individu incarne ou porte potentiellement en lui, sont loin de lui être totalement connus, c'est-à-dire que certains sont vécus sur un mode irréfléchi, voire inconscient (Anzieu, 2004). Ainsi dire que les concepts psychanalytiques de l'inconscient qui concourent à la psychopathologie, c'est-à-dire le refoulement, les fixations et régressions, les conflits intrapsychiques et les mécanismes de défense, peuvent être appréhendés par la notion des perturbations des conduites du rôle.

Il existe des outils pour mesurer les perturbations du rôle ou de la spontanéité : tests de rôle et tests de spontanéité. Ils correspondent à des épreuves qui permettent d'évaluer le degré d'adaptation d'un rôle privé ou social (diversité et qualité du rôle) ou la spontanéité normale d'un individu. Les tests de rôles utilisent une norme fixe, c'est-à-dire des rôles « en conserve » prescrit d'une manière rigide par les arts, les coutumes, les

formes sociales ou légales (rôles théâtraux, littéraires ou civiles), ou bien ils peuvent se mesurer en état de spontanéité. Pour se faire, on propose un thème et on laisse le sujet développer un rôle en le plaçant d'abord dans une situation peu structurée qu'on organise peu à peu (Moreno, 2007). Les tests de spontanéité croisent les tests de rôles, toutefois certains tests spécifiques, nommés tests de situations dans la littérature, peuvent être utilisés comme épreuve de spontanéité où l'on vérifie comment le sujet réagit à l'imprévu et au stress, son degré de spontanéité et sa faculté d'improvisation (Ancelin Schützenberger, 2003; Anzieu, 2004). Il s'agit de mises en situation dans des situations standards de vie (ex. : relations scolaires, familiales ou quotidiennes), imaginaires ou fictives.

La meilleure façon de remédier aux pathologies du rôle et de la spontanéité est de promouvoir le développement de la spontanéité et des rôles. Les méthodes d'action et dramatiques dans leur ensemble, dont fait partie le psychodrame, favorisent ce développement. Ces méthodes peuvent être appliquées dans un but éducatif/rééducatif ou thérapeutique (Ancelin Schützenberger, & Widlöcher, 2003; Anzieu, 2004; Moreno, 2007). Une fois le modèle de la souffrance psychologique explicité, en fonction des théories de la spontanéité et du rôle, il convient d'aborder les concepts théoriques relatifs à la sociométrie et à la psychothérapie de groupe, ainsi qu'aux méthodes d'action et dramatiques, pour comprendre comment Moreno a créé le modèle de guérison qui équivaut au psychodrame de groupe.

### **Le groupe : sociométrie et psychothérapie de groupe**

Comme nous l'avons dit, Moreno est un psychosociologue, c'est-à-dire qu'il s'intéresse autant à la psychologie individuelle que sociale. Sa théorie de la personnalité, basée sur la spontanéité et les rôles, montre comment la variable interpersonnelle et sociale est centrale dans sa conception des problèmes individuels. De plus, il considère que la thérapie ne concerne pas uniquement l'individu, elle vise de façon plus large la santé mentale de la communauté. Compte tenu de ces points de vue familiers à la psychologie sociale, il parle de sociatrie plutôt que de psychiatrie et s'intéresse naturellement au groupe : « Au commencement était le groupe, à la fin l'individu » (Moreno, 2007, p.12). L'étude de la structure et de la dynamique des groupes débouche sur la sociométrie, base théorique de la psychothérapie de groupe et du psychodrame, tels que conçus par Moreno. Par ailleurs, Moreno n'est pas seul dans l'univers de la compréhension du groupe et de son utilisation thérapeutique, une panoplie de théoriciens se sont penchés sur cette question pour développer l'armature théorique de la psychothérapie de groupe. Tout d'abord, expliquons les concepts relatifs à la sociométrie et ensuite, élargissons notre compréhension de la psychothérapie de groupe par des concepts issus d'autres approches théoriques. Cette conceptualisation globale de la psychothérapie de groupe nous permettra de saisir quelques phénomènes immanents au processus ou à la dynamique des groupes thérapeutiques.

**Les processus de groupe.** Avec son concept de rencontre, Moreno a appliqué les principes de la spontanéité aux relations interpersonnelles. La rencontre, entre un « Je »

et un « Tu », conduit à la formation d'un groupe et exprime que deux personnes sont non seulement ensemble, mais qu'elles se vivent, se saisissent chacune avec tout leur être (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). Ce contact, ce rapport, cette rencontre repose sur la réalité du moment et crée une relation fondée sur le principe de télé (du grec, « lointain », agissant à distance). Le télé est souvent défini dans la littérature comme une communication réciproque ouverte reposant sur le sentiment de la connaissance de la situation réelle des autres et comprend le transfert, comme dérivé pathologique, et l'empathie, comme dérivé psychologique positif (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). Le télé, agissant dans une relation, peut donc être positif ou négatif, tout comme il peut être neutre. Ainsi, les liens émotionnels et dynamiques qui s'établissent entre les membres d'un groupe suivent trois lignes d'affinités : sympathie (attraction), antipathie (répulsion) et indifférence, et structurent, selon certaines configurations, l'organisation spontanée d'un groupe (Anzieu, 2004). Pour Moreno (2007), chaque groupe possède une structure officielle (consciente) ainsi qu'une structure sociométrique (inconsciente) et leur synthèse donne la réalité sociale du groupe. La structure sociométrique est latente et active dès les premières rencontres au sein d'un groupe par l'effet de l'écoulement du télé. Cette observation initiale fait dire à Moreno que le télé serait le facteur sociométrique responsable des réactions immédiates entre des étrangers et que celles-ci sont différentes du hasard (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). Cette hypothèse que le télé serait efficace dès la première rencontre amène Moreno à élaborer des lois sociodynamiques (mouvements internes d'un groupe) en ce qui a trait à la vie d'un groupe.

Une des lois sociodynamiques importantes est que la cohésion interne d'un groupe est fonction de la structure de télé (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). Alors, au commencement, étant donné l'aspect embryonnaire du vécu du groupe, la réciprocité des relations, la communication et le partage de l'expérience, des éléments fondateurs d'une structure de télé positive, sont à leurs premiers balbutiements, ceci concourant à une cohésion interne faible. Au cours d'une psychothérapie de groupe, selon une approche sociométrique, on vise donc à faire augmenter la cohésion interne par l'accroissement des relations réciproques empathiques entre les membres : chaque groupe a une cohésion définie et un des buts de la thérapie est d'amener les groupes malades d'un faible niveau de cohésion à un niveau élevé de cohésion et de communication (Moreno, 2007). Moreno (2007) considère le transfert psychanalytique comme un dérivé pathologique du télé, c'est-à-dire qu'il le conçoit comme une relation à sens unique où il y a déplacements des affects sur autrui sans égard à la réalité immédiate de l'autre. Un excédant de transfert abaisse selon lui la cohésion du groupe, car il provoque des dissociations et des ruptures d'équilibre à l'intérieur du groupe diminuant les structures de télé positives, empathiques. Ainsi, un groupe ne peut vivre que de transfert : il doit se constituer en lui des structures de télé positives, basées sur la réalité immédiate des membres du groupe, pour assurer son unité et son intégration constructive. Bien que cet effet nuisible du transfert sur l'unité du groupe soit réel, il n'en demeure pas moins que le transfert en groupe existe et qu'il revêt des caractéristiques spécifiques. Comme plusieurs théoriciens l'ont décrit, la plupart issus de

l'école psychanalytique, le transfert en groupe se trouve dilué ou diffracté sur les participants et les thérapeutes (Widlöcher, 2003; Anzieu, 2004).

Par ailleurs, Moreno décrit un autre phénomène sociodynamique : le co-conscient et co-inconscient d'un groupe. Un inconscient commun de groupe se forge petit à petit avec des souvenirs affectifs ainsi qu'avec des expériences et un langage communs (Ancelin Schützenberger, 2003). De plus, avec l'évolution progressive de la cohésion interne du groupe, le principe d'interaction thérapeutique se trouve renforcé. Pour Moreno (2007), l'individualité des participants ne se dissout pas comme dans une masse, leurs capacités thérapeutiques peuvent être utilisées sous forme d'une aide mutuelle à condition que les membres soient bien accordés grâce à une structure de télé positive. Chacun a la possibilité de devenir un agent thérapeutique pour l'autre donnant lieu à une coopération thérapeutique où l'empathie joue un rôle prééminent.

Pour mettre en lumière la structure de télé d'un groupe, l'analyse des configurations sociométriques par des tests sociométriques est utile. Un test sociométrique est une méthode de recherche des structures sociales par la mesure des attractions, répulsions et indifférences qui existent entre les membres d'un groupe selon un critère de choix : pratique d'une activité, choix pour un rôle, etc. (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). En fonction des choix sociométriques faits, on obtient une image des « allers et retours » (réciprocité) des relations entre les individus et du statut sociométrique des membres du groupe. Un individu a un statut sociométrique élevé, moyen ou faible

relativement aux nombres de fois qu'il a été choisi par d'autres; ce statut diffère selon le groupe, le critère choisi et le moment du test sociométrique. Lorsque de nombreuses relations restent sans réciprocité, le degré de cohésion du groupe est bas. La représentation graphique du choix sociométrique établi selon un critère de choix se nomme sociogramme (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). Il donne une bonne idée de la vie socio-affective et réelle du groupe. À côté de la dynamique du choix, la dynamique de la structure des rôles d'un groupe est aussi importante : on invite chaque participant à dire par quel membre il s'attend à être choisi ou refusé pour jouer un rôle déterminé? Ces choix sont représentés par un diagramme des rôles ou l'actogramme, qui représente plus spécifiquement les actions en chaîne en cours de psychodrame : dessin en flèches indiquant les thèmes, le passage de la communication verbale et non-verbale et la topologie du groupe (Ancelin Schützenberger, 2003). Ces outils sociométriques permettent au thérapeute d'obtenir de l'information sur la structure et la dynamique du groupe : quelles sont les images maternelles, qui sont les représentants de l'autorité, qui appartient à des minorités, qui sont les préférés et les rejetés, qui constitue des relations en paire, etc.? L'estimation de la perception des sentiments et des motifs que les membres ont l'un à l'égard de l'autre joue un rôle important dans l'intervention du thérapeute car elle l'informe sur le degré de cohésion du groupe et il s'en sert pour hâter le processus de groupe vers un but thérapeutique commun.

Outre ces phénomènes dynamiques explicités par Moreno, d'autres forces du groupe, formulées principalement par des psychanalystes s'intéressant à la dynamique inconsciente des groupes, valent la peine d'être exposées pour saisir un ensemble de processus actifs dans un groupe thérapeutique. La « *réduction à l'on* », est un concept identifié par Lacan, mais repris par Anzieu (2004) : « le fait rassurant pour le sujet de n'être pas seul centre d'attention de la part du psychothérapeute » (p.132). Cette réduction de « je suis l'objet d'attention du thérapeute » à « l'on est l'objet d'attention du thérapeute », aboutit à une sorte d'image du groupe qui crée un lien commun entre tous les membres. Lebovici, Diatkine et Kestemberg (1952, tiré d'Anzieu, 2004) ont décrit les phénomènes d'interférence et de résonance. L'*interférence* consiste en l'extériorisation par un sujet d'une attitude perturbatrice qui mobilise chez les autres leurs mécanismes de défense contre cette attitude. La *résonance*, qualifiée dans la littérature de résonance affective ou fantasmatique, réside en ce que le même affect ressenti simultanément par tout le groupe correspond à des problèmes liés à des moments différents de l'histoire de chacun. Les phénomènes d'*identification* entre les membres du groupe sont également à prendre en considération : le groupe favorise l'évolution de ses membres par la perte provisoire des frontières personnelles et le tissage de nouvelles identifications. Selon Anzieu (2004) et Widlöcher (2003), par identification avec les membres du groupe et l'apparition du phénomène d'*illusion groupale*, un *idéal commun du groupe* se construit. Dans son évolution, c'est-à-dire dans sa maturation par l'approfondissement des relations, l'idéal commun du groupe fait écho au concept de structure de télé de Moreno et de son implication pour la cohésion du



L'*espace support* correspond au cadre matériel, c'est-à-dire l'espace physique ou réel avec lequel et où le groupe évolue. L'*espace symbolique* est constitué du système de signes et de règles que le groupe se donne pour assurer son fonctionnement. L'*espace relationnel* se définit par les distances (proximité ou éloignement) observées dans les contacts entre participants et qui sont significatives de la vie interpersonnelle du groupe, de ses pôles d'attraction et de répulsions. L'*espace social* désigne la structure hiérarchique et de pouvoir du groupe constituée par la place, le rôle, le statut de chacun : leader tyrannique ou démocratique, bouc émissaire, rôle conformiste ou révolté, rôle passif ou actif, etc. L'*espace imaginaire* correspond aux représentations personnelles et collectives projetées sur l'espace-support. Trois niveaux d'analyse de l'espace multidimensionnel est possible, c'est-à-dire au niveau de l'espace du cadre, de l'espace de communication et de l'espace des contenus. Sans présupposer une hiérarchie, il semble bien que la fonction cadre soit première dans l'origine pour soutenir des individus ensemble dans un lieu et à travers un règlement intérieur. L'espace réel devient un point d'appui à partir duquel vont s'étayer les autres espaces. En ce sens, l'espace du cadre est fondateur du groupe et s'acquitte des fonctions contenante et d'étayage du groupe. Le second niveau est l'espace de communication, l'espace d'ouverture à la relation à l'autre. Il permet l'analyse des positions, distances, rôles des personnes et leur dynamique d'interaction. Ce niveau d'analyse s'associe facilement aux notions de structure de télé et de mesures sociométriques de Moreno. Le troisième niveau, l'espace des contenus, vise l'analyse du contenu des activités du groupe qui sous-tendent les représentations, images, thèmes, c'est-à-dire les contenus psychiques

des participants. Dans cette optique, le groupe est considéré comme un organisme vivant donc il n'est pas statique car il est en évolution constante et en mouvement. Il a une structure sociale dont chaque dimension est à l'œuvre simultanément; la dynamique du groupe peut donc être cernée par plusieurs facettes selon l'angle de vue du clinicien.

À partir du troisième niveau d'analyse proposé, le groupe met en place une dialectique de l'interne et de l'externe de l'individu. L'espace groupal introduit une dualité entre un dehors et un dedans de la personne faisant du groupe un lieu d'échanges. Au plan individuel, le passage entre le monde interne et le monde externe est rendu possible par les mécanismes de projection et d'introjection (Van Damme, 1994). Ce passage est observable au plan du groupe. La projection est l'opération par laquelle l'individu met au dehors, dans le groupe, des éléments psychiques lui appartenant et l'introjection est l'opération par laquelle il met au dedans de lui des éléments extérieurs provenant de l'expérience de groupe. Winnicott (1975), entre l'espace interne et externe, propose un 3<sup>ème</sup> espace, l'espace transitionnel, un espace hors de soi qui prolonge l'être à travers l'objet transitionnel, sa manipulation et la manière de jouer avec. Ainsi, la psychothérapie de groupe offre les conditions nécessaires pour favoriser l'accès à l'aire transitionnelle, cet espace de l'entre-deux, entre le mien et le non-mien, entre moi et les autres. Quel sera cet entre-deux dans la séance thérapeutique? Selon notre choix de dispositif groupal, le psychodrame devient cet entre-deux qui se localise concrètement sur la scène psychodramatique.

En somme, l'ensemble de ces concepts liés à la dynamique du groupe supporte des fonctions spécifiques au groupe thérapeutique. Tout d'abord, il y a la *fonction excitante* ou de *stimulation* du groupe : le face à face pluriel et la multiplication des interactions ont un effet excitant car ils activent les émotions de chacun les rendant disponibles au travail thérapeutique (Anzieu, 2004; Privat, & Quélin-Souligoux, 2005). Deuxièmement, le groupe joue un rôle de protection et de support, il s'agit de la *fonction contenant* et *d'étayage* du groupe. L'espace groupal sert de contenant, d'enveloppe, capable de recevoir et de soutenir les contenus psychiques de ses membres. Pour ce faire, les individus étayent ou déposent leurs contenus psychiques sur l'espace-support (cadre matériel et symbolique) et l'espace de communication (sur les relations interpersonnelles et la structure du groupe) (Van Damme, 1994). Cette double fonction de protection et de support dépend aussi du sentiment d'appartenance et de confiance développé par les membres du groupe au fil de l'évolution du groupe. Finalement, l'espace groupal remplit une *fonction médiatrice* au sens étymologique, c'est-à-dire que « mediare » en latin signifie « être au milieu ». L'espace groupal est ce milieu, cette dimension transitionnelle, cet entre-deux, cet intermédiaire, ce tiers qui sépare et qui relie en même temps, qui met à distance tout en créant un passage, un point de contact entre les humains (Van Damme, 1994; Anzieu, 2004; Privat, & Quélin-Souligoux, 2005). En psychodrame, cet intermédiaire devient la scène psychodramatique et le jeu psychodramatique le médium à manipuler.

Maintenant, le groupe thérapeutique est reconnu comme une réalité psychologique spécifique qui admet l'idée du développement d'un processus groupal ayant pour effet d'activer l'évolution de chacun des individus et des relations qui le composent. Ainsi, le cadre de la psychothérapie de groupe, qui traite les relations interpersonnelles et les problèmes psychologiques et sociaux de plusieurs individus, est cerné. Toutefois, quel dispositif groupal est-il à privilégier pour que le groupe thérapeutique devienne un véritable levier de changement et non uniquement une caisse de résonance des dynamiques individuelles et groupales? Les dispositifs groupaux sont multiples : jeu symbolique, activités créatives, échanges personnels, ateliers psychoéducatifs, etc. Cet essai propose de choisir le psychodrame comme dispositif groupal, comme intervention de groupe. Selon Moreno (2007), l'opposition décisive entre la psychothérapie de groupe et le psychodrame réside dans le fait que dans la psychothérapie de groupe, les relations entre les membres sont constituées par ce qui est dit (la discussion) et son analyse, alors que dans le psychodrame, c'est la « vie elle-même » qui tient lieu de discussions et d'analyses, c'est-à-dire que ce sont les méthodes de la vie réelle qui sont transférées en psychothérapie de groupe. Ces méthodes sont liées au principe d'action. Les désirs de jeu, d'action et d'interaction, de production et de création ne sont pas satisfaits dans les groupes thérapeutiques qui ne se limitent qu'à la conversation. Grâce à la méthodologie qu'il utilise, le dispositif groupal correspondant au psychodrame permet de répondre à ces besoins.

## **Le psychodrame**

D'une part, tel que survolé auparavant, le terme psychodrame fait référence à une théorie psychologique fondée sur un ensemble de concepts de base, et d'autre part, en appliquant ces notions à la pratique, il renvoie à une approche thérapeutique de groupe spécifique : « le psychodrame commence là où s'arrête la psychothérapie de groupe et l'élargit pour la rendre plus efficace » (Moreno, 2007, p.157). C'est cette signification qui nous intéresse dans cette partie du chapitre. Tout d'abord, nous achevons la présentation théorique de l'approche psychodramatique de groupe en relatant quelques définitions à partir desquelles nous dégageons les derniers principes fondamentaux qui complètent la charpente théorique sous-tendant la méthodologie thérapeutique du psychodrame. Ensuite, avant d'enchaîner avec le cadre pratique du psychodrame de groupe, soit les moyens caractéristiques du psychodrame à travers lesquels le traitement est dirigé (cadre thérapeutique : instruments, étapes, techniques, règles, etc.), nous allons clarifier les intentions globales visées par le modèle thérapeutique psychodramatique qui lui confèrent une valeur clinique.

**Définitions.** Les définitions du psychodrame sont innombrables et bien qu'elles varient sur certains points, accordant parfois plus d'importance à un élément dynamique qu'à un autre en fonction de l'approche théorique adoptée (ex. : l'importance du transfert versus celui du phénomène de télé dans un groupe), des constances propres aux principes de la thérapeutique du psychodrame se maintiennent d'une définition à l'autre. Ici, nous ne cherchons pas à débattre des différences existant entre les diverses Écoles de

pensée du psychodrame, car comme nous l'avons exposé au début de ce chapitre, notre orientation théorique et pratique, consécutive à une synthèse de plusieurs ouvrages traitant du psychodrame de groupe de tout acabit, est de nature transthéorique et transdisciplinaire. Alors, voici quelques définitions qui permettent d'identifier des constances liées aux principes fondamentaux sur lesquels s'appuie le modèle thérapeutique du psychodrame de groupe.

Moreno (2007) parle de « la méthode qui donne par l'action son authenticité à l'âme » ou « la science qui explore la vérité des être humains ou la réalité des situations, par des méthodes dramatiques » (p.158). Anne Ancelin Schützenberger (2003) désigne le psychodrame comme une « rencontre privilégiée... une réalisation totale de la psyché par l'action selon une méthode de pédagogie et de thérapie... une thérapie par l'action de groupe, dans le groupe, par le groupe, avec le groupe et du groupe » (p.298). Selon Grete-Anna Leutz (1985), il s'agit d'« une représentation scénique spontanée qui permet de rendre visible et de faire revivre les conflits interpersonnels et intrapsychiques » (p. 13). Blatner, & Cukier (2007) définissent ainsi le psychodrame : « En mettant en scène l'expérience du protagoniste, le psychodrame explore la vérité phénoménologique de la personne en utilisant des méthodes dramatiques pour mettre à jour des nuances plus subtiles de cette vérité » (traduction libre, p.299). Daniel Widlöcher (2003) insiste sur l'improvisation dramatique : « l'essentiel dans le psychodrame est d'assurer le développement du jeu spontané » (p.42). Claude Lorin conçoit le psychodrame comme un « ensemble de techniques psychologiques à médiation corporelle, reposant sur le jeu

de rôles, la reviviscence émotionnelle, l'improvisation dramatique et l'utilisation d'un certain nombre d'opérateurs dont l'interprétation » (p.17). Didier Anzieu (2004) résume la théorie du psychodrame analytique ainsi : « Envisager le jeu dramatique d'une part et la situation de groupe d'autre part, comme une structure spécifique... comme proprement due au génie de Moreno et conserver par conséquent le mot psychodrame; faire se développer, à l'intérieur de cette structure, les relations interindividuelles intragroupe selon l'esprit analytique, non selon la pédagogie de l'improvisation dramatique utilisée par Moreno... » (p.97).

À partir de ces définitions, nous pouvons discerner des principes spécifiques, auxquels est subordonnée la pratique du psychodrame de groupe, et qui s'ajoutent à ceux étudiés au commencement de ce chapitre : la mise en train, le locus et status nascendi, la spontanéité et la créativité, le rôle, la rencontre, le phénomène de télé, le co-conscient et co-inconscient et la dynamique de groupe. D'autres principes se dégagent plus subtilement de ces définitions, il s'agit des principes de représentation et d'action.

