

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  
PHILIPPE CHARBONNEAU

TRAITEMENT DES ADDICTIONS A L'AIDE DU PSYCHODRAME

AVRIL 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

TRAITEMENT DES ADDICTIONS À L'AIDE DU PSYCHODRAME

PAR

PHILIPPE CHARBONNEAU

---

René Marineau, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Gilles Dubois, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Sébastien Girard, évaluateur externe

Service Correctionnel du Canada

## Sommaire

Cet essai doctoral porte sur le traitement des addictions en psychothérapie. Il a pour objectif de démontrer la pertinence de l'application d'une méthode issue des psychothérapies expressives, soit le psychodrame, dans l'intervention auprès de personnes alcooliques et/ou toxicomanes. Pour ce faire, le psychodrame et la psychopathologie de l'addiction sont présentés. Puis l'illustration fictive d'une vignette clinique est exposée, ce matériel servant de représentation pour que le lecteur puisse observer les différentes phases d'une séance psychodramatique. Celle-ci se situe dans le contexte de la constitution d'un nouveau groupe de psychothérapie dont les membres ont tous une problématique d'addiction à une ou des substances psychotropes. L'hypothèse de recherche veut que le travail psychodramatique soit une méthode efficace pour l'individu alcoolique et/ou toxicomane de s'adapter ou se réadapter dans des rôles psychosociaux plus adéquats, pour lui et pour autrui. Les résultats obtenus démontrent que le psychodrame constitue une méthode d'intervention pertinente et efficace à l'assumption spontanée de nouveaux rôles pour une personne jusqu'alors figée dans une addiction. Les techniques théâtrales de cette psychothérapie permettent d'explorer les origines et les fonctions du symptôme addictif, ainsi que de dénouer des impasses relationnelles et interactionnelles. L'effet cathartique à la fois somatique et mental de cette méthode procure à l'individu assujetti suffisamment de spontanéité afin de s'affranchir et d'investir ses rôles psychosociaux avec plus d'aisance.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Chapitre 1. Le psychodrame morénien .....	5
Définitions et principes généraux .....	6
Perspective historique .....	9
Aspects cliniques du psychodrame thérapeutique .....	17
Les instruments .....	17
La scène .....	17
Le protagoniste .....	18
Le psychodramatiste.....	19
Les ego-auxiliaires .....	19
L'auditoire .....	20
Les phases de la séance .....	21
La mise en train .....	21
L'action .....	23
Le retour au groupe .....	23
Les techniques psychodramatiques .....	25
Le renversement de rôle .....	25
Le double.....	25
Le miroir.....	26

L'aparté .....	27
Le soliloque .....	27
Cadrage théorique .....	28
La théorie du rôle .....	28
Théorie de la spontanéité dans le développement de l'enfant.....	31
Applications théoriques à la séance psychodramatique .....	35
Chapitre 2. La psychopathologie de l'addiction .....	39
Le phénomène du toxique dans la civilisation .....	40
Perspective historique et étymologique des addictions.....	42
Définitions et conceptions théoriques .....	45
Modèle descriptif comportemental .....	46
Modèle psychanalytique.....	48
Causalité et facteurs étiologiques.....	51
Composantes biologiques.....	51
Influences génétiques .....	51
Influences neurologiques.....	52
Composantes psychologiques .....	52
L'apprentissage conditionné.....	52
Les fonctions d'angoisses intrapsychiques.....	53
Composantes sociales.....	54
Composantes culturelles.....	54
Chapitre 3. Représentation psychodramatique en addictologie.....	57

Contexte clinique .....	58
Mise en train : la ligne de vie.....	60
Action psychodramatique .....	71
Retour au groupe.....	79
Évolution du traitement.....	82
Discussion.....	84
Conclusion .....	91
Références.....	95

## **Remerciements**

La mise en œuvre de cet essai doctoral est un accomplissement académique basé sur des années d'expériences professionnelles et d'investissements personnels de la part de l'auteur. La réalisation de ce projet est cependant attribuable à la rencontre et aux appuis incontestables de différents acteurs.

Je tiens d'abord à exprimer ma reconnaissance à mon directeur de recherche, le professeur René Marineau, pour sa générosité, sa disponibilité et ses conseils réflexifs tout au long de la rédaction de cet ouvrage. Je le remercie également pour sa contribution au développement de mon identité professionnelle en assumant avec bienveillance différents rôles à mon endroit : enseignant, directeur de recherche, formateur de psychodrame et collègue clinicien.

Je souhaite de même remercier feu André Cloutier, regretté professeur clinicien au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Je le remercie de son support à mon intention d'adhérer aux approches expressives, et je lui témoigne ma profonde gratitude pour son humanisme et sa passion de la psychologie aux moments opportuns de mon parcours doctoral.



## **Introduction**

Cet essai se veut une analyse et une réflexion à propos de l'utilisation d'une méthode d'intervention particulière, le psychodrame. Cette forme de psychothérapie requiert l'usage de techniques théâtrales afin de mettre en scène surtout des situations problématiques passées, mais aussi des difficultés actuelles ou des appréhensions futures. Le psychodrame est une approche applicable à des problématiques psychologiques et psychosomatiques considérées comme étant symptomatiques à des conflits relationnels et interactionnels.

L'auteur de cet ouvrage est un psychologue clinicien détenant une expérience de plus de seize ans en intervention individuelle et de groupe auprès d'une clientèle alcoolique et/ou toxicomane, en plus d'être directeur de psychodrame. Il aborde la manifestation comportementale de l'addiction avec le regard des enjeux pathogènes sous-jacents. Dans le cadre de sa pratique, il observe que des perturbations affectives liées à des transactions relationnelles font systématiquement l'objet des thèmes abordés en cours d'entretiens. D'autre part, il constate que les souffrances identifiées par les personnes qui le consultent sont régulièrement exprimées sous un mode verbal, celui-ci faisant appel aux cognitions plutôt qu'aux affects. Témoin de rechutes de la consommation ou de la poursuite de celle-ci chez certains clients, il remarque également que leur psychothérapie n'atteint rarement l'expérience cathartique. La répétition du

symptôme apparaît succéder à des situations de vie qui se rejouent continuellement, de manière inachevée, d'où la perception parfois *chronique* de cette problématique.

La visée de cet essai est alors d'explorer les bienfaits possibles du psychodrame, une méthode active et expressive, auprès de personnes alcooliques et/ou toxicomanes. Pour des raisons d'ordre éthique, organisationnel et temporel, aucune expérimentation n'a été effectuée; l'auteur tente alors de rendre compte de la pertinence de l'application de cette approche par le biais d'une démarche théorique. Le premier chapitre porte sur les fondements historiques, cliniques et théoriques du psychodrame. L'auteur aborde particulièrement les phases d'une séance psychodramatique, les instruments et les techniques utilisées, ainsi que les théories reliées. Le second chapitre se consacre à la psychopathologie de l'addiction. La perspective historique de ce phénomène y est évoquée, puis les conceptions théoriques et les facteurs étiologiques de cette problématique y sont traités. Le troisième chapitre est une illustration du déroulement d'un psychodrame auprès d'une clientèle alcoolique et/ou toxicomane. L'ensemble des phases d'une telle séance y sont représentées. Le quatrième chapitre constitue une discussion qui relie les concepts du psychodrame et de l'addiction à l'illustration clinique afin de répondre à l'hypothèse de recherche. Finalement, l'auteur termine par une conclusion faisant état de la pertinence à utiliser le psychodrame dans le domaine des addictions; cette psychopathologie engendre des souffrances à la fois physiques et mentales, alors que les méthodes expressives, contrairement aux approches

traditionnelles, impliquent un engagement de l'être entier (corps et esprit) dans le processus de changement.

## Chapitre 1

## **Le psychodrame morénien**

Ce premier chapitre expose une vue d'ensemble des composantes descriptives, historiques, cliniques et théoriques de l'approche psychothérapeutique principalement impliquée dans cette recherche, soit la thérapie psychodramatique morénienne. Les diverses sections de cette première partie permettent une compréhension du développement actuel et passé du psychodrame comme méthode d'intervention reconnue en psychologie.

### **Définitions et principes généraux**

Le terme « psychodrame » est d'origine grecque, issue de *psyché* (âme) et *drame* (action, accomplissement). Il s'agit ainsi d'une réalisation totale de la psyché *dans et par* l'action, se produisant *dans et avec* un groupe. Le psychodrame peut toutefois se réaliser individuellement (avec un ou des thérapeutes), bien que la forme la plus courante soit celle du groupe (Ancelin-Schützenberger, 1990).

Plus concrètement, le psychodrame est une méthode thérapeutique applicable aux maladies psychiques et psychosomatiques considérées comme étant l'expression de perturbations dans les relations et interactions avec autrui. Pour leur traitement, la représentation théâtrale d'une scène spontanée est utilisée (Leutz, 1985). Telle une

commedia dell'arte italienne, les personnages (membres du groupe thérapeutiques) improvisent leur rôle à partir d'un thème soigneusement révélé, ainsi qu'à partir du jeu des uns et des autres. Tout le monde peut prendre part à la scène et contribuer à aider l'un de ses membres (le protagoniste, acteur principal qui a dévoilé la situation problématique à jouer). Chacun étant appelé à réagir au jeu de l'autre par divers renversements de rôles, la scène du passé en vient à se rapprocher de la réalité subjective vécue par le protagoniste dans le présent. Celle-ci peut être rejouée autrement, les relations et interactions étant ensuite discutées dans un retour avec le groupe (Ancelin-Schützenberger, 1990).

Par conséquent, le psychodrame thérapeutique peut se définir comme une méthode d'action qui donne son authenticité à l'expression humaine. Au-delà des séances de groupe essentiellement verbales, la représentation théâtrale permet de rendre une situation vivante lorsque les mots s'avèrent insuffisants devant l'intensité émotionnelle d'un problème. Le participant est alors introduit dans une situation telle qu'il se retrouve non seulement en présence des éléments de son Moi<sup>1</sup>, mais aussi ceux des personnes qui jouent un rôle dans ses conflits psychiques. Alors qu'un traitement ne concernait qu'un seul individu, le processus thérapeutique se limitait qu'à un dialogue entre deux humains et le monde extérieur pouvait demeurer exclu. En traitant le groupe cependant, les angoisses et valeurs du monde entier s'intègrent à la situation thérapeutique. Dans le

---

<sup>1</sup> Moi : Terme élaboré par Sigmund Freud dans sa seconde théorie de l'appareil psychique, désignant l'instance de la personnalité qui met en branle les opérations défensives (en grande partie inconscientes) lors de la perception d'affects déplaisants (Laplanche, & Pontalis, 2002).

cadre d'un traitement rassemblant plusieurs personnes, les problèmes de la société (tout comme ceux de l'individu, représentant des relations humaines) peuvent se miniaturiser dans une *microréalité* (Moreno, 1965/1987) et s'actualiser par l'utilisation du sociodrame<sup>1</sup>.

Aux alentours des années 1910, la sociologie excluait l'individu alors que la psychanalyse excluait le groupe. Le développement du psychodrame est alors apparu comme une tentative de trouver une méthode thérapeutique qui influencerait à la fois le groupe et ses individus (Moreno, 1965/1987). Sans être reconstituées à la lettre, des scènes passées, présentes ou futures sont jouées ou rejouées, dans leur esprit et leur vécu. Il s'agit de *faire comme si* (et non pas faire semblant tel qu'au théâtre), au moyen d'un jeu psychologiquement et affectivement vrai. En revivant de façon intense un traumatisme, le protagoniste (participant principal) peut s'en libérer à la suite d'une prise de conscience. Cette catharsis<sup>2</sup> sera une guérison, surtout si elle est suivie d'une perlaboration (retravailler ce qui s'est passé par diverses techniques, comme l'analyse des rêves, les associations de pensées, ou le réentraînement aux rôles sociaux). En voyant le protagoniste exposer ses difficultés, les autres membres du groupe sortent de leur isolement. Le miroir d'eux-mêmes qui leur est ainsi renvoyé les aide à se sentir

---

<sup>1</sup> Sociodrame : Méthode psychothérapeutique qui traite des relations entre les groupes et les idéologies collectives. À la différence du psychodrame qui s'intéresse aux situations personnelles, familiales et sociales d'un individu en particulier, le sociodrame met en scène des situations communes et significatives à tous ses participants (Moreno, 1965/1987).

<sup>2</sup> Catharsis : Soulagement total ou partiel d'un état de tension extrême, suivi d'une prise de conscience ou d'une action thérapeutique (Ancelin-Schützenberger, 2003).



moins seul, moins différent et moins aliéné par leur propre situation (Ancelin-Schützenberger, 2003).

La thérapie analytique a pour objectif ultime l'analyse *totale*, visant à fournir à l'individu plus de discernement que sa vie n'a pu lui en procurer. La thérapie psychodramatique, pour sa part, vise une *production totale de vie* (une réalité de surplus qui, par extension, permet d'être authentiquement soi-même, de tenir son propre rôle, de parler juste, d'agir et réagir adéquatement). Elle tente de munir l'individu de plus de réalité que la vie ne lui en avait octroyé jusqu'alors et la richesse de ces expériences spontanées l'aide à élargir sa maîtrise de soi et du monde, par l'exercice de l'événement vécu (l'entraînement et le réentraînement de rôles) plutôt que par l'analyse traditionnelle (Moreno, 1965/1987).

### **Perspective historique**

La naissance du psychodrame est due au sociologue et psychiatre viennois Jacob Levy Moreno (1889-1974). Provenant d'une famille juive séfardite ayant quitté l'Espagne pour la Turquie au XVI<sup>e</sup> siècle, ses parents vinrent en Roumanie (Bucarest, sa ville de naissance)<sup>1</sup> ainsi qu'à Vienne, en Autriche. Durant sa jeunesse, Moreno entretient divers intérêts tels, la philosophie, la sociologie, le nouveau théâtre de son

---

<sup>1</sup> Concernant sa biographie et la reconstitution de sa véritable date de naissance, voir : *Jacob Levy Moreno, 1889-1974 : Father of psychodrama, sociometry, and group psychotherapy* (Marineau, 1989).

époque, les émigrés, les enfants et le changement social (Ancelin-Schützenberger, 1990).

En 1909, il entre à l'Université de Vienne comme étudiant en philosophie et après divers obstacles académiques, il arrive à entreprendre ses études en médecine. Durant ses années universitaires (1909-1917), Moreno est engagé dans toutes sortes d'activités parallèles. Avec quatre de ses amis, il fonde la « Maison des Rencontres ». Ils viennent en aide aux immigrants et aux réfugiés (remplir des documents officiels et trouver de l'emploi) mais la maison fonctionne aussi comme une communauté pour les membres. À chaque soir, il y a des discussions à propos des problèmes rencontrés à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, une bonne occasion en plus pour chanter et avoir bien du plaisir (Marineau, 1989).

Moreno aime aussi passer du temps dans le jardin d'Augarten, un grand parc public où il rassemble des enfants en leur racontant des histoires. Il organise avec eux des jeux faisant appel à leur spontanéité et en vient à créer un théâtre pour enfants, ayant avec lui un groupe régulier de jeunes acteurs (Marineau, 1989). Il est rapidement fasciné par les effets thérapeutiques que ces jeux produisent chez ses participants. Cette expérience illustre dès lors sa conception de la médecine, accordant ainsi de l'importance aux relations émotionnelles et interpersonnelles dans le milieu de la santé (Leutz, 1985).

En 1913, il participe à un projet qui consiste à visiter des prostituées de Spittelberg, un quartier de Vienne. Il tente de les regrouper pour former une association visant à protéger leurs droits (Ancelin-Schützenberger, 1990, 1970). Dans *Who Shall Survive?*<sup>1</sup>, il décrira cette expérience pour ensuite dégager des lignes directrices de la psychothérapie de groupe (Marineau, 1989).

Un autre des passe-temps favoris de Moreno pendant ses études est d'aller à la Cour pour observer les procès. À son retour chez-lui, il reconstitue le drame et le procès avec ses amis ou sa famille. Il joue tous les différents rôles, incluant le juge et le jury, pour ensuite tenter de prédire l'issue du procès. Les gens attendent alors le verdict et s'amuse du haut pourcentage de bonnes prédictions que Moreno arrive à faire (Marineau, 1989).

Finalement, un dernier événement d'importance survient lors de ses dernières années d'études universitaires. La Première Guerre Mondiale éclate en 1914 et pour des raisons de nationalité, Moreno n'a pas à servir à la guerre. Avancé dans ses études de médecine, il se trouve de l'emploi en 1915 dans deux camps de réfugiés, un en Australie et l'autre en Hongrie. Au camp de Mitternford, en Australie, Moreno observe des problèmes dans les casernes où sont assignés les réfugiés, notamment parce qu'il n'y a pas d'effort de fait pour prendre en considération leurs affinités (religion, style de vie, statut social). Il réalise l'importance de considérer les préférences et les affinités des

---

<sup>1</sup> *Who Shall Survive?*, publié en 1934 et révisé en 1953. La traduction française paraît sous le titre *Fondements de la sociométrie*, publié en 1954 et réédité en 1970.

gens si cela peut les rendre heureux lors de situations difficiles, et fait pression auprès des autorités. Cette expérience peut être considérée comme un prélude au développement de la sociométrie<sup>1</sup>. En effet, Moreno démontre pour la première fois son habileté à observer de grands groupes ainsi qu'à proposer de remédier aux problèmes sociaux (Marineau, 1989).