**Les principes de représentation et d'action.** La représentation, telle que définie par Le Nouveau Petit Robert (2007, p.2206), équivaut à l' « action de mettre devant les yeux ou devant l'esprit quelque chose ». En thérapie, ce quelque chose est la psyché ou l'âme, comme la nomme Moreno. Celle-ci est abstraite, c'est-à-dire qu'il est difficile de la pénétrer, d'observer comment un individu perçoit et ressent. Le psychodrame répond au besoin de concrétisation immanent de la question de la psyché humaine. La

représentation scénique et l'action dramatique objectivent le monde intérieur dans l'univers tangible et contrôlable de la scène psychodramatique; elles rendent visible et mesurable le comportement et permet de le changer.

Le procédé de concrétisation place l'action au cœur de la pratique et de la thérapeutique du psychodrame, et ce, à la différence des thérapies dites verbales qui convient davantage à parler qu'à faire pour s'explorer, davantage à analyser qu'à produire pour se changer. Moreno (2007) parle d'une soif d'action chez l'humain, c'est-à-dire qu'un individu aux prises avec une situation problématique ressent le besoin de rendre son problème « vivant » parce que souvent les mots ne suffisent pas pour transmettre l'expression globale de sa souffrance : « par son universalité et sa nature primitive, l'acte englobe toutes les formes d'expression de soi... » (p. 157). En dépit de l'importance du langage parlé dans la communication humaine, le langage corporel ou non-verbal véhicule aussi une partie importante du psychisme. Pio-Abreu et Villares-Oliveira (2007) expliquent que le langage parlé traduit la mémoire explicite ou sémantique d'une situation, c'est-à-dire les souvenirs que la personne organise plutôt consciemment en un récit verbal, tandis que le langage corporel traduit la mémoire implicite, c'est-à-dire les souvenirs que la personne organise plutôt inconsciemment en un récit non-verbal. Cette mémoire implicite, constituée d'émotions, de sensations ou de toutes autres contenus profonds de la psyché qui se trouvent en deçà d'une verbalisation, serait plus facilement accessible par l'action (Bradshaw Tavon, 1998; Pio-Abreu, & Villares-Oliveira, 2007; Moreno, 2007). En mobilisant le corps dans le processus

thérapeutique, l'action stimule une énergie qui facilite le rappel et approfondit l'expérience de la situation problématique et réactive, dans l'ici et maintenant, les informations non-verbales qui ont été encodées implicitement par la personne. En fait, l'action stimule une expérience sensorielle et grâce aux découvertes neuroscientifiques, nous savons maintenant que « plus il y a d'input sensoriels d'impliqués dans une expérience, plus le cerveau a de la facilité à se remémorer cette expérience » (Rosenthal, 2002). Ce mécanisme holistique est à la base d'une des prémisses du psychodrame : on comprend mieux une situation humaine en l'agissant, en la concrétisant.

L'action thérapeutique prônée par Moreno est libre et spontanée, elle s'appelle l'« acting-out » et indique le passage à l'action ou à l'extériorisation dans l'action, une définition qui se différencie du sens psychanalytique donné à ce même terme : passage à l'acte à la place d'un dire en transgressant une règle fondamentale du mode d'expression admis en thérapie (Ancelin Schützenberger, 2003). L'« acting-out », dans l'esprit de Moreno, correspond à un moyen d'accès à l'inconscient, c'est-à-dire que l'acte, catalysé par la mise en train de la spontanéité d'une personne, permet à l'inconscient de surgir librement sans être touché dans son intégrité par le conscient (Leutz, 1985). Il croit donc que le comportement symbolique peut être étudié plus efficacement par la méthode d'action que par des méthodes verbales : « plus le client est pris par son rôle, moins il devient conscient de ses action, cela revient à une révélation directe, une extériorisation (acting-out) de l'inconscient » (Moreno, 2007, p.184). Cependant, pour éviter une forme d'action irrationnelle inefficace ou délétère au plan thérapeutique, voire seulement de

l'ordre d'une décharge motrice ou sensorielle temporaire, on ne peut laisser s'actualiser au hasard l'action, donc la situation agie doit être structurée par des moyens opérant dans un milieu contrôlé. Les mots « psyché » et « drame », inclus dans le terme « psychodrame » et qui sont d'origine grecque, signifient « âme » et « action ». Alors, en psychodrame, l'action est de nature dramatique. De façon générale, elle se structure et est contrôlée par les cinq instruments et trois étapes propres au cadre thérapeutique d'une séance de psychodrame, ceux-ci seront explicités dans la section sur le cadre pratique. De façon particulière, l'action se structure à partir de la prise et du jeu de rôle non-scriptés à l'avance. C'est pour cette raison que dans la littérature, on parle souvent de jeu dramatique spontané ou d'improvisation dramatique. Et puis, comme « toute action met les individus dans un rôle » (Moreno, 2007, p.81), la mise en œuvre du rôle constitue l'action dramatique cardinale en psychodrame et le moyen fondamental contribuant au principe de représentation, et ce, conjointement avec la scène psychodramatique qui crée l'espace et la liberté pour l'éclosion de la spontanéité. Par ailleurs, qu'est-ce qui est concrétisé dans une scène, c'est-à-dire quel est le contenu de la situation représentée à travers la scène et les rôles, et sous quelle modalité de représentation, c'est-à-dire sous quelle forme particulière se trouve actualisée cette situation : modalité réelle ou symbolique?

**Les contenus de la représentation ou de l'action.** Premièrement, les contenus d'une scène jouée en psychodrame correspondent aux vécus réels ou imaginaires de la vie d'une personne, donc à des situations avec thèmes réalistes, c'est-à-dire liés à son

passé, son présent ou son futur (ex. : souvenirs, situations familiales ou sociales, états psychiques comme un sentiment de vide, de tension, d'ambivalence, etc.) ainsi qu'à des situations avec thèmes imaginaires, c'est-à-dire liés à ses désirs, ses fantasmes, ses rêves, etc. Ces vécus ou situations se composent de rôles qui s'insèrent dans des relations personnelles (avec soi-même) ou interpersonnelles (avec autrui); la véritable situation dramatique commence lorsque deux personnes vivent ensemble et se rencontrent chaque jour, une mère et son fils par exemple, cette relation apporte joie et/ou souffrance et c'est cette situation qui peut produire le conflit. L'ensemble des relations émotionnelles, réelles ou désirées, d'un individu ou en d'autres termes, son monde personnel affectif et social, que les psychodramatistes désignent par le terme « atome social », est le noyau des contenus représentés (Leutz, 1985; Ancelin Schützenberger, 2003). L'épreuve de réalité est vérifiée sur scène, car on met le client dans une situation où il rencontre des éléments de son propre moi ainsi que les personnes qui jouent un rôle dans ses conflits psychiques. Les relations se transforment continuellement en raison des interactions et des rôles tenus au travers de celles-ci; les dynamiques à l'intérieur de l'atome social changent et provoquent bien-être ou souffrance. On remarque que la thérapie psychodramatique aborde à la fois le conflit et la communauté dont il est issu, c'est-à-dire le réseau de relations significatives dont il est issu. Ainsi, nous pouvons résumer qu'en psychodrame, on met en scène des rôles et des situations issus de l'atome social passé, actuel, futur ou fantasmé d'un individu. Et ce sont les vécus subjectifs (conscients et inconscients) et intersubjectifs (co-conscients et co-inconscients) ressentis en rôle, des personnes impliquées dans l'atome social

(protagoniste et contre-rôles) qui sont explorés et traités. En bref, nous prouvons que les fondements du psychodrame sont d'ordre phénoménologique et existentiel, puisque lors d'une représentation psychodramatique on tâche de saisir l'existence réelle et complète de l'individu en considérant sa relation au monde dans sa totalité et que dans cette conception, le vécu de l'individu est son propre médium de rencontre avec le monde. De plus, le problème d'un individu particulier est souvent partagé par les membres du groupe entier, donc l'individu au centre d'un psychodrame devient le représentant, en action, du groupe : « ce qui se passe ici et maintenant en psychodrame de groupe s'explique autant par le versant personnel et historique de la vie de chacun que par le versant commun et sociométrique du groupe » (Ancelin Schützenberger, 2003, p. 32).

**Les niveaux de représentation ou d'action.** Deuxièmement, sous quelle forme particulière se trouve actualisée la situation réaliste ou imaginaire représentée en scène? Sous une modalité ou un niveau de représentation réel ou symbolique? Tout d'abord, il importe de préciser qu'indépendamment de la modalité employée, une représentation scénique est toujours une création, donc un défi pour l'imagination, et empiriquement, elle est une simulation de la réalité par des actions psychodramatiques. Dans ce cas, la représentation scénique comporte un paradoxe, car lorsqu'une personne y est impliquée, elle se trouve dans une réalité virtuelle ou, selon Grete-Anna Leutz (1985), dans une semi-réalité, c'est-à-dire que le vécu représenté est aussi réel et intense que dans la réalité et que d'un autre côté, il est accompagné de la conscience latente que les acteurs qui prennent part à la représentation ne sont pas les proches réels et que la situation se

terminera à la fin du jeu dramatique. De plus, l'action dramatique est concrète tout en restant symbolique : le geste n'est pas achevé au sens propre, il s'agit de faire « comme si ». La semi-réalité, propre à la représentation de rôles et d'évènements réels, devient « surplus de réalité » lorsque des rôles ou évènements inventés sont plutôt représentés; le surplus de réalité élargit les possibilités du réel habituel. Ce concept est un des ressorts majeurs de l'approche psychodramatique puisqu'une de ses utilités est de permettre ce qui n'est pas advenu dans la réalité; le psychodrame concerne aussi ce qui n'est pas arrivé, les opportunités que la vie n'a pas fournies. Dans la littérature, on se réfère au pouvoir de l'efficacité symbolique ou de la réalisation symbolique (Anzieu, 2004, Moreno, 2007). Le psychodrame, grâce à la méta-réalité psychodramatique qu'il met en place dans le jeu psychodramatique, peut procurer un surplus de réalité thérapeutique à la réalité historique du sujet.

Par la suite, la modalité de représentation des vécus personnels est un aspect important à considérer, surtout lorsque le psychodrame est appliqué aux enfants, car ceux-ci s'expriment souvent à travers un langage verbal et non-verbal symbolique, métaphorique ou imagé (Hoey, 1997; Lorin, 1989; Widlöcher, 2003; Anzieu, 2004; Moreno, 2007). Ici, nous devons distinguer le concept de communication symbolique avec celui d'efficacité ou de réalisation symbolique explicité précédemment. Il importe de savoir que l'expression de soi, de son vécu - liée à des rôles qui s'insèrent dans des relations articulant l'atome social - à travers une représentation de scènes significatives, peut se faire soit sous une forme directe, par une communication réaliste : les vécus sont

actualisés dans des scènes de la réalité ambiante, ou bien, soit sous une forme indirecte, par une communication symbolique : les vécus sont figurés à travers des scènes fantastiques (voire féeriques ou fantasmagoriques) ou mythiques qui agissent à titre de symboles. Cet aspect de la modalité de représentation conduit à la question du sens. Cette question est inhérente à toutes scènes jouées, et ce, indépendamment du niveau de représentation, c'est-à-dire que chaque scène appelle à en saisir le sens propre pour la personne y étant protagoniste. Toutefois, lorsque la scène est représentée sous un mode symbolique, la recherche de sens est double : on doit chercher à déchiffrer les symboles utilisés pour représenter, et ensuite, comprendre le sens personnel de la scène pour le protagoniste dans sa vie réelle, dans sa phénoménologie.

À ce stade, nous pouvons définir le psychodrame, à notre sens et au sens étroit du terme comme une représentation scénique spontanée d'épisodes de la vie réelle ou de scènes imaginaires, à l'intérieur de laquelle un personnage particulier à la situation en question est joué et articulé aux rôles des autres personnes prenant part à cette situation, ceci afin d'éprouver son propre vécu en relation avec les autres, et de produire, dans la réversibilité du jeu psychodramatique, des rôles et réponses plus adaptés à la réalité irréversible de la vie.

#### **Intentions globales visées par le modèle thérapeutique psychodramatique.**

Didier Anzieu (2004) énonce 3 principes sur lesquels s'appuie la pratique du psychodrame analytique : être, éprouver et connaître. À la lumière de nos lectures

hétéroclites, ces principes font l'unanimité peu importe la variante du psychodrame appliquée. Les quelques nuances à préciser ont trait à la prépondérance accordée à chacun de ces rudiments thérapeutiques ainsi qu'à leur heuristique, c'est-à-dire à la façon dont ils sont approchés. De plus, le psychodrame moréen mise sur un quatrième principe crucial : produire. Moreno (2007) explique qu'après avoir atteint un certain degré de guérison psychique, l'individu doit « rentrer dans le monde » et y participer, ce à quoi il se prépare par la production active de réponses ou rôles plus adaptés. Dans le fond, le débat prédominant spécialement au sein de la littérature sur le psychodrame chez l'enfant, et qui concerne la valeur thérapeutique du psychodrame classique par rapport à celui analytique, nous apparaît comme stérile et surtout causé par une méconnaissance des intentions, stratégies et visées du traitement psychodramatique d'inspiration moréenne.

Le psychodrame psychanalytique repose sur les données essentielles de la théorie psychanalytique et utilise l'action ou le jeu psychodramatique principalement à des fins d'élucidation des phénomènes inconscients. Dans celui-ci la fonction interprétative du jeu est au premier plan et repose sur l'analyse du transfert et des résistances. Bien que le transfert soit perçu comme protéiforme dans la situation psychodramatique, se diffractant sur le thérapeute, co-thérapeutes, egos-auxiliaires et membres du groupe, il reste central pour l'atteinte de l'objectif d'expression de soi et de connaissance de soi. L'interprétation connaît aussi une modification, c'est-à-dire qu'elle peut être agie dans la scène en plus d'être verbalisée par les egos-auxiliaires, co-thérapeutes ou bien sûr, le

thérapeute. Il est faux de croire que le psychodrame classique ou morénéen, n'opte pas pour une élaboration des conflits intrapsychiques ou interpersonnels. Un travail psychique d'élaboration d'un sens personnel a bel et bien lieu, mais il ne s'appuie pas sur les mêmes notions pour expliquer le fonctionnement psychique et sur les mêmes méthodes pour accéder au sens : notions de rôle et de production de créativité à l'aide des méthodes d'action et de groupe versus notions freudiennes liées au point de vue économique, topique et dynamique de l'appareil psychique et à l'analyse à l'aide des méthodes herméneutiques. Le psychodrame d'inspiration morénéenne met en œuvre le domaine d'action et de création comme véhicule thérapeutique tandis que la psychanalyse utilise le domaine verbal et analytique. Cette différence explique le recours nécessaire à l'interprétation dans le processus analytique qui s'oppose à l'importance de la prise de conscience vécue dans le processus dramatique. En psychodrame, on parle de prise de conscience par le jeu (insight d'action), d'apprentissage par l'action et par son expérience. Il s'agit d'un processus thérapeutique essentiellement issu de l'action et créé par l'action :

Le but de la thérapie psychodramatique est la production totale de vie. Elle essaie de pourvoir le patient de plus de réalité que la lutte pour la vie ne lui en a donnée jusqu'alors. Cette richesse ou plénitude d'expériences vécues et vivantes où le sujet a à constamment élargir ses contrôles et sa maîtrise de soi et du monde, par l'évènement vécu et l'exercice et non par l'analyse. L'analyse (totale) qui est le but ultime de la thérapie psychanalytique... vise dans les faits à donner plus de discernement analytique que le cœur de la vie du sujet n'a pu en susciter spontanément en lui. (Moreno, 2007, p. 179).

Par conséquent, l'approche du traitement en psychodrame s'appuie sur un modèle expérientiel. D'ailleurs, dans la littérature, le psychodrame est souvent classé sous la grande famille des approches expérientielles (Greenberg, Watson, & Lietaer, 1998). Selon les approches expérientielles, la personne arrive à mieux se comprendre à partir d'une expérience concrète et corporellement ressentie qu'à partir d'une expérience passive, telles celles propres aux approches thérapeutiques dites verbales. Par ailleurs, il n'est pas suffisant de comprendre un problème pour changer. Même les hypothèses les plus inventives et créatives sur la fonction possible d'un symptôme n'offrent pas au thérapeute une indication sur la façon de changer les gens, au mieux, elles suggèrent comment un individu cesse de progresser dans sa vie et se trouve bloqué. Par exemple, savoir pourquoi une personne mange trop l'aide rarement à réduire son appétit ou à changer ses habitudes alimentaires.

Pour changer, il faut tester de nouvelles solutions et s'orienter vers celles-ci car elles produisent des comportements nouveaux et créent de nouvelles attitudes bénéfiques au changement vers un mieux-être. Et selon les approches expérientielles, dont fait partie le psychodrame, le fait de trouver des réponses à ses problèmes, de revoir sa façon de penser et de mettre en place un comportement adapté requiert une expérience active de la part du sujet. Le psychodrame, grâce à sa dimension expérientielle, élève le client du statut d'objet passif à celui de sujet actif de la psychothérapie. L'esprit est que l'individu est proactif dans le processus thérapeutique, il est acteur de ses propres changements. Il devient un agent créateur de changements. L'action, l'expérience du psychodrame,

permet de changer les rôles dans lesquels le client est enfermé et de retrouver ses ressources créatrices. Cette réappropriation de sa spontanéité, et par le fait même, de sa créativité, fait écho aux thérapies expressives dont font partie la thérapie par le jeu et l'art-thérapie, pour ne nommer que celles-ci. Moreno met de l'espoir dans l'activation de la créativité humaine. Ainsi, il avait dit à Freud : « Vous analysez les rêves des hommes, moi je veux leur donner le courage de faire de nouveaux rêves » (Leutz, 1985).

Finalement, comme nous venons de le voir, l'action en psychodrame a un pouvoir d'exploration, de production et de création. Ceci nous amène à relever une dernière affinité avec une autre approche du changement, soit la praxéologie. La praxéologie se définit par l'étude de l'action humaine et du comportement qui se fait sur l'action et à partir de l'action (Mandeville, 2004). L'action ou le jeu psychodramatique déployé en psychodrame est encadré par les techniques et stratégies psychodramatiques qui visent la réflexion dans et sur l'action spontanée afin de la rendre consciente, créative, autonome et efficace. Les solutions possibles seront recherchées dans et à partir de l'action, on évite donc de discuter du cas et de prescrire des solutions. Ainsi, on remarque clairement que l'approche psychodramatique s'appuie aussi sur des conceptions praxéologiques du changement thérapeutique.

**Le psychodrame : une psychologie positive et ouverte sur plusieurs perspectives cliniques.** Dans les théories sur le traitement, nous devrions reconnaître ce qui a été noté il y a plus de 2000 ans par Hippocrate. Il a remarqué que soigner implique

un double objectif soit directement rechercher à renverser les processus pathologiques et également, promouvoir indirectement la santé globale du patient en stimulant les forces naturelles de guérison (O'Hanlon, & Weiner-Davis, 1995). Ce dernier objectif correspond à la psychologie positive, une tendance actuelle dans le domaine de la psychothérapie qui prend de plus en plus d'importance. Par exemple, la thérapie brève orientée vers les solutions s'aligne sur cette tendance (O'Hanlon, & Weiner-Davis, 1995). La priorité du traitement, issue de ce courant, consiste à redresser le déséquilibre antérieur par l'actualisation des forces humaines (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000).

Comme nous l'avons dit auparavant, le psychodrame permet d'explorer et de libérer la souffrance contribuant au trouble en même temps qu'il développe les forces créatives et les capacités d'adaptation de l'individu. Dans cette optique, le psychodrame est une méthode thérapeutique qui vise à la fois le traitement et le développement d'une personne; il est à la fois orienté vers le passé et l'avenir, tout en s'actualisant dans l'ici et maintenant. Autrement dit, les ressorts thérapeutiques du psychodrame agissent sur les sources de la souffrance comme sur les ressources saines d'un individu. Pour résumer, le psychodrame permet d'explorer et d'éventuellement trouver des explications aux problèmes, aux pathologies, comme il permet de s'intéresser aux solutions, aux compétences et aptitudes de la personne. Selon nous, en faisant beaucoup de place à la production de rôle dans une expérience réelle, en insérant activement le client dans son processus de guérison et de développement, le psychodrame s'intéresse au potentiel d'une approche thérapeutique plus positive de la psychologie et du changement

thérapeutique. Il s'intéresse au potentiel d'une conception élargie de la santé mentale basée sur les ressources de l'individu. Le rapport entre la spontanéité créatrice et la santé psychique permet au psychodrame d'apporter une contribution particulière dans le traitement des problèmes ou troubles mentaux.

Aujourd'hui, la cohérence entre la théorie et la pratique psychodramatique et ses effets est également influencée par des perspectives théoriques et pratiques qui ne sont pas directement reliées au psychodrame, mais qui lui sont toutefois apparentées et fort utiles pour étayer son efficacité. Donc, il faut essayer d'intégrer celles-ci aux concepts théoriques notoires du psychodrame traditionnel. Les récentes explorations et découvertes théoriques au niveau de la neurobiologie, de la traumatologie, de l'attachement, de la psychopathologie, du développement de l'enfant et de la psychothérapie élargissent et améliorent la théorie et la pratique psychodramatique en même temps qu'elles stimulent de nouvelles idées et avenues d'investigation pour les cliniciens, co-créateurs de la théorie sous-tendant la méthode psychodramatique. Dans l'ensemble, le contenu de ces découvertes milite en faveur de la poursuite de l'adaptation de l'application du psychodrame comme traitement de choix pour adresser une panoplie de troubles de santé mentale.

### **En résumé**

Alors, selon nous, en fonction de la perspective transthéorique et multidisciplinaire du psychodrame, ce dernier devrait être reconnu comme un ensemble élastique de

méthodes thérapeutiques d'action ou dramatique articulées à une variété de principes théoriques flexibles qui peuvent être modifiés et appliqués aux différentes réalités cliniques rencontrées en thérapie : divers contextes, phénomènes et problèmes de santé mentale. Il faut cependant insister sur le fait que le psychodrame est une approche originale en soi, car sa théorie d'origine lui est propre, celle dite classique ou morénéenne que nous avons exposée dans cette première partie du chapitre II, et nous croyons qu'il est nécessaire de la connaître pour pouvoir utiliser au maximum les possibilités du psychodrame de groupe. Un bon psychodramatiste doit prendre le temps d'évaluer la dynamique de son client et ses relations avec le groupe afin de générer des hypothèses de travail à partir desquelles des stratégies d'intervention rationnelles seront dérivées. Le psychodramatiste doit être en mesure de répondre à cette question implicite : pourquoi faire ce que je fais avec ce client? Quelle est la visée de cette stratégie? (Blatner, 2007).

Grâce à sa souplesse théorique, le caractère polysémique du psychodrame est incontestable. Indépendamment de la position théorique choisie, l'utilisation de méthodes de groupe et dramatiques pour explorer et traiter les problématiques personnelles et interpersonnelles ainsi que pour développer les forces personnelles d'un client et les ressources d'un groupe, constitue, selon nous, un atout patent en psychothérapie. Dans le chapitre III, nous traiterons de la pratique du psychodrame de groupe chez l'enfant (pertinence de l'approche et ajustements du cadre pratique à prévoir). Dans le chapitre IV, nous formulons une proposition concrète d'application du

psychodrame de groupe auprès de la clientèle de l'équipe SMJ et tâchons de démontrer les effets thérapeutiques de celle-ci à l'aide d'illustrations cliniques. Les cas-types fictifs sont inspirés par les enfants de 8 à 12 ans rencontrés au cours de la pratique de l'auteure de l'essai au sein de l'équipe SMJ de 1<sup>re</sup> ligne. Mais, pour l'instant, il importe de clarifier le cadre pratique du psychodrame en général. Il s'agit d'explicitier les moyens inhérents à la méthode psychodramatique classique.

### **Cadre pratique**

#### **Le psychodrame de groupe ou individuel**

La pratique du psychodrame se distingue selon qu'elle propose aux clients un dispositif groupal ou individuel. Le psychodrame individuel est la forme préférentielle du psychodrame analytique et rassemble autour du sujet une équipe psychodramatique composée d'un thérapeute meneur de jeu et d'acteurs-thérapeutes, c'est-à-dire des ego-auxiliaires professionnels. Pour Moreno (2007), il faut rapprocher la psychothérapie de la vie réelle, en passant de la psychothérapie individuelle à l'espace libre et multidimensionnel de la psychothérapie de groupe et cette dernière possède trois principes thérapeutiques essentiels : « a) le sujet : participants individuels ou groupe en entier; b) l'agent thérapeutique : les forces à la base de la thérapie, comme la créativité, la spontanéité, le télé, les images autoritaires, la catharsis, etc.; c) le moyen : les outils par lesquels l'agent agit sur le sujet de la thérapie, comme une discussion, la danse, un film, une action, etc. » (p. 138). Pour une thérapie de groupe, le psychodrame est un moyen ou une approche de groupe qui utilise plusieurs outils ou instruments, dont la

scène ou le jeu dramatique pour ne nommer que ceux-ci. De plus, le psychodrame est conçu comme une méthode clinique de psychothérapie de groupe où le sujet de la thérapie peut être l'individu participant au groupe et/ou le groupe en entier. Dans la littérature, quand il est question du sujet d'une psychothérapie de groupe appliquant le psychodrame classique, c'est-à-dire d'inspiration morénéenne, on distingue le psychodrame centré sur le protagoniste (sujet premier d'un psychodrame) de celui centré sur le groupe. Ce dernier correspond au sociodrame qui, contrairement au psychodrame, traite de l'aspect social ou collectif des problèmes d'un groupe, c'est-à-dire que le vécu privé des individus est relégué à l'arrière-plan (Ancelin Schützenberger, 2003). Comme cet essai se concentre plus spécifiquement sur l'application du psychodrame de groupe visant à traiter les problèmes psychologiques individuels de plusieurs enfants membres d'un groupe, nous privilégions le psychodrame centré sur le protagoniste dans notre approche de base.

Néanmoins, dans la logique d'une psychothérapie conduite en groupe, il est invraisemblable de penser que les problèmes de groupe ne sont pas, au moins de façon indirecte, traités : ne serait-ce que par la qualité des relations entre participants qui s'améliorent (ex. : leurs statuts sociométriques) ou par la nécessaire prise en compte de l'inéluctable processus ou dynamique de groupe. Les aspects individuels et sociaux sont donc plutôt conjointement traités bien que l'approche centrée sur le sujet protagoniste soit adoptée : « Ce qui se passe ici et maintenant en psychodrame de groupe s'explique autant par le versant personnel, historique de la vie de chacun que par le versant

commun, sociométrique, du groupe (Ancelin Schützenberger, p. 32). La force du psychodrame centré sur le protagoniste, qui se pratique en groupe, réside dans le fait reconnu par plusieurs que « le problème d'un individu particulier est souvent partagé par les membres du groupe entier » (Moreno, p. 157). Donc, l'individu au centre d'un psychodrame devient le représentant en action du groupe et les membres du groupe des agents thérapeutiques, tel que vu précédemment. Ainsi, en traitant un individu dans un psychodrame, on peut éventuellement traiter indirectement les autres. En outre, une variété de méthodes psychodramatiques peuvent être utilisées pour catalyser certaines expériences sans chercher à entrer dans un psychodrame classique (Corey, 2007; Corsini, 2005).

### **Les différentes applications du psychodrame**

Les principales manières de faire du psychodrame correspondent au psychodrame diagnostique, pédagogique et thérapeutique. Le *psychodrame diagnostique* est utilisé à des fins d'investigation psychologique d'un groupe ou d'un individu. En demandant à un enfant de représenter une scène réelle de son passé ou de son présent ou une scène-type donnée, plusieurs aspects spécifiques de sa personnalité peuvent être explorés : situations et enjeux personnels, comportements habituels, monde imaginaire, perceptions de son entourage et de soi-même, aptitude aux rôles, degré de spontanéité, etc. Le *psychodrame pédagogique* est utilisé à des fins éducatives ou rééducatives et se résume principalement aux entraînements à la spontanéité et aux rôles. Le *psychodrame thérapeutique* vise le « mieux-être » de la personne et favorise le développement d'un

« savoir-être », car en réduisant des conflits (dissonances) entre ses différents rôles et en prenant conscience des rôles qu'elle joue en relation avec autrui, elle développe des comportements adéquats dans une gamme de situations qu'elle va pouvoir poursuivre dans sa vie quotidienne. Dépendamment du but recherché par le thérapeute, la forme du psychodrame varie. Ces formes peuvent être conceptualisées sous un continuum d'intervention : du psychodrame diagnostique (ou d'exploration) au psychodrame thérapeutique, en passant par le psychodrame éducatif et rééducatif, appelé également psychodrame pédagogique.

### **Les instruments fondamentaux du psychodrame**

Les instruments fondamentaux mis en œuvre dans un psychodrame sont les suivants : une scène, un protagoniste, un directeur, des ego-auxiliaires et le groupe (Moreno, 2007; Ancelin Schützenberger, 2003). Ils constituent le monde auxiliaire psychodramatique.

**La scène.** Le psychodrame est fondé sur la vie même, ainsi, on reproduit sur la scène le contexte temporel et spatial dans lequel vit une personne. La scène est l'aire de jeu où l'action se déroule. Elle ne doit pas être constituée obligatoirement de matériel bien qu'il soit fort utile lorsque des accessoires (tels que des chaises, costumes et fichus) et un éclairage particulier sont mis à la disposition des acteurs afin de faciliter la représentation symbolique des lieux. L'image scénique est construite en fonction des besoins thérapeutiques. Construire la réalité de l'espace où une personne vit, aide celle-

ci à s'y retrouver et prépare à revivre les sentiments qui existent ou non dans ce lieu. Si une personne se souvient d'une conversation qui a eu lieu autour d'une table, il est important que les personnes impliquées dans la scène soient jouées par des membres du groupe. Ainsi, lorsque le protagoniste et les acteurs y mettent pied, ils entrent symboliquement dans le jeu et oublient ce qui est extérieur à la scène.

**Le protagoniste.** Le protagoniste, ce qui signifie le premier en action, est le terme employé pour désigner l'auteur de la scène. L'action se déroule autour de lui et pour lui, mais il est également une voix représentative du groupe par laquelle passe le travail des autres personnes de ce groupe. Tenant son propre rôle, le protagoniste met en scène un aspect ou une situation passée, présente ou future de sa vie qu'il veut travailler : sa peur d'échouer, sa relation avec ses parents, son problème face à l'autorité, etc. Le protagoniste a l'occasion, en jetant le script de sa vie, de réviser le scénario qu'il pratique jusque-là pour des raisons compréhensibles, mais qui n'est plus adéquat dans ses nouvelles conditions de vie. Une personne, à laquelle on a donné un scénario stipulant « Ne pleure pas ! », peut ressentir qu'un tel script ne lui est plus d'aucune utilité dans son fonctionnement actuel parce qu'il ressent une libération en donnant libre cours à ses larmes. Ainsi, il révisé sa définition de « courageux » : une personne qui a le courage de faire face à ce qu'il vit réellement émotionnellement en lui.

**Le directeur.** Il s'agit du thérapeute, du facilitateur ou du meneur de jeu et de groupe. Le directeur est un psychodramatiste formé qui facilite et guide le bon

déroulement de l'action. Il est coproducteur de l'action en dirigeant et orientant le protagoniste et les acteurs dans le sens d'une exploration et d'une résolution de la scène jouée. Ensuite, il recadre le processus personnel du client dans le processus groupal. L'empathie du thérapeute joue un rôle déterminant. À l'instar d'une bonne mère au cours des premiers stades de la vie, c'est de cette attitude empathique que dépend sa capacité de bien ressentir le sentiment d'impuissance et les besoins du protagoniste pour assurer la confiance de ce dernier et conduire de façon stratégique le psychodrame.

Voici quelques tâches spécifiques du directeur (Karp, 1998) : 1) Bien évaluer la dynamique de groupe, sa cohésion et ses interactions en début de séance; 2) Créer une cohésion suffisante et une ambiance constructive pour le travail de groupe; 3) Stimuler suffisamment les membres du groupe par une mise en train pour les disposer à l'action; 4) Veiller au bon choix d'un protagoniste et, en même temps, reconforter les autres membres qui ont été considérés mais qui n'ont pas été choisis en tant que sujet de la séance; 5) Établir une alliance thérapeutique (contrat de travail pour la séance), c'est-à-dire négocier avec le protagoniste une préparation de la mise en scène : préparer l'espace de la mise en scène sur laquelle le psychodrame prendra place, intervenir de telle manière que le protagoniste se sente assez libre pour choisir et définir l'objectif de l'exploration, identifier tant les messages verbaux que non-verbaux du protagoniste; 6) Ancrer chaque scène dans un contexte temporel et spatial approprié; 7) Aider les co-acteurs (ego-auxiliaires) à incarner le rôle que leur a attribué le protagoniste; 8) Identifier les thèmes centraux de la scène et aider le protagoniste à montrer au groupe ce

qui est arrivé au lieu d'en parler; 9) Utiliser les techniques psychodramatiques telles que le renversement de rôle afin de glisser de la périphérie du problème vers le nœud de celui-ci; 10) Amplifier de manière adéquate la catharsis d'action afin qu'elle soit suivie d'une catharsis d'intégration; 11) Créer une sécurité suffisante pour le protagoniste et le groupe; 12) Assurer la confidentialité; 13) Aider le protagoniste à réintégrer le groupe à la fin de la mise en scène; 14) Faciliter le feedback sur le rôle auxiliaire joué par des membres du groupe pendant la séance psychodramatique; 15) Permettre aux membres du groupe qui s'identifient au protagoniste de partager leur expérience personnelle afin de vivre une catharsis d'intégration qui leur est propre; 16) Protéger le protagoniste de certaines réponses inadéquates ou de l'analyse venant du groupe et porter attention à chaque membre qui partage une expérience similaire ou qui s'implique plus particulièrement à un moment donné dans la séance.

**Les co-acteurs : ego-auxiliaires ou moi-auxiliaires, antagonistes ou contre-rôles.**

Ils sont les membres du groupe qui jouent un rôle représentant un « autre » significatif dans la scène choisie par le protagoniste. Il s'agit d'endosser un rôle complémentaire à celui tenu par le protagoniste : contre-rôle. La relation qui s'établit entre le protagoniste et l'ego-auxiliaire consiste à mettre concrètement en œuvre l'intersubjectivité (Anzieu, 2004). Le rôle auxiliaire tenu peut être extérieur au protagoniste, tel un membre de sa famille ou un ami de classe, ou intérieur, tel son moi craintif ou frustré, telle une voix intérieure, etc. Cette forme d'ego-auxiliaire peut être appelée *double* et peut s'incarner dès le début de la séance étant donné le choix du protagoniste ou la suggestion du

directeur. D'autre part, il peut également s'incarner en cours de séance par les membres du groupe qui ne sont pas dans un rôle attribué. Ceux-ci se doivent de rester disponibles au protagoniste en reflétant les états d'âmes perçus mais non exprimés en cours de jeu, tel un alter ego du protagoniste, en le doublant. Le double sert à exprimer, avec ou sans mot, ce qui ne peut être exprimé ou ce qui a besoin d'être amplifié pour pénétrer les problèmes intimes du protagoniste.

**Le groupe.** Il représente l'auditoire duquel sont choisis les ego-auxiliaires, duquel proviennent les doubles et devant qui l'action se déroule. Il recèle le pouvoir de représenter une multiplicité de rôles. Il agit à titre de caisse de résonance et de levier de changement pour le protagoniste par l'écho de ses membres qui partagent leur vécu en lien avec le psychodrame joué. Par ses commentaires, les membres du groupe valident et normalisent l'expérience du protagoniste.

**Le déroulement d'une séance psychodramatique.** Toute séance de psychodrame comporte trois temps ou étapes thérapeutiques essentiels : la mise en train, la mise en scène et le retour.

**L'étape d'échauffement : la mise en train.** La mise en train, en début de séance, sert à créer une atmosphère de créativité. Cette première étape crée un espace de sécurité dans lequel la personne peut commencer à faire confiance au directeur, au groupe et à la méthode psychodramatique. Plus le protagoniste aura pu s'échauffer à la représentation

scénique ainsi qu'à son vécu personnel, plus la phase de jeu à venir se déroulera de façon spontanée; il y a interdépendance entre échauffement, spontanéité et jeu (Karp, 1998). Grâce à cette interdépendance les contenus psychiques refoulés reprennent souvent vie et remontent à la conscience.

Il y a bien des manières d'échauffer un groupe. Moreno (2007) le réalisait en favorisant la rencontre entre les participants, en les amenant à parler facilement les uns avec les autres pour créer une zone d'intimité afin de baisser les résistances au travail thérapeutique. Le directeur peut aussi choisir lui-même un protagoniste : par exemple, une personne qu'il perçoit comme étant prête à travailler et qui devient porteuse du processus du groupe. Une autre option est de trouver le thème de la séance à partir d'exercices créatifs de groupe d'où émerge le sujet de la séance. Dans un réchauffement avec auto-nomination, les gens peuvent se proposer eux-mêmes comme sujet de la séance. Toutes ces suggestions constituent des moyens par lesquels on peut choisir le protagoniste via la mise en train.

La résistance au jeu et de transfert peuvent entraver le passage au jeu dramatique, c'est-à-dire qu'on peut observer, dans un groupe avec un faible niveau de cohésion, des attitudes ou des interactions qui s'opposent au commencement de la représentation scénique (Leutz, 1985; Ancelin Schützenberger, 2003). Ces résistances s'expriment principalement en début de séance, dans la situation réelle de groupe, car dans l'aire de jeu privilégiée, le protagoniste et les co-acteurs mobilisés dans la situation vraie

représentée, s'efforcent de jouer de façon empathique et réelle. Sur la scène, on ne transfère plus on est disponible à l'autre.

**L'étape de l'action : la mise en scène ou la dramatisation.** Dans cette phase, le client passe de la situation de groupe lors de l'échauffement à l'aire de jeu, c'est-à-dire à la scène. Dans cette phase de l'action, le directeur et le protagoniste déplacent le travail de la périphérie vers son centre. Le psychodrame met en lumière le drame intérieur de manière à ce que celui-ci passe de l'intérieur de soi à l'extérieur de soi. Le directeur réchauffe le protagoniste afin de le préparer à mettre en scène une situation tirée de son vécu réel ou imaginaire; ensemble ils aménagent en imagination l'aire de jeu conformément à la scène qui va être jouée. Pour se transposer émotionnellement et physiquement dans le monde de son vécu, le protagoniste choisit des membres du groupe pour jouer des ego-auxiliaires qui représentent des personnes de référence à la situation choisie et place la scène à l'aide du directeur. Une fois l'action commencée, la scène est vécue comme un espace ritualisé, c'est-à-dire que l'événement qui est censé s'y produire ne se produit qu'à cet endroit. Si l'on essaie de jouer un psychodrame à l'extérieur de l'espace du groupe, en dehors de tout espace scénique bien déterminé, il tombe souvent à plat puisqu'il manque de frontières tant spatiales que méthodologiques (Karp, 1998). C'est lors de cette phase du psychodrame que le directeur utilise les techniques psychodramatiques telles que le renversement de rôle afin de glisser de la périphérie du problème vers le noyau de celui-ci.

Le psychodrame réduit la résistance, dans la mesure où il va au-devant du refoulé grâce à sa situation de jeu et l'aide «à secouer la pression qu'il subit, à se frayer un chemin vers la conscience ou à se décharger par une action réelle» (Leutz, 1985, p.37). C'est à ce moment que la catharsis d'action opère et rencontre un premier niveau d'intégration, soit à travers un travail de restitution d'un problème à un lieu temporel et interactionnel; des prises de conscience sont vécues dans l'action ce qui peut enclencher un travail de perlaboration, de sens pour soi. Les contenus revécus dans le jeu dramatique sont conservés jusqu'à la phase finale et intégrés davantage, au plan individuel chez le protagoniste, à ce moment, par l'effet du partage en groupe suite au psychodrame.

**L'étape finale : le retour, le partage ou l'écho du groupe.** Au terme de l'action, les personnes qui ont joué dans la scène réintègrent le groupe pour passer à la phase du retour. Celui-ci se fait par le partage du vécu des membres du groupe en lien avec l'action qui s'est déroulée dans le psychodrame (Ancelin Schützenberger, 2003). Il y a deux temps à ce partage : un retour quant aux rôles joués et un retour quant à son expérience personnelle. Tout d'abord, dans le feedback de rôles, ce sont les personnes qui ont joué un rôle (ego-auxiliaire, double, etc.) qui communiquent comment ils se sont sentis dans le rôle endossé. Ceci contribue à la catharsis d'intégration chez le protagoniste, car ce retour dans les rôles lui permet d'approfondir sa compréhension de la scène jouée. Par le processus de télé, on peut supposer que ce qui est dit concorde d'une certaine façon avec les perceptions du protagoniste.

Ensuite, la catharsis de groupe, donc d'intégration pour le groupe, est vécue dans le deuxième temps de partage. Ce retour, appelé partage ou écho personnel, n'encourage pas l'analyse de la situation jouée, mais plutôt les identifications à celle-ci (Karp, 1998). Chaque membre est invité à identifier les moments d'implication personnelle les plus intenses pour soi; chacun découvre à quel niveau il ou elle est semblable au protagoniste. Le but du partage est de permettre aux membres du groupe de purger leurs émotions ou prises de conscience issues de la mise en scène. Il est aussi censé normaliser l'expérience du protagoniste en lui faisant entendre de quelle manière les autres sont impliqués dans le même processus que lui à différents niveaux; lui faire entendre l'universalité du thème présenté et ainsi augmenter le niveau d'empathie et de confiance dans le groupe. Une autre fonction du partage est d'être un apaisement, un moyen de retourner à nos réalités individuelles après le jeu en groupe. Parfois, on peut mesurer l'efficacité de la session toute entière par la profondeur du moment de partage. De plus, ces échanges post-psychodrame permettent aux thérapeutes d'aménager la trame de la séance suivante.

### **Les techniques psychodramatiques**

Étant donné que l'essence du psychodrame se retrouve dans l'action, la grande majorité des techniques employées en psychodrame s'applique lors de l'étape de la mise en scène, lorsqu'il y a jeu psychodramatique. Elles visent le déploiement de la spontanéité pour permettre à l'individu de devenir créatif, de parler au Je : un Je propre chez l'enfant et mature et assumé chez l'adulte. Les techniques les plus fréquemment

exploitées seront explicitées, toutefois, Anne Ancelin Schützenberger, dans son livre *Le psychodrame* (2003), en propose plus d'une centaine que le psychodramatiste peut utiliser en fonction de ses intentions et de sa compréhension du processus de groupe.

**L'entraînement aux rôles.** Lorsque l'action est davantage centrée sur un but éducatif ou rééducatif, l'entraînement de rôles ou le jeu de rôle vise à permettre à l'individu de se pratiquer dans un rôle peu maîtrisé ou inédit. Dans le premier cas, il devient un jeu de rôle prospectif à valeur rééducative. Une scène psychodramatique prospective peut se mettre en place après l'exploration et les prises de conscience survenues dans une première scène tirée du vécu du protagoniste. Ensuite, il s'entraînera à la conduite qu'il a ressentie comme la mieux adaptée à la situation jouée. Dans ce cas, le renforcement positif des co-acteurs, du thérapeute et du groupe joue un rôle important car l'expérience de la réaction adéquate et spontanée de ceux-ci augmente la confiance du client en sa propre spontanéité, ce qui l'encourage dans la création de rôles de plus en plus adaptés. Dans le deuxième cas, c'est-à-dire se pratiquer à un rôle inédit lié à une situation tout aussi inédite, l'entraînement de rôle prend une forme davantage éducative. Par exemple, s'entraîner à la prise de rôles fictifs à travers l'improvisation. Souvent il s'agit de s'entraîner à des rôles sociaux : jouer le rôle d'un policier, d'un coach de hockey, s'entraîner à commander au restaurant, etc.

**Le renversement de rôle.** Une des techniques principales du psychodrame est le renversement de rôle. Elle est à la fois une technique et un principe intimement liés au

concept de rencontre chez Moreno parce qu'elle favorise l'exercice de l'empathie en permettant de dépasser l'égoïsme dans les relations interpersonnelles. Dans le cours de l'action, il y a renversement de rôle lorsque le directeur demande à deux participants de changer réciproquement de rôle, de place et de situation. Il s'agit de tenter « d'être autrui, de l'incarner dans sa peau, son personnage, ses sentiments, son attitude physique, sa manière d'être » (Ancelin Schützenberger, 2003, p.228). Moreno (2007) base les principes du renversement de rôle sur les concepts de télé, d'états co-conscients et co-inconscients d'une relation. Ces concepts rejoignent celui d'intersubjectivité.

Au niveau du processus de groupe, échanger de rôle avec une personne dans un dialogue joué contribue à une meilleure compréhension de l'expérience de l'autre tout en renforçant le processus de télé, c'est-à-dire de façon plus élargie, de voir s'établir une communication réciproque plus vraie entre les membres du groupe, parce qu'elle est davantage basée sur l'empathie que sur le transfert (Ancelin Schützenberger, 2003; Moreno, 2007). L'utilisation fréquente et adéquate du renversement de rôle montre bien la dialectique pratique du psychodrame, c'est-à-dire qu'elle transmet, comme le dit Leutz, (1985) « une nouvelle expérience de soi et de l'autre et permet de vivre la relation entre le protagoniste et son contre-rôle comme un tout » (p.104).

Techniquement, le renversement de rôle est également utilisé pour pister un ego-auxiliaire sur comment il doit jouer son rôle afin de permettre ultérieurement au protagoniste d'entrer plus intensément dans la scène. Cette indication se retrouve en

début ou en cours de psychodrame, par exemple lorsqu'une question posée ne peut être répondue par l'ego-auxiliaire puisqu'elle touche directement l'expérience non accessible du protagoniste.