C'est en 1917 que Moreno obtient son diplôme de médecine. Il crée en 1918 la revue *Daimon* dans laquelle il essaie ses idées sur le théâtre spontané pour ensuite s'installer à Bad Vöslau en 1919, un petit quartier près de Vienne (Ancelin-Schützenberger, 1990). Praticant en médecine familiale, il développe la réputation d'être un docteur qui prend soin de ses patients et qui applique des traitements de façon originale. En 1921, un baron bavarois vient le voir et lui demande de l'aider à mourir. Moreno met au clair qu'en tant que docteur, sa vocation est d'aider les gens à vivre et à se sentir mieux avec eux-mêmes. De ce fait, il commence un traitement afin d'entrer dans le monde intérieur de cet homme. Pendant des semaines, ils parlent de la planification de sa mort et ils actent différents scénarios avec l'aide de Marianne Lörnitzo, la conjointe de Moreno. À ce moment précis, il réalise un traitement psychodramatique pour la première fois. Constatant la valeur de ce jeu vivant imaginaire, il souhaite maintenant utiliser son bureau ou se rendre chez les gens afin

---

<sup>1</sup> Sociométrie : Science de la mesure des rapports entre humains, tels la sympathie, l'hostilité, le respect, le mépris, la résistance au changement, les communications, les rôles tenus, l'uniformité, le climat de groupe, les formes d'autorité, la créativité, etc. (Ancelin-Schützenberger, 2003). Celle-ci a pour objet l'étude mathématique des populations au travers de leurs propriétés psychologiques, dont les aspects qualitatifs de la structure sociale sont intégrés aux opérations quantitatives. Les techniques d'enquête employées se penchent sur l'évolution et l'organisation des groupes, ainsi que sur la position des individus qui les composent (Moreno, 1965/1987).

d'explorer ces nouvelles avenues thérapeutiques. *L'approche spontanée du théâtre réciproque* est le nom qu'il donne à cette façon d'aborder les problèmes psychologiques. Toutefois, sa position de médecin devient controversée à Bad Vöslau, du fait qu'il traite ses patients dans leur résidence avec des méthodes non conventionnelles et sans même exiger d'honoraire. Il délaisse la médecine traditionnelle pour se consacrer au théâtre impromptu avec des adultes (Marineau, 1989).

C'est en 1922, toujours à Vienne, qu'est fondé le *théâtre de la spontanéité*. Provoquant une révolution dans le monde du théâtre, Moreno tente ce changement de quatre manières : l'élimination de la pièce écrite et du dramaturge, la participation du public, la disparition de la vieille scène afin de laisser place à une scène ouverte (le *locus nascendi*, c'est-à-dire le lieu de la vie, expression utilisée par Moreno pour désigner l'espace où vivre et renaître), et l'improvisation des acteurs et du public comme seuls créateurs. La résistance du public et de la presse étant, sa conception du théâtre est menaçante. (Moreno, 1972/1984).

Ce théâtre est alors transformé en *journal vivant*, méthode où des acteurs amateurs jouent en public les faits divers des journaux. Moreno souhaite présenter autrement les nouvelles de la presse. Travaillant au théâtre comme principale interprète, Barbara (Anna Höllering de son vrai nom) est une jeune actrice qui excelle dans les rôles héroïques et romantiques. Un jour de 1923, le mari de Barbara vient voir Moreno pour lui exprimer que sa femme, cet être angélique que tous admirent sur scène, est en fait

insupportable à la maison. Elle jure, parle de façon vulgaire, en plus de le frapper lorsque celui-ci se fâche. Le soir même, Moreno décide d'attribuer à Barbara un rôle grossier, plus près d'une nature humaine crue. Barbara accepte le rôle, s'exécute et se transforme totalement, jouant d'une manière inattendue d'elle-même. À partir de ce moment, ce ne sont que des rôles de ce genre qui lui sont attribués. Chaque jour, son mari vient rendre compte à Moreno de la métamorphose qui se produit chez Barbara. Malgré quelques accès de colère toujours présents, ceux-ci sont moins intenses et plus brefs. Parfois même, elle se met à rire au cours d'un élan de colère, se rappelant les scènes qu'elle a jouées au théâtre. Devant l'effet cathartique ainsi observé, Moreno entame avec eux une thérapie de couple dont les dialogues improvisés viennent à ressembler graduellement à leur vie privée. Après les séances, certains spectateurs expriment avoir été émus par ces scènes, plus que toute autre représentation. C'est là pour Moreno une *catharsis du public* (Ancelin-Schützenberger, 1990).

Plusieurs événements, tant sur le plan personnel (accumulation de dettes, relation précaire avec Marianne) que professionnel (mauvaise réputation dans le milieu artistique, suicide d'un patient), contribuent à ce Moreno se retrouve dans une position difficile. Devenant de plus en plus isolé, il décide en 1925 d'émigrer aux États-Unis (Marineau, 1989). Il s'installe à New York et poursuit des contacts avec le monde du théâtre. À Beacon, près de la rivière Hudson, il ouvre une clinique psychiatrique, en plus d'œuvrer dans la formation et la thérapie d'acteurs (Ancelin-Schützenberger, 1970).

Suivant ses propos sur la nécessité de classer les gens sur la base de principes sociométriques, Moreno conduit une étude qualitative et quantitative à la prison de Sing Sing. À l'aide d'entrevues et de questionnaires, il compare un ensemble de variables propres à chaque détenu en termes de similarités, de contrastes et de complémentarités. Obtenant un score dérivé du ratio de facteurs positifs divisés par les facteurs négatifs, il lui est possible de prédire comment deux individus peuvent ou ne peuvent pas profiter de la présence de l'un et de l'autre dans un même groupe. De ces analyses, il recommande ensuite une nouvelle classification des prisonniers afin de transformer la prison en une meilleure communauté. En 1932, Moreno présente ses résultats à l'American Psychiatric Association, année même où il est reconnu d'avoir forgé le terme *psychothérapie de groupe* dans l'histoire des sciences sociales (Marineau, 1989).

Ses recherches se poursuivent sur les relations interpersonnelles de jeunes délinquantes au New York State Training School for Girls. Toujours par un regroupement d'affinités, il tente d'améliorer leur réadaptation sociale tout en augmentant la productivité de leur blanchisserie (Ancelin-Schützenberger, 1970). Avec ces jeunes filles, il commence à utiliser le jeu de rôle<sup>1</sup> et le psychodrame afin de modifier leurs comportements et leurs attitudes. L'entraînement au jeu de rôle prend naissance mais son utilisation s'inscrira au niveau du psychodrame et de la psychothérapie de groupe (Marineau, 1989).

---

<sup>1</sup> Jeu de rôle : Un individu s'appêtant à affronter une situation nouvelle peut s'y préparer en la jouant en groupe jusqu'à ce qu'une réponse satisfaisante soit trouvée (Ancelin-Schützenberger, 2003).

Le psychodrame en tant qu'acte psychothérapeutique commence en 1936. Moreno fonde un *théâtre thérapeutique* à son sanatorium de Beacon et reçoit des patients difficiles que d'autres psychiatres refusent. Accueillant des patients, des professionnels et des étudiants en formation, ce théâtre devient un centre de traitement et un laboratoire pour tester ses hypothèses. Développant ses idées sur le traitement par le psychodrame, Moreno obtient de plus en plus de succès et devient connu dans le monde entier (Marineau, 1989). Au cours de la Seconde Guerre Mondiale, le général Jenkins puise dans la sociométrie pour effectuer la sélection des responsables et des équipes aéronavales du Pacifique. Ces méthodes servent aussi au choix des commandos d'Outre-mer, alors que le test de spontanéité<sup>1</sup> est utilisé lors de la création de l'armée américaine de guerre (Ancelin-Schützenberger, 1990).

De son arrivée aux États-Unis jusqu'à sa mort en 1974, Moreno se divorce à deux reprises avant de se marier à Celine Zerka Toeman, avec qui les projets professionnels deviennent un partenariat. L'année 1942 marque la création de la Society of Psychodrama and Group Psychotherapy (qui en 1951 sera renommée American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama), alors que l'American Sociometry Association voit le jour en 1945. Puis une succession de réalisations se poursuivent : 1951, l'organisation de l'International Committee of Group Psychotherapy; 1954, le premier congrès international de psychothérapie de groupe à Toronto; 1957, la création

---

<sup>1</sup> Test de spontanéité : Permet de mesurer le degré d'adaptation et d'originalité d'une personne. La spontanéité est ici une réponse adaptée face à une situation nouvelle ou une réponse originale et nouvelle vis-à-vis une situation ancienne (Moreno, 1965/1987).



de l'International Council of Group Psychotherapy ainsi que la fondation de l'Academy of Psychodrama and Group Psychotherapy; 1964, le premier congrès international de psychodrame à Paris et finalement, la création de l'International Association of Group Psychotherapy en 1973 (Marineau, 1989).

Depuis 1932, l'approche psychodramatique a instauré les bases de la psychothérapie de groupe et de la sociométrie (étude des interactions de groupe) puis au cours de la Deuxième Guerre Mondiale, de la formation du personnel. Les méthodes psychodramatiques auront intéressé psychologues, éducateurs, assistantes sociales, criminologues, médecins, infirmières, secrétaires médicales, kinésithérapeutes, ethnologues, chercheurs, prêtres, pasteurs, religieuses, comédiens, syndicats, administrateurs, formateurs et cadres de l'industrie et de l'armée (Ancelin-Schützenberger, 2003).

### **Aspects cliniques du psychodrame thérapeutique**

#### **Les instruments**

Une séance de psychodrame comprend cinq instruments essentiels (la scène, le protagoniste, le psychodramatiste, les ego-auxiliaires et l'auditoire) pour sa mise en œuvre. Voici une description de chacun de ces éléments.

**La scène.** La scène est un élargissement de la vie, au-delà de la vie réelle. Premier outil du psychodrame, la scène est un espace vital aux multiples possibilités de

mouvements, construite selon les nécessités thérapeutiques (Moreno, 1965/1987). Celle-ci n'a pas besoin d'être conforme à une scène typique de théâtre; il importe simplement que son emplacement soit défini, délimitant la zone de jeu de celle du public. Dès qu'un spectateur s'y aventure pour acter, il entre symboliquement dans l'expérience du protagoniste. Cette scène trace ainsi une démarcation entre la réalité extérieure de la vie et la réalité interne du protagoniste qui revit ses enjeux psychologiques d'origines.

Par conséquent, cet espace thérapeutique et psychodramatique représente un lieu d'*Acting In* (agir sur scène en faisant comme si) sécuritaire et soutenant où il est possible, au moyen d'un jeu théâtral, d'acter des représentations internes de toute sorte, contrairement à un passage à l'acte (*Acting Out*) concret dans la réalité (Blatner, 1996). Tel fût le cas par exemple pour le baron bavarois qui ne s'est pas réellement suicidé avec l'aide du docteur Moreno. Il a pu mettre en scène (le bureau de Moreno) ses fantaisies de mort au travers d'un jeu dramatique et se représenter dans divers scénarios pour mettre fin à sa propre vie, produisant des effets cathartiques d'abord, puis un regain d'intérêt pour la vie.

**Le protagoniste.** Nom donné à l'acteur principal qui viendra jouer une situation problématique personnelle (Ancelin-Schützenberger, 1990). Il est exigé qu'il se représente lui-même sur scène et il lui est recommandé d'être lui-même plutôt qu'un comédien. Il doit agir librement, c'est-à-dire avec spontanéité et donner une

représentation concrète de son vécu. Un minimum d'empathie dans sa relation aux autres est souhaitable lors de l'actualisation de la scène (Moreno, 1965/1987).

**Le psychodramatiste.** Aussi nommé directeur thérapeutique, le psychodramatiste possède trois fonctions principales : il est meneur de jeu, thérapeute et analyste. Comme meneur de jeu, il demeure vigilant au moindre indice que lui donne le protagoniste et veille à l'intégrer à l'action dramatique au moyen de techniques théâtrales (une description des principales techniques utilisées sera présentée un peu plus loin). Il lie le jeu avec la vie du participant, dirige les acteurs sur la scène, et prend garde de ne jamais perdre le contact avec le public. En tant que thérapeute, il peut se montrer actif et prendre à partie le protagoniste, ou paraître passif et retiré si bien que la séance semble être menée par le groupe. Puis comme analyste, lors d'un retour après l'action, il complète ses perceptions avec celles de ses thérapeutes auxiliaires ou par les réponses du groupe (Moreno, 1965/1987).

**Les ego-auxiliaires.** Pour le thérapeute, les ego-auxiliaires sont des assistants quant à l'analyse de la situation et du traitement. Pour le protagoniste, ils sont la représentation des personnes réelles ou symboliques de sa vie. L'ego-auxiliaire détient aussi trois fonctions : un comédien jouant les rôles souhaités par le protagoniste, un assistant du thérapeute, puis un observateur de l'interaction (Moreno, 1965/1987). Par exemple, un membre du groupe pourrait être choisi par le protagoniste pour jouer le rôle de son père alcoolique et violent lors d'un événement conflictuel passé, puis un autre

membre pour jouer le rôle de sa mère implorante. Autant d'ego-auxiliaires peuvent être sélectionnés par le protagoniste pour venir acter les personnes impliquées dans sa situation problématique passée. Symboliquement, une personne qui était absente lors de l'événement réel du passé pourrait être ajoutée à la scène, notamment si cette présence possède une importance dans l'expérience personnelle du protagoniste et contribue à la résolution du conflit. Tel que dans l'illustration précédente, le psychodramatiste pourrait proposer au protagoniste de faire venir sur scène une figure masculine bienveillante (par exemple son grand-père décédé) pour le soutenir face à son père agressif et malmenant.

L'attribution des rôles se fait par ce que Moreno (1965/1987) appelle le phénomène de *télé*, un processus conscient ou inconscient basé sur les notions de transfert et d'empathie. Le protagoniste aura ainsi tendance à choisir un ego-auxiliaire à partir d'une caractéristique qu'il perçoit de celui-ci et qu'il retrouve également chez le personnage à jouer (par exemple, choisir un acteur pour jouer le rôle de son frère parce qu'il lui rappelle son aspect supportant). À l'inverse cependant, le protagoniste peut écarter le choix d'un acteur de par une similarité inconfortable avec le rôle à jouer (exclure le choix d'un acteur qui lui remémore l'arrogance de son frère qu'il ne souhaite pas affronter).

**L'auditoire.** Les membres de l'auditoire viennent en aide au protagoniste, servant de caisse de résonance à l'opinion publique. Au cours de l'action, leurs réactions et leurs remarques peuvent également être aussi spontanées que celles du protagoniste. (Moreno,

1965/1987). Ainsi, le public peut demeurer dans un rôle d'observateur et contribuer à normaliser l'expérience du protagoniste de par ses commentaires lors du retour. Mais encore, lors du déroulement d'une scène, n'importe quel spectateur peut se lever et venir s'insérer dans le jeu du protagoniste pour le supporter (tel un *double spontané* venant se positionner derrière le protagoniste et nommer tout haut ce que ce dernier apparaît ressentir et avoir de la difficulté à exprimer). L'auditoire est donc un participant ayant un apport important à la séance psychodramatique, comme lors de la création du *journal vivant* à Vienne. Moreno et ses acteurs auxiliaires jouaient sur scène le soir les faits divers s'étant déroulés durant la journée, alors que les gens de l'auditoire pouvaient venir acter à tout moment, notamment s'ils avaient été témoins directs ou indirects du fait divers en question. Une résonance de leurs commentaires en fin de scène, lors du retour, était également des plus pertinentes.

### **Les phases de la séance**

Bien que chaque séance psychodramatique soit différente dépendamment de la diversité des enjeux mis en scène, la structure traditionnelle d'un psychodrame morénien se déroule toujours en trois temps : la mise en train, l'action et le retour au groupe.