**Le double.** Lorsqu'un membre du groupe sans rôle attiré se met dans la peau du protagoniste sans qu'il n'y ait renversement de rôle, la technique du double est utilisée. Par conséquent, saisir suffisamment la réalité subjective du protagoniste pour tenir le rôle de son double implique encore une fois l'effet des processus de télé, de co-conscients et de co-inconscients du groupe. De plus, la prise de ce rôle est rendue possible par un processus d'identification avec le protagoniste. Concrètement, le double se place derrière le protagoniste et exprime les sentiments, pensées ou sensations qu'il ressent ou devine chez le protagoniste et que ce dernier n'ose exprimer à soi-même ou confier au groupe : colère refoulée, angoisse paralysante, culpabilité ou honte, etc. « Le rôle du double est à la fois d'actualiser et de faire venir à la conscience du protagoniste des sentiments préconscients, et d'aider le psychodramatiste à orienter au besoin le protagoniste dans une certaine voie qui lui paraît utile pour viser plus d'introspection et de créativité » (Ancelin Schützenberger, 2003, p.183). Avant d'approfondir une scène à partir de ce qui a été nommé par le double, le directeur doit vérifier si le protagoniste est en accord avec ce qui a été doublé, c'est-à-dire s'assurer que cela fait du sens pour lui.

**La technique du miroir.** Un ego-auxiliaire fait le portrait de l'image corporelle et sociale ainsi que de la vie inconsciente du protagoniste; il le montre comme dans un

miroir tel que les autres membres du groupe le voient. La technique du miroir est utilisée quand « le client est incapable de se représenter lui-même par des paroles ou des actes » (Moreno, 2007, p.187). Dans l'espace réservé au groupe, donc en dehors de la scène, le protagoniste observe son apparence et ses comportements propres qui sont reflétés par l'ego-auxiliaire qui se trouve dans l'espace réservé à l'action. Souvent, le protagoniste est surpris, si ce n'est pas perturbé, par la représentation de son portrait, comme la première réaction de l'enfant devant son image spéculaire. Néanmoins, s'il accepte l'image reflétée, une nouvelle étape, par rapport à la conscience et connaissance de soi personnelle et en interaction avec les autres, est franchie.

**Le soliloque.** La technique par laquelle on demande au protagoniste de dire tout haut ce qu'il en est de son langage intérieur, de ses pensées secrètes ou de ses sentiments refoulés (Ancelin Schützenberger, 2003). Par exemple, dans la situation où le protagoniste joue un rôle d'enfant perturbateur devant rencontrer la directrice de son école, le directeur du psychodrame, en aparté de l'action, demande de verbaliser tout haut ce qu'il ressent avant d'aller voir sa directrice. Le soliloque d'entrée de jeu ou en fin de dramatisation peut donner, au directeur ou au protagoniste, des pistes d'explorations nouvelles ou une compréhension mieux intégrée de la situation. Complémentaire à la technique du miroir, le soliloque est une technique qui permet la connaissance de soi.

**Le chœur.** Le groupe entier ou un sous-groupe d'ego-auxiliaires est prié de répéter en écho et en chœur certaines phrases ou mots clés du protagoniste (Ancelin Schützenberger, 2003). Cette technique à plusieurs membres du groupe a pour effet d'amplifier des sentiments, sensations et pensées du protagoniste.

**La sculpture.** À travers une sculpture humaine composée de membres du groupe, le protagoniste peut représenter symboliquement sur la scène une situation qui est problématique pour lui, par exemple la constellation familiale de laquelle il est issu. Le directeur peut lui demander de se placer à l'intérieur afin de débiter une dramatisation.

**L'interpolation des résistances.** Cette technique consiste à demander à l'ego-auxiliaire de jouer différemment de ce qui est attendu par le protagoniste. Pour Moreno (2007), cette technique est une fonction de la réalité, car celle-ci offre continuellement une résistance aux attentes de la personne. En des termes psychodramatiques, cette technique consiste à confronter l'attente-quant-au-rôle du protagoniste.

**La réalisation symbolique ou le surplus de réalité.** Synonyme de l'accomplissement symbolique d'un désir (Pio-Abreu, & Villares-Oliveira, 2007). Dans la réalité psychodramatique, il s'agit de rattraper un vécu profondément désiré mais qui n'a jamais été réalisé. Par exemple, fournir à un enfant une mère psychodramatique sensible à ses besoins de sécurité pendant un épisode familial angoissant, qui est rejoué sur scène, parce qu'il n'avait pas été satisfaisant dans la réalité historique de l'enfant.

**L'interprétation.** En psychodrame, la prise de conscience vécue prend la place des interprétations telles qu'elles sont proposées au client par le thérapeute dans le cadre de thérapie verbale (Leutz, 1985). On doit veiller à ce que notre tendance à l'analyse n'intervienne pas de façon destructive (Lorin, 1989). Les interprétions, si elles sont transmises au sujet, sont faites à travers l'action et doivent permettre au protagoniste de s'orienter vers des solutions, c'est-à-dire de produire des comportements plus adaptés et de créer de nouvelles attitudes.

**La présentation de rêve.** Lorsqu'un client veut raconter un rêve, il lui est proposé de se coucher sur la scène, de fermer les yeux et de se représenter le rêve en images (Ancelin Schützenberger, 2003). Pendant qu'il le fait, il décrit l'image du rêve qui apparaît dans son imagination. Ensuite, le rêve est mis en scène, on représente ce qui s'y passe en incluant le protagoniste et les éléments de référence.

**La boutique magique.** Technique mettant en place une situation imaginaire où les qualités non-désirées ou dysfonctionnelles du client peuvent être échangées pour des qualités convoitées et bénéfiques (Rustin, & Olsson, 1993). On demande au protagoniste de choisir une qualité spécifique qu'il aimerait posséder et le boutiquier magique négocie le prix de cette qualité en exigeant en retour l'abandon d'une attitude dysfonctionnelle ou un engagement à mettre en pratique un nouveau comportement. Cette technique entraîne la prise de décision du client qui doit considérer ce qu'il souhaite tout en acceptant et en assumant le prix indiqué de ce désir, par

exemple : obtenir plus de liberté à condition de donner en échange une quantité proportionnelle de sa sécurité. À l'intérieur de ce cadre, il est possible de mettre en scène différentes variantes de la boutique magique qui ne sont limitées que par le niveau de spontanéité du directeur, des ego-auxiliaires et du groupe.

### **Les règles**

En quelque sorte, l'ensemble des règles qui doivent être explicitées et suivies par les participants d'un groupe de psychodrame concourent à établir un contrat thérapeutique. Ce contrat tend à rencontrer deux objectifs : assurer une rigueur thérapeutique et protéger les participants. Les principales règles à respecter sont les suivantes : a) la règle de la libre expression verbale et non-verbale dans le « ici et maintenant »; b) la règle du faire «comme si», c'est-à-dire que tout geste reste ébauché, mais non exécuté; c) la règle de la confidentialité : ce qui est dit de personnel dans le groupe reste dans le groupe.

### **Chapitre III**

Le psychodrame de groupe pratiqué auprès de l'enfant

## **Comment le psychodrame aide l'enfant?**

### **La pertinence de l'approche psychodramatique avec les enfants d'âge scolaire**

Rappelons-nous que les premières idées de Moreno sur le psychodrame lui sont venues en regardant les enfants jouer. Dans les jardins de Vienne, il a formé des groupes d'enfants pour le jeu impromptu qui s'est développé par la suite en théâtre de la spontanéité et éventuellement en psychodrame (Moreno, 2007). Il a donc commencé à traiter les problèmes d'enfants par la spontanéité et la créativité de l'acte improvisé.

Le psychodrame est un traitement thérapeutique efficace pour les enfants de 8 à 12 ans, un éventail d'âge inclus dans la période dite de latence ou scolaire, bien qu'il reste sous-utilisé et sous-documenté pour ce groupe d'âge (Amatruda, 2007). Pourtant, ses facteurs thérapeutiques sont multiples tout comme les caractéristiques qui contribuent à son application auprès de l'enfant : en même temps que le psychodrame de groupe exploite les caractéristiques et habiletés de l'enfant entre 8 et 12 ans, il étaye les apprentissages du développement normal de ce dernier. De plus, selon nos lectures, la manière dont le psychodrame fonctionne auprès de l'enfant est intrinsèquement liée à la théorie sur le développement de l'enfant de Moreno, aux théories sur l'attachement ainsi qu'aux notions sur le jeu.

Globalement, le psychodrame puise à même l'enthousiasme de l'enfant pour la nouveauté. Sa proximité aux « status et locus nascendi » de son expérience enfantine le maintient dans une atmosphère de spontanéité et de créativité qu'il ne retrouvera que rarement plus tard (Moreno, 2007). Le psychodrame se réfère à une manière d'être qui caractérise l'enfant avant qu'il n'ait trop subi l'influence d'interactions perturbantes, de contraintes du réel ou d'idées préconçues. Ainsi, compte tenu de leur niveau de rigidité plus bas que celui des adultes, le psychodrame peut plus facilement permettre le transfert, dans le monde réel, des comportements changés ou rôles modifiés en thérapie (Amatruda, 2007).

Au niveau du développement sociocognitif, la période entre 8 et 12 ans, celle du stade des opérations mentales concrètes, marque un grand progrès dans la socialisation et l'objectivation. Sur le plan de la pensée, Piaget (1962) considère que l'enfant est de moins en moins soumis à ses perceptions immédiates, c'est-à-dire qu'il n'est plus limité à sa seule perspective d'une situation et qu'il peut coordonner différents points de vue pour en tirer des conséquences. De plus, l'enfant a de plus en plus accès à des opérations mentales réversibles. Ces conditions cognitives favorisent l'application du psychodrame de groupe auprès de l'enfant. Spécifiquement, elles permettent l'efficacité des principales techniques psychodramatiques qui exigent une capacité de décentration de soi et de concentration sur l'autre afin d'être à son service thérapeutique : le renversement de rôle ou le double, par exemple. Sur le plan socioaffectif, l'enfant de la période scolaire, qui a un sens plus marqué de son autonomie et une conscience de soi

plus aiguë, prend petit à petit une distance de son groupe familial. En faisant partie d'un groupe distinct de sa famille, comme un groupe de psychodrame, l'enfant poursuit le développement de ses valeurs et de son sens moral. Son habileté croissante à s'engager dans des relations coopératives et réciproques avec ses pairs est mise à contribution. Rapidement, nous constatons que le psychodrame stimule le processus de croissance de l'enfant en faisant du groupe et de la scène psychodramatique des espaces de développement de ses appareils cognitifs et émotionnels, de sa personnalité et de sa spontanéité (créativité).

**Le jeu.** Le jeu remplit pour l'enfant une fonction développementale normale pour laquelle de nombreux auteurs, de M. Klein (1959) à D.W. Winnicott (1975) en passant par J. Piaget (1962), ont manifesté un intérêt particulier. Le jeu, de plus en plus élaboré et socialisé, participe à l'émergence de nouvelles aptitudes, tant sur le plan neuro-moteur qu'aux plans psychique, cognitif et social. Il évolue à chaque période de l'enfance en fonction du stade de développement : jeu sensori-moteur, jeu d'imitation, jeu symbolique ou du « faire semblant », jeu intersubjectif et jeu social réglementé. En détail, le processus du jeu étaye le développement du langage, de la représentation mentale et de la socialisation. Ses rapports avec le langage constituent une caractéristique essentielle du jeu. À la période de latence, la régulation verbale du comportement accompagne la maturation du langage, c'est-à-dire qu'en plus de soutenir l'échange avec l'autre, le langage soutient la communication avec soi-même grâce au langage intérieur de plus en plus développé. Ce langage intérieur va de pair avec une

capacité de représentation ou de symbolisation grandissante. Selon l'approche utilisée, neurocognitive ou neuropsychanalytique, le terme peut différer, mais il signifie essentiellement la même chose, c'est-à-dire l'aptitude à se représenter mentalement un phénomène abstrait ou absent et d'agir éventuellement sur celui-ci. Au niveau de la socialisation, parce que l'enfant d'âge scolaire est capable, au plan cognitif, d'attention partagée et d'attribution d'états mentaux à autrui, le jeu devient de plus en plus intersubjectif. Il peut faire des prédictions quant à leur comportement (concept de la théorie de l'esprit vu précédemment au chapitre II). L'interaction et la relation gagnent en réciprocité; l'enfant passe progressivement de l'égoïsme à l'altruisme et ce processus mérite d'être supporté. Dans l'ensemble, ces apprentissages permettent une expression de soi plus riche.

Alors, c'est bien connu, le jeu est un des modes privilégiés de l'expression infantile. Il peut être considéré comme un médiateur spontané de la vie psychique de l'enfant, c'est-à-dire qu'il sert à manifester au dehors l'intériorité de celui-ci. Il permet donc de parler de soi à l'aide d'une gamme de canaux expressifs inclus dans l'expérience pleine du jouer : passant du verbal au gestuel, du moteur au sensoriel, du ludique au représentatif dramatique (Chapelier, & Poncelet, 2005). Cette caractéristique essentielle du jeu, que constituent ses rapports avec l'expression de soi, le convie naturellement au domaine de la thérapie. Nombreuses sont les thérapies par le jeu et divers sont les médiums ludiques, actifs, créatifs et expressifs. Le psychodrame fait partie des médiums artistiques, comme le dessin et la musique, et peut être formulé

globalement comme un type de thérapie par le jeu ou l'art où le registre verbal n'a pas préséance sur les autres registres expressifs. Le psychodrame reprend l'appétence de l'enfant pour le jeu tout en l'incitant à l'expérience spécifique du jeu psychodramatique, soit l'action dramatique spontanée impliquant la prise et le jeu de rôles en interaction avec autrui. Pendant que les enfants qui suivent une thérapie par le jeu s'expriment en interagissant avec des objets, dans le psychodrame ils s'expriment en interagissant à l'intérieur de rôles et d'interactions.

L'action dramatique spontanée avec prise et jeu de rôles, qui se produit au moment de la phase d'action d'une séance de psychodrame de groupe, suit une règle fondamentale, celle du « faire comme si ». Cette règle fait écho au mode d'expression du jeu de l'enfant au stade du jeu symbolique ou du « faire semblant » qui débute vers 4 ans. Ce stade est celui où la fonction symbolique de l'esprit, ou bien en d'autres termes, la capacité cognitive de représentation du cerveau, se trouvent en ébullition. Comme le dit Roussillon (dans Chapelier, & Poncelet, 2005, p. 19) « le jeu doit être agi pour revêtir sa pleine valeur d'expérience, cependant qu'il est dans le même temps « travail de mise en représentation » qui tisse de la matière psychique et qui soutient et accompagne une symbolisation ». Ce travail de mise en représentation, à travers le jeu symbolique normal, permet à l'enfant d'assimiler le monde qui l'entoure. Ainsi le psychodrame, avec le jeu dramatique et sa règle de « faire comme si », permet le même travail, mais à la fois dans une optique de support du développement normal ainsi que dans une optique thérapeutique. « Ce travail psychique de symbolisation, qui constitue un des principaux

bénéfices du psychodrame, requiert du psychodramatiste l'instauration ou la restauration d'une aire transitionnelle positive par le biais de l'espace du jeu » (Anzieu, 2004, p.171). Comme l'essence du psychodrame est de rester dans le registre de la représentation, du « faire comme si », tout peut se représenter, se jouer dans l'aire transitionnelle du psychodrame, c'est-à-dire l'espace de la scène.

Dès la naissance, le jeu est instauré par les stimulations de l'entourage. Le jeu suppose donc l'autre, il se déploie dans un stimulation intersubjective. La même chose s'avère vraie en psychodrame et indéniable lorsqu'il s'agit du psychodrame de groupe. Le jeu intersubjectif, qui est une des étapes du processus du jeu chez l'enfant, a besoin pour se dérouler d'une réponse active et créatrice de l'autre sujet. Le jeu de rôle, lors de la phase d'action du psychodrame, fournit cette rencontre active et créatrice. À l'instar des principes de D.W. Winnicott (1975), la psychothérapie psychodramatique s'effectue là où deux aires de jeux se chevauchent, celle du protagoniste et celle du thérapeute ou de l'ego-auxiliaire. Certainement, le jeu est un moyen incontournable dans la thérapie avec les enfants. Le jeu psychodramatique, médiateur de la vie psychique et relationnelle de l'enfant, va donc tenir une place variable en fonction des âges et des pathologies dans les groupes thérapeutiques.

**Lien entre le psychodrame et la théorie du développement de l'enfant de Moreno.** Comme nous l'avons vu dans la partie sur le modèle de développement de la personnalité créatrice de l'enfant, l'enfant développe son identité et son répertoire de

rôles à travers 3 stades que Moreno associe aux principales techniques psychodramatiques : le stade du double, du miroir et du renversement de rôle (Pio-Abreu, & Villares-Oliveira, 2007).

Le rôle crucial du *double* pour trouver son identité. Les nourrissons réalisent qu'ils sont différents de leur mère et des autres, lorsqu'il y a reconnaissance de leurs sentiments et que la réponse de la figure d'attachement leur est appropriée. Les racines d'un attachement sain se développent à partir de cette danse conversationnelle entre la figure d'attachement et l'enfant, entre l'ego-auxiliaire primaire et l'enfant en des termes morénéens. Cette interaction sensible et accordée est similaire à la technique psychodramatique du double, lorsque le directeur ou un ego-auxiliaire (membres du groupe ou co-thérapeute) assume la position corporelle et l'expression faciale du protagoniste dans le but de l'aider à reconnaître ses sentiments inexprimés.

Se reconnaître soi-même, le rôle du *miroir*. En expérimentant ses propres sentiments qui sont reflétés par ses figures parentales bienveillantes, le bébé commence à former sa propre identité; sa personnalité se forme en grande partie par le feedback reçu par ses figures d'attachement. On connaît l'intense interaction qu'un enfant peut avoir avec un miroir : la conscience que l'image spéculaire est la leur est acquise dans la 3<sup>e</sup> année et le stade du miroir, appelé aussi ainsi par les psychanalystes lacaniens, est perçu comme un outil de connaissance de soi (Pio-Abreu, & Villares-Oliveira, 2007).

Reconnaître l'autre personne, le rôle du *renversement de rôle*. Les enfants pratiquent cette technique à partir de l'âge de 3 ou 4 ans lorsqu'ils jouent à des jeux symboliques ou du « faire semblant ». Les enfants renversent leur rôle et deviennent des objets inanimés comme des trains, des animaux ou des personnes (réelles ou imaginaires). Autour de l'âge de 4 ou 5 ans, la plupart des enfants sont adeptes des rôles d'adulte (par exemple des figures d'autorité) ou de figures fantastiques. En général, la fonction du renversement de rôle spontané dans le jeu des enfants semble faire partie de la socialisation et de l'adaptation à des rôles complémentaires. En plus, à la période de latence, le jeu devient un processus actif de renégociations sociales de rôles et de règles. En psychodrame, le jeu psychodramatique implique l'appropriation de différents rôles et le renversement de rôle met l'accent sur l'empathie, une aptitude qui facilite l'acceptation des règles sociales (développement du jugement moral) et le développement de la socialisation. Les enfants d'âge scolaire, en plus d'accroître leurs rôles sociaux lorsqu'ils progressent au-delà de leur constellation familiale, définissent comment ils seront dans ces rôles à l'aide de relations réciproques et de renversements de rôles, par exemple : un enfant affectueux, un ami attentionné, un élève optimiste, etc. Ces observations appuient l'idée que les enfants utilisent spontanément les techniques du psychodrame afin de développer leur personnalité, leur spontanéité ainsi que leur appareil cognitif et émotif. Comme ces techniques aident l'enfant d'âge préscolaire à surpasser chaque stade de développement, il est légitime de suggérer qu'elles peuvent être maniées par des enfants d'âge scolaire et les aider à surmonter les difficultés posées par un problème ou un trouble de santé mentale.

**Lien entre le psychodrame et la théorie de l'attachement.** D'autre part, nous voyons aussi que le modèle développemental de Moreno peut se rapporter aux récents développements de la théorie sur l'attachement, c'est que chacun des stades décrits par Moreno ne s'acquiert qu'en conjonction avec une ou plusieurs figures d'attachement qui reflètent et assistent l'enfant dans l'identification, l'expression et la régulation de ses émotions (Bowlby, 1969; Ainsworth et coll., 1978; Bannister, 2007; Schore, 2008). Habituellement les enfants, qui ont été entourés de personnes qui interagissent avec eux d'une façon sensible et fiable, procèdent plus rapidement à travers ces stades (Bannister, 2007).

Pour encore mieux comprendre le processus d'attachement, nous devons nous intéresser aux découvertes récentes en neurobiologie, comme celles d'Alan Schore (2008). Ses études sur le cerveau ont démontré que l'information non-verbale, et en grande partie inconsciente, est échangée à l'intérieur de la dyade mère-nourrisson, et que lors de la vie adulte, cet échange se poursuit entre le soi intime d'une personne et celui d'autrui. Schore (2008) observe que cette communication représente des transactions directes entre les cerveaux droits des personnes impliquées dans la relation. Et selon ce que rapporte Hug (2007) : « l'hémisphère droit est le côté du cerveau qui forme des images et il est mieux connecté aux systèmes somatosensoriels du corps, aux expériences d'attachement de l'enfance, aux expériences traumatiques ainsi qu'aux processus de régulation affective » (p. 228). Ainsi, le fonctionnement fondamental des nourrissons est davantage sensoriel que cognitif, donc il est clair que des expériences qui

s'étayent sur le corps constituent une partie essentielle des processus d'attachement. Ceci est un argument majeur en faveur du psychodrame qui est une thérapie holistique basée sur l'ensemble de la personne, le non-verbal inclus. Le psychodrame utilise l'ensemble du corps et ses positions (la kinesthésie) en relation avec d'autres personnes et ceci peut activer d'intenses et significatifs sentiments qui peuvent être difficiles à exprimer autrement.

### **Les spécificités du psychodrame d'enfants : caractéristiques du cadre pratique**

Bien que ça soit plus difficile à mettre en place avec les enfants, le psychodrame centré sur le protagoniste demeure l'approche souhaitée afin de travailler les problématiques individuelles de chacun mais en groupe. Le psychodrame appliqué à la clientèle de la période de latence comporte des caractéristiques uniques qui seront décrites ici. Une fois les aspects globaux de l'approche psychodramatique auprès de l'enfant discutés, les aspects spécifiques concernant des éléments du cadre thérapeutique seront abordés : instruments, déroulement d'une séance, techniques, etc.

**La conscience implicite du processus thérapeutique.** Premièrement, d'un point de vue métathéorique, on doit reconnaître qu'en général, la psychothérapie implique que le client soit conscient du processus thérapeutique en cours, et que lui et le thérapeute s'orientent mutuellement vers l'atteinte des buts propres à ce processus (Blatner, 2007). Cette conscience du client du processus thérapeutique opérant n'est pas toujours présente lorsque l'on travaille avec les enfants. Quelques thérapies requièrent peu de

conscience de la part du client bien que le processus thérapeutique opère quand même, c'est le cas du psychodrame. Comme le précise Amatruda (2007), la thérapie pour des enfants de l'âge de la latence vient du fait de montrer, de représenter ou de symboliser leurs situations problématiques. Du point de vue de l'enfant, une mise en scène psychodramatique (la phase d'action) a pour but de montrer leur histoire au groupe et à lui-même. Par contre, avec les adultes, le but est de résoudre une situation problématique, en dépassant certaines émotions ou en parvenant à de nouvelles prises de conscience. Le processus et travail thérapeutiques du psychodrame appliqué aux enfants seraient moins explicites qu'avec les adultes; en quelque sorte, il serait plus subtil mais non moins efficace.