**La mise en train.** En principe, le thème qui sera ultérieurement joué émerge du groupe. La mise en train permet alors d'amener le groupe à déterminer l'enjeu qui l'intéresse et de l'incarner chez l'un de ses membres, le protagoniste. Cet aspect est primordial afin que l'action du psychodrame soit *vécue* par l'ensemble du groupe et

qu'un accord émotionnel s'établisse entre les participants, le thème à jouer et les personnes qui jouent. Le rôle de la mise en train étant d'échauffer le groupe et de le préparer à l'action, il importe d'évaluer la situation du groupe et de ne pas passer au jeu dramatique de façon précipité. Le directeur thérapeutique peut tenter d'observer chez les participants un fil conducteur dans les échanges qui se créent avant la séance. Le thème à jouer découlera de ces échanges, ou des interactions en chaîne qui se produisent à l'entrée des gens dans la salle. Sinon, le directeur peut proposer lui-même un sujet s'il croit que le groupe a besoin d'être pris en charge. Divers moyens peuvent aussi s'offrir pour échauffer le groupe : des activités mobilisant l'énergie du groupe et favorisant les liens entre participants, des techniques non verbales (échange de regards, de gestes ou de mouvements), l'utilisation de silences significatifs, l'observation entre participants (Ancelin-Schützenberger, 2003).

Un réchauffement peut également consister en un simple partage de sujets et d'événements significatifs pour les membres du groupe qui se dévoilent les uns aux autres. De cet échange, un ou des participants expriment leur besoin d'être le protagoniste pour l'action psychodramatique à venir. Si plus d'une personne se proposent comme protagoniste, la sélection de celui-ci se fera par un *choix sociométrique* qui repose sur l'identification du thème qui rejoint le plus grand nombre de participants à ce moment dans le groupe.

**L'action.** Lorsqu'un thème est dégagé et que le groupe est centré sur un protagoniste, il est nécessaire de préparer ce dernier pour qu'il surmonte ses résistances et puisse s'exprimer librement en groupe. Le problème est présenté à son état actuel (il s'agit du passé dans le présent) et la préparation du protagoniste et de la scène est relativement courte; ce dernier est questionné par le psychodramatiste à propos de son âge, sur l'endroit où il se trouve, et quelles sont les personnes présentes dans la situation.

Puis d'autres membres du groupe sont choisis pour tenir les rôles de l'entourage du protagoniste en regard de cette situation problématique. Ces ego-auxiliaires essaient de prendre l'état émotionnel et la position physique de leur rôle (démarche, postures, accessoires, habillement, etc.) afin de se sentir dans la peau du personnage. L'atmosphère est recréée et le jeu entre en action. Ne sachant pas à l'avance si l'action va aboutir à quelque chose d'important, le directeur du psychodrame cessera un jeu qui sonne creux. Il est donc préférable que les scènes soient courtes afin de conserver l'intérêt du groupe, quitte à en jouer plusieurs. Selon les plans du psychodramatiste, des gens du public peuvent prendre part à la scène et si celle-ci paraît fructueuse, elle pourra exceptionnellement se prolonger. Le jeu prend fin dès que l'intérêt faiblit ou qu'un point culminant de l'action survient (Ancelin-Schützenberger, 2003).

**Le retour au groupe.** L'action ayant suscité un écho personnel en chacun, les membres du groupe expriment ce qu'ils ont ressenti, commençant habituellement par ceux qui ont pris part au jeu. Dans ce qu'on appelle un *retour sur les rôles*, les ego-

auxiliaires s'expriment d'abord en regard à ce qu'ils ont expérimenté lors des interactions sur scène. Par exemple, un participant ayant joué une mère négligente pourrait partager au protagoniste que dans ce rôle, elle ressentait une détresse et une fatigue telle face à sa toxicomanie qu'elle ne suffisait plus à prendre soin de sa propre personne.

Dans ce qui constitue ensuite un *retour à soi*, les membres du groupe sont appelés à partager leurs expériences personnelles vécues (résonances) par rapport au psychodrame venant de se jouer. Il est préférable que le plus grand nombre de personnes puissent s'exprimer, alors que le psychodramatiste veille à ce que les participants évitent de fournir des interprétations ou de donner des conseils. Cette deuxième partie du retour se termine par les commentaires du protagoniste. Dans l'exemple précédent, ce dernier pourrait exprimer que son psychodrame lui a rappelé sa tristesse de se sentir abandonné et désintéressé par sa mère suite aux impacts de sa toxicomanie.

Le retour vise donc à permettre au protagoniste de sortir de son isolement, de bénéficier de l'expérience des autres, de donner la possibilité à tout le monde d'exprimer leur ressenti et de comprendre ce qui se passe dans l'ici et maintenant du groupe (Ancelin-Schützenberger, 2003). Le retour au groupe offre la possibilité à tous ses membres d'exprimer leurs émotions, tous pouvant être interpellés même s'ils n'ont pas pris part directement à l'action.



### **Les techniques psychodramatiques**

Un grand nombre de techniques psychodramatiques existent, la plupart pouvant être utilisées lors de la phase de l'action psychodramatique, ou certaines lors de la mise en train. Un des collaborateurs de Moreno en avait recensé jusqu'à trois cent cinquante et une (Moreno, 1965/1987), la plupart venant du théâtre traditionnel. Le lecteur pourra se référer à l'ouvrage d'Anne Ancelin-Schützenberger (2003) pour une description exhaustive des nombreuses techniques développées par divers auteurs et psychodramatistes. Seulement quelques unes seront évoquées ici, celles étant les plus couramment utilisées lors d'une thérapie psychodramatique.

**Le renversement de rôle.** Cette technique permet une connaissance plus approfondie de qui est l'autre afin de mieux l'incarner. Chacun en vient à se voir par les yeux de l'autre et par ses propres yeux. Ainsi, les distorsions peuvent être mises en lumière pour pouvoir être corrigées en cours de séance (Ancelin-Schützenberger, 2003). De cette façon, deux personnes s'échangent leur personnage, le protagoniste prenant le rôle de celui qui lui donne la réplique. Cette technique permet surtout à l'ego-auxiliaire, le répliquant, d'observer le protagoniste incarner le rôle à jouer afin de l'interpréter ultérieurement. Elle exige de la part de l'acteur un minimum d'empathie afin de pouvoir se mettre dans la peau de l'autre.

**Le double.** Un membre du public entre en scène et vient acter comme s'il était le protagoniste, l'imitant dans ses paroles, gestes et mouvements. Il lui procure un second

Moi en l'aidant à découvrir et évaluer ses problèmes (Ancelin-Schützenberger, 2003). Plus concrètement, un spectateur peut décider spontanément d'entrer sur scène et se placer derrière le protagoniste pour verbaliser à haute voix les pensées et sentiments que ce dernier aurait apparemment de la difficulté à exprimer en cours d'action. Le psychodramatiste demande ensuite au protagoniste si ce discours lui fait du sens; si oui, celui-ci sera appelé à le reconstituer dans ses propres mots avant de poursuivre l'action de la scène. Si le discours du « double » ne fait pas écho au protagoniste, le psychodramatiste pourra revenir à la trame précédant la venue du « double », ou utiliser une autre technique de son choix afin de permettre l'avancement du psychodrame.

**Le miroir.** S'il est incapable de se représenter lui-même, le protagoniste se met à distance à la demande du psychodramatiste et regarde un ego-auxiliaire venant imiter ses façons de se comporter tel que les gens le voit dans le groupe ou dans la vie réelle (Ancelin-Schützenberger, 2003). Lors de l'application de cette technique, le protagoniste demeure dans son propre rôle, légèrement en retrait, et l'ego-auxiliaire devient alors un reflet qui scénarise l'ensemble des attitudes du protagoniste. Ce procédé permet à ce dernier d'observer à distance ce qu'il présente et représente dans son groupe. Par exemple, le psychodramatiste peut demander à un ego-auxiliaire d'effectuer le miroir d'un protagoniste qui se rend rapidement en état d'ivresse lors de soirées sociales alors qu'il ne comprend pas pourquoi il se sent délaissé par ses comparses. Le protagoniste pourrait ainsi entendre et visualiser les messages verbaux et non-verbaux qu'il envoie à ses interlocuteurs et se remettre en question.

**L'aparté.** Dans le domaine du théâtre, l'aparté est une réplique qu'un acteur se récite à lui-même et qui en principe n'est pas entendue des autres personnages, contrairement au public. Sur la scène, les autres comédiens font comme s'ils n'entendaient pas les paroles prononcées à voix basse par l'acteur pour son auditoire. Dans la thérapie psychodramatique, le protagoniste est appelé à émettre à haute voix ce qu'il ressent et n'arrive pas à verbaliser en réalité (par exemple : « *Je suis mal-à-l'aise de dévoiler ce que j'ai fait pour obtenir de l'héroïne* ».). Bien que les propos du protagoniste ne doivent pas être entendus par les autres membres du groupe, ils sont tout de même pris en compte et le déroulement du jeu peut s'en ressentir (Ancelin-Schützenberger, 2003).

**Le soliloque.** D'entrée de jeu ou de fin de dramatisation, le protagoniste est appelé à dire tout haut ce qui se passe dans son langage intérieur (Marineau, 1989). Cette technique se rapproche grandement de l'aparté, à la différence que celle-ci se produit en-dehors de l'action. Le protagoniste nomme alors ce qu'il pense à propos de la représentation dramatique qu'il vient de faire, et peut l'enrichir par des sentiments qu'il n'a pas évoqués pendant la scène (Ancelin-Schützenberger, 2003). Par exemple, un protagoniste est retiré de la scène qu'il a joué à l'hôpital et pourrait nommer qu'en plus d'avoir eu très peur de mourir d'une surdose de drogue, il s'est senti honteux face à sa famille et au personnel médical.

## Cadrage théorique

### La théorie du rôle

Entre 1921 et 1925, Moreno (1965/1987) a établi les bases essentielles de la théorie du rôle à l'intérieur de quatre ouvrages pour en formuler une théorie complète dès 1943. Il développa celle-ci en opposition aux concepts de Moi et de Soi, les considérant trop vagues et intangibles dans le cadre de la recherche scientifique expérimentale. Sans toutefois les rejeter complètement, il proposa de les remplacer par un concept plus maniable, celui du *Rôle*. À son avis, il était plus aisé de concevoir ce qu'est le Moi d'un individu et de le voir se manifester aux travers des différents rôles (par exemples, le rôle de père, de gendarme, de juge, d'amoureux) qu'il tient dans la vie réelle. Ses hypothèses de départ étaient simples :

1. L'enfant ne naît pas avec un Moi mais agit dans une série de rôles dès sa naissance;
2. Le Moi se forme à partir de rôles, non pas le contraire;
3. L'individu tient un éventail de rôles liés entre eux, chacun se développant à partir d'un autre;
4. Il est plus facile de définir et manier le concept de rôle que celui du Moi puisqu'il est difficile pour un individu de percevoir son Moi ou celui d'une autre personne;
5. Il est possible d'évaluer aisément comment un individu agit dans son rôle, la manière dont il le tient et le conçoit, bref comment il *est* ce rôle;
6. Une personne peut avoir une bonne perception de l'un de ses rôles et pourtant être inhabile à le jouer;

7. Selon l'éventail des rôles, de leur nombre, de leur étendue et de leurs relations, il est possible de déterminer quels sont ceux qui sont significatifs, essentiels, insignifiants ou marginaux dans la vie d'un être humain.

Bref, le concept de *rôle* se rapproche étroitement de la notion de *spontanéité*, cette dernière étant la capacité de fournir *une réponse adaptée face à une situation nouvelle ou une réponse originale et nouvelle vis-à-vis une situation ancienne* (Moreno, 1965/1987). Ainsi, un individu en prise à une confusion de rôles dans ses relations interpersonnelles cherchera au travers de la thérapie psychodramatique à développer et délimiter son répertoire de rôles, puis de les intégrer de manière convenable et adaptée (maturité) aux circonstances données.

S'il était admis que le Moi ou le Soi sont des processus qui se prolongent de manière stable tout au long de la vie d'un individu, Moreno (1965/1987) considérerait qu'il en est ainsi pour le processus de formation des rôles. Dès sa vie embryonnaire, il y a des rôles que l'enfant porte en lui et qui lui permettront d'agir dès sa naissance, comme de boire ou de dormir. De ce fait, la théorie du rôle ne se réduit pas qu'à sa dimension sociale et ne se reflète pas seulement que par des rôles sociaux. Avant même que ne débute la vie sociale du nourrisson ou de l'enfant, il doit y avoir des rôles physiologiques (ou psychosomatiques) et psychologiques (ou psychodramatiques) dans lesquels le Moi opère déjà. Précédant l'apparition du langage et de la perception des statuts sociaux, des rôles archaïques se manifestent et certains modèles (patterns) de

comportements peuvent se percevoir comme des actions que l'enfant reproduira (rôles de mangeur, buveur, dormeur, marcheur, rôle sexuel, etc.). Le rôle psychosomatique de mangeur, par exemple, est une manifestation du Moi qui se prolonge pendant toute la durée d'une vie et la façon dont l'adulte agira ce rôle n'est pas sans lien avec la manière dont le problème de manger fût abordé dans son enfance. L'action de manger est une situation relationnelle entre l'enfant et l'*Autre*, c'est-à-dire la mère ou le substitut maternel. Dans ce dialogue donateur-donataire s'insère l'atmosphère (contact, chaleur, odeur, rythme, styles des premiers échanges) du milieu maternel et les à-côtés somatiques de la nutrition seront comparables à ce qui apparaîtra dans le comportement adulte. Bien que les aspects psychologiques et psychosociaux soient encore bien faibles durant la petite enfance, des signes psychosomatiques fondamentaux s'observent déjà en termes de continuité.

Pour Moreno (1965/1987), le rôle se définit comme la manière d'être et d'agir que l'individu adopte au moment précis où il réagit à une situation donnée dans laquelle d'autres personnes ou objets sont engagés. L'image perçue de cette manière d'être et d'agir, tant par l'individu que par les autres, est un rôle. Ainsi, le rôle d'une personne dépend de sa façon *d'être au monde*, de sa situation, de sa position qu'elle prend vis-à-vis d'autres individus ou d'une situation donnée, et de leurs relations mutuelles. Cette manière *d'être au monde* prend source dans les expériences passées ainsi qu'à l'intérieur de modèles culturels d'une société dans laquelle l'individu peut se satisfaire de ce qu'il

produit. Un aspect privé et un aspect collectif peuvent donc se distinguer pour chaque rôle tenu.

D'autre part, l'individu dispose d'un certain nombre de rôles qui se heurtent à des contre-rôles que tiennent les gens de son entourage. Leurs relations sont considérées comme le développement le plus important qui se produit dans toute culture particulière. Le rôle est donc l'unité d'une culture. Pour l'individu, l'éventail de ses rôles forme l'aspect tangible de son Moi, et la structure des liens entre ceux-ci constitue le noyau de sa personnalité (Moreno, 1965/1987). Le psychodrame donne la possibilité à toute personne d'explorer et de revisiter la tenue de ses rôles, de les assumer, se les approprier, et de les intégrer avec plus de spontanéité (adaptation et originalité) dans sa vie de tous les jours.

### **Théorie de la spontanéité dans le développement de l'enfant**

Parmi les vertébrés de notre planète, l'enfant humain ne naît pas aussi indépendant que d'autres nouveau-nés. En effet, il doit recevoir une aide bien plus grande et bien plus prolongée que d'autres petits primates pour satisfaire les besoins les plus urgents de son organisme. En passant d'un espace clos à un milieu ouvert, le placenta maternel ne lui fournit plus d'équilibre protecteur et son activité est nécessaire pour survivre à cette nouvelle existence (Moreno, 1965/1987).

D'après Moreno (1965/1987), le développement organique de l'embryon et sa complétude anatomique ne sont pas satisfaisantes pour expliquer la survie du nourrisson à sa naissance. Ce dernier entre dans un système de relations qui lui est complètement inconnu et il ne bénéficie d'aucun modèle pour calquer ses actes. Plus qu'à aucun autre moment de sa vie, il doit faire face à cette nouvelle situation et sa réponse devra être ferme et positive pour vivre. Outre l'énergie (libido ou autre impulsion animale) emmagasinée dans son jeune corps, la nature doit l'avoir pourvu d'un facteur le rendant capable de se dépasser. Ce facteur se nomme la spontanéité (facteur *s*). Il s'agit d'une réponse qui lui permettra d'affronter de nouvelles situations, telles que bouger, stimuler et activer ses organes afin d'en modifier leur structure et leur permettre de faire face à leurs futures responsabilités. Topographiquement, le facteur *s* pourrait être situé entre les zones de l'hérédité et de l'environnement mais serait relativement libre des déterminants biologiques et sociaux. Une zone indépendante où peuvent se former de nouvelles combinaisons d'actes, de choix, de transformations et de décisions, laissant émerger le pouvoir d'invention et de créativité de l'humain.

Fondamentalement, la première manifestation de la spontanéité est la préparation (mise en train, échauffement) de l'enfant à sa situation nouvelle. Ce phénomène peut être mesuré et ce processus s'illustre par l'indication de traits psychodynamiques comparables à la situation de la naissance. Chez l'adulte, la spontanéité est testée de telle sorte que la situation à observer est construite; l'individu est introduit brutalement dans une situation nouvelle à laquelle il doit se préparer, se mettre en train et s'y ajuster



rapidement. Par l'étude des procédés de mise en train chez l'adulte, des autodéclencheurs physiques et des autodéclencheurs mentaux furent distingués. Il est possible d'amener l'adulte à se déclencher physiquement lui-même (par exemple en lui demandant de respirer fortement, de fermer les poings, de crier, etc.) et de mettre en marche son organisme, passant de la généralisation musculaire d'une mise en train totale jusqu'à un acte tout à fait spontané. Tel un enfant, l'adulte peut être si absorbé par sa situation de mise en train que son action sera absente de toute image mentale. Toutefois, par l'évocation consciente d'un acte simple (une directive), les déclencheurs physiques de l'adulte se mettent aussitôt en marche. L'adulte possède naturellement des déclencheurs mentaux, sociaux et biochimiques pouvant à eux seuls créer une mise en train ou agir de connivence avec des déclencheurs physiques. Des activités de groupe dirigées peuvent ainsi servir à faire progresser le processus d'échauffement au niveau des relations interpersonnelles (Moreno, 1965/1987).

Chez le jeune enfant toutefois, il n'existe pas encore de différence entre ces deux manières de se mettre en situation (celui-ci manque évidemment de déclencheurs mentaux). Pour agir, l'activité mentale intervient très peu et les déclencheurs physiques agissent tel qu'un adulte y a recours lors d'une réaction de surprise ou d'urgence. La situation de la naissance le démontre puisque le nourrisson exerce des poussées contre les parois de l'utérus avant même que ne se produise l'accouchement. Puis les déclencheurs physiques de la mère (actions volontaires et contractions musculaires involontaires) l'aideront à se frayer progressivement un passage dans une préparation à

l'acte spontané de venir au monde. Dans son nouvel univers, l'enfant fait ensuite usage de son énergie spontanée au moyen de déclencheurs physiques du processus de mise en train (comme l'acte de succion à l'allaitement). Le procédé d'échauffement est mesurable, indiquant que le facteur *s* est en action. L'inexistence de signe d'une mise en train permet alors de conclure à une absence ou à une perte de spontanéité (Moreno, 1965/1987).

Autant que l'enfant a besoin d'aide pour naître, du soutien lui est aussi nécessaire pour manger, dormir, se déplacer. Trop faible et trop peu évolué pour initier lui-même ces actions, de tels supports lui paraissent comme des extensions de son corps puisque l'aide est fournie par un substitut (extension de son Moi) du monde extérieur, appelé Moi-auxiliaire. Les déclencheurs mentaux des Moi-auxiliaires (mère, père ou autres) sont essentiels pour lui procurer des soins et venir à son secours. La co-action (co-existence, co-expérience) qui s'établit entre l'enfant et ses auxiliaires forgera les caractéristiques d'une matrice d'identité, qui à l'image d'un placenta social, constitue l'apprentissage du premier processus émotionnel de l'enfant. L'agir de son Moi-auxiliaire est perçu comme une extension de son propre agir, ce qui permet à l'enfant d'abandonner graduellement une part de sa propre action et de se centrer sur celle de l'*Autre* (l'autre partie de cette même matrice). Cet échange posera les bases des futurs renversements de processus de mise en train, tel qu'observé chez un enfant jouant à faire manger, faire dormir. Ce phénomène de jouer le rôle de l'*Autre* apparaîtra tranquillement avec le temps, s'élaborant par une série de stades du développement. Au

premier et au plus archaïque des stades, l'enfant perçoit l'autre personne comme étant une partie de lui-même, l'identification étant totale et spontanée. Au second stade, son attention se centre sur la part de lui-même qui lui est étrangère. Le troisième stade est celui où l'enfant intègre la continuité de cette expérience (différenciation soi/autrui) pour qu'au quatrième stade, il commence à se mettre à la place de l'*Autre*, jouant activement son rôle. Lorsque s'installe le cinquième et dernier stade, il joue le rôle de l'*Autre* vis-à-vis de quelqu'un qui prend en retour son rôle à lui. Ces stades correspondent à tous les développements de rôles et phénomènes psychologiques tels que la projection, l'imitation, l'identification ou le transfert (Moreno, 1965/1987).

### **Applications théoriques à la séance psychodramatique**

L'ensemble des relations humaines est un *univers social*. La pratique du psychodrame s'intéresse à l'*atome social*, la plus petite unité de cet univers. L'atome social d'un individu désigne toutes les personnes qui sont en relation émotionnelle avec celui-ci, ou toutes les personnes avec qui il aimerait être en relation émotionnelle, ou encore celles qui aimeraient être en relation avec lui. Un individu appartenant à un atome fait en même temps parti des atomes sociaux de d'autres personnes, ceux-ci se reliant en des systèmes toujours plus vastes afin de constituer des réseaux sociaux. La nature des relations humaines est considérée comme momentanée puisqu'elles se transforment constamment en raison des interactions, ces dernières faisant l'objet du psychodrame (Leutz, 1985).

Moreno avait différencié deux formes fondamentales de rôles. Il y a d'abord la *perception du rôle*, se produisant après l'expérimentation de celui-ci. Puis il y a la *tenue du rôle*, se manifestant habituellement à la suite de sa perception. Les deux premiers stades du développement correspondent au *premier univers* de l'enfant, une phase où il n'arrive pas lors d'interactions précoces à faire la distinction entre son propre monde et le monde extérieur. Dans cette phase du premier univers, l'enfant exerce toutefois inconsciemment des rôles archaïques, sans même les avoir reconnus. Aux autres moments du développement, Moreno parle de la phase du *second univers*, lorsqu'une coupure apparaît dans le vécu de l'enfant entre la réalité et son imaginaire. Dès lors, celui-ci peut consciemment percevoir les rôles avant de les assumer (Leutz, 1985). Dans la thérapie psychodramatique, tout est également nouveau pour le participant : la scène, les personnages, les objets, le temps, l'espace. Chaque pas exécuté dans l'univers scénique doit avoir une nouvelle définition; les mots et les mouvements sont définis par la réplique des personnes et des objets rencontrés. La mise en jeu naturelle de la relation mère-enfant s'y retrouve et se compare à la relation du protagoniste avec le Moi-auxiliaire de la situation psychodramatique. Vis-à-vis de son enfant, la mère occupe deux fonctions : l'un est de tenir correctement son rôle de mère, l'autre étant de se faire une image claire des besoins et des rythmes vitaux de son petit afin de répondre à ses besoins fondamentaux pour lui permettre de fonctionner adéquatement. En psychodrame, le Moi-auxiliaire assume aussi ces deux fonctions. Il tient le rôle d'une personne dont le protagoniste a besoin puis en se sensibilisant à ses anxiétés, ses

déficiences et ses besoins, il tente de ressentir ce qu'il ressent afin de le conduire à une meilleure solution à ses problèmes (Moreno, 1965/1987).

Ce sont ces phénomènes empathiques qui permettent d'établir des structures relationnelles saines et des interactions créatrices. L'empathie est la capacité de perception de l'intérieur d'un individu par un autre, aussi appelée *télé* par Moreno. Les interactions spontanées et saines issues du premier univers sont à l'origine de la perception adéquate, conforme au réel entre les personnes qui se rencontrent. C'est ainsi que dans le développement psychique et social d'un individu (matrice d'identité), la perception empathique de l'unité interactionnelle mère-enfant sert de modèle originel aux processus *téliques* ultérieurs. La relation *télique* est une condition préalable à la cohésion d'un groupe ainsi qu'à l'interaction créatrice spontanée de ses membres (Leutz, 1985).

Les conflits interactionnels prennent naissance dans une situation spontanée (nouvelle) car lorsque la rencontre empathique de deux personnes n'est pas possible, elles agissent l'une et l'autre sans référence directe, tel une relation transférentielle.<sup>1</sup> Par conséquent, le concept de maladie et les fondements du psychodrame se réfèrent aux dysfonctions relationnelles et interactionnelles. L'essence de la thérapie

---

<sup>1</sup> Relation transférentielle : La personne transfère sur un individu l'image du souvenir inconscient d'une relation passée et se conduit envers celui-ci comme il le faisait autrefois dans cette ancienne relation. Le transfert provoque des images faussées de l'autre, alors que le télé est un mode de relation sain et réel, basé sur le présent (Leutz, 1985).

psychodramatique porte donc sur la réactualisation de la spontanéité naturelle (Leutz, 1985).

Ici fût présenté dans ce chapitre les fondements cliniques et théoriques essentiels à la thérapie psychodramatique morénienne. Axée sur le développement de la spontanéité et l'assumption plus adéquates de rôles psychosociaux, cette approche expressive démontre qu'il est approprié de solliciter tant le corps que l'esprit en psychothérapie, notamment dans le cas de perturbations précoces pouvant échapper à la conscience. Les principes de la méthode psychodramatique seront à nouveau abordés dans le troisième chapitre, alors que la prochaine section traitera de la psychopathologie de l'addiction.

## Chapitre 2

## **La psychopathologie de l'addiction**

Cette seconde section porte sur la problématique à l'étude dans cette recherche, soit l'addiction à diverses conduites chez l'humain. La question de l'addiction est abordée selon des aspects descriptifs, conceptuels, historiques, étiologiques et théoriques. Le chapitre permet de saisir l'emballement chez les humains pour les agents addictifs, ainsi que de comprendre leurs fonctions quant à la satisfaction de leurs besoins et carences. À cet effet, les deux perspectives théoriques les plus communes à l'addiction y sont exposées, ainsi que les possibles facteurs de causalité. Enfin, le terme « addiction » est soigneusement choisi, au détriment de *dépendance* (asservissement, soumission) ou *toxicomanie* (manie du toxique, besoin contracté par habitude), pour sa contribution étymologique plus distante face au symptôme manifeste.

## **Le phénomène du toxique dans la civilisation <sup>1</sup>**

À l'exception des aliments nécessaires à la survie de l'espèce, il n'y a pas de substances sur la terre qui aient été autant associées aux modes de vie des humains que les drogues. Du plus loin qu'apparaît l'humain dans l'exploration de l'histoire, nous le voyons s'adonner à l'usage de certains produits dont l'intérêt ultime n'était pas de se nourrir et de satisfaire ses besoins primaires. Bien plus étrange et complexe à saisir, cet usage permet aux hommes de ressentir des états passagers venant diminuer, accroître ou

---

<sup>1</sup> Sources tirées et adaptées de *Phantastica* (Louis Lewin, 1996).



déformer leurs sensations et perceptions courantes de la vie ordinaire. Dans l'antiquité, les hommes en vinrent à reconnaître les propriétés de boissons alcooliques et de quelques plantes naturelles. Aujourd'hui encore, ce sont exactement les mêmes qu'on emploie dans le même but.

Ces substances ont ouvert les échanges entre les peuples, allant jusqu'à établir des liens entre continents. L'attrait pour ces drogues fût d'une telle propension que leur transport a nécessité le développement de voies de communication utilisées ensuite à d'autres fins. Mais encore plus, son attrait a suivi l'évolution de la civilisation. Une élaboration de connaissances expérimentales s'est révélée chez les peuples primitifs ayant expérimentés les effets de certaines plantes. Le domaine des sciences de la nature pouvait dès lors identifier et départager les propriétés de ces végétaux.

La plupart des drogues proviennent du monde immense et varié des plantes, dont le fonctionnement interne préserve encore des mystères à la compréhension des hommes. La pharmacologie a trouvé sa raison d'être dans cette quête d'éclaircissement. Des molécules naturelles et externes, portées au contact de la matière du cerveau, provoquent de puissantes réactions au corps et à l'esprit. La découverte des agents actifs et toxiques de ces plantes a permis la confection de substances chimiques artificielles. La médecine et les neuro-sciences ont conséquemment tirés profits de ces avancés. L'humain peut dorénavant se soustraire à la douleur plus facilement et plus précisément à l'aide de médicaments bien spécifiques.

L'avènement de nouveaux besoins chez les hommes par l'entremise des drogues possède également une part de paradoxes. Le domaine de la psychologie et de la psychiatrie doit composer avec l'utilisation de tous ces produits chimiques. Les consommations excessives de drogues contribuent à l'apparition de troubles psychologiques chez les individus, alors même que l'usage de drogues aide au traitement de certains troubles mentaux.

Le phénomène du toxique est un monde à la fois fascinant et complexe, apportant à un moment du mieux-être et à un autre temps du malheur. L'accoutumance à ces substances s'installe nécessairement au travers d'une recherche de gains mais occasionne également des coûts (non seulement financiers) à l'individu et à la société.

### **Perspective historique et étymologique des addictions**

Sigmund Freud, père de la psychologie, a esquivé l'étude de l'addiction dans son œuvre. En 1929, dans *Malaise dans la civilisation*, il a toutefois brièvement survolé la question des toxiques en les qualifiant de « briseurs de soucis ». Il définissait ainsi l'usage du toxique comme une méthode chimique convenue d'être considérée comme l'une des plus intéressantes façons de se prémunir contre la souffrance, et qu'il positionnait dans la catégorie des « habitudes morbides » (Jacquet, & Rigaud, 2001).

Puis d'autres psychanalystes ont ensuite contribué à l'émergence de la notion d'addiction. L'emploi du terme « addiction » serait apparu dans la littérature en 1932; un

article d'Edward Glover présentait cette problématique comme étant une accoutumance à un produit, soit la toxicomanie, et l'attribuait singulièrement aux sujets états-limites (Pirlot, 2009). Outre la première utilisation de ce terme, on lui reconnaît la formulation de « substances psychiques », stipulant que dans un contexte psychique approprié, n'importe quel produit pourrait agir comme une drogue et les substances psychiques pourraient fonctionner comme substituts à des idées de substances réelles (Chassaing, 1998).

Pour sa part, Sandor Ferenczi (1982) s'intéressera essentiellement à l'étude de l'alcoolisme qu'il considère être aussi un état morbide, mais au-delà des simples quantités manifestes de toxiques absorbées. Il affirmera que la désintoxication n'est pas suffisante et doit être suivie d'un travail sur les véritables motivations psychiques du besoin compulsif de consommer un produit. De par cette distinction, il étendra cette nécessité à d'autres conduites irrépressibles telles que la kleptomanie et la pyromanie, qu'il qualifie de « manifestations pulsionnelles symptomatiques ».

Concernant l'étude des conduites toxicomaniaques en dehors du champ de l'alcoolisme, Sandor Rado se penchera sur les effets orgastiques du toxique en comparaison aux modes naturels de gratifications sexuelles. Il décrit le psychisme du toxicomane comme un appareil de plaisir auto-érotique et poursuit cette réflexion en démontrant le cycle d'euphorie et de retour à la dépression commune à la

« pharmacothymie », un désordre narcissique découlant de la dépression anxieuse (Chassaing, 1998).

La contribution d'Otto Fenichel permettra de présenter un nouveau groupe d'affectations qu'il nommera « perversions et névroses impulsives ». Il élabore à propos des névroses impulsives en général (fugue, jeu, kleptomanie, pyromanie, toxicomanie, et caractères dominés par leurs instincts), puis il poursuit en traitant des « toxicomanies sans drogue ». Il est ainsi le premier à proposer une distinction dépendamment de la présence ou de l'absence d'un effet chimique. À sa première catégorie de névroses impulsives, il inclut les agents toxiques tels que l'alcool et les drogues, précisant qu'il s'agit des types les plus francs d'impulsions de par l'urgence du besoin et de l'incapacité à le satisfaire. Quant à la deuxième catégorie de névroses impulsives, il indique de façon moins explicite l'anorexie, la boulimie, les pathologies du jeu, la manie de lire (qui rejoint l'idée que la lecture pourrait être un substitut de la nourriture en tant qu'ingestion), ainsi que les *affamés d'amour* (Jacquet, & Rigaud, 2001).

Puis viendra Joyce McDougall (1978) qui aura introduit le terme d'addiction en France, d'abord à propos de la sexualité « addictive », puis pour l'ensemble des conduites de dépendance. Psychanalyste psychosomaticienne, elle aura contribué aux connaissances psychosomatiques des addictions, rappelant que la question du corps est incluse dans la définition étymologique du mot addiction. Ce terme est un vieux vocable français qui trouve racine dans le mot latin *ad-dicere*, signifiant « dire à », au sens de

donner ou d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage, à l'époque du droit romain. Puis *addictus* est un substantif d'*addico* qui signifie « esclave pour dette », définissant une contrainte par le corps infligée à un esclave (l'addicté) se voyant dans l'impossibilité d'honorer sa dette et condamné à l'asservissement (Pirlot, 2009; Jacquet, & Rigaud, 2001).

Également basée sur cette étymologie, soit de « donner son corps en gage pour une dette impayée », Jean Bergeret (1981) tente de mettre en lumière la dimension pulsionnelle impliquée dans la pathologie addictive, à savoir cette contrainte propre au sujet dépendant à consommer ou à agir, peu importe la substance ou l'activité visée. Sa proposition indique que la psychopathologie est intrapsychiquement active bien avant que ne se manifeste le symptôme.