**Le besoin de concrétiser.** En ce qui a trait au développement cognitif, nous avons vu que l'enfant de la période scolaire se situe au stade des opérations mentales concrètes. Bien que l'enfant entre 8 et 12 ans se dirige vers une plus grande capacité d'abstraction, qui se développera en définitive au stade de la pensée formelle (entre 12 et 15 ans), il ne peut pas encore raisonner à partir des seuls énoncés verbaux abstraits (Piaget, 1962). Ainsi, la limite cognitive de la période de latence reste marquée par la nécessité du support concret pour explorer une situation problématique.

Or, ce fait concernant la difficulté normale qu'éprouvent les enfants, entre 8 et 12 ans, à réfléchir à partir d'un matériel abstrait, devient un argument majeur en faveur du psychodrame qui est clairement une approche qui favorise le concret par son objectif de

représentativité du vécu personnel et relationnel (réel ou fantasmé). À l'aide de plusieurs éléments concrets et pertinents à une mise en scène, comme l'utilisation d'accessoires, la représentation du lieu et des aspects psychologiques de la situation jouée, par une parole incarnée dans des rôles, par des positions et mouvements évoluant dans l'espace psychodramatique, etc., l'expression et l'exploration du matériel psychique abstrait de l'enfant se trouvent supportées d'une manière tangible. D'ailleurs, la proposition simpliste du psychodrame peut se résumer ainsi aux enfants : « Je vais vous montrer une façon d'explorer, de regarder un problème sans seulement en parler ou le mettre en mots : montre-nous ton histoire ». Dans la littérature, plusieurs méthodes ou exercices sont suggérés pour favoriser la concrétisation du vécu psychologique de l'enfant, par exemple Bernadette Hoey (1997) utilise la technique des mots sur le papier avec une fillette de 12 ans qui éprouve de la difficulté à exprimer, par son corps dans une scène psychodramatique ou par le dessin, les émotions concomitantes à son sentiment général d'inquiétude face à la séparation de ses parents. Ici, on remarque que le psychodrame, qui s'inscrit évidemment dans le grand ensemble des approches expressives, peut avec les enfants mener à l'utilisation de méthodes expressives qui sollicitent des médiums différents du jeu dramatique ou de rôle. Les techniques psychodramatiques, en tant que telles, peuvent aussi être davantage concrétisées pour les enfants. Par exemple, le directeur peut concrétiser un soliloque en délimitant l'espace extérieur à la scène psychodramatique où se réalise cet aparté par un cerceau : l'enfant qui y entre quitte clairement la scène pour prendre le temps de s'arrêter sur son langage intérieur et clarifier son ressenti. La nécessité de concrétiser l'approche psychodramatique se

manifeste aussi dans les interventions interprétatives des thérapeutes qui doivent se faire dans l'action et par l'action, c'est-à-dire éviter le plus possible les explications verbales et rationnelles. Ceci a été fortement renforcé par les psychodramatistes d'orientation psychanalytique comme Widlöcher (2003) ou Anzieu (2004) pour ne nommer que ceux-ci. Finalement, cet impératif de concrétisation justifie les croisements fréquents entre le psychodrame et la dramathérapie, qui travaille avec les clients à l'aide de rôles plus distants du rôle personnel du protagoniste, lorsqu'il s'agit de thérapie d'enfants.

**Le langage métaphorique.** Pour représenter concrètement la réalité ou les fantasmes des enfant, le psychodrame utilise souvent un langage que l'on peut qualifier de métaphorique, c'est-à-dire basé sur des images ou des symboles; ceci fait référence au concept de communication symbolique ou de niveau de représentation symbolique vus au chapitre II. Par exemple, lors d'une mise en train, on peut demander aux enfants de réfléchir à leur famille comme si elle était un corps, et ensuite, de nommer quelle partie du corps sont-ils? Un enfant peut répondre les globules blancs parce qu'ils se débarrassent des infections. Ainsi, cet enfant aura été capable de concrétiser ses émotions et d'attirer l'aide thérapeutique sur ses problèmes familiaux à l'aide d'une image parlante. Plusieurs auteurs parlent de la technique de la « métaphore » qui est plus souvent utilisée en dramathérapie (Hoey, 1997; Langley, 1998). Le psychodramatiste d'enfant peut intégrer des formes plus distantes du jeu de rôle en incorporant un principe issu du champ apparenté de la dramathérapie : certaines personnes ne peuvent tolérer le sens de responsabilité personnelle qui vient avec le fait de se jouer soi-même dans une

mise en scène (Langley, 1998). À la place, il peut jouer le rôle d'un personnage fictif, « quelqu'un d'autre », qui éventuellement partage certaines situations délicates ou soucis, et à travers cette mise en scène, de façon vicariante, il peut tirer des bénéfices thérapeutiques. Bien sûr, les enfants font ceci naturellement dans la thérapie par le jeu ou le jeu de « faire-semblant ». On peut élargir cette distance en demandant à l'enfant d'utiliser des figurines, des peluches, des poupées ou des marionnettes comme protagoniste ou auxiliaires (Hoey, 1997).

Malgré l'indéniable plaisir que procure le jeu dramatique, le psychodrame est aussi un travail. Avec des termes psychanalytiques, Chapelier et Poncelet (2005) précisent que : « le jeu est une conduite placée sous le signe du principe de plaisir, car l'enfant y cherche une réduction de ses tensions, mais dans le même temps, il est une conduite qui préside, dans l'épreuve de l'actualité, à l'établissement du principe de réalité » (p.19 ). Widlöcher (2003) insiste sur ce travail thérapeutique de confrontation à la réalité en mettant en garde les psychodramatistes contre le jeu purement ludique et imaginaire de l'enfant : « Cette distinction est évidente en pratique, surtout chez les enfants de moins de 12 ans où l'on aura toujours à surveiller ce glissement du jeu psychodramatique au jeu d'imagination. » (p.72). Le jeu psychodramatique diffère du jeu imaginaire de l'enfant : il y a un écart entre jouer le rôle d'un pompier et jouer aux pompier; le jeu psychodramatique va au-delà de l'imitation. La fidélité à la situation, au thème et aux rôles choisis par le protagoniste, ainsi que la réalisation de certaines séquences dramatiques, sont des caractéristiques propres au psychodrame, tandis que dans le jeu

d'imitation et d'imagination, seule la situation est précisée et l'action résulte de la pure improvisation ludique (Widlöcher, 2003). En respectant l'ensemble de la situation dramatique choisie par le protagoniste, les enfants (protagoniste et auxiliaires) sont appelés à accommoder mutuellement leurs rôles, c'est-à-dire à discipliner leurs attitudes en fonction de l'action commune. Donc, le psychodrame, tel que vu précédemment au chapitre II, ne convie pas à une spontanéité anarchique, il n'est pas dépourvu de structure et ne suscite pas une fuite vers l'imaginaire négatrice de la réalité. Par conséquent, le défi réside dans l'équilibre à établir entre la directivité et la permissivité, entre la structure et la liberté.

**Trouver l'équilibre entre la structure et la liberté.** En général, le directeur de psychodrames avec les enfants doit être plus directif. Moreno (2007) conçoit le thérapeute comme une partie active du processus de groupe psychodramatique qui est très structuré. Tel que vu précédemment, la structure et la directivité en psychodrame avec les enfants, permettent d'assurer le travail thérapeutique et d'éviter une simple expérience ludique, mais elles permettent aussi d'assurer un climat de confiance où la sécurité et la protection des enfants sont garanties. Comme le soulignent Privat et Quélin-Souligoux (2005) : « il existe un danger que l'excitation liée à la mise en groupe accentue le mouvement régressif pulsionnel et menace le moi des enfants » (p. 25). Par conséquent, élaborer des normes de groupe et faire en sorte qu'elles soient introjectées par les enfants constitue une des responsabilités fondamentale du directeur et des co-thérapeutes.

En quelque sorte, la pratique du psychodrame doit donc être expliquée aux enfants; on doit leur montrer les rouages du psychodrame, c'est-à-dire les coacher par rapport à la procédure. Dans l'ensemble, on leur explique que leur spontanéité et créativité sont attendues et essentielles et qu'ils coopèrent tous pour aider chacun des participants. Cette coopération se manifeste dans l'écoute et l'accueil des enjeux partagés, dans l'implication de chacun dans des rôles pertinents à une scène jouée (soit à partir de la position de l'auditoire ou de celle de l'ego-auxiliaire) et dans le respect des règles cardinales ainsi que du déroulement d'une séance de psychodrame. Le « modeling », offert par le directeur et les co-thérapeutes au début d'une session de psychodrame, peut être utile pour transmettre ces rouages, et surtout, familiariser les enfants aux principales techniques psychodramatiques, c'est-à-dire donner un exemple de ce qu'est et de comment on fait un double, un miroir et un renversement de rôle.

Afin d'assurer la sécurité des enfants, le directeur et les co-thérapeutes sont garants de la structure et du processus de groupe. Ils travaillent à créer la cohésion du groupe qui facilite le développement et le traitement de chaque enfant; ils visent à ce que chaque enfant se sente supporté et connecté dans leur expérience du groupe et du psychodrame afin qu'un sentiment d'appartenance se déploie. À ce titre, l'instauration d'un rituel en début ou fin de séance peut aider à construire la confiance envers le processus de groupe et l'appartenance au groupe. On peut, comme le propose Kranz (1991) ou Shearon (1980), utiliser « le rituel du tapis magique »; ce tapis devient en quelque sorte la scène amovible de la séance. Lors de la mise en train, aidé des participants, on ferme les

lumières, allume une petite lampe, déroule le tapis magique au centre du groupe et déballe les accessoires (ex. : foulards, chapeaux, peluches, etc.). Dans le rôle d'assistant, les enfants participent spontanément à la création de l'espace psychodramatique et entrent dans l'atmosphère d'une séance psychodramatique. Ce rituel impliquant la participation des enfants, encadre le processus psychodramatique et de groupe, il donne aux enfants un sentiment de sécurité, fournit un entraînement de rôle positif, tout comme il encourage la socialisation. En incluant les enfants dans le processus thérapeutique, un rituel de début de séance les aide dans leur transition vers la phase d'action en diminuant l'anxiété suscitée par les thérapeutes ou le groupe en soi et favorise la construction d'une cohésion du groupe.

**Les instruments : un couple de co-thérapeutes.** Le travail thérapeutique avec les groupes psychodramatiques d'enfants implique d'inévitables références culturelles à la famille. Ces dernières entraînent les thérapeutes, c'est-à-dire les psychodramatistes, à se mettre en couple. Entre autres, il s'agit d'offrir aux enfants l'image d'un couple qui représente la symbolique du couple parental. Cette image peut recevoir les projections et supporter les nouvelles identifications des enfants. Ainsi, un des co-thérapeutes peut avoir une fonction maternelle contenante et une fonction paternelle surmoïque structurante et rassurante (Privat, & Quélin-Souligoux, 2005). La question du clivage peut être plus facilement figurée à l'aide d'un couple de thérapeutes. De plus, le co-thérapeute est un ego-auxiliaire qui joue les rôles nécessaires souhaités par le client, c'est un assistant thérapeute qui codirige le groupe et le psychodrame avec le directeur et

c'est un observateur de l'interaction. Finalement, tout psychodramatiste doit être capable de prendre contact avec ses parties infantiles, à se mettre au diapason des états émotionnels vécus dans le groupe d'enfants : le jeu dramatique implique pour l'adulte qu'il a la capacité d'accéder aux mêmes sources de l'imagination qui alimentent le jeu de l'enfant.

**La prise en compte nécessaire des parents.** La plupart du temps, compte tenu que la demande initiale vient souvent de l'environnement familial ou scolaire de l'enfant, celui-ci se sent au départ moins concerné. Par conséquent, un travail en consultation familiale peut faire évoluer la demande. Par ailleurs, cette approche préalable par la prise en compte des interrelations au sein du groupe familial va permettre d'évaluer le niveau d'autonomie psychique de chacun de ses membres (Privat, & Quélin-Souligoux, 2005). En effet, il semble difficile d'envisager la prise en charge d'un enfant sans que ses parents acceptent qu'il ait une vie psychique indépendante. Cette évaluation pourra ainsi amener à discuter le mode de prise en charge thérapeutique le plus approprié : individuel, familial ou groupal. Il faut aussi énoncer clairement aux enfants comme aux parents les exigences du travail en groupe de psychodrame en leur précisant les invariants du cadre thérapeutique : les horaires, le rythme, la durée, l'assiduité, les interruptions lors de vacances, etc.

**Les entretiens prétraitement.** Avec les enfants de la période de latence, il faut donner plus d'importance aux entretiens préalables au groupe de psychodrame. Ceci

permet à chacun d'affronter l'inconnu du groupe, protégé par le sentiment d'avoir établi un lien particulier avec le thérapeute, le couple de thérapeutes ou les thérapeutes auxiliaires (Privat, & Quélin-Souligoux, 2005). D'autre part, le directeur nourri de l'histoire de chacun, pourra se centrer davantage sur l'écoute de ce qui est commun dès le début du groupe et ainsi travailler à la constitution du processus de groupe.

**La mise en train.** Habituellement, les enfants n'ont pas besoin d'une longue mise en train pour se sentir en sécurité, développer une confiance envers le groupe et les co-thérapeutes et se sentir compétents à faire ce qui est attendu d'eux. Une façon de connecter avec les enfants est de leur demander de nous présenter, à tour de rôle, quelqu'un du groupe et de nous décrire un changement visé par cette personne; il peut aussi dire ce qu'il aime de cette personne ou quelle amélioration a-t-il observée chez celle-ci. Si la cohésion du groupe est faible, le thérapeute peut encourager chaque enfant à communiquer à l'autre comment celui-ci l'a éventuellement aidé, lors de la séance précédente, avec ses paroles ou actions. Ceci a comme avantage d'approfondir le processus de socialisation en signifiant aux membres du groupe qu'ils sont remarqués, en plus de leur offrir l'opportunité de donner et de recevoir du feedback. Ce processus permet de sortir les enfants de leur position égocentrique tout en permettant au directeur et co-thérapeutes d'en apprendre sur la sociométrie du groupe.

Au commencement d'un groupe de psychodrame, l'anxiété ressentie par les enfants, le cas échéant, est liée à leurs préoccupations concernant l'acceptation et l'inclusion

dans le groupe (Mooney, & Schamess, 1991). Pendant que la sociométrie (ex. : le phénomène de tele) peut intensifier ces préoccupations, elle peut aussi aider à composer avec celles-ci. Par exemple, on peut demander aux enfants d'entrer dans une activité de nature sociométrique, comme le « jeu du cercle ». Ce jeu de mise en train cherche à inclure chacun dans le groupe (Amatruda, 2007). Pendant cette mise en train, à tour de rôle, un enfant se tient au centre du cercle et nomme un sentiment personnel. Ceux qui ressentent la même émotion le rejoignent. Ceci donne la chance à chaque enfant de se sentir inclus, de participer à l'inclusion d'autres membres du groupe, d'occuper une position de leader et de ressentir la maîtrise du jeu.

#### **Le choix du protagoniste, des auxiliaires et du thème ou de la situation à jouer.**

Compte tenu que le psychodrame de groupe chez l'enfant est plus directif, le directeur procède souvent au choix du protagoniste. Parfois, il peut laisser libre cours à un choix sociométrique, c'est-à-dire effectué par les membres du groupe, mais pour ce faire, il évalue la capacité de ses membres à tolérer les sentiments qui émergent face à l'expérience d'être choisi ou non par ses pairs. En fait, le directeur sélectionne un protagoniste en lien avec l'évolution du processus de groupe et individuel. Selon Amatruda (2007), dans un groupe d'une clinique externe, comme c'est le cas au sein de l'équipe SMJ du CLSC, les enfants sont capables de mettre de côté leur besoin de prévisibilité et s'adaptent facilement au fait que les thérapeutes choisissent quelqu'un une semaine, procèdent à tour de rôle ou fassent un choix sociométrique l'autre semaine.

Les enfants se portent volontaires avec enthousiasme pour jouer des rôles d'auxiliaires. Afin d'éviter les sentiments de rejet chez les membres du groupe et la confusion chez le protagoniste, on demande aux enfants motivés d'attendre les choix du protagoniste. Cependant, les personnes de référence ou auxiliaires toxiques sont choisies de différentes façons. Par exemple, le directeur peut demander à l'enfant protagoniste de choisir un co-thérapeute avec qui il se sent en sécurité ou choisir, avec délicatesse, un enfant qui pourrait retirer un bénéfice thérapeutique à jouer le dit rôle, par exemple : un enfant victime qui joue le rôle d'un intimidateur. Après que le protagoniste a été choisi, le directeur marche et parle avec celui-ci. Ils deviennent des partenaires en approfondissant l'enjeu de la situation à représenter et en activant la mise en scène. Toutefois, avec les enfants, cette partie de la séance se produit rarement car ils sont prêts, tout de suite, à entrer dans l'action (Bannister, 2007). Marcher et parler avec les enfants peut être utile pour ralentir le processus, mais cette étape doit être brève afin de ne pas perdre l'attention du reste du groupe.

La littérature sur le psychodrame chez l'enfant fait ressortir qu'une fois que l'enfant a été choisi, il n'est pas rare que celui-ci veuille mettre en scène une situation comportant le même sujet et la même structure que les psychodrames réalisés précédemment dans le groupe (Shearon, 1980; Lorin, 1989; Widlöcher, 2003; Anzieu, 2004; Bannister, 2007; Amatruda, 2007). Souvent, ceci se produirait malgré le thème qui a émergé à l'étape de la mise en train. Une explication que l'on peut donner à cette approche conventionnelle et stéréotypée du sujet et de la structure d'une mise en scène

consiste au fait qu'elle puisse aider les enfants à se sentir en sécurité et confiant face à l'expérience nouvelle d'être un protagoniste et d'initier son propre psychodrame.

**La mise en scène ou l'étape de l'action.** Comme nous l'avons souligné, les enfants ont besoin de placer leur scène dès que possible et cherchent, prioritairement, à montrer ou laisser voir en détail leur histoire. Au début de l'action, les enfants s'investissent beaucoup dans la représentation du lieu où se déroule leur scène. Par exemple, ils détaillent leur chambre, réelle ou fantasmée, en utilisant de façon imaginative les accessoires mis à leur disposition pour décrire et délimiter leurs mondes. Cette attitude fait du sens, car elle reflète le besoin qu'ont les enfants de concrétiser une situation pour mieux l'explorer, mais aussi parce qu'elle ressemble au fait qu'ils se dédient longuement à certains aspects du jeu : décider le jeu, le mettre en place, choisir qui sera dans quelle équipe ou qui jouera tel rôle, etc.

Étant donné que le fait de maintenir l'attention du groupe est un défi constant dans un groupe thérapeutique d'enfants, avoir des membres qui jouent les rôles des objets intégrés à la scène représentée permet d'avoir plus d'enfants qui restent impliqués activement en plus d'accroître la quantité d'information pouvant être extraites d'un psychodrame. Par exemple, un garçon de 8 ans hyperactif joue la télévision dans le psychodrame d'une petite fille de 11 ans. Dans ce rôle, le garçon dit observer beaucoup de confusion dans la famille de la fille et se sent triste. En jouant le rôle de la télévision, le garçon agité reste concentré sur la scène, il donne au protagoniste du support qui

l'amène à un niveau plus profond dans son histoire personnelle et peut renseigner les thérapeutes sur ses propres enjeux s'il est questionné dans ce sens lors du retour par exemple.

**Le double.** Lorsqu'un enfant double, initialement, il devient un 2<sup>e</sup> protagoniste car il exprime sa propre expérience plutôt que celle du protagoniste (Shearon, 1980). Après cette expérience de nettoyage personnel, la position émotionnelle de l'enfant qui double se déplace vers celle du protagoniste; il parvient à plonger dans les émotions propres du protagoniste. Le double sert aussi à créer des opportunités permettant à l'enfant doublé de se sentir plus connecté et supporté. Souvent, seule l'expérience d'avoir la main du double sur son épaule est suffisante pour provoquer l'intensité émotionnelle du protagoniste, le toucher dans sa sensibilité. La thérapie semble provenir davantage du fait d'être doublé que du contenu exprimé par le double compte tenu que, comme Schaefer, Johnson et Whery (1982) l'ont noté, l'insight chez l'enfant est moins verbalisé que chez l'adulte ou l'adolescent.

**Le renversement de rôle.** La possibilité de tenir un rôle est un préalable au renversement de rôle, c'est-à-dire que l'enfant doit posséder un degré de maturité pour s'adapter au renversement de rôle (Hoey, 1997). Les frontières de leur Moi ou de leur personnalité doivent être suffisamment développées pour leur permettre de sauter dans les chaussures d'une autre personne. Cette disposition se développe particulièrement entre 8 et 12 ans au stade cognitif des opérations concrètes où l'enfant accède à la notion

de réversibilité et s'éloigne de plus en plus, au plan social, de sa position égocentrique, prélude à l'enrichissement des échanges sociaux. Le renversement de rôle est utilisé pour développer une compréhension du point de vue de l'autre et pour entraîner les autres membres du groupe à jouer des rôles auxiliaires dans un psychodrame. La spontanéité des enfants de la période de latence et leur aisance à jouer en font des candidats naturels au renversement de rôle; ils sont moins complexés dans leur jeu de rôle et moins embrouillés par cette technique que les adultes (Amatruda, 2007).

**Le jeu des ego-auxiliaires.** Lorsque les enfants jouent spontanément des rôles auxiliaires, ils jouent des personnes de leur propre vie plutôt que celles qui sont dans la vie du protagoniste (Shearon, 1980). Toutefois, les enfants n'en sont pas moins percutants car ils sont capables de challenger le protagoniste dans de nouveaux rôles. Comme dans le double, une fois qu'ils ont montré ou exprimé leur propre réalité, ils sont disposés à incarner des rôles auxiliaires de la vie du protagoniste.

Pour maintenir l'intérêt et l'attention des enfants, la brièveté du psychodrame est essentielle. A la fois parce qu'elle assure l'attention des participants et parce qu'elle donne la chance à plusieurs enfants de montrer et jouer leur scène. En général, les enfants aiment être activement impliqués. Les psychodrames, méthodes expressives ou techniques psychodramatiques qui requièrent plusieurs auxiliaires ont du succès avec les enfants : psychodrames de famille, sculptures, chœur, boutique magique, etc. Lorsque l'on crée un psychodrame à grande échelle, les enfants ont intuitivement le désir

d'inclure tout le monde et souvent, le protagoniste met en scène une situation qui fait appel à tous les membres du groupe (Amatruda, 2007).