### **Définitions et conceptions théoriques**

Définir le concept d'addiction n'est pas chose simple de par la multitude de descriptions recensées dans la littérature. D'autre part, la notion d'addiction ne se retrouve pas dans les classifications actuelles du *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV – DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), où d'ailleurs les diverses problématiques addictives sont isolées et classifiées sous une variété de rubriques différentes. Par conséquent, le modèle descriptif comportemental de cette sous-section retiendra seulement la conception de Goodman (1990) du fait qu'elle est adoptée par beaucoup d'auteurs, qu'elle a l'avantage de permettre d'y intégrer plusieurs

troubles appartenant aux addictions, en plus de ne pas effectuer de distinction entre la dépendance physique et psychique (Fernandez et al., 2002). Par la suite, le modèle psychanalytique sera également abordé.

Selon le *Webster's New International Dictionary*, l'addiction est « l'usage compulsif effréné d'une habitude développée par les drogues », alors que l'addicté est « celui qui manifeste un désir intense irrépressible pour une drogue addictive et qui l'utilise par habitude ». Quant au *Concise Oxford Dictionary*, l'addicté est défini comme « une personne accroc par habitude et particulièrement dépendante d'une drogue spécifique » (Warburton, 1985). La première définition insiste sur la dimension compulsive de l'addiction et ne mentionne pas la notion de dépendance. La seconde définition met l'accent sur la dépendance mais ne mentionne pas le désir intense et obsédant de compulser dans la drogue.

### **Modèle descriptif comportemental**

Goodman (1990) offre une définition de l'addiction qui synthétise à la fois la dépendance et la compulsion. Ici, l'addiction est représentée comme « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance malgré des conséquences négatives et significatives* » (Goodman, 1990). L'auteur propose une critériologie afin de faciliter le diagnostic du trouble addictif :

- A- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
  - 1- Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
  - 2- Intensité et durée du comportement plus importantes que souhaitées à l'origine.
  - 3- Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
  - 4- Temps considérable consacré à préparer le comportement, à l'entreprendre, ou à se remettre de ses effets.
  - 5- Survenue fréquente du comportement qui empêche le sujet d'accomplir les obligations professionnelles, scolaires, universitaires, familiales ou sociales.
  - 6- Activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement.
  - 7- Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
  - 8- Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
  - 9- Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une longue période.

Ce regroupement de critères ressemble de près à l'approche descriptive et comportementale anglo-saxonne, telle que représentée dans le DSM-IV (APA, 1994). Mais au contraire du DMS-IV, la description de Goodman ne représente pas une symptomatologie précise de la dépendance liée aux substances. Elle se définit davantage comme une classe générique regroupant diverses pathologies addictives (avec ou sans drogue) dispersées que comme un seul et même trouble.

### **Modèle psychanalytique**

La psychanalyse se penche sur la question de l'addiction depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle. À la suite des premiers écrits de Freud (2000) sur la méthode chimique (intoxication) dans le combat pour le bonheur et la mise à distance de la misère, plusieurs théoriciens ont tenté de décrire l'addiction aux produits toxiques. Entres autres, Rado (1933) parle d'une recherche de l'euphorie pour que le Moi retrouve sa dimension narcissique originelle. Glover (1932) et Fenichel (1953) mentionnent qu'une fuite de la dépression est possible par la manie du toxique.

La majorité des auteurs psychanalytiques attribuent à la drogue et à l'alcool une fonction défensive pour le consommateur addicté. D'après Rado (1933) et Rosenfeld (1961), la réalité est ressentie comme pénible et frustrante pour les toxicomanes,



entraînant ainsi des sentiments dépressifs. Le recours à des substances toxiques permet alors d'accroître momentanément l'estime et la puissance du moi (le moi étant à la base fragilisé). La consommation permet également d'obtenir des sensations de plaisir et d'euphorie qui disparaissent à l'arrêt de la consommation.

D'autre part, le clivage du moi paraît assez commun aux toxicomanes (Pelsser, 1989). Les utilisateurs de grandes quantités présentent une sorte de moi divisé. En effet, ce clivage se manifeste lorsque le moi intoxiqué n'est plus fonctionnel dans ses différentes sphères (professionnel, familial, social, etc.). D'autre part, le moi sobre se démarque par une apparence de fonctionnement, camouflant la fragilité de l'individu en état de manque.

Les travaux d'Olievenstein (1983) et de Bergeret (1983) mentionnent la présence de carences identitaires chez les sujets toxicomanes. L'absence réelle ou affective d'un parent ou des deux parents risque de brimer l'identité et le fonctionnement relationnel de l'enfant suite aux instances morales mal intériorisées. De cette absence parentale, l'enfant se voit ainsi abandonné à ses faiblesses et à son ambivalence, ses parents étant eux-mêmes incapables de les affronter. La répétition de ces carences vient assombrir la possibilité de meilleures identifications futures, fragilisant ainsi le Moi. Lorsque le stade fusionnel de l'enfant vis-à-vis ses parents est franchi sans réelle possibilité de retour, le futur toxicomane se lance dans une recherche compulsive du plaisir pour pallier l'incertitude, l'angoisse, l'instabilité et la béance du manque.

Bergeret (1983) fait part de deux autres éléments communs aux toxicomanes. Il nomme d'abord les carences imaginaires qui font habituellement appel aux activités mentales et créatrices des individus. Les entraves au fonctionnement imaginaire entraînent des régressions de mentalisations et il en résulte une capacité limitée d'introspection (exploration de son monde intérieur) ainsi qu'une émergence de comportements plus désaffectivés.

Dans une suite logique, l'auteur nomme en troisième lieu les manifestations comportementales, c'est-à-dire ce besoin de réagir par des actes afin de compenser les carences affectives que l'imaginaire n'arrive pas à mobiliser. En d'autres termes, le toxicomane n'arrive pas verbaliser par des mots son ressenti et l'exprime alors par des comportements. Cet élément se rapproche grandement de l'étymologie de l'addiction, où le toxicomane doit payer par son corps une dette contractée à la suite de défaillances de son imaginaire.

Bref, la conception psychanalytique se centre davantage à la compréhension du vécu interne du sujet addicté qu'aux comportements addictifs manifestement observables extérieurement (les symptômes). La perspective psychanalytique possède l'avantage de fournir une compréhension approfondie de ce phénomène, ainsi que de regrouper l'ensemble des activités addictives (drogues, sexe, jeu, travail, etc.) sous un même schème, appelé addiction, ou toxicomanies avec ou sans drogue.

## Causalité et facteurs étiologiques

### Composantes biologiques

**Influences génétiques.** L'hérédité d'un problème d'abus ou de dépendance de substances concerne ce que l'on appelle une vulnérabilité génétique. L'hypothèse première est donc que les individus ayant hérité du bagage génétique d'un parent surconsommateur seraient plus facilement prédisposés à un tel trouble.

De nombreuses études viennent confirmer l'importance du facteur génétique (Dongier, 1988; Cloninger, Bohman, & Sigvardsson, 1981) :

- Les recherches sur les animaux ont permis de constituer des races de rats et de souris qui préfèrent les liquides alcoolisés à toute autre boisson;
- Les études sur les jumeaux adoptés à la naissance démontrent l'apport de facteurs génétiques à l'alcoolisme chez les hommes;
- Les enfants issus de parents alcooliques, adoptés peu de temps après leur naissance, sont trois fois plus enclins à l'alcoolisme que la population générale;
- Le foie produit une enzyme qui métabolise l'alcool en sous-produits. Chez certains individus, dont nombreux Asiatiques, le gène produisant cette enzyme est altéré. L'alcool est alors plus difficile à métaboliser, provoquant de sévères malaises physiques. Ces individus s'adonnent alors moins à la consommation.

**Influences neurologiques.** Les substances consommées agissent sur des neurotransmetteurs situés dans des régions spécifiques du cerveau. Ces régions constituent une zone de l'expérience du plaisir. La gratification que procure ainsi la consommation dans ces régions cérébrales pourrait agir comme un renforcement de la motivation à répéter l'expérience. Une hypothèse stipule que la dégradation de l'alcool dans le foie vient se combiner à certains neurotransmetteurs du cerveau. Cette combinaison produit un composé (le tétrahydro-isoquinoléine) ressemblant de près aux opiacés et augmenterait le risque d'accoutumance (Dongier, 1988).

### **Composantes psychologiques**

**L'apprentissage conditionné.** Selon les behavioristes, la toxicomanie est un comportement acquis et non pas inné. L'angoisse (stimulus non conditionné) serait à la base de cette acquisition. Lorsque l'individu trouve une réponse également non conditionnée à son angoisse, soit la consommation du produit, l'angoisse est réduite et contrôlée. Le bien-être qui s'ensuit provoque un renforcement positif, susceptible d'influencer la poursuite de la consommation. Le soulagement de l'angoisse serait plus puissant que les renforcements négatifs attribuables aux conséquences de la toxicomanie (Pelsser, 1989). Également basé sur un modèle de conditionnement opérant, le psychologue américain Stanton Peele (1982) a développé la « loi de l'effet » qui se résume par la formule suivante :  $E = S \times I \times C$ . L'expérience (E) de l'effet n'est possible que par l'interaction de diverses variables. Les substances (S) regroupent des variables telles que les propriétés pharmacologiques, la quantité de drogue absorbée, les voies

d'administration et d'absorption, la durée et la fréquence de consommation, ainsi que la qualité et les interactions des substances. L'individu (I) regroupe l'ensemble des variables biologiques, psychiques et développementales. Enfin, le contexte (C) concerne les facteurs culturels et environnementaux. D'après ce modèle, la substance vient au dernier rang d'importance. Au cœur de la toxicomanie, on retrouve la manière dont la personne interprète l'effet du psychotrope. L'effet principal recherché par le toxicomane est la suppression de l'angoisse causée par sa situation de vie ou liée à un sentiment d'incompétence vis-à-vis sa situation de vie. À long terme cependant, le toxicomane voit sa situation s'aggraver et sa capacité à régler efficacement ses problèmes diminue. Il recourt alors de plus en plus au produit afin d'échapper à une angoisse toujours grandissante.

**Les fonctions d'angoisses intrapsychiques.** À la suite des débats concernant la possible présence d'une structure toxicomaniaque indépendante, Bergeret (1982) a proposé que la toxicomanie se rattache à chacune des trois structurations de la personnalité déjà existantes. La toxicomanie viendrait alors se greffer à la structure que présente l'individu, ayant pour fonction d'apaiser l'angoisse sous-jacente qui s'y rattache. Le comportement d'addiction permettrait alors d'éviter l'angoisse de castration chez le névrotique (peur d'être puni, difficulté à s'affirmer, faible estime, insécurité envers l'autorité, etc.), de fuir le sentiment d'abandon et de dépression chez l'individu limite (éviter l'abandon et le rejet, oublier la solitude et l'ennui, retrouver un bien-être, un esprit de solidarité, etc.), et d'échapper à une crainte de morcellement chez le

psychotique (se défendre contre le délire, le camoufler, justifier les aberrances du comportement délirant).

### **Composantes sociales**

La société contemporaine se caractérise par une désorganisation des structures établies. Les changements sont rapides, les conflits de rôles augmentent, les valeurs se modifient, la technologie se complexifie, la pauvreté s'accroît, l'individualisme et la compétition prennent de plus en plus de place. Les repères stables et traditionnels disparaissent au profit des avancements de toutes sortes. Les individus réagissent à ces pressions multiples et constantes par de l'insécurité et de l'agressivité. Le soulagement des problèmes sociaux quotidiens peut alors se faciliter par l'effet de la prise de psychotropes (Pelsser, 1989).

### **Composantes culturelles**

L'expérience de la diversité culturelle démontre que les habitudes de consommation ne sont pas les mêmes d'une culture à l'autre. Mais encore, l'ampleur des problèmes de consommation se manifeste différemment selon les cultures. Certains groupes ethniques enseignent aux jeunes à consommer modérément et raisonnablement. En Italie par exemple, les enfants sont rapidement introduits à l'alcool dans un contexte familial. De façon traditionnelle, la boisson est un accompagnement durant les repas. Contrairement aux Nord-Américains, la consommation n'est pas associée au passage difficile de l'adolescence à l'âge adulte. Chez les Espagnols, la consommation d'alcool

est intégrée à des comportements tels que dormir et manger. Dans la culture Juive, le vin est sacré et il est consommé comme étant un acte de communion. Quant aux Chinois-Américains, l'apparition de l'alcoolisme se fait rare. La personne qui persiste à perdre le contrôle de soi sous l'influence de boissons alcoolisées est littéralement ostracisée par sa communauté ethnique. Sa difficulté à modérer sa consommation ne sera pas perçue seulement comme un problème personnel mais aussi comme une déficience familiale.

Les recherches interculturelles sur les habitudes de consommation (chez les Italiens, les Espagnols, les Français, les Grecs, les Juifs et les Chinois) démontrent cinq conditions corrélées dans ces sociétés où l'on retrouve des pratiques non abusives et un faible taux d'alcoolisme (Peele, & Brodsky, 1996) :

- La consommation en groupe est clairement différenciée de l'ivrognerie et elle est associée à des célébrations religieuses ou ritualisées;
- Consommer est associé aux repas, préférablement aux festins ritualisés;
- Les hommes, les femmes et plusieurs générations sont inclus dans les situations de consommation, où tout le monde consomme ou ne consomme pas;
- Consommer est dissocié des efforts individuels pour échapper à l'anxiété, aux difficultés ou aux situations sociales;
- Les comportements inappropriés en situation de consommation sont absolument désapprouvés.

Dans le présent chapitre, le phénomène de l'addiction fût défini, puis principalement exposé selon des conceptions théoriques et des facteurs de causalité. Au plan théorique, l'addiction fût expliquée selon les deux grands courants communs (comportemental et psychanalytique). Il est à noter que la perspective humaniste dont découle le psychodrame morénien a également effectué des recherches et expérimentations sur le sujet. Le lecteur peut ainsi se référer aux travaux de Vieira et Risques (2007), Dayton (2005, 1994), Kadmon-Telias (2001), Waller et Mahony (1999), Olsson et Rustin (1993) ainsi que Blume (1989). Quant aux facteurs étiologiques de l'addiction, ses composantes biologiques, psychologiques, sociales et culturelles se retrouvent toutes impliquées dans les postulats de l'approche psychodramatique, posant l'hypothèse que cette méthode puisse être bénéfique aux personnes sujettes à une addiction. Le suivant chapitre fournira au lecteur une démonstration pratique de l'application du psychodrame thérapeutique à une clientèle ayant pour problématique une addiction aux substances.



## Chapitre 3

## **Représentation psychodramatique en addictologie**

Ce chapitre a pour visée de fournir une démonstration pratique et concrète de l'application du psychodrame morénien à une clientèle en traitement pour une problématique d'addiction. L'exemple d'une représentation psychothérapeutique par le biais de l'approche psychodramatique y est donc illustré<sup>1</sup>. Pour ce faire, une technique psychodramatique, *la ligne de vie*, est utilisée dans le cadre de la formation d'un nouveau groupe thérapeutique. Puis l'illustration d'un psychodrame et d'un retour au groupe s'ensuivent.

### **Contexte clinique**

Les circonstances de la situation présentée ici se déroulent pour un petit groupe de personnes alcooliques et/ou toxicomanes (addiction aux substances psychoactives) en traitement dans un centre de réadaptation. Chacun des participants bénéficie d'un suivi individuel externe à cet effet, à raison d'une séance hebdomadaire. Tous sont référés et admis au groupe de psychodrame selon les caractéristiques suivantes :

---

<sup>1</sup> L'illustration psychodramatique de ce chapitre est un exemple fictif puisque une expérimentation auprès d'un groupe réel fût impossible à réaliser. Le psychodrame du sujet est cependant composé à partir de divers cas réels rencontrés dans la pratique clinique de l'auteur.

- Motivation minimale à se mobiliser pour modifier, diminuer ou cesser les habitudes de consommation;
- Capacité minimale d'empathie;
- Conflits affectifs apparents, de nature relationnelle et interactionnelle.

La composition de ce nouveau groupe est la suivante : Jean, 20 ans, alcoolique et cocaïnomane, référé par la psychiatrie à la suite d'une tentative de suicide; Martine, 28 ans, consommatrice d'alcool et de cannabis, victime de violence conjugale et familiale; Johanne, 37 ans, héroïnomane, mère monoparentale sous encadrement volontaire de la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ); Daniel, 32 ans, dépendant de l'alcool et d'amphétamines, en réinsertion à la suite de quatre années d'itinérance; Annie, 26 ans, consommatrice de cannabis, affectée par l'exclusion sociale et familiale.

Outre la présence des participants, il y a évidemment le psychodramatiste (directeur de psychodrame), ainsi qu'Alain, un ego-auxiliaire. Ce dernier est un intervenant à l'emploi du centre de réadaptation, actuellement en formation de psychodrame, venant seconder le psychodramatiste particulièrement pour jouer le rôle de *double* en moments opportuns, ou encore pour tenir un rôle spécifique à la demande du protagoniste.

Puisqu'il s'agit de la constitution d'un tout *nouveau* groupe, les participants ne se connaissent pas. La présence de l'ego-auxiliaire est alors d'autant plus importante; cette

situation thérapeutique groupale, nouvelle et inconnue, peut soulever une montée d'inhibitions plus ou moins intenses chez les participants au point de demeurer figés sur leur siège. Sa contribution en tant que *double* ou d'*acteur* viendra appuyer les différents protagonistes dans l'évolution de leurs scènes si une majorité de participants n'osent pas entrer en jeu à ce moment.

Ce contexte clinique d'intervention évoque alors une ligne directrice évidente pour le psychodramatiste : le thème de la *naissance*. D'abord naissance d'une situation totalement inconnue pour chaque participant. Puis naissance de nouvelles rencontres avec autrui. Mais surtout naissance d'un nouveau groupe. Le psychodramatiste, sachant que l'enfant ne naît pas avec une personnalité déjà construite, sait également que l'enfant ne naît pas alcoolique ou toxicomane (ou dépressif, anxieux, colérique, etc.). Le développement de cette problématique (symptomatique) s'insère toutefois dans un continuum d'événements originels. Le lieu de naissance de l'addiction chez les participants sera donc sa préoccupation principale.

### **Mise en train : la ligne de vie**

Afin de briser la glace lors de cette première séance de groupe, le psychodramatiste accueille les gens avec bienséance, pour ensuite recourir à une mise en train afin de réchauffer le groupe. L'aboutissement de cette phase préliminaire à l'action a pour fonctions la création de *premiers* liens entre les participants, l'émergence de bons rapports entre eux, et le réconfort pour une meilleure aisance à entrer dans la phase de

l'action (abaissement des résistances). Une multitude de techniques de mise en train est à sa disposition. En voici un exemple simple, sous une forme dirigée, et verbalisé de façon ponctué : « *Veillez prendre une position confortable, et fermez les yeux. Prenez d'abord le temps d'être à l'écoute de ce qui se passe en vous présentement, de votre état d'âme immédiat. Soyez particulièrement attentifs aux émotions qui vous habites, et aux tensions peut-être aussi. Essayez maintenant de vous revoir au moment de votre arrivée dans le groupe, de ce qui se passait en vous, et autour de vous. Lorsque vous vous sentirez prêts, vous pourrez ouvrir les yeux et revenir dans le groupe.* ».

Une fois que tous les participants reviennent à eux dans le groupe, le psychodramatiste offre ouvertement à ce que tous puissent prendre la parole, et partager à propos de comment (état d'âme) ils arrivent dans ce nouveau groupe. Le discours des uns fera écho aux autres, dans un climat de plus grande ouverture.

Cette première technique de réchauffement serait suffisante pour un groupe habitué; un thème serait facilement évoqué afin d'amorcer un psychodrame. Mais puisqu'il s'agit ici d'un groupe nouvellement constitué, le psychodramatiste augmentera l'échauffement graduellement par un autre procédé, soit *la ligne de vie*. Cette technique a pour but d'aider les gens à effectuer le récit de leurs expériences de vie en les organisant par ordre chronologique, sur papier ou en jeu de rôles (Legrand, 1993).

Dans le contexte de la présente illustration, la ligne de vie permet à chacun de se révéler aux autres et d'apprendre à se connaître mutuellement. Il s'agit également pour le psychodramatiste d'une source importante d'informations sur l'histoire personnelle des membres du groupe et de l'*origine* de leurs problèmes (ici, l'alcoolisme et/ou la toxicomanie). Sur la scène, le psychodramatiste trace une ligne imaginaire qui représente le développement de chaque personne qui viendra effectuer son récit d'expériences. Le début de la ligne marque la naissance du participant; en faisant un pas en avant, celui-ci avance dans son évolution et relate une expérience de vie significative à l'âge précise où elle se déroule. Un autre pas en avant représente une autre situation à un autre âge, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la ligne qui représente le présent, l'ici et maintenant. Rendu là, le psychodramatiste peut convier le participant à avancer un peu plus loin afin d'effectuer des projections dans le futur.

Le psychodramatiste explique brièvement ces consignes au groupe en précisant toutefois de mettre l'emphase sur des événements de vie marquants et relatifs à l'alcool et/ou à la drogue. Il s'agit ici d'une adaptation de la ligne de vie, où le récit des expériences de vie n'est pas généralisé mais centré sur des événements critiques impliquant les substances psychotropes. Plus tard, un des participants sera invité à prendre un événement critique de sa propre vie afin d'en faire un psychodrame. Pour l'instant toutefois, le psychodramatiste enjoint les gens à venir à tour de rôle représenter leur propre ligne de vie et parmi les participants, Jean se lève pour venir se positionner au début de la ligne.

**Psychodramatiste :** « Voilà Jean, tu es ici actuellement aux premiers instants de ta vie. Prends d'abord le temps de te revoir tout petit, et lorsqu'un premier événement important par rapport aux substances va émerger en toi, avance d'un pas ».

**Jean :** « Ok, mais comment avancer? Le premier événement concernant la *dope* dans ma vie se produit justement à ma naissance. Ma mère consommait d'la drogue dure pendant sa grossesse pis j'suis né de façon prématurée. Apparemment que j'ai passé plusieurs semaines à l'hôpital pour survivre à la désintoxication ».

**Psychodramatiste :** « Effectivement, ton existence commence à rudes épreuves, au point de devoir être hospitalisé et sevré dès tes premières respirations. Ça implique nécessairement que ton premier contact avec la drogue s'est produit avant même le début de ta ligne de vie, alors que tu étais un tout petit fœtus dans le ventre de ta mère consommatrice. Veux-tu reculer d'un pas pour symboliser ce moment important de ta vie embryonnaire, puis nous raconter ce qui te propulse dès lors dans un rôle de toxicomane »?

**Jean :** Reculant d'un pas avec un rire déconcerté. « J'vois pas quoi raconter. J'suis pas né, c'est clair que j'me souviens de rien »!

**Psychodramatiste :** « Bien sûr Jean, c'est tout à fait logique. Mais il y a de ça un pas devant toi, au moment de ta naissance, tu nous dis être né en besoin de désintoxication. Bébé naissant, ça non plus tu en n'étais pas conscient et toutefois, tu as quand même pu nous en faire mention. Alors maintenant ici à la période de ta vie embryonnaire, il y a évidemment ta mère qui se drogue pendant que tu es dans son placenta. As-tu autre chose d'important à nommer, toujours par rapport aux substances »?

**Jean :** « Ouais, ben là, j'peux dire que mon père aussi est un toxicomane chronique. Il n'est plus avec ma mère quand il apprend qu'elle est encore enceinte de lui. Il ne voulait

pas d'un deuxième enfant pis il aurait tout fait pour que ma mère se fasse avorter. Ben faut croire que j'suis né malgré lui. Mes parents sont ensuite revenus ensemble quelques mois après ma naissance. C'est pas mal tout ».

**Psychodramatiste :** « Très bien Jean. Alors revient au moment de ta naissance ». Jean avance d'un pas. « Aux premiers souffles de ta vie, tu peux avancer d'un pas lorsque tu te sens prêt à dévoiler une autre situation significative ».

**Jean :** Au bout de quelques secondes, Jean fait un pas en avant. « Mon tout premier souvenir de l'existence de la consommation, c'est chez-nous quand j'avais environ trois ans peut-être »?

**Psychodramatiste :** « Ici même, présentement, tu es chez-toi et tu as trois ans. Que se passe-t-il »?

**Jean :** « Ok, ben j'ai trois ans pis je suis en train de jouer dans le salon. Ça crie fort dans la cuisine, mes parents s'engueulent j'sais pas pourquoi? Un bruit d'enfer me saisi... j'arrive à l'entrée de la cuisine pis j'vois pleins des bouteilles de bières cassées sur le plancher. La table est à l'envers pis ma mère est couchée par terre. Elle saigne du visage. Pis mon père continue de crier. Il passe à côté de moi en sortant d'la cuisine pis il me donne une *hostie* d'claque au passage. Ma mère pis moi, on est tous les deux par terre pis on pleure. Ma € arrive en criant et elle s'occupe de ma mère pendant que moi j'suis tout seul en train de brailler. C'est ça ».

**Psychodramatiste :** « C'est effectivement marquant pour un gamin de trois ans. La preuve, tu peux décrire ce moment avec détails. As-tu quelque chose d'autre à dire concernant la consommation dans cet événement »?



**Jean :** « Peut-être juste qu'après ça, j'ai passé quelques jours chez ma tante pis on m'a dit que mon père avait été violent parce qu'il avait trop bu ».

**Psychodramatiste :** « Si tu as autre chose à dire qui t'apparaît important, vas-y. Sinon, recentre-toi sur la suite de ton enfance et avance d'un autre pas lorsque tu es prêt pour un autre événement ».

**Jean :** D'un pas spontané... « Là j'avais exactement cinq ans parce que j'ai fait mon entrée à la maternelle ».

**Psychodramatiste :** « Tu as actuellement cinq ans et tu es à la maternelle scolaire ».

**Jean :** « Ah, c'est vrai. Ben j'ai cinq ans pis là j'attends à la sortie de l'école primaire. Y'a plus personne dans la cour pis les autobus sont partis. J'capote d'aplomb parce que mon père n'arrive pas, pis y fait *frette*. C'est la directrice de l'école qui me ramène finalement chez ma mère; elle a réagit comme une vraie hystérique quand elle a ouvert la porte ».

**Psychodramatiste :** « Ce moment troublant a-t'il un lien avec les substances »?

**Jean :** « Oh que oui. Mon père vient alors tout juste d'être arrêté par la police pour avoir conduit son char saoul. C'était sa troisième fois. Il est allé en prison pour ça ».

**Psychodramatiste :** « Est-ce qu'une autre situation marquante se produit ensuite »?

**Jean :** Avançant d'un autre pas... « J'ai maintenant neuf ans. J'apprendrai seulement quelques années plus tard que ma mère était danseuse nue dans les bars. Mais c'est le cas à mes neuf ans et ma mère n'est pas à la maison évidemment. Il est tard et il y a pleins de gens dans la maison. Il y a des personnes de l'âge à ma sœur et des gens plus

vieux. Une amie de ma sœur me met le nez et la bouche dans un sac et me dit de respirer très fort. C'est de la colle que je viens de *sniffer* pis j'suis complètement *gelé*. Je me sens différent et léger pis j'aime ça. Le *buzz* est bon et j'adore que cette fille étrangère passe son temps à me porter attention durant cette soirée. C'est mon premier vrai contact avec la drogue, et j'ai aussi envie de revivre ce genre de proximité ».

**Psychodramatiste :** « Tu peux poursuivre avec ces premiers contacts, ou continuer avec autre chose ».

**Jean :** « J'pourrais nommer beaucoup de situations tellement il y en a ». Jean avance encore d'un autre pas sur la scène. « Mais bon, j'ai maintenant douze ans et je consomme du *pot* pis d'la bière régulièrement. Lors d'une autre soirée de *party*, le feu a failli prendre dans la maison parce que je suis avec des amis pis on s'amuse à vouloir faire de la magie noire dans le hangar. Le *chum* de ma mère est devenu fou et il me frappe au point de me fracturer la mâchoire. La police s'en mêle pis j'suis placé sous la protection de la jeunesse, entre autre pour ça, mais aussi parce que mes parents sont des consommateurs. J'vais habiter chez ma grand-mère qui n'arrête pas de parler en mal de ma mère ».

**Psychodramatiste :** « Tu nommes que ta mère est avec son *chum*. Où est ton père »?

**Jean :** « Ben j'ai oublié de le dire. Mes parents se sont séparés quand mon père est allé en prison. Justement quand j'ai cinq ans pis qu'il se fait arrêter encore pour ivresse au volant. Ma mère s'est mis à fréquenter le propriétaire du bar où elle travaille ».

**Psychodramatiste :** « Ici on est en psychodrame Jean. Si tu le veux, on peut reculer et revenir à cinq ans si c'est important pour toi d'élaborer à propos de cette rupture »?

**Jean :** « Ouais... Ben pas vraiment, ça va pour ça. C'est qu'en fait, de cinq ans à aujourd'hui, je pourrais me situer n'importe où sur la ligne de vie parce que la seule chose que j'ai envie de dire, c'est que je ne revois presque plus mon père. C'est un alcoolique pis un *coké*. Ça tourne toujours mal quand on se voit. Mais si j'ai le droit de reculer, est-ce que je peux revenir vers mes sept ans »?

**Psychodramatiste :** « Bien sûr, ce n'est pas interdit ».

Jean recule de deux pas à la demande du psychodramatiste afin de symboliser qu'il passe derrière l'événement de 9 ans qu'il a précédemment raconté.

**Jean :** « Là j'ai sept ans j'y pense, pis ma mère me dépose à la gare d'autobus. Mon père doit venir me chercher pour qu'on passe la fin de semaine ensemble. J'sais pas combien de temps que j'attends mais il n'arrive pas. J'pleure pis j'suis tout seul assis sur un banc avec ma valise. C'est une femme que j'connais pas qui vient finalement me voir et me reconforter. J'sais pas comment elle fait pour savoir où j'habite mais elle me ramène chez ma mère en taxi ».

**Psychodramatiste :** Jean apparaît ébranlé par ce récit. « Je te sens émotif et affecté par cette solitude et cette insécurité ».

**Jean :** Jean baisse les yeux, prend un très grand soupir, et avance promptement de trois pas. « J'ai actuellement quatorze ans. J'suis un gars audacieux avec mes amis mais une vraie *lopette* devant les filles. Pas grand chose ne me fait peur, mais j'suis pas capable d'être *cool* et d'aborder facilement les filles qui m'intéressent. Ça c'est mon *hostie* de karma. Les filles de mon goût me disent non, pis j'ai rien à foutre de celles qui viennent vers moi. Ben c'est ça, là j'suis dans un *party* chez un de mes amis pis la belle Sabrina qui m'attire depuis toujours est là. J'*cale* d'la tequila comme un con pis j'arrive à lui parler sans malaise. J'me souviens juste qu'on se rapproche, qu'on s'embrasse. J'me

réveille le lendemain dans un lit rempli de vomi. Pis le lundi matin à l'école, tout le monde rit de moi. Sabrina prend ses airs d'évitement pis je fais tout moi aussi pour l'éviter. C'est comme si à partir de là, j'étais condamné à ce que ça ne marche plus jamais avec les filles ».

**Psychodramatiste :** « Tu peux continuer d'élaborer sur ce moment ou poursuivre sur ta ligne de vie ».

**Jean :** D'un pas en avant. « J'ai maintenant seize ans pis j'fugue de chez ma grand-mère. Sous prétexte d'avoir besoin de liberté, c'est ma manière de tout sacrer ça là pis de lâcher l'école. Ça fait plus de deux ans que j'suis la risée de tout l'monde. J'me fais niaiser, on m'tabasse, autant par des gars que par des filles. *Anyway*, c'est rendu que j'consomme tout seul pis que j'évite tout ce qui a l'air d'humain. Ça fait que j'fugue pis j'passe quatre jours dans les rues du centre-ville à me *geler*, dans tous les sens du terme, au beau milieu du mois de novembre. J'ai cassé la vitrine d'un magasin pour voler du linge pis j'me suis fait ramasser par les *flics*. J'me suis retrouvé en centre jeunesse pis y'a rien de l'*fun* là, mais au moins, j'avais la paix ».

**Jean :** Avançant lui-même d'un pas sans l'intervention du psychodramatiste. « Là j'ai dix-huit ans pis j'suis sur l'aide sociale parce que j'ai pas fini mon secondaire cinq quand j'étais en centre d'accueil. J'travaille pas, j'consomme comme un défoncé, j'vois presque personne pis j'donne pas de nouvelle à ma famille. Soit que j'me sens agressif, soit que j'ai envie de m'tuer. Pis voilà qu'un beau jour, je rencontre Laurie par hasard chez mon *pusher*. Elle aussi vient pour s'acheter d'la *coke*. On a *trippé* deux jours ensemble chez-elle. J'me suis senti revivre. Ou peut-être dire, enfin vivre. Mon premier et vrai grand amour ».

**Psychodramatiste :** « Et maintenant Jean »?

*Jean* : « Me voici aujourd'hui à vingt ans. Laurie vient de me laisser pour un autre gars et là j'suis décidé à en finir. J'me suis acheté assez de *stock* pour me *taper* une *overdose*. J'suis dans une chambre de motel, complètement *gelé* et confus, pis j'pleure à m'en fendre l'âme. Pis *blackout* total. J'me réveille à l'urgence psychiatrique, encore plus confus, pis j'pleure encore. J'passe là deux grosses journées avant d'être affecté à l'hôpital de jour. J'ai participé à leur programme pendant un mois avant d'être référé ici pour mon problème de toxicomanie. Voilà, c'est tout. C'est ça mon histoire ».