**Le retour ou l'étape du partage.** Premièrement, les auxiliaires sortent des rôles joués et retournent à eux-mêmes et au groupe; il s'agit de déjouer. Les enfants déjoueraient rapidement parce qu'ils jouent naturellement et souvent avec des rôles. Rares sont ceux qui fusionnent avec un rôle ou y restent emprisonnés (Bannister, 2007). Ensuite, vient l'étape où les membres du groupe partagent leurs problèmes personnels qui ont émergé en participant ou en étant témoin du psychodrame joué. Avec les enfants, le partage est court. Sauf si la situation représentée correspondait précisément à leur vécu, les enfants ont besoin d'être guidés pour trouver une façon de se relier au protagoniste. Les questions du directeur sont directes : « Dis-nous ce qui t'a rappelé ta vie ou bien partage avec le groupe ce à quoi tu as pensé en lien avec ta vie lorsque tu regardais le psychodrame? ». Les adultes doivent initier l'intégration cognitive du travail thérapeutique en questionnant les enfants sur ce qu'ils ont acquis à travers le psychodrame.

### **Les effets escomptés : des effets éducatifs aux effets thérapeutiques**

Tout d'abord, comme nous l'avons déjà vu, il faut rappeler que les buts visés par l'approche psychodramatique de groupe avec l'enfant se situent sur un continuum : de l'objectif éducatif à celui thérapeutique, en passant par l'objectif rééducatif. La forme du psychodrame varie en fonction du but recherché par le thérapeute étant donné sa

compréhension du processus de groupe et individuel. Qu'ils soient de nature thérapeutique ou éducatifs/rééducatifs, les effets de l'approche psychodramatique sont produits par divers ressorts que nous avons clarifiés précédemment : le cadre thérapeutique avec ses différents temps d'intervention, l'exercice de rôles, le jeu dramatique, les techniques psychodramatiques et la dynamique de groupe. Ces ressorts peuvent amener de nombreux effets au niveau de la personnalité et des relations interpersonnelles. Dans cette dernière partie du chapitre, nous exposerons quelques effets qui nous apparaissent comme centraux : la catharsis, les effets réparateurs et le développement de la spontanéité. De plus, ces effets semblent être supportés par des découvertes au plan neurobiologique ce qui confère une crédibilité psychothérapeutique à l'approche psychodramatique. Certaines de ces découvertes seront aussi traitées au fil de cette section. Au terme du chapitre, des exemples de maniement de la méthode psychodramatique pour adresser des troubles mentaux intériorisés et extériorisés sont donnés.

**La catharsis.** Parce que le psychodrame provoque la mise en scène d'interactions susceptibles de régler des conflits personnels et interpersonnels et qu'il soumet l'individu à la mise en mouvement de son corps entraînant la mise en mouvement de son esprit, il contribue à créer un effet thérapeutique indéniable : la catharsis. Au sens strict, la catharsis est une libération émotionnelle ou une abréaction rendue possible par le jeu dramatique qui réside dans une verbalisation associée à une gestuelle qui permet de déconnecter le mental et de favoriser le ressenti (Leutz, 1985; Ancelin Schützenberger,

2003; Anzieu, 2004). Le client s'autorise à aller au bout de son désir, que ce soit, par des pleurs, une colère, un fou-rire ou une marque d'affection qu'il n'a pas exprimée à un proche. La catharsis est en quelque sorte la levée du voile du refoulement et le début de la réparation.

Dans la littérature sur le psychodrame, la catharsis d'abréaction, partielle ou temporaire se distingue de la catharsis d'intégration, dite totale. Le psychodrame, dans son déroulement et sa nature, offre les conditions thérapeutiques nécessaires pour que chaque catharsis d'abréaction, simple soulagement psychique après un état de tension émotionnelle, puisse être suivie d'une catharsis d'intégration. Ces conditions sont l'action (insight d'action) et le travail de groupe (insight de groupe), ce qui fait dire à Ancelin Schutzenberger (2003) que « la scène et les rôles joués en psychodrame ainsi que l'écho du groupe ont une valeur intégrative » (p. 267). Pour Moreno (2007), chaque 2<sup>e</sup> fois authentique, avec intensité émotive, est toujours la libération de la première et chaque catharsis d'abréaction devrait être suivie d'une catharsis d'intégration.

Éprouver des émotions dans une dramatisation spontanée peut mener à l'abréaction, c'est-à-dire une catharsis partielle provoquant seulement un soulagement temporaire ou une libération sans transformation psychique. Par contre, la réparation et le changement, qui découlent d'un travail psychique en profondeur, se produisent lorsque la catharsis partielle se prolonge dans une catharsis totale qui implique d'intégrer l'abréaction aux éléments significatifs de la scène et aux échos du groupe. De façon autonome et active,

un sens est dégagé grâce à des prises de conscience vécues et des intuitions personnelles vivaces qui pourront concourir à instaurer un changement au niveau de la personnalité et du répertoire de rôles qui la constituent. Autrement dit, l'introspection est donc favorisée par l'action et le lien qu'elle entretient avec un contexte relationnel représenté ainsi que par le feedback du groupe. Cette prise de conscience vécue est le moyen autonome par lequel une personne évoluant dans un psychodrame traditionnel peut se connaître et se remettre en question. À travers ces leviers d'intégration, il y a évidemment travail de réflexion, d'analyse, de sens, de perlaboration, de progression, donc manifestement de compréhension de soi. Néanmoins, comment changer réellement une fois qu'une personne s'est réappropriée une partie de son histoire personnelle?

**Les effets réparateurs : compléter le développement émotionnel ou surmonter un traumatisme.** Un changement majeur au niveau de la théorie psychothérapeutique s'est produit lors des dernières décennies, c'est-à-dire qu'au lieu de tenter de déterminer la source d'un problème afin de seulement produire une introspection authentique comme avenue de traitement, la thérapie s'oriente aussi vers la réécriture de l'histoire traumatisante ou souffrante (Blatner, 2007). Une raison pour réviser cette théorie est la littérature scientifique de plus en plus substantielle quant à l'aspect suggestible de la mémoire; une idée alternative émerge, c'est-à-dire que la psyché n'a pas simplement un processus de réaction liée aux souvenirs fixés (images qui masquent d'autres souvenirs associés), mais plutôt un processus actif dynamique où l'histoire personnelle est continuellement redite, racontée de nouveau. L'approche narrative s'aligne sur cette

nouvelle perspective et donne au client la liberté et l'opportunité de redire, raconter à nouveau leur histoire d'une manière plus positive et constructive. Le psychodrame peut être vu comme utilisant une dynamique similaire. Lorsque le protagoniste est invité à rejouer, avec une issue plus positive, un événement anxigène qu'il vient de mettre en scène une première fois, il investit d'images plus constructives son récit de vie. Il est amené à ressentir les dimensions kinesthésiques, cognitives, émotionnelles et relationnelles de cette nouvelle expérience qui devient réparatrice ou corrective. Ce changement de compréhension de l'expérience interne de base, qui conduit en thérapie à réexpérimenter un événement négatif d'une façon plus affirmative, constructive et positive, s'aligne sur le pouvoir créatif de la spontanéité développée en psychodrame.

David Kipper (2007), avec sa façon de reformuler le psychodrame en « Thérapie d'action par la réintégration expérientielle (ERAT : Experiential Reintegration Action Therapy) » offre une compréhension approfondie de cette nouvelle perspective thérapeutique qui fait ressortir à la surface de la scène psychodramatique des expériences traumatiques et fait en sorte de restructurer celles-ci autour d'un sens constructif; connecter des expériences vécues dans le présent de la séance psychodramatique à un passé problématique auquel on attribue un nouveau sens. Les souvenirs et leurs sens offrent une protection symbolique si l'histoire personnelle est redite d'une façon plus positive et constructive. Un enfant peut rejouer compulsivement une expérience anxigène ou traumatisante, mais en contrepartie, il inhibe une adaptation plus mature. Les patients peuvent se raconter des histoires trompeuses,

ficelées de culpabilité, remords, déni, excuse, doutes, reproches, etc. Ces multiples récits ont généré des habitudes, des comportements, des pensées, dont certains sont des freins. À partir de ses ressources personnelles et de celles du groupe, l'individu se dégage de l'emprise de ses récits néfastes en développant, dans un psychodrame, une narration nouvelle ou plus adaptée de son histoire personnelle. Autrement dit, il s'agit ici du pouvoir réparateur de la réalisation symbolique ou du surplus de réalité fourni par le psychodrame. C'est là une des richesses de la méthode du psychodrame que de pouvoir mieux comprendre, par le jeu, les investissements de l'enfant envers les personnes de sa réalité externe et interne, c'est-à-dire les identifications et investissements affectifs dont celles-ci font l'objet et comment ils ont alimenté les rôles développés par l'enfant, mais également de pouvoir agir sur ces investissements et rôles pour favoriser un effet réparateur par l'efficacité symbolique du psychodrame.

Nous vivons à une époque où la psychologie s'ouvre davantage afin d'incorporer une compréhension neurologique. Les approches expérientielles en psychothérapie, comme le psychodrame, qui se rapportent à connecter le corps au langage, à travers la mise en scène et l'action, font le pont entre les deux modes neurobiologiques du cerveau. Dans la littérature, ces deux modes sont soit décrits comme la différence entre le cerveau gauche et le cerveau droit (latéralisation cérébrale), soit comme la différence entre les couches néocorticales (système préfrontal) et les couches sous-corticales (système limbique et reptilien). En bref, ces paradigmes décrivent l'orientation d'une partie du cerveau vers le langage et le raisonnement et l'autre partie vers le corps et

l'émotion. Par ailleurs, les dynamiques émotionnelles explorées par le psychodrame activent davantage le cerveau droit et celles rationnelles plutôt le cerveau gauche. L'intégration entre ces deux modes neurologiques se réalise à travers l'action, c'est-à-dire que le pouvoir d'intégration du cerveau est orienté vers l'action.

Essentiellement, le processus thérapeutique en psychodrame consiste à aider le protagoniste à reconnaître et intégrer les émotions que le cerveau droit essaie de communiquer sans brusquer les tentatives d'adaptation sociale du cerveau gauche (Hug, 2007). Premièrement, l'étape d'action engage les souvenirs corporels, sensoriels et émotionnels pendant que les processus narratifs de l'hémisphère gauche sont momentanément mis de côté. Ensuite, le processus thérapeutique peut se centrer sur la malléabilité de la mémoire, tel que vu au point précédent, afin de développer une nouvelle signification du souvenir à partir de l'expérience vécue à l'étape de l'action. Lorsqu'un protagoniste est engagé dans l'action d'une scène, les ressources langagières et corporelles sont sollicitées conjointement, tandis que la conscience réflexive ou narrative reçoit beaucoup moins d'attention. Le directeur peut demander un soliloque afin de mettre à contribution l'attention du protagoniste pour la diriger vers ses ressources affectives ou réflexives.

Ce processus contribue au traitement des enfants aux prises avec un développement émotionnel déficitaire ou retardé étant donné la présence de traumatismes dans leur histoire personnelle qui ont affecté ses capacités de régulation émotionnelle. Ces

traumatismes sont souvent causés par des abus, de la négligence ou des patterns d'attachement dysfonctionnels. La famille, le premier atome social de l'enfant, est la première source significative d'apprentissage sur les relations. Si la famille a causé des dommages affectifs ou psychologiques en ayant fourni un environnement qui ne supporte pas un développement émotionnel sain, une réparation doit avoir lieu. L'enfant a besoin de revisiter le milieu affectif et psychologique dans lequel l'apprentissage traumatique s'est produit, pour dépasser le blocage et apprendre de nouvelles habiletés émotionnelles et psychologiques. L'enfant face au stress répété peut apprendre à éviter, à dénier ou à rejeter ses réactions authentiques. En réagissant ainsi, il perd son accès à de l'information valable qui pourrait l'aider à naviguer dans son monde relationnel et à évaluer avec exactitude des signaux sociaux. C'est à ce moment que l'on parle de difficultés de régulation affective, c'est-à-dire la capacité de moduler adéquatement ses propres réponses émotionnelles et psychologiques face à des situations de la vie.

L'habileté à échapper à une situation menaçante est centrale au fait de développer des symptômes post-traumatiques (Van der Kolk, 1996). Si la fuite est possible, la personne exposée à un trauma risque moins de devenir symptomatique parce qu'elle a été capable d'agir sur son besoin de fuite. Si la fuite n'a pas été possible, l'énergie mobilisée par le corps pour favoriser le combat ou la fuite devient inassouvie et encapsulée dans le corps. Cette intention de survie déjouée vit à l'intérieur de l'individu et ce phénomène est similaire à la soif d'agir, concept auquel se réfère la dynamique thérapeutique du psychodrame. Le psychodrame permet à la soif d'agir et aux autres

contenus émotionnels de s'exprimer dans l'action du jeu de rôle. De plus, le psychodrame permet à l'atome social, riche de ses structures relationnelles, de se concrétiser sur la scène thérapeutique. Les scènes, comportant une soif d'agir et des tensions, qui n'ont pas trouvé une expression adéquate, sont restructurées à l'intérieur du contexte relationnel du protagoniste. Les émotions sont physiques et sont traitées par le corps comme par le cerveau et le cœur. Si nous voulons connaître ce qui se passe dans le cerveau et le cœur, on doit connaître ce qui se passe dans le corps aussi. Qu'est-ce que notre corps veut nous dire et que veut-il faire? À travers le jeu de rôle, le corps peut mener une personne à vivre une expérience plus complète relative aux réalités précédentes intériorisées. Le corps peut rencontrer ses peurs et ainsi les émotions associées aux souvenirs peuvent être vécues dans l'ici et maintenant. Une fois que les émotions figées peuvent être réexpérimentées, elles peuvent être comprises, et ce, en fonction de la réalité actuelle. Ainsi, le corps est libéré et peut réagir sainement; l'intention déjouée auparavant peut se transformer en une forme d'action et la peur, la colère ou la souffrance associées aux anciens souvenirs traumatiques peuvent être reliés à la situation qui les a provoqués au départ. Si nous ne pouvons pas ressentir nos sentiments, on ne peut y réfléchir. Et si la personne ne peut réfléchir à ce qu'elle ressent, elle ne peut faire du sens et évoluer à partir de son expérience.

Nous venons de voir que grâce au psychodrame, les enfants peuvent compléter ou réparer leur développement émotionnel. Les enfants peuvent mieux comprendre leurs propres comportements et leurs effets sur les autres, ils peuvent devenir plus sensibles

aux sentiments d'autrui, et éventuellement, comprendre les émotions et comportements des autres. Cet aspect de la régulation affective, l'empathie, est de nos jours mieux expliqué par une récente découverte en neurobiologie : les neurones miroirs. Le psychodrame peut favoriser le développement de l'empathie en stimulant le mécanisme cérébral qui est à sa base. Les études démontrent que lorsqu'une personne observe quelqu'un faire un geste, les circuits neuronaux qui commandent cet acte s'activent dans son cerveau. Les circuits neuronaux en question ont été appelés «neurones miroirs» parce qu'ils reflètent l'activité cérébrale de la personne qui accomplit le geste (Gallese, 2004). Ces neurones sont donc à la source de notre compréhension de ce qui se passe chez les autres et joueraient un rôle fondamental dans l'empathie en permettant d'éprouver ce que ressentent les gens. D'autre part, l'empathie susciterait le geste altruiste, c'est-à-dire que c'est à partir de ce ressenti que naît le désir d'aider. Il semble évident que la technique du double et du renversement de rôle, ou tout simplement, l'observation directe d'une mise en scène d'une action dramatique favorisent l'activation des neurones miroirs, et par là, aider un enfant à développer sa capacité d'identification, ce qui lui permettra d'empathiser et d'incorporer l'esprit d'un autre enfant.

**Le développement de la spontanéité.** Il est clair que le jeu spontané et le jeu de rôle n'est pas seulement un moyen indispensable pour représenter un contenu significatif pour le protagoniste, mais il constitue déjà en soi un pas important vers l'objectif thérapeutique principal de la thérapie psychodramatique d'inspiration morénienne : le recouvrement ou le développement de la spontanéité naturelle et créatrice. Comme de

nos jours, un grand nombre d'enfants passent une grande partie de leur enfance dans une attitude de consommateur isolé, par exemple à l'ordinateur, au lieu de vivre suffisamment de relations interpersonnelles, une méthode qui développe la spontanéité, l'empathie et la créativité revêt un sens important. Plus de spontanéité et de créativité permet d'augmenter le répertoire de rôles, d'améliorer les capacités d'adaptation et les relations interpersonnelles se trouvent enrichies.

Les recherches en neurobiologie démontrent que la réponse à de nouvelles tâches requiert la coopération du cerveau droit avec les structures du cerveau gauche, tandis que les tâches routinières peuvent être maîtrisées par le cerveau gauche seulement (Hug, 2007). Moreno considère la rencontre psychodramatique comme étant essentielle pour susciter la spontanéité. Si l'approche du cerveau face à de nouvelles tâches éveille l'équilibre entre les cerveaux gauche et droit, tout ce qui facilite cet équilibre peut améliorer la spontanéité. Ainsi, l'étape de l'action dans une séance de psychodrame, où il y a rencontre entre les rôles du protagoniste avec les contre-rôles de son atome social, peut être comprise en des termes neurologiques : l'activation des structures émotionnelles du cerveau droit à travers la mise en scène, l'imagerie et le mouvement se connecte avec les structures du cerveau gauche à l'aide de la verbalisation.

Le développement de la spontanéité rend une personne plus créative. Lorsque cette spontanéité est encouragée, comme c'est le cas dans le psychodrame, l'enfant développe des réponses adaptées à une situation nouvelle ou une réponse originale à une situation

ancienne problématique. En psychodrame tout est possible, donc l'étiquette psychopathologique est perçue comme un facteur pouvant appauvrir l'action ou le jeu dramatique et éventuellement retirer à la personne étiquetée la chance d'être spontanée. Plus qu'un travail avec des enfants aux prises avec une psychopathologie, le travail du psychodramatiste se concentre sur les relations psychopathologiques entre individus. En d'autres mots, le diagnostic est plutôt considéré comme un rôle que l'enfant a développé d'une manière rigide dans son atome social. Du point de vue psychodramatique, chez un enfant « malade », des rôles rigides masquent ou dominent de nombreux rôles sains et adaptés. Le psychodrame est le catalyseur qui aide le rôle du client malade à s'assouplir en créant des alternatives de fonctionnement en augmentant la spontanéité chez ce dernier. Au mieux, le diagnostic pathologique permet de comprendre comment la personne limite sa spontanéité et met le psychodramatiste sur la piste des techniques psychodramatiques pouvant s'appliquer à tels symptômes.

### **Exemples de maniement du psychodrame en fonction de troubles intériorisés et extériorisés**

Les changements bénéfiques qu'un enfant peut faire à travers une thérapie psychodramatique, qui révisent la qualité et la quantité des rôles constituant son répertoire personnel, sont nombreux. Explorons comment ces changements peuvent être suscités avec le psychodrame et ainsi traiter des enfants souffrant de troubles intériorisés, c'est-à-dire de troubles anxieux ou de l'humeur (affectifs), ou extériorisés, c'est-à-dire des troubles de comportement. Comme nous l'avons vu à la fin du

chapitre I, les problèmes intériorisés se caractérisent par une dynamique dans laquelle l'enfant exerce trop de contrôle sur lui-même tandis que les problèmes extériorisés correspondent à une dynamique où l'enfant a peu de contrôle sur lui-même. Alors, le psychodrame, qui est à la fois une expérience d'amplification et de contenant, peut venir en aide aux enfants présentant ces genres de problèmes de santé mentale.

Avec des enfants souffrant de trouble panique, le directeur facilite la dramatisation de situations spécifiques où la panique survient. Avec l'utilisation de techniques comme le soliloque ou le renversement de rôle avec une chaise vide, il est possible pour le patient d'apprendre à gérer son dialogue intérieur lorsque la panique survient. Simultanément, soit par le jeu psychodramatique ou les commentaires de l'audience, la gestion des pensées dysfonctionnelles est entraînée. De plus, il est important de démystifier la sévérité de la crise, en expliquant les mécanismes physiologiques associés à l'attaque de panique et en usant d'humour et d'exercices de relaxation (Kipper, & Giladi, 1978).

L'accent thérapeutique devrait être placé sur l'expression corporelle et la communication non-verbale avec des enfants anxieux socialement. L'objectif est de développer des habiletés sociales : maintenir le contact visuel d'une façon socialement acceptable, identifier son propre statut social et celui de l'autre personne impliquée dans la relation, connaître ce que l'on souhaite offrir à l'autre et évaluer ce qu'il est prêt à accepter dans la relation, équilibrer les attitudes d'affirmation de soi et les limites de la

proximité physique en considérant les gestes socialement acceptable et les enjeux d'espace personnel, percevoir et décoder le langage non-verbal (corporel) et développer des stratégies de résolution de problème face à des enjeux quotidiens. Techniquement, le directeur peut utiliser la technique du miroir pour donner une rétroaction au protagoniste. Le directeur ou les membres du groupe (ego-auxiliaires) peuvent servir de modèle pour développer les habiletés sociales. Le directeur peut inviter le protagoniste à pratiquer les habiletés dans des situations où le degré de difficulté est augmenté.

En présence d'un enfant déprimé, le psychodramatiste perçoit un individu qui communique ou se connecte aux autres de façon stéréotypée ou rigide avec des rôles factices dans ses relations sociales et familiales. Dans le but de changer les réponses sociales ou comportements rigides, il est nécessaire que la personne dépressive libère sa spontanéité et sa créativité, en exerçant, dans la scène psychodramatique, de nouveaux rôles ou en stimulant des rôles moins développés ou atrophiés. Ainsi, elle brise les stéréotypes dépressifs. En psychodrame, le groupe est un facteur clé dans le traitement parce que la cohésion et le partage vécus augmentent l'estime de soi et parce qu'il fournit support et empathie, ce qui neutralise les sentiments d'isolement et de solitude des personnes dépressives. L'adaptation lente et passive aux problèmes des personnes dépressives, qui empêchent les mouvements spontanés et libres dans les relations, ainsi que l'agressivité retournée contre soi, peuvent être travaillées dans un contexte psychodramatique en explorant et stimulant les comportements craints par le client. Cette exploration sera renforcée et supportée par le groupe à travers l'étape du partage.

Le protagoniste doit réapprendre la réponse agressive. Premièrement, la rediriger vers l'extérieur et non plus vers soi, et ensuite, la transformer en affirmation de soi, en assurance possiblement. De plus, le modèle psychodramatique peut assister le processus de deuil, favorisant le besoin d'exprimer des émotions pénibles et douloureuses, et ce, à l'intérieur d'un processus d'adaptation à la perte. Conformément aux rituels funèbres, la séance psychodramatique peut supporter l'exploration et l'intégration des étapes du processus de deuil en représentant sur la scène les symptômes psychologiques qui y sont associés : évitement, idéalisation du défunt ou de la relation perdue, déni ou négation de la perte, colère, etc. Souvent les relations interpersonnelles de l'endeuillé deviennent problématiques, donc on peut aussi se pencher sur celles-ci en psychodrame. La représentation autour du thème « dire adieu » à la personne perdue ou morte peut prendre une place importante.

Dans le cas d'enfants présentant des troubles de comportements, étant donné le diagnostic, le directeur peut prévoir des incidents dus à l'impulsivité ou l'agressivité. Le directeur peut anticiper la survenue de passage à l'acte, et alors, faciliter l'utilisation du soliloque qui est utile pour élaborer cognitivement des émotions vives. Le psychodrame est une expérience de contenant, donc à travers la scène jouée et le groupe, les décharges émotionnelles peuvent être contenues et symbolisées. Le directeur essaie de structurer les passages à l'acte pour qu'ils se déploient uniquement dans le contexte de la représentation scénique et qu'ils débordent de moins en moins dans la vie quotidienne. Les membres du groupe exercent un effet de « modeling » et de renforcement social.

Lorsqu'un comportement perturbateur est en cours, la technique du renversement de rôle permet d'observer à travers les yeux de l'autre son propre comportement problématique. Quand un psychodrame est proposé, le directeur invite la personne à explorer ses propres mécanismes de défense inadaptés et à les modifier pour utiliser des stratégies de résolutions de conflits plus adéquates.

Dans le prochain et dernier chapitre de l'essai, il sera question de la proposition concrète à formuler à l'équipe SMJ d'un CLSC quant à l'implantation du psychodrame de groupe auprès de la clientèle des 8 à 12 ans à qui l'équipe offre des services de suivi thérapeutique. Quelle place peut prendre l'approche psychodramatique de groupe dans une équipe SMJ d'un CLSC étant donné que nous souhaitons que ce type d'approche puisse être implanté dans ce milieu clinique? Nous tâcherons de démontrer que le projet théorique explicité est crédible et qu'il peut être opérationnalisable en CLSC. Pour ce faire, nous présentons en premier lieu les éléments concernant la composition du groupe à mettre sur pied. Après, nous donnons un aperçu du déroulement général d'un suivi psychodramatique de groupe. Ensuite, afin d'illustrer concrètement le maniement et les effets du psychodrame de groupe chez l'enfant, quatre exemples fictifs de processus thérapeutiques en psychodrame sont créés à partir de cas-types rencontrés lors de la pratique de l'auteur de l'essai au sein de l'équipe SMJ.

## **Chapitre IV**

Démonstration de l'implantation possible du psychodrame de groupe au sein de l'offre thérapeutique de l'équipe SMJ de 1<sup>re</sup> ligne en CLSC

### **La composition du groupe de psychodrame**

Tout d'abord, il faut former un groupe hétérogène, mais équilibré pour que chaque enfant puisse y trouver son dû, c'est-à-dire que les problématiques de santé mentale peuvent être différentes, mais d'intensité similaire : symptômes d'intensité de légère à modérée. Certains enfants avec des problèmes intériorisés (ex. : troubles dépressifs ou anxieux) et d'autres avec des problèmes externalisés (ex. : TDAH ou trouble oppositionnel avec provocation) composent le groupe. De plus, l'équilibre est aussi assuré par la formation d'un groupe mixte avec des enfants de niveau de développement similaire, soit âgés entre 8 et 12 ans. Dans la littérature consultée, le nombre optimum d'enfants oscille entre six et huit (Widlöcher, 2003; Anzieu 2004; Amatruda, 2007). Un petit groupe semi-fermé est à préconiser, car comme le fait remarquer Anzieu (2004), l'expérience a montré qu'il ne faut pas introduire des enfants n'ayant jamais fait de psychodrame dans des groupes d'enfants qui en faisaient déjà depuis quelques temps. Par contre, pour maintenir la possibilité d'intégrer, au cours du suivi de psychodrame de groupe, des enfants qui peuvent en bénéficier, mais qui n'ont pas été référés au commencement du groupe, on peut instituer un genre de cours d'essai au psychodrame auquel on soumet les nouveaux venus une à trois fois de suite avant de les placer dans le groupe déjà formé.

Le choix des participants se fait préalablement afin de composer un groupe qui favorise le cheminement de chacun. Les références au suivi thérapeutique groupal et psychodramatique surviennent après le processus d'évaluation auquel est soumis le jeune client qui a été orienté vers l'équipe SMJ. Tel que vu au chapitre I, les enfants présentant un problème ou un trouble de santé mentale léger à modéré, en conformité avec la nosographie du cadre de partage et du DSM-IV, peuvent être pressentis pour le psychodrame de groupe. Par ailleurs, les problématiques internalisées et externalisées sont davantage indiquées pour le travail de groupe psychodramatique bien que de grands inhibés, des pervers ou sadiques ou bien de grands instables bénéficient plutôt d'un suivi thérapeutique individuel. Pour joindre le groupe de psychodrame, l'enfant doit également manifester un désir d'implication dans ce genre de modalité d'intervention. Pour susciter l'intérêt et préciser l'offre de thérapie qu'on fait à l'enfant, on lui explique qu'avec des enfants issus de sa tranche d'âge, il va participer à un groupe qui vise à l'aider à montrer aux autres ce qui le fait souffrir, et qu'avec le soutien de ses pairs et le moyen utilisé pour montrer son problème, il peut parvenir à se sentir mieux dans sa peau ainsi qu'avec les autres. Pour introduire le psychodrame auprès de l'enfant, on peut lui dire que ça ressemble à du théâtre et que, parfois il crée l'histoire, et à d'autres moments, il contribue à l'histoire d'un autre enfant. On précise qu'il va en quelque sorte se pratiquer aux règles du théâtre, par exemple : écouter attentivement l'histoire d'un autre enfant pour entrer dans un des rôles de sa vie afin de l'aider, de représenter des émotions, de respecter les limites de son rôle et de l'articuler à celui des autres, etc. Donc, il est important de connaître les enfants avant de débiter le groupe, c'est pourquoi

des rencontres préalables de sélection sont à prévoir tel que nous l'avons expliqué au chapitre précédent au point « entretiens prétraitement ».

En outre, pour mener un groupe de psychodrame d'enfants, il faut aussi déterminer le style de direction. En fonction des arguments donnés au chapitre précédent au point « un couple de co-thérapeutes », nous privilégions un style de co-thérapie où un couple de thérapeutes codirige le groupe. Si les ressources financières de l'institution (CLSC) le permettent, il peut être aidant de collaborer avec quelques ego-auxiliaires professionnels qui enrichissent le jeu psychodramatique en ouvrant et appuyant davantage la voie à l'exploration par des projections sur des personnes autres que le couple de thérapeutes. Les premières séances de psychodrame sont mieux cadrées si les enfants ont à leur disposition des modèles, par exemple l'ego-auxiliaire peut guider le groupe quant à la bonne utilisation des techniques psychodramatiques. Le co-thérapeute ou les ego-auxiliaires professionnels peuvent être recrutés dans l'équipe multidisciplinaire SMJ. En effet, les psychoéducateurs et travailleurs sociaux possèdent des expertises profitables au psychodrame de groupe. Le psychoéducateur peut donner plus de matière à un entraînement aux rôles, c'est-à-dire aux aspects rééducatifs du psychodrame, étant donné son savoir-faire relié au développement pragmatique d'habiletés personnelles et sociales. Le travailleur social, avec la lecture systémique familiale qu'il fait de la situation de l'enfant, peut enrichir la représentation dramatique de l'atome social de ce dernier. Cependant, il faut s'assurer d'un bon équilibre enfants-intervenants pour ne pas intimider les enfants par une présence trop imposante d'adultes.

Ensuite, le lieu où se déroulera la thérapie psychodramatique doit offrir un espace suffisamment grand pour y contenir un groupe d'enfants, une scène psychodramatique et un ensemble d'accessoires. Ce lieu n'est pas à aire ouverte car il doit symboliquement et concrètement contenir les mouvements des enfants; un local approprié permettant le déploiement de l'action tout en étant un endroit favorisant une certaine restriction.

À présent, voici un exemple de déroulement d'un suivi psychodramatique de groupe s'échelonnant sur une douzaine de séances. À la suite de ceci, nous proposons des illustrations fictives, inspirées de cas cliniques rencontrés par l'auteur de l'essai, qui constituent un miroir de la théorie présentée précédemment et qui permet d'illustrer des processus thérapeutiques concrets pouvant être réalisés avec des enfants à qui se destine la proposition de cet essai.

### **Le déroulement d'un suivi psychodramatique de groupe**

**Les premières séances.** Une fois intégré dans le groupe, l'enfant doit s'engager à respecter le cadre et les règles propres au psychodrame. Donc, les règles groupales et les rouages du psychodrame doivent être communiqués clairement aux enfants en début de suivi. Un contrat thérapeutique comportant un minimum de règles claires et précises est passé avec les participants au début du traitement afin qu'ils se sentent en sécurité et impliqués adéquatement dans le travail de groupe : 1) écoute et respect mutuel des membres; 2) respect du matériel; 3) respect de la confidentialité; 4) respect des trois temps thérapeutiques du psychodrame 5) respect de la règle du « faire comme si » : seuls

les attouchements sexuels et agressions physiques sont prohibés et entraînent l'arrêt immédiat du jeu. Plus l'écoute entre les enfants est difficile, plus il faut un travail préalable lors de la fondation du groupe pour créer un esprit de groupe et développer l'empathie entre participants. Des expériences simples de renversements de rôle peuvent aider à s'assurer de cela. Comme l'approche psychodramatique se dirige de la périphérie au centre, on utilise des approches moins confrontantes que le psychodrame thérapeutique au début du processus : improvisation, dramatisation spontanée à partir d'une histoire inventée sur un thème donné, sculpture fluide, mises en scène de contes ou de pièces de théâtre connues, etc.

Plus le groupe devient « personnel », ouvert et respectueux des différences, plus on peut aller dans le sens d'un travail approfondi et singulier des problématiques de chacun des enfants. Un groupe qui parvient à ce niveau doit répondre à des critères de solidarité groupale, ce qui demande un certain temps de travail en commun. À ce moment, on explique aux enfants les rouages spécifiques du psychodrame afin de passer au psychodrame thérapeutique centré sur le protagoniste et sa problématique. Après avoir dit aux enfants qu'ils sont chacun invités, lorsqu'ils en ressentent le besoin, à mettre en scène une situation conflictuelle de leur vie au lieu d'en parler, les fondements du psychodrame sont nommés simplement aux enfants : l'objectif est d'entrer dans un rôle avec spontanéité et créativité, et les autres enfants ou co-thérapeutes sont à leur service pour jouer les contre-rôles impliqués dans leur situation.

**Les séances charnières.** Comme nous l'avons vu, le déroulement de la séance comporte trois étapes classiques et celles-ci doivent être adaptées au groupe selon les dynamiques en cause. La mise-en-train doit favoriser un climat permettant l'exploration de ces dynamiques ainsi qu'un climat de confiance face au psychodramatiste et entre les participants. Comme nous l'avons vu au chapitre III, le fait d'établir un rituel, comme le « rituel du tapis magique » ou bien un cérémonial de début et fin de séance, contribue au sentiment de sécurité et d'appartenance des enfants.

Ensuite, *l'étape* de l'action est abordée. Chaque fois que cela est possible, le protagoniste va choisir la scène et l'ego-auxiliaire qu'il lui faut pour la mise en scène de son psychodrame. Les thérapeutes doivent faire confiance à la spontanéité de l'enfant et doivent l'amener à jouer sa vérité, comme il la ressent ou la perçoit « ici et maintenant », et ce, d'une manière subjective. D'autre part, on permet à l'enfant d'être aussi réservé ou inexpressif qu'il l'est au moment du jeu psychodramatique. Plus l'enfant est jeune, plus le jeu est présenté sous une forme métaphorique. Il est intéressant en début de groupe de donner suffisamment de place pour faire du psychodrame d'exploration pour valider l'évaluation qui a précédé l'insertion des enfants dans le groupe. Dans l'action, l'enfant doit apprendre à jouer le rôle de tous ceux avec qui il a des relations, à se mettre dans la peau des personnes de son atome social et faire l'expérience de leurs rapports avec lui et entre elles-mêmes. S'il démontre de la spontanéité dans le jeu, l'enfant est encouragé à s'exprimer avec intensité émotionnelle et à porter au maximum toute action ou communication verbale et non-verbale plutôt que de la réduire. Toutefois, des cas de

retenues sont parfois nécessaires, car le psychodrame apprend autant à se contenir qu'à s'exprimer. Il faut toujours se rappeler que c'est par le jeu que le travail rééducatif et thérapeutique se fait, et que l'action doit toujours précéder l'interprétation. Les adultes sont d'abord un support à l'exploration des enjeux psychodramatiques des enfants. Une fois le psychodrame d'exploration et thérapeutique réalisés, le psychodrame rééducatif permet au protagoniste de s'entraîner à de nouveaux savoir-faire et d'élargir son répertoire de rôles dans la situation conflictuelle représentée et explorée.

Au moment du retour, on ne doit jamais laisser un enfant avec l'impression qu'il est seul et isolé avec son problème. Les échos dans le retour sont ici essentiels pour éviter ce résultat; les participants expriment leur évolution en assumant leurs différences sans pour autant juger l'autre. À cette étape, les enfants doivent retirer comme apprentissage que chaque émotion humaine est universelle et doivent davantage conscientiser, en fonction de leurs résonances affectives avec leurs pairs impliqués dans la dramatisation précédente, leurs propres processus sous-jacents aux conflits joués, leur propre manière de tenir certains rôles inhérents à une problématique similaire spécifique à leur atome social. C'est le retour qui sera le meilleur indicateur du cheminement de l'évolution de la dynamique de groupe et individuelle, et il ne faut pas sous-estimer le travail de réflexion et de transformation qui se fait entre les séances.

**La fin du suivi psychodramatique de groupe.** Après environ douze séances, le suivi psychodramatique se termine. Il faudra préparer les enfants à cette fin.

Éventuellement, des psychodrames avec thèmes de séparation ou de «comment dire au revoir» pourront être proposés aux enfants. Un objet ou exercice symbolique du chemin personnel et groupal parcouru pourrait également être remis aux enfants, soit sous forme concrète (ex. : certificat de cheminement) ou sous une forme de dramatisation spontanée jouée par ses comparses.

### **Quatre exemples fictifs de processus thérapeutiques en psychodrame de groupe**

Les cas fictifs présentés sont inspirés d'enfants rencontrés au cours de la pratique de l'auteur au sein de l'équipe SMJ. Tel qu'annoncé à la fin du chapitre I, ces cas concernent des problématiques intériorisées (registre émotionnel : troubles anxieux ou de l'humeur/affectif) et extériorisées (registre comportemental : TDAH et comportements perturbateurs) ainsi que liées à l'attachement. Pour cause de confidentialité, les prénoms ont été changés.

**Exemple I : TDAH et trouble de l'humeur.** Carlos, 8 ans, a reçu un diagnostic de trouble de déficit de l'attention de type mixte (symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité combinés). Il a de la difficulté à contrôler ses impulsions, perturbe ses pairs en classe avec des comportements dérangeants et inquiète ses parents car il est imprudent et attaque parfois physiquement sa sœur. Sabrina, 10 ans, a été hospitalisée pour une tentative de suicide et présente des symptômes dépressifs modérés. Elle a vécu dans plusieurs familles d'accueil étant donné une situation de négligence et d'abandon parental lorsqu'elle avait 7 ans.

Des objets miniatures sont utilisés pour la mise en train, la directrice demande de choisir un objet qui leur rappelle quelque chose à propos d'eux-mêmes. Sabrina choisit un kaléidoscope, parle de toutes les belles couleurs comprises à l'intérieur et dit qu'elle aimerait entrer dans celui-ci pour se sentir moins triste. Cette réplique conduit la directrice à une proposition et au désir de Sabrina d'être protagoniste. En entrant dans le kaléidoscope, Sabrina se met dans une chambre d'une maison qu'elle imagine avoir achetée. Utilisant les foulards, elle crée une chambre aux murs multicolores et vifs. D'autres écharpes deviennent des arbres à bonbons à l'extérieur de la fenêtre et une rivière de chocolat dans la cour. Elle ouvre son garde-robe et le trouve rempli de vêtements aux couleurs similaires aux morceaux de verre du kaléidoscope. Elle s'assoit sur son lit et commence à tricoter un chandail coloré pour son frère pendant qu'elle écoute de la musique, elle dit que c'est Michael Jackson. En chœur, les enfants du groupe fredonnent une partie de « Thriller ». La directrice demande à Carlos d'être Michael et à Sabrina si elle veut lui dire quelque chose. Elle le remercie d'avoir composé des chansons qui l'aident à se relaxer en s'amusant. La directrice lui demande s'il y a quelqu'un qu'elle souhaiterait avoir avec elle dans sa chambre et elle répond son frère de qui elle est séparée depuis 3 ans. À ce moment, Carlos est invité à alterner entre ces deux rôles et ceci devient un exutoire constructif pour son impulsivité. À la fin, à la fois en tant que Michael Jackson et son frère, il remercie spontanément Sabrina de lui avoir permis ses visites. Pour Sabrina, ce psychodrame constitue une demi-heure de plaisir. Elle a donné au groupe accès à son riche potentiel qui demande à s'exprimer. Elle a montré que sa vie peut dépasser les tragédies qui l'entourent.

**Exemple II : trouble oppositionnel avec provocation associé à des cauchemars répétitifs.** William, un enfant de 9ans, se plaint de faire des cauchemars à répétition. Après une mise en train dans laquelle la directrice demande aux enfants de choisir un foulard qui représente un de leurs rêves, les co-thérapeutes choisissent William pour acter un rêve que sa mère a rapporté comme le réveillant à chaque nuit et qui le laisse incapable de retrouver le sommeil. William participe au groupe de psychodrame compte tenu d'un trouble oppositionnel avec provocation qui l'a conduit à de multiples suspensions scolaires parce qu'il conteste de façon vindicative les figures d'autorité (ex. : parents et enseignants), qu'il se bat et menace ses pairs, et que sa colère est souvent incontrôlable.

En utilisant des accessoires, William recrée sa chambre, se couche sur son lit et ferme les yeux comme s'il dormait. Il commence à décrire son mauvais rêve comme s'il se produisait « ici et maintenant ». Il rapporte être pourchassé à travers une forêt. William se lève et choisit Mathieu, 10 ans, pour être l'homme qui le pourchasse et l'habille d'écharpes noires. À ce moment, la directrice demande un renversement de rôle, William prend la place de Mathieu; l'expression que William esquisse dans le rôle de l'homme persécuteur est terrifiante. William utilise un crayon pour représenter le poignard que l'homme porte avec lui. William retourne dans son rôle et la poursuite commence. À un moment, la directrice décide de figer la scène et demande à chacun de s'immobiliser en une photographie. La directrice sort William de la scène et lui demande de choisir une personne qui prendra son rôle dans la scène figée, la technique du miroir

est alors utilisée. Il s'exécute et regarde attentivement la photo qu'il a créée. Maintenant, la directrice remarque que la position corporelle de William change : il se redresse et semble retrouver une certaine maîtrise sur son cauchemar. Regarder la photo ou l'image de son cauchemar lui étant reflétée, aide William à voir sa situation problématique comme quelque chose qui est à l'extérieur de lui, qui peut l'envahir de moins en moins.

Ensuite, la directrice double William et dit : « Je me sauve d'autres personnes ». William répond : « Oui, de mon ami Patrick ». Il admet qu'il se moque parfois de Patrick et craint les représailles de celui-ci. William choisit un membre du groupe, Kevin, 9 ans, pour jouer Patrick. La directrice invite William à donner un foulard à Kevin. L'équipe de co-thérapeutes rappelle à ce moment à la directrice que Kevin ne peut prendre une écharpe, car lors de la dernière séance, il a essayé de s'étrangler avec l'une de celles-ci. À l'instant, William se met à rire et Kevin crie que William se moque de lui. La directrice demande à William s'il lui arrive de rire de personnes à des moments inopportuns. Lorsqu'il répond oui, la directrice lui demande s'il existe une réaction plus appropriée qu'il pourrait adopter pendant cette séance de psychodrame. À ce moment, William parvient à dire à son camarade, Kevin, qu'il s'est senti mal à l'aise pour lui et que c'est pour cette raison qu'il a rit. William s'excuse pour son comportement.

Pendant que la scène dramatique est figée dans le temps en arrière-plan, William dit à Patrick, l'ami dans son psychodrame, qu'il est désolé d'avoir rit de lui et qu'il se

moque parfois de lui pour obtenir son attention. Normalisant William sur son comportement de recherche d'attention, la directrice lui suggère, seulement pour son psychodrame, de prendre ce comportement qui l'a conduit à des problèmes, et de le porter à l'extérieur de la scène, dans un autre endroit dans la pièce. Elle lui dit que ce comportement peut être utile des fois, donc il pourrait le récupérer après la séance. William choisit une écharpe rouge comme symbole de son comportement de recherche d'attention et la met dans un coin entouré de deux chaises qui surveillent le comportement représenté. Lorsque nous revenons au rêve, la directrice demande à William ce qu'il veut faire de celui-ci. Premièrement, il retire le poignard des mains de l'homme et la directrice lui demande, en soliloque, à quoi d'autre pense-t-il? Il répond que l'homme en noir est peut-être sa colère qui le pourchasse lui-même. Pour les thérapeutes, cet insight est brillant, mais pour William, cette affirmation semble ne comporter aucune surprise. À ce moment, le groupe est invité à faire des suggestions à William sur ce qu'il peut faire avec sa colère. Selon les recommandations reçues, William choisit des membres du groupe et leur demande de porter des foulards pour représenter les stratégies d'adaptation observées et apprises auparavant lors d'autres psychodrames. Chaque écharpe devient une stratégie : inviter un ami à se joindre à ses jeux, aller faire du vélo, dessiner, etc. Maintenant, toutes ces stratégies symbolisées par des foulards accompagnent William dans son cauchemar pour conjurer l'homme noir persécuteur et pour créer une prison où le piéger.

Après ce psychodrame, les cauchemars de William ont cessé. Une fois concrétisés et montrés aux autres, ils ont perdu leur pouvoir. Les prises de conscience de William quant à sa façon d'exprimer sa colère ont aussi augmenté et avec celles-ci, il est devenu plus habile à utiliser ses stratégies de résolution de problèmes acquises au cours du suivi psychodramatique de groupe à l'aide de scènes jouées ou d'entraînement de rôles. De plus, dans ce psychodrame, il semble phénoménal que William puisse gérer plusieurs scènes à la fois. Il y a la scène du cauchemar, la scène de William et son ami Patrick et la rencontre réelle avec Kevin. Pour William, il n'y a pas eu de confusion. Comme Moreno (2007) l'a réalisé, les enfants en majorité ne sont pas gênés par ces filtres, comme les adultes, qui font obstacle à leur spontanéité. Leur créativité n'est pas limitée par leur raison. Ainsi, ils peuvent expérimenter un flot de scènes psychodramatiques, ce qui est similaire au jeu chez l'enfant dans lequel un jeu peut chevaucher un autre.