Le psychodramatiste remercie Jean de son implication, l'invite à reprendre sa place autour de la scène, et demande à ce qu'une autre personne vienne effectuer sa propre ligne de vie. Ainsi, tous les participants se présentent sur scène pour cette activité de mise en train<sup>1</sup>.

Chacun ayant raconté son histoire personnelle quant aux expériences de vie significatives liées à la consommation, le psychodramatiste interpelle le groupe à savoir si quelqu'un souhaite être protagoniste et approfondir un événement en psychodrame. Seulement Jean et Martine, une autre participante, lèvent la main. Le psychodramatiste demande alors à chacun d'eux de nommer simplement le thème dont ils souhaitent travailler dans un psychodrame. Découlant de sa ligne de vie, Martine dit vouloir regarder de plus près *sa méfiance face aux hommes*. Quant à lui, Jean affirme le besoin d'explorer *ses envies de mourir*.

---

<sup>1</sup> Cet ouvrage est rédigé comme si la mise en train (lignes de vie), le psychodrame et le retour au groupe font parti d'une seule et même séance. En réalité, la ligne de vie peut exiger autant de séances qu'il y a de participants, et l'ensemble des lignes de vie constitue en soi un long réchauffement pour la mise en scène d'un premier psychodrame.

Martine et Jean sont appelés à se positionner debout l'un face à l'autre au milieu de la scène. Le psychodramatiste interpelle ensuite les autres membres du groupe à effectuer un choix sociométrique, ce qui consiste à se lever et aller déposer les mains sur le ou les participants dont le thème les rejoint le plus. Ainsi, un membre du groupe peut mettre ses deux mains sur le même participant si le thème de ce dernier est le seul à vraiment l'intéresser. Un autre membre du groupe pourrait aussi choisir de déposer une main sur chacun des deux participants s'il se sent interpellé autant par les deux thèmes.

Le psychodramatiste fait alors le décompte du nombre de mains qu'il recense sur Jean et Martine. Jean est celui qui détient le plus de votes de la part du groupe; le protagoniste est maintenant identifié et le thème à explorer est connu. Avant de procéder au psychodrame comme tel, le psychodramatiste prend soin de vérifier avec Martine comment elle se sent de ne pouvoir travailler son thème à ce moment-ci. Elle affirme alors se sentir bien avec le choix du groupe, qu'elle aussi se sent interpellée par le thème de Jean.

Dans une situation contraire cependant, si Martine se montrerait fragile et ébranlée, le psychodramatiste pourrait toujours prendre la décision de prioriser le psychodrame de Martine et de reporter à plus tard celui de Jean. Cette responsabilité lui incombe selon son diagnostic de la situation, de la vulnérabilité des participants et de leur urgence à mettre en scène une problématique souffrante.

### **Action psychodramatique**

**Psychodramatiste :** Le directeur de psychodrame va s'asseoir à côté de Jean afin de l'échauffer brièvement à la phase de l'action. « Dis-moi Jean, comment te sens-tu là tout de suite »?

**Jean :** « Ça brasse pas à peu près. J'sais pas ce qui s'en vient pis ça me fait peur ».

**Psychodramatiste :** « Nous sommes tous ici à ton service afin de te soutenir dans ton psychodrame. Durant ta scène, tu iras là où tu le veux bien et nous allons t'accompagner. Alors dis-moi, ton thème à explorer concerne tes envies de mourir. Quand tu y penses, est-ce qu'il y a une situation précise qui te vient à l'esprit »?

**Jean :** « Bien sûr. L'idée de me tuer m'a souvent traversée la tête mais disons que la fois du motel, ce que j'ai expliqué dans ma ligne de vie, c'était bel et bien réel. J'consommiais à outrance pour faire une overdose... ».

**Psychodramatiste :** « D'accord Jean, je vois qu'une situation bien précise émerge en toi. Au moment où ça se passe, tu as quel âge »?

**Jean :** « Vingt ans ».

**Psychodramatiste :** « Puis tu es où exactement »?

**Jean :** « Je suis dans une chambre de motel que je viens de louer ».

**Psychodramatiste :** « Et à part toi évidemment, est-ce qu'il y a d'autres personnes »?

**Jean :** « Non, je suis complètement seul ».

**Psychodramatiste :** « Ok, alors tu as vingt ans, tu es seul dans une chambre de motel et tu as envie de mourir. Que se passe-t-il maintenant »?

**Jean :** « Je consomme un peu d'alcool mais surtout d'la *coke* parce que j'veux mourir d'une surdose. Je me suis apporté une seringue pour être sûr d'y arriver. Pis entre deux *shoots*, je passe mon temps couché sur le lit en train de pleurer ».

**Psychodramatiste :** « Très bien Jean, nous avons tout ce qu'il faut pour entrer sur scène. Je t'invite à m'accompagner à l'entrée de cette chambre ».

Jean et le psychodramatiste sont maintenant debout sur scène.

**Psychodramatiste :** (Technique du *soliloque*). « Nous sommes présentement devant la porte de cette chambre de motel que tu viens de louer. Qu'est-ce qui se passe en toi, qu'est-ce que tu te dis intérieurement »?

**Jean :** (En *soliloque*). « Ben j'suis complètement envahi par le fait que ma conjointe Laurie vient de me quitter, pis tout ce que je veux, c'est entrer dans cette chambre pour me *défoncer* et en finir une fois pour toute ».

**Psychodramatiste :** « Comment as-tu choisi cet endroit pour ce moment ultime, celui de mettre un terme à ton existence »?

**Jean :** (Toujours en *soliloque*). Après quelques secondes de réflexions. « J'suis juste un *nobody* aux yeux du monde. Toutes les femmes importantes de ma vie ne veulent pas être avec moi. Je n'ai pas ma place nulle part, alors autant en finir dans un endroit anonyme, sans rapport avec personne ».



Le psychodramatiste invite Jean à entrer dans cette chambre et lui demande de décrire les lieux. Celui-ci fait une description sommaire de l'environnement, insistant sur le lit où il consomme et veut mourir. Le psychodramatiste dépose sur la scène un tissu blanc afin de représenter le lit de la chambre de motel. Il demande ensuite à Jean de s'installer sur ce lit et celui-ci choisi de se coucher plutôt que de s'asseoir. Le psychodramatiste lui rappelle qu'il est actuellement seul, qu'il s'intoxique et veut mourir. Puis il lui demande de jouer cette scène. Jean s'exécute et fait comme s'il est en train de pleurer. Il sanglote en disant que sa vie n'a plus de sens sans sa conjointe qui vient tout juste de lui annoncer qu'elle le laisse pour un autre gars. Jean s'immobilise un instant et recommence à acter des pleurs, exprimant ne pas accepter de perdre la personne la plus chère de sa vie. Puis du coup, il se redresse dans son lit et dit au psychodramatiste qu'il n'y arrive pas, qu'il se sent figé.

**Psychodramatiste :** « Que se passe-t-il pour toi à ce moment-ci »?

**Jean :** (En *aparté*). « Mais j'sais pas? Pourtant, une des seules personnes à s'être intéressée à moi dans toute ma *chienne* de vie vient de me laisser, pis c'est comme si ça me touche pas. J'me suis rendu en psychiatrie pour ça, mais là, il ne se passe rien. Ce n'est pas de la gêne à jouer, j'retrouve juste pas ce que je vivais ce soir-là ».

Le psychodramatiste décide alors de recourir à la technique du *miroir* afin de permettre à Jean de prendre du recul sur sa propre scène. Il lui demande de choisir une personne dans le groupe pour venir jouer son propre rôle. Jean désigne Daniel; ce dernier avait récité quelques événements liés à de l'abandon dans sa ligne de vie lors d'une séance précédente (effet de télé). Daniel vient se coucher sur le tissu blanc alors que Jean et le psychodramatiste se mettent en retrait face à cette scène. Daniel reçoit pour seule directive de mettre plus d'intensité dans les pleurs et le désir de mourir. Daniel, dans le rôle de Jean, s'exécute pendant que ce dernier observe attentivement.

Puis le psychodramatiste arrête la scène et demande à Jean ce qu'il ressent en se voyant dans son propre rôle.

**Jean :** (En *miroir*). « J'me sens en beau *calvaire*. J'suis perdu, je souffre encore et surtout cette fois-ci au point d'être concrètement en train de me tuer, pis comme toujours, j'suis tout seul. *Hostie* que ma vie est lamentable ».

Le psychodramatiste identifie le contraste entre la *solitude profonde* et la *colère auto-punitive*.

**Psychodramatiste :** « Tu dis être en *calvaire*, en grande colère, mais pourtant tu veux mourir. Du plus loin que tu te souviennes Jean, peux-tu mettre le doigt sur une situation où tu as vécu avec injustice et grande souffrance de l'abandon et de la solitude »?

**Jean :** Après quelques secondes de réflexions. « Ouais! Vers cinq ou six ans, après que mon père soit parti, je dormais quand je me suis réveillé d'un affreux cauchemar. J'pleurais et j'appelais ma mère, mais elle faisait le *party* avec du monde dans la cuisine. Elle a fini par me traiter de petit bâtard. Elle criait comme une perdue en me menaçant de venir me *crisser* une volée si je ne retournerais pas me coucher ».

Jean accepte la proposition du psychodramatiste de revenir à ce moment du passé afin de l'explorer. Un peu plus loin sur la scène, un autre tissu blanc est déposé afin de représenter le lit de son enfance, et Jean est appelé à s'y placer. Pour jouer le rôle de sa mère, Jean choisit Martine qui se positionne sur scène. Le choix de Martine est un autre effet de télé; son thème préalable de *méfiance face aux hommes* rappelle à Jean la peur de sa mère face à l'agressivité de son père. Le psychodramatiste donne la directive à Martine de jouer au maximum l'indifférence et l'agressivité. Également conscient que personne ne vient répondre à ses angoisses d'enfant, le psychodramatiste demande à Jean de se choisir une *mère psychodramatique* parmi les membres du groupe (technique

de *surplus de réalité*)<sup>1</sup>. Johanne est choisie pour ce rôle; cette figure symbolique sera présente pour lui en cas de besoin, et se positionne pour l'instant en retrait de la scène. Puis pour compléter l'organisation de cette scène, deux autres membres du groupe sont choisis (Annie et Daniel) pour simplement représenter les amis de la mère avec qui elle festoie.

La scène s'amorce. Jean est dans sa chambre et dort d'un sommeil troublé. Pendant qu'il acte son sommeil, il entend sa mère faire la fête avec des gens. Du coup, il se réveille avec stupeur (on observe de réelles larmes dans ses yeux). Le psychodramatiste fait un signe des mains à la mère et ses copains afin qu'ils augmentent l'intensité des rires et du plaisir.

**Jean :** Se redressant dans son lit. « M'man... M'man ».

**Mère :** « Ferme ta gueule p'tit bâtard ».

**Jean :** « M'man, viens ici ».

Le bruit de festivité se poursuit et Jean est laissé à lui-même.

**Jean :** « J'ai fait un mauvais rêve M'man ».

**Mère :** « Aie là, arrête p'tit *merdeux*, j'veais aller te la fermer ta gueule si tu vas pas te coucher *drette* là ».

---

<sup>1</sup> Surplus de réalité : Technique inventée par Moreno en vue d'une symbolisation et d'une expression du vécu corporel qui n'a jamais eu lieu dans la réalité (Ancelin-Schützenberger, 2003).

Jean verse des larmes. Entre tristesse et colère, il se recouche sur son lit les poings fermés. Le psychodramatiste indique à la mère de poursuivre à voix haute son état d'indifférence et d'intolérance.

**Mère :** « *Sacrement*, pas moyen de s'amuser tranquille *icitte* avec lui. Je n'ai plus besoin d'boire, il m'*saoule* cet enfant-là ».

Jean éclate en sanglots et se met en position de fœtus. Le psychodramatiste fait signe aux acteurs de se taire. Jean pleure abondamment, secoué par des spasmes. On entend difficilement les quelques mots qu'il prononce sur scène. Il se situe dans un moment régressif où les enjeux archaïques de son expérience passée se rejouent de façon intense et primitive.

**Psychodramatiste :** Se rapproche de Jean et lui met une main sur l'épaule. « Laisse-toi aller Jean, c'est correct. Respire un grand coup. Ce que tu vis là, ce n'est pas ce qu'un enfant de cinq ans est en droit de s'attendre de sa mère lorsqu'il est terrorisé et en colère ». Puis il fait signe à la mère psychodramatique de venir vers Jean afin de lui apporter ce dont il avait besoin à ce moment de son enfance, puisque sa mère réelle n'était pas disponible.

**Mère psychodramatique :** Se met au niveau de Jean, l'enlace dans ses bras et le caresse. « Je suis là mon beau garçon, je suis là maintenant. Ça va aller, je suis avec toi. Tu n'as rien à craindre, on va se rendormir ensemble en douceur ».

Cette scène se poursuit un long moment, dans le silence. La mère psychodramatique berce Jean, collé chaleureusement sur elle. Tranquillement, Jean cesse de pleurer et s'apaise par de grands soupirs.

**Psychodramatiste :** « Qu'est-ce qui se passe pour toi Jean, présentement »?

**Jean :** « Ouf... Ça va. Ça fait du bien mais je me sens fatigué. Pour un gars qui ne ressentait pas sa tristesse tantôt, là je viens d'y toucher (rires) ».

**Psychodramatiste :** « Selon ce que tu ressens, c'est à toi à décider de la manière dont tu veux terminer ton psychodrame. Tout est possible ici. On peut rester ici à cinq ans, tout comme on peut revenir à tes vingt ans. Ça dépend de ce qui est important pour toi ».

**Jean :** « C'est drôle parce que tout a débuté avec la rupture de ma copine. Mais avec ce que je viens de jouer, c'est à ma mère que je voudrais parler. J'voudrais lui dire ce que je pense d'elle parce que je conserve de la frustration ».

**Psychodramatiste :** « D'accord. Je te propose alors qu'on revienne à ta scène de départ, là où tu t'étais senti furieux initialement. On peut amener ta mère à cette chambre de motel pour que tu puisses t'affirmer plutôt que de te suicider. Ici à cinq ans, tu es davantage vulnérable, insécure et terrorisé que frustré ».

Jean accepte cette avenue. Les acteurs sortent de scène et le tissu blanc de la chambre d'enfance est enlevé. Il ne reste que l'autre tissu blanc afin de resituer la chambre de motel. Jean est debout face à sa mère (Martine l'actrice).

**Jean :** « C'est ici M'man que j'ai voulu mourir mais c'est ici que je t'annonce que je commence enfin à vivre. J'ai failli me tuer parce que j'me suis senti abandonné et délaissé par Laurie. Par elle, une seule fois, mais je réalise que par toi, la liste est tellement plus longue et pathétique ».

Afin d'aider Martine à tenir le rôle de la mère, le psychodramatiste utilise la technique du *renversement de rôles*; Jean prend le rôle de sa mère, et Martine (qui tenait le rôle de la mère) vient prendre la place de Jean. Le psychodramatiste demande à Martine (maintenant dans le rôle de Jean) de reprendre les dernières paroles de celui-ci.

**Martine :** (Dans le rôle de Jean). Elle reprend le dernier segment de ce que Jean vient de dire à sa mère.

**Jean :** (Dans le rôle de sa mère). « Mais qu'est-ce que tu dis-là, t'es difficile à suivre. En quoi ça me concerne tout ça »?

Le psychodramatiste échange à nouveau les rôles; Martine (revenue dans le rôle de la mère) reprend ce dernier segment alors que Jean réintègre son propre rôle.

**Jean :** « Ben c'est justement ça l'*hostie* de problème, t'as jamais été en mesure de m'suivre pis tout c'que j'ai vécu t'as jamais concerné ». Jean passe de la colère inhibée à l'affirmation de celle-ci.

**Mère :** « Là, ça va faire. Tu ne commenceras pas à parler à ta mère de cette façon là, j'ai pas besoin de ça ».

Jean demeure sans mot, le jeu fige. Alain, l'ego-auxiliaire, entre spontanément sur scène. Il se place derrière Jean et lui met une main sur son épaule afin de venir le doubler.

**Alain :** (Dans le *double* de Jean). « Ah non, j'commencerai pas à te parler comme ça? Ben moi je t'avise que tu ne te comporteras plus jamais avec moi comme tu l'as fait trop souvent. J'ai plus besoin de ça ».

Les paroles du double font du sens à Jean, qui reprend ce segment dans ses propres mots.

**Mère :** « Plus besoin de quoi? Coup donc, as-tu pris quelque chose toi aujourd'hui »?

**Jean :** « Arrête là M'mam, t'es trop bien placée pour savoir que j'suis pas *gelé*. D'ailleurs, c'est pas d'la *dope* que j'avais besoin dans les moments importants de ma vie, mais d'une mère solide, présente, chaleureuse. Les fois où j'ai eu le plus besoin de réconfort, t'étais pas là. Soit que j'restais seul, où c'était quelqu'un d'autre que toi qui venait prendre soin de moi ».

**Mère :** « Aie, as-tu idée de ce que tu me fais vivre »?

**Jean :** « J'peux en être conscient oui, j'sais c'est quoi la souffrance. Mais pour ma part, c'est pas à moi de panser tes plaies. C'est juste important que tu saches que je m'occupe de moi aujourd'hui pis que je n'attendrai plus après toi pour veiller sur mon bien-être. J'sais de toute façon qu'il y aura toujours quelqu'un d'autre pour me tendre la main, quelqu'un d'autre pour qui ça ne sera pas un fardeau de se sentir concerné par moi ».

Jean regarde le psychodramatiste avec contentement. Il se sent prêt à en rester là pour le moment. Tout le monde quitte la scène et reprend place à l'extérieur afin de passer à la dernière phase, le retour au groupe.

### **Retour au groupe**

Afin de débiter ce retour sur l'action, le psychodramatiste interpelle d'abord les participants ayant joué un rôle d'acteur dans le psychodrame de Jean. Chacun est invité à exprimer son ressenti au moment du jeu.

Martine se propose en premier et affirme que dans le rôle de la mère, tout ce qu'elle veut, c'est de consommer et que son fils représente un obstacle à son amusement. Puis elle poursuit à propos de la dernière scène en disant se sentir étonnée et déconcertée

que Jean la confronte sur ses manquements en tant que mère et qu'en fait, elle souhaite éviter d'entretenir cette conversation. Pour sa part, Johanne exprime que dans son rôle de mère psychodramatique, il lui est inconcevable de voir Jean souffrir de la sorte et que sa réaction spontanée est de le prendre dans ses bras. Elle ajoute sentir que de bercer et caresser Jean est un moment unique, à la fois intense et apaisant. Enfin, Alain nomme que dans son rôle du double de Jean, il ressent un besoin pressant de s'affirmer et de faire connaître à sa mère son intention d'exister.

Plus personne ne se manifeste pour ce *retour dans les rôles*. Le psychodramatiste passe au *retour sur soi* en demandant aux participants de s'exprimer à propos des aspects du psychodrame de Jean qui font écho à leurs propres expériences personnelles.

Johanne exprime se sentir très bouleversée d'avoir été une mère bienveillante pour Jean alors qu'elle reçoit l'encadrement de la DPJ pour ses négligences à l'endroit de ses trois enfants. Elle pleure un long instant, et dit constater les possibles impacts de ses années de consommation d'héroïne sur l'affectivité de ses enfants. Annie nomme ensuite être touchée par le rejet et l'abandon vécus dans ce psychodrame; elle dévoile s'être toujours senti à part dans sa famille et que le rejet de ses frères et sœurs s'est confirmé après le décès de ses parents, en ayant plus aucune nouvelle d'eux. Quant à lui, Daniel se dit interpellé par la rupture amoureuse de Jean. Il raconte qu'il y a quatre ans, il a d'abord perdu son emploi à cause de sa consommation, et que sa conjointe de l'époque l'a presque aussitôt mis à la porte. Il élabore brièvement sur le contexte de ses premières



expériences d'itinérance. Puis Martine prend la parole en identifiant la violence psychologique vécue par Jean dans son psychodrame; elle parle de la violence conjugale qu'elle-même a vécue à de nombreuses reprises ces dernières années, et de celle subie par son père alcoolique durant son enfance.

C'est ensuite Jean qui est convié à effectuer un retour sur son psychodrame, dans son propre rôle. Il nomme d'abord sa surprise de se retrouver face à sa mère alors qu'il croyait explorer initialement seulement l'impact de sa rupture amoureuse, soit l'envie de se suicider. Il mentionne que ça lui fait du sens d'être retourné ainsi dans son enfance puisque sa mère est la toute première femme de sa vie à ne pas vouloir de lui. Les autres femmes dont il a souhaité, telles que Sabrina et Laurie, sont à ses yeux une répétition du rejet qu'il a expérimenté étant enfant. Jean poursuit en disant ressentir un grand soulagement d'avoir enfin pu exprimer sa colère et de s'être montré affirmatif face à sa mère. Dans la réalité, il ne se voit pas en mesure de lui parler ainsi de par le caractère agressif de celle-ci, mais qu'ici en psychodrame, ce fût important de dénouer cet impasse avec le soutien des autres membres du groupe. Pour terminer, Jean exprime se sentir un peu déçu de ne pas être allé à la rencontre de son père dans ce psychodrame. Il souligne que son père l'a aussi abandonné et qu'il fût encore bien moins présent que sa mère dans sa vie. Jean considère que sa sensibilité au rejet est aussi attribuable aux manquements de son père.

Pour la conclusion de cette séance, le psychodramatiste émet un certain nombre d'observations quant aux principaux thèmes rencontrés dans le psychodrame de Jean, tels que l'abandon précoce, la difficulté d'exister aux yeux d'un parent, la colère dépressive, l'autopunition par le biais de la consommation et de l'acte suicidaire, etc. Il indique finalement que tout ne peut se travailler lors d'un seul psychodrame et précise à Jean qu'il lui sera possible d'aborder d'autres enjeux ultérieurement. Les membres du groupe se rassemblent ensuite en échangeant autour d'un café avant de quitter.

### **Évolution du traitement**

Au cours des semaines suivant son premier psychodrame, Jean s'est impliqué activement dans les séances psychodramatiques des autres membres du groupe. Pour sa part, il a eu l'occasion d'approfondir d'autres aspects de sa vie. Dans un second psychodrame, il est allé à la rencontre de son père tel qu'il le souhaitait. Cette expérience lui a permis non seulement de s'affirmer, mais également de s'identifier à la toxicomanie et au propre vécu d'abandon de son père. Plus tard, Jean a conscientisé qu'au-delà de l'abandon, il n'avait tout simplement pas été désiré par ses parents. Au travers d'un troisième psychodrame, il est retourné au moment de sa conception afin de visiter les transactions relationnelles de ses parents toxicomanes. Au travers de ce qu'il a intériorisé d'eux, il a eu la possibilité de représenter leur immaturité affective, ainsi que les fondements utilitaires de leur union. Puis dans un quatrième et dernier psychodrame, Jean est allé explorer son rapport aux femmes, où il a pu confronter ses propres besoins

utilitaires (beauté physique, sexualité débridée, consommation effrénée, etc.) à son désir de développer un attachement stable.

Le groupe de psychodrame est aujourd'hui terminé et Jean continue de fréquenter occasionnellement Johanne et Daniel à l'extérieur du centre de réadaptation. Ils partagent entre eux une expérience unique et authentique qui les lie dans une profonde amitié. Il poursuit son suivi individuel externe et fait du bénévolat à l'organisme des Grands Frères et Grandes Sœurs de sa communauté. À l'aube de ses 21 ans, il est abstinent de toute substance et projette d'effectuer un retour aux études. Jean n'a toujours pas revu ses parents et ne cherche pas à faire les premiers pas pour créer une telle occasion. Pour l'instant, il entretient seulement quelques contacts téléphoniques avec sa sœur et mobilise ses énergies à se rapprocher de son idéal de vie au travers de ses nouveaux projets.

## **Discussion**

L'exemple du précédent psychodrame permet de considérer les bienfaits de l'approche psychodramatique chez un individu en traitement pour une problématique d'addiction. La présente discussion s'efforce maintenant de lier les notions théoriques des deux premiers chapitres au travail psychothérapeutique de l'illustration de Jean.

D'un premier abord, le développement de l'addiction chez Jean peut se reconnaître au travers des expériences racontées dans sa ligne de vie. L'hypothèse d'une influence génétique peut être identifiée puisque ses deux parents étaient des consommateurs actifs de substances psychotropes au moment de sa conception. Une vulnérabilité génétique innée est d'autant plus plausible du fait que Jean a dû surmonter un sevrage physique dès sa naissance. Outre l'aspect biologique de cette influence, il est également possible de conclure à une vulnérabilité héréditaire acquise de par les dysfonctions du milieu familial où il a effectué ses toutes premières expériences d'attachement précoce auprès de parents consommateurs, instables et désintéressés.

D'un point de vue psychologique, le modèle de l'apprentissage conditionné peut expliquer la problématique de consommation de Jean comme étant une réponse acquise et non-conditionnée ayant eu pour effet de réduire et d'apaiser son angoisse. Par le terme angoisse, on peut entendre ici l'insécurité et l'estime de soi fragilisée découlant des diverses situations traumatisantes où Jean a vécu de l'agressivité et du rejet parental.

Pendant le déroulement de sa ligne de vie, il affirmait d'ailleurs que dans le contexte de son premier contact avec la drogue à neuf ans, il s'était aussitôt senti léger et différent. Cette expérience d'un état second et agréable aura provoqué un renforcement positif en lui puisque sa consommation s'est poursuivie les années durant par l'usage de diverses autres substances.

Toujours dans une perspective psychologique, les fonctions d'angoisses intrapsychiques font état de carences identitaires dans le développement de la personnalité de Jean. De par les nombreuses absences réelles et affectives de ses parents, il s'est vu abandonné à ses faiblesses dès sa petite enfance du fait que ceux-ci étaient eux-mêmes dans l'incapacité de gérer leurs propres difficultés. Afin de suppléer à une angoisse d'abandon toujours grandissante, Jean s'est accroché aux briseurs de soucis que sont les substances psychotropes afin d'éviter le sentiment de rejet, de tolérer la solitude et de rechercher un mieux-être.

Finalement, les facteurs étiologiques de natures socio-culturelles laissent présager d'un manque de repères stables et traditionnels pour Jean alors qu'il n'a pas eu l'occasion d'expérimenter ses premiers rapports avec les substances dans un environnement encadrant et protégé.

L'illustration du psychodrame de Jean démontre les bienfaits de cette méthode d'intervention sur sa dynamique personnelle et interactionnelle. Les apports de

l'approche psychodramatique peuvent se rendre compte au travers de la théorie des rôles et par conséquent, de la théorie de la spontanéité dans le développement de l'enfant.

De par les circonstances toxiques de sa gestation utérine et de sa naissance, il est concevable de présumer de la précarité des rôles psychosomatiques de Jean aux premiers instants de sa vie. Confronté à un sevrage physique de substances psychotropes avant même d'avoir été nourri par la bouche, les actions spontanées telles que manger, boire et dormir n'ont certainement pas été aisées pour ce nourrisson. L'expérience chaleureuse donateur-donataire lui a été déficiente et ne provenait pas de ses géniteurs. De surcroît, Jean fût un enfant non seulement négligé et abandonné, mais initialement non désiré. Un manque de nutrition affective est déjà présent aux instants les plus primitifs de son existence (premier univers de l'enfant). Ses carences initiales et la poursuite de celles-ci lors de la constitution de rôles psychologiques et psychosociaux (deuxième univers de l'enfant) posent les bases de son addiction dans cet environnement traumatisant et empreint de modèles défaillants. Jean trouvera un réconfort physique et psychique dès sa première expérience toxicomaniaque alors que le recours à une substance chimique extérieure lui procure instantanément un soulagement à ses malaises intérieurs.

Il est évidemment impossible pour Jean de se remémorer l'ensemble des expériences de son enfance (certains événements peuvent cependant lui être racontés par des membres de son entourage, tels que ses grands-parents par exemple). Si certains événements sont conscients dans sa psyché, d'autres lui sont totalement imperceptibles

mais inconsciemment inscrits dans son vécu corporel. Ce phénomène se produit en psychodrame lorsque Jean régresse à l'âge de cinq ans dans la chambre de son enfance. Outre les pleurs, il est en proie à des spasmes et se replie en position de fœtus; ces manifestations somatiques révèlent une souffrance plus ancienne encore que celle de ses cinq ans. Ayant été hospitalisé plusieurs semaines à sa naissance pour être désintoxiqué, il a également manqué de la chaleur et de la douceur de touchers corporels (ainsi que dans la suite de son enfance). La béance de cette carence lui fait écho dans cette scène de psychodrame, dont le seul apaisement possible se produit par l'expression corporelle (caresser et bercer) de l'actrice qui tient le rôle de la mère psychodramatique. Jean *résonne* (plutôt que *raisonne*) à ce dont il a manqué au moyen du psychodrame, une thérapie expressive qui met en jeu des *points de fixations* et des voies de « guérison » autant psychologiques que psychosomatiques.

La catharsis somatique vécue par Jean s'est accompagnée d'une libération émotionnelle qui lui a permis de se préparer à une catharsis mentale, soit une décharge adéquate de ses affects lors d'une rencontre avec sa mère. Bien que cette situation fût tout à fait nouvelle pour lui, c'est avec une dose de spontanéité qu'il en a fait lui-même la demande au psychodramatiste. Jean aura eu besoin de l'appui d'un double à un certain moment, mais ses réactions face à une mère évitante et désintéressée auront été adaptées à la situation. Ses affirmations *sonnaient* justes et ses verbalisations s'enchaînaient avec de plus en plus d'assurance et de spontanéité, aboutissant à un sentiment de contentement.



D'autre part, l'intoxication pourrait se conceptualiser comme étant *un état d'absence ou de perte de spontanéité* provoqué par les substances psychotropes. Pour une majorité d'auteurs et de cliniciens, l'addiction se représente comme étant une symptomatologie à une problématique sous-jacente. Ainsi, la psychanalyse considère que cette pathologie vient se greffer aux fragilités d'une structure de la personnalité, ayant pour fonction d'apaiser l'angoisse latente liée à cette structure. L'approche psychodramatique peut également concevoir l'addiction comme une symptomatologie, celle-ci étant *le résultat d'une difficulté pour un individu à développer un répertoire de rôles et de les assumer avec spontanéité à ses propres yeux et aux yeux d'autrui*. Cette conception est exactement à l'image de l'expérience de Jean. Avant même le développement de son addiction à l'alcool et aux drogues, celui-ci n'a tout simplement pas été en mesure de tenir un rôle de fils puisque son existence n'était pas souhaitée (il n'a probablement jamais été un fils aux yeux de ses parents). Ce fût ensuite semblable pendant son devenir de consommateur, où il lui a été difficile d'assumer adéquatement d'autres rôles : celui d'un ami intégré à ses pairs, d'un étudiant fonctionnel à l'école, d'un conjoint engagé dans un couple stable, d'un citoyen s'actualisant dans la société, etc. Bref, son addiction fût une réponse inadaptée et auto-punitive à son impossibilité (ou parfois incapacité) à intégrer ses rôles familiaux et sociaux.

Le premier psychodrame de Jean lui aura permis d'explorer et de travailler ses enjeux abandonniques. L'effet cathartique expérimenté sur scène lui a procuré suffisamment de spontanéité pour lui permettre de s'exprimer et de légitimer son droit

de vivre. Symboliquement, il est *venu au monde* en s'accordant la possibilité de tenir un rôle de fils plus affirmé. Un fils déçu et frustré certes, mais tout de même un fils qui existe et qui maintenant se mobilise dans des projets de vie. Au terme de ce traitement psychodramatique, Jean *assume adéquatement un répertoire de rôles toujours plus vaste* (fils, frère, ami, bénévole, futur étudiant, etc.), ce qui représente aux yeux de son psychodramatiste un critère d'efficacité à cette approche psychothérapeutique.

Bien que ce présent essai fasse état de la pertinence qualitative de l'approche psychodramatique auprès d'une clientèle alcoolique et/ou toxicomane, il y aurait lieu de poursuivre des études empiriques quant à son efficacité. Surtout pour se faire davantage connaître et valoir, malgré sa reconnaissance internationale, parmi les meilleures pratiques émanant des cliniciens (et non pas des chercheurs ou gestionnaires).

## **Conclusion**

Les addictions, particulièrement l'alcoolisme et la toxicomanie, sont encore aujourd'hui des problématiques jugées et malvenues dans notre société (et parfois même de la part de cliniciens). Il est indéniable que les conséquences sont perturbantes pour l'individu, son entourage et sa communauté, mais le comportement manifeste de consommer des substances est en lui-même pointé du doigt avec grande attention. Il y a lieu de se questionner sur les différentes addictions sans drogue qui imprègnent le comportement de nos concitoyens, comme l'anorexie, la boulimie, les jeux de hasard, l'internet, les achats compulsifs, la sexualité, etc. Les gens de notre époque actuelle consomment autant de produits (substances psychiques de Glover) par amertume que les toxicomanes ciblés.

La résultante de cet essai met d'abord en lumière l'importance de revoir la perspective de cette psychopathologie symptomatique sous l'angle de ses racines profondes. Normalement, l'enfant