**Exemple III : phobie sociale et scolaire.** Le psychodrame fournit de multiples opportunités pour l'entraînement de rôle : aider à organiser la scène, apprendre des comportements pro-sociaux appropriés à un groupe, se pratiquer à faire quelque chose d'une nouvelle manière en sont des exemples. Le pouvoir rééducatif du psychodrame et de l'entraînement de rôle se manifeste dans cet exemple qui traite d'un enfant de 9 ans anxieux. Arnaud est extrêmement timide et souffre d'une phobie scolaire et sociale. Après avoir observé plusieurs psychodrames, Arnaud exprime à la directrice qu'il voudrait jouer une scène sur « aller à l'école et dire bonjour à quelques élèves ». Autrement dit, il veut pratiquer ses habiletés sociales.

La situation simulée psychodramatiquement provoque une grande crainte en lui. Afin de l'aider à entrer dans la scène qui ressemble le plus à la situation scolaire provoquant son angoisse, la directrice met en place une série de scènes progressivement anxiogènes pour lui. Dans la première, il est salué par un élève qu'il apprécie et avec qui il se sent confortable. Il choisit Alex pour jouer ce rôle et Samuel comme double, un garçon corpulent qui, par ironie du sort, est dans le groupe car il intimide des élèves. En tant que double d'Arnaud, il devient son ami invisible qui l'accompagne lorsqu'il se rend à l'école. Après une série de scènes de plus en plus difficiles, Arnaud attribue les rôles de ceux qu'il considère comme intimidant à son école. Il entraîne les auxiliaires sélectionnés aux rôles attribués en leur expliquant directement comment il est insulté et bousculé. Et puis, en tant que lui-même, il se pratique à aller à l'école et à rencontrer ces individus. Il pratique différentes façons de gérer sa peur : être accompagné par quelqu'un qu'il connaît, rester centré sur sa destination, se confier à son conseiller à l'école, etc. Afin de le renforcer dans son propre rôle, la directrice ne lui demande pas de renverser son rôle avec les auxiliaires.

Lorsque les vignettes sont complétées, Arnaud sourit et exprime à quel point c'est agréable de mener à terme son objectif de départ. Les autres enfants ressentent de la satisfaction parce qu'on leur a fait confiance pour encourager Arnaud, le protagoniste. Dans l'écho du groupe, quelques participants normalisent les peurs d'Arnaud. Samuel, qui joue son double, confesse qu'il intimide des enfants comme Arnaud et acquiesce à la suggestion du thérapeute suivant laquelle que son comportement intimidant puisse être

une façon de composer avec le même genre de peurs : être rejeté, humilié, etc. Cette expérience n'a pas effacé de façon magique l'anxiété sociale d'Arnaud, mais elle lui a offert la possibilité d'expérimenter, d'une manière moins angoissante, l'expérience « d'aller à l'école ». Principalement, le fait que cet enfant, extrêmement timide et parfois paranoïde, prenne le risque de faire quelque chose en face de ses pairs participant au groupe de psychodrame, constitue l'aspect le plus remarquable de cette expérience. À la fin de la séance, Arnaud est fier de ce qu'il a réussi à accomplir, il est fier de lui.

**Exemple IV : trouble de l'attachement associé à des symptômes anxio-dépressifs.** Léa, une fillette de 10 ans, souffre d'un trouble de l'attachement et de symptômes anxieux et dépressifs. À l'âge de 7 ans, elle et son frère ont été retirés de leur famille pour cause de négligence et d'abus physiques. Après avoir vécu dans différentes familles d'accueil, Léa et son frère ont été placés chez leur tante. Léa est triste en présence de sa tante car elle craint d'être retirée de cette famille étant donné que celle-ci ne respecte pas les conditions de placement : elle permet à des personnes qui peuvent compromettre la sécurité des enfants de venir à la maison, par exemple, leur mère toxicomane qui n'est autorisée à les rencontrer que lors de visites supervisées.

La directrice lui propose d'être protagoniste et de jouer une scène où elle exprime ses inquiétudes à sa tante. Léa choisit donc la co-thérapeute comme ego-auxiliaire, celle-ci incarne le rôle de la tante. Lorsqu'elle s'adresse à sa tante, dans un effort apparent pour lire les réactions des autres enfants à son histoire révélée, ses yeux balayent le

groupe. La directrice demande au reste du groupe si certains d'entre eux ont déjà été exposés à des situations dangereuses par des membres de leur famille. La majorité des enfants se lève, ce qui est un moment important pour Léa car elle avait exprimé se sentir incomprise et laissée à elle-même, sans soutien. D'autre part, elle a tendance à retenir ses sentiments à l'intérieur d'elle-même jusqu'à ce qu'ils explosent, éventuellement, avec rage.

Lorsque le psychodrame fait le portrait de la réponse désobligeante de sa tante, les membres du groupe sont invités à doubler Léa. Se référant à leurs propres émotions, ils donnent une voix à la colère, la frustration et la confusion de Léa. Ainsi, elle devient capable, à son tour, d'exprimer sa colère dans ses propres mots. Avec les mains des autres membres sur ses épaules, elle est capable d'entendre et de faire sienne les voix de ses pairs qui font écho à sa propre tristesse et solitude ainsi qu'au stress de devoir être le « grand », responsable de la sécurité et du bien-être de la famille. Les membres du groupe sont allés au-delà de leur besoin d'exprimer leurs propres émotions et ont été au service du protagoniste; ils ont supporté Léa. En étant doublée, Léa a pu ressentir l'approbation et l'acceptation dont les enfants ont besoin pour survivre. Elle a pu passer à un affect plus profond qui lui a permis d'exprimer sa vulnérabilité et sa tristesse.

À la lumière de ces cas, on peut imaginer quelle place peut prendre le travail psychodramatique de groupe avec les enfants de la période de latence aux prises avec un problème ou un trouble de santé mentale. On comprend que l'enfant obtient de l'aide de

façon directe et indirecte dépendamment du rôle joué dans la séance de psychodrame. Participer à un psychodrame contribue à donner à l'enfant un sentiment d'importance et d'appartenance. En participant, l'enfant expérimente que chacun est un être sensible et il peut apprécier l'opportunité de venir en aide à cet autre avec le jeu de rôles. On remarque que l'acte de doubler autrui et d'être doublé peut les soigner. Le psychodrame ressort comme efficace car il aide les enfants à mettre de l'ordre dans leurs émotions et à accéder à des rôles nouveaux et positifs dans leur propre répertoire de rôles.

Les exemples donnés démontrent comment le psychodrame répond au besoin de montrer son histoire et de concrétiser ses fantasmes. Savoir que les autres ont vu et compris aide l'enfant à se sentir plus solide et moins seul. Leur intérêt pour le jeu trouve son expression dans l'utilisation d'accessoires et dans la mise en scène élaborée de leurs situations problématiques. La structure d'une séance de psychodrame crée une atmosphère de sécurité pour les enfants qui ont été traumatisés ou abandonnés et leur permet d'exprimer les émotions inhérentes. L'entraînement de rôle, le fait de concrétiser et de symboliser leurs souffrances comme leurs espoirs, ainsi que le fait d'acquérir une maîtrise de la méthode, aident à soutenir les enfants qui sont confrontés à des problématiques de santé mentale. Dans son ensemble, le psychodrame fournit des conditions qui permettent des changements qui contrebalancent les influences invalidantes d'origine qui ont participé au problème de santé mentale. On peut dire que le psychodrame offre à l'enfant une nouvelle expérience de lui-même et des outils pour affronter ses difficultés et ses défis d'une façon constructive.

Au niveau du groupe, l'enfant apprend à respecter des règles qui favorisent le travail d'équipe : l'écoute, l'adaptation à différents points de vue, l'entraide, la coopération, l'altruisme, etc. Se réguler par rapport à un groupe social implique également de respecter les limites et frontières relatives à un rapport interpersonnel. La régulation des émotions est également indispensable à la socialisation, donc l'enfant apprend à contrôler sa colère, son agressivité, et a contrario, à exprimer sa colère lorsqu'elle est légitime en s'affirmant adéquatement envers les autres. Il devient de plus en plus autonome par rapport à ses difficultés en acquérant une attitude positive à l'égard de l'action. Son imagination et sa créativité sont stimulées par l'entraînement à la spontanéité.

### **L'évaluation de l'efficacité de l'intervention psychodramatique de groupe**

Selon nous, la recherche d'efficacité qui pousserait le professionnel à ne pas prendre le temps de bien évaluer son intervention manquerait sa cible, car c'est l'évaluation qui est garante de la justesse de l'intervention. C'est l'évaluation qui permet de passer de la théorie professée à la pratique. Cet essai, participant à une réflexion théorique qui permet de mieux comprendre ce qui est rapporté et présenté dans la littérature sur le psychodrame démontre qu'il y a des raisons de croire que le traitement psychodramatique de groupe est efficace.

L'évaluation qui s'appuie sur des observations provenant de plusieurs sources exige plus de temps, mais augmente de beaucoup la clarté du portrait qui peut être obtenu sur

l'efficacité réelle rendue par le processus thérapeutique pour un client ou groupe donné. Des outils divers permettront de bien évaluer les effets du processus thérapeutique psychodramatique qui sont difficiles à saisir à l'œil nu. L'évaluation peut être quantitative (ex. : échelles comportementales d'Achenbach) ou qualitative (ex. : tests de rôles ou de spontanéité, dessin « représentez-vous en interaction », entrevue avec parents, enfants, intervenants de l'école pour recueillir leur feedback, etc.) avec des mesures pré et post traitement psychodramatique. On voit que l'évaluation peut se faire de différentes manières (interne par le participant, clinique par le psychodramatiste, externe par le milieu scolaire ou familial) et qu'en fonction de l'instrument d'évaluation utilisé, la nature des changements observés variera. Par exemple, un test de rôle permettra d'évaluer le degré d'évolution d'un rôle privé ou social (diversité et qualité du rôle) tandis que l'Achenbach rendra compte de changements au niveau des conduites intériorisées et extériorisées. Les changements thérapeutiques observés seront donc liés au modèle théorique appliqué en cours de thérapie. Comme l'approche préconisée par cet essai est plutôt transthéorique et multidisciplinaire, tout en donnant prépondérance aux théories et pratiques psychodramatiques de Moreno, les changements thérapeutiques peuvent être observés à de multiples niveaux : plus grande spontanéité et créativité dans les rôles, plus de souplesse dans le jeu ou plus grand éventail de rôles endossés, mais aussi, changement au niveau des symptômes de l'enfant, dans sa qualité de vie ou fonctionnement global, dans son niveau de satisfaction ou de bonheur, dans ses relations interpersonnelles, au niveau de ses mécanismes de défense et de résolution de conflits,

au niveau de ses distorsions cognitives, par rapport à son niveau d'élaboration de ses affects, etc.

Il serait important que les informations et résultats recueillis par le clinicien soient regroupés et traités de manière à constituer un bassin de connaissances qui serviront à guider et enrichir la pratique psychodramatique de groupe au sein de l'équipe de SMJ. Il est donc primordial que le psychodramatiste, travaillant avec des clients réels dans son milieu clinique et sur le terrain, s'emploie à trouver une façon de vérifier et de documenter l'efficacité de ses interventions, de sorte que l'on puisse disposer d'un autre type de données que celles qui sont issues des recherches habituelles, données qui auraient une valeur tout aussi probante. De cette façon, la clinique bénéficiera davantage des données probantes qu'elle contribuera à produire.

## **Conclusion**

Par cet essai, l'auteur a essayé de faire la démonstration que le psychodrame de groupe constituerait une proposition d'intervention intéressante pour la clientèle des 8 à 12 ans traitée par l'équipe santé mentale jeunesse de 1<sup>re</sup> ligne en CLSC. L'auteur a tenté de faire un tour théorique du psychodrame, sans prétendre y avoir réussi, afin de développer des connaissances théoriques qui enrichissent sa compréhension du psychodrame, et plus particulièrement, celle sur le psychodrame appliqué à l'enfant. Pour l'auteur, cette étape était nécessaire à sa formation sur le psychodrame.

En présentant un ensemble de théories, où une plus grande place a été accordée à l'approche classique de Moreno, l'auteur a voulu faire ressortir la richesse de l'approche psychodramatique. Cet exercice a permis à l'auteur de prendre conscience que différentes perspectives théoriques conditionnent la manière de faire du psychodrame et qu'ainsi l'approche psychodramatique de groupe peut être multidisciplinaire. L'emploi de théories distinctes déterminent des parcours pratiques psychodramatiques différents dépendamment de la distance conceptuelle entre les diverses théories appliquées. Il n'existe pas un credo unique en ce qui touche à la manière d'aborder le changement thérapeutique. Ceci ouvre la voie aux approches dites intégratives, ce qu'est le psychodrame de groupe selon l'auteur. Le modèle d'intervention transthéorique du psychodrame de groupe peut s'adapter à la vaste réalité clinique des problématiques des enfants participant à un psychodrame de groupe.

Cet essai a renforcé la perception de l'auteur quant au fait que le psychodrame de groupe serait aidant pour la clientèle des 8 à 12 ans traitée par l'équipe SMJ d'un CLSC. Néanmoins, il serait pertinent d'en venir à proposer un schème expérimental qui permettrait de tester, par la pratique, les différentes approches élaborées dans cet essai. Cette démarche permettrait d'évaluer l'efficacité du psychodrame multidisciplinaire auprès d'un groupe d'enfants dans notre milieu.

Quoi qu'il en soit, l'auteur pense que pour conduire toutes sortes de groupes à vocation thérapeutiques, il est important qu'une pensée groupale anime l'institution dans laquelle il prend place. Le groupe psychodramatique doit s'inscrire dans la démarche thérapeutique de l'établissement. Or, l'approche psychodramatique de groupe peut donner une crédibilité à la dimension communautaire d'un CLSC. Moreno défendait la vision que la méthode psychodramatique pouvait être utilisée pour la thérapie de la société, une approche qu'il appelait la sociatrie. La mondialisation conduit le monde à devoir composer avec des changements, menaces, conflits, inégalités globales, ainsi le besoin d'une sociatrie ou d'une psychologie sociale et communautaire se fait de plus en plus sentir. Par cet essai, l'auteur s'est donné les moyens d'approfondir ses connaissances sur le psychodrame afin de prendre la parole auprès des décideurs du CLSC pour proposer une solution novatrice concernant l'offre de traitement de l'équipe santé mentale jeunesse.

D'autre part, plusieurs pistes d'approfondissement du psychodrame de groupe appliqué à la clientèle SMJ peuvent être ultérieurement envisagées. Par exemple, le sociodrame pourrait être mis de l'avant, également, afin d'explorer des situations collectives ou des phénomènes de société qui touchent les participants du groupe thérapeutique de l'équipe SMJ : intimidation, hypersexualisation, décrochage, violence, surconsommation, inégalités sociales ou sexuelles, racisme, immigration, etc. Aussi, le processus du groupe thérapeutique pourrait être encadré par un projet social qui contribue à l'insertion des enfants dans leur communauté, dans leur monde. Par exemple : participer à une levée de fonds pour soutenir une cause sociale qui revêt un sens pour les enfants.

En conclusion, dans le champ de la thérapie, il y a des approches qui conviennent davantage le client à parler et d'autres qui le conviennent plus à faire. Très dynamique, le psychodrame de groupe est un lieu fécond de découvertes et d'inventivité qui réussit, selon l'auteur, là où d'autres tentatives thérapeutiques échouent éventuellement. La thérapie du psychodrame est plus active que réceptive. On s'intéresse à l'action qui peut intervenir chez le client; l'action qui lui permettra de se débarrasser de ses problèmes. En outre, l'ensemble des qualités de l'enfant entre 8 et 12 ans en font un être qui exerce sur nous un charme certain, un être avec qui l'on peut parler, réfléchir, échanger des sentiments, partager de nombreux intérêts, et qui en même temps, nous pousse à nous dépasser dans notre rôle de thérapeute. Grâce à cet essai, l'auteur réalise qu'il faut utiliser le psychodrame afin qu'il ne stérilise pas la puissance créatrice de

l'enfant bien qu'une rigueur du maniement de la méthode soit essentielle pour amener des changements thérapeutiques. Le psychodrame de groupe ressort comme une approche thérapeutique inspirante qui peut développer chez l'enfant un savoir-être et un savoir-faire, individuellement et en groupe. Il cherche à faire apparaître de nouvelles facettes dans l'être humain et dans ses relations, et ce, par le pouvoir de l'action, de la créativité, de la solidarité et de l'entraide. Chacun a sa place dans le monde, aussi modeste soit-elle, et il y a des choses à dire, à entendre et À FAIRE pour guérir et s'accomplir.

## Références

- Achenbach, T.M., & McConaughy, S.H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications. Second Edition. Development clinical psychology and psychiatry*. Vol. 13 SAGE Publications Inc. Thousands Oaks, California.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2005). *Continuum d'intervention « Santé Mentale – Jeunes »*. Repéré à [http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/293/dc\\_smjeune.pdf;jsessionid=ABC6CDA7002313B4395716DFEE39F58F](http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/293/dc_smjeune.pdf;jsessionid=ABC6CDA7002313B4395716DFEE39F58F).
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2008). *Document de travail : Cadre de partage des problématiques cliniques santé mentale jeunes FEJ, 1<sup>re</sup> ligne et 2<sup>e</sup> ligne*.
- American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV-TR* (4<sup>e</sup> éd., texte révisé). Paris : Elsevier-Masson.
- Assemblée nationale (2009). *Projet de loi n<sup>o</sup>21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Éditeur officiel du Québec.
- Ainsworth, M.D.S., et coll. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Amatruda, M.J. (2007). Conflict Resolution and social skill development with children. *Journal of Psychodrama, Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 58, 268-281.
- Ancelin Schützenberger, A. (2003). *Le psychodrame* (éd. rév.). Paris : Éditions Payot et Rivages.
- Anzieu, D. (2004). *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent* (5<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bannister, A. (2007). « Psychodrama and child development ». Dans C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Éds), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. London & New York: Routledge.

- Bénomy, C.H., & Dumas, J. (2008). *Psychopathologie des affects et des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Blatner, A. (2007). « New Perspectives on psychodramatic theory ». Dans C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Éds), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. London & New York: Routledge.
- Blatner, A., & Cukier, R. (2007). « Moreno's basic concepts ». Dans C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Éds), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. London & New York: Routledge.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte : vol. 1. L'attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bradshaw Tauvon, K. (1998). « Principles of psychodrama ». Dans M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon (éds), *The Handbook of Psychodrama*. London: Routledge.
- Brazelton, T.B. (1981). ALS H. : quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie enfant*, 24, 2, 397-418.
- Chapelier, J.-B., & Poncelet, J.-J. (2005). *Excitation, jeu et groupe*. France : Éditions Érès.
- Corey, G. (2007). « Psychodrama ». Dans G. Corey (ed.), *Theory and Practice of Group Counselling* (7<sup>e</sup> éd.), Belmont, CA: Brooks/Cole-Thompson Learning.
- Corsini, R.J. (2005). « Preface ». Dans R.J. Corsini & D. Wedding (eds), *Current Psychotherapies* (7<sup>e</sup> éd.), Belmont, CA: Thompson/Brooks/Cole.
- Gallese, V. (2004). « *Intentional attunement: from mirror neurons to empathy* », paper presented at the Fourth International Conference on Neuroesthetics: Empathy in the Brain and in Art, Berkeley: Minerva foundation.
- Greenberg, L.S., Watson, J.C., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hoey, B. (1997). *Who calls the tune? A psychodramatic approach to child therapy*. London & New York: Routledge.
- Hug, E. (2007). « Neuroscience perspective on psychodrama ». Dans C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Éds), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. London & New York: Routledge.

- Institut de la statistique du Québec (1998). *Enquête sociale et de santé*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/esoc98v2.pdf>.
- Karp, M (1998). « An introduction to psychodrama ». Dans M. Karp, P. Holmes & K.B. Tavon (éds), *The Handbook of Psychodrama*. London: Routledge.
- Kipper, D.A. (2007). ). « Reformulating psychodrama as an experiential reintegration action therapy (ERAT) ». Dans C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Éds), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. London & New York: Routledge.
- Kipper, D.A., & Giladi, D. (1978). ). Effectiveness of structured psychodrama and systematic desensitization in reducing anxiety. *Journal of Counselling Psychology*, 25, 6, 499-505.
- Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. Paris : PUF.
- Kranz, P.L. (1991). A demonstration of warm-up techniques with children. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 43, 162-166.
- Langley, D. (1998). « The relationship between psychodram and dramatherapy ». Dans M. Karp, P. Holmes & K.B. Tavon (éds), *The Handbook of Psychodrama*. London: Routledge.
- Leutz, G.-A. (1985). *Mettre sa vie en scène*. Paris : Éditions Desclée de Brouwer.
- Lorin, C. (1989). *Traité de psychodrame d'enfants*. Éditions : Privat.
- Mandeville, L. (2004). La pratique, cette chose étrange. *Revue québécoise de psychologie*, 25, 3, 57-71.
- Marcelli, D. (2009). *Enfance et psychopathologie* (8<sup>e</sup> édition). Elsevier Masson S.A.S.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Mooney, S., & Schamess, G. (1991). Focused, time-limited, interactive group psychotherapy with latency-age children. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 1, 107-146.
- Moreno, J.L. (2007). *Psychothérapie de groupe et psychodrame* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

- O'Connor, T., & Zeanah, C.H. (2003). Attachment Disorders: assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development*, 5(3), 223-244.
- O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1995). *L'Orientation vers les solutions*. Bruxelles : Éditions SATAS.
- Organisation mondiale de la Santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. (10<sup>e</sup> révision) (CIM-10).
- Piaget, J. (1962). « The Stages of the Intellectual Development of the Child ». Dans S.I. Harrisson (eds), *Childhood Psychopathology*. New York: International Universities Press.
- Pio-Abreu, J.L., & Villares-Oliveira, C. (2007). « How does psychodrama work? », dans C. Baim, J. Burmeister & M. Maciel (Éds), *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. London & New York: Routledge.
- Privat, P., & Quélin-Souligoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants*. Paris : Dunod.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2001). *Grandir en santé mentale en Montérégie : projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*. Document produit par l'Hôpital Charles-LeMoine.
- Robert, P., Rey, A., & Rey-Debove, J. (2007). *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Rosenthal, N.E. (2002). *The Emotional Revolution*. New Jersey: Citadel Press.
- Rustin, T.A., & Olsson, P.A (1993). Sobriety Shop: a variation on magic shop for addiction treatment patients. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 45, 12-23.
- Schaefer, C.E., Johnson, L., & Whery, J.N. (1982). *Group therapies for children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal : Les Éditions du CIG.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Shearon, E.-M. (1980). Psychodrama with children. *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 33, 142-155.
- Valla, J.P., et coll. (1996). *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents*. Paris : Masson.
- Valla, J.P., Breton, J.J., et coll. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 : rapport de synthèse*. Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, Services d'édition Interressources.
- Van Damme, P. (1994). *Espace et groupe thérapeutique d'enfants*. Marseille : Hommes & Perspectives.
- Van der Kolk, B. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: The Guilford Press.
- Wellman H. (1992). *The Child's Theory of Mind. 1 vol.* Bradford Books.
- Widlöcher, D. (2003). *Le psychodrame chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France : 1<sup>re</sup> édition « Quadrige ».
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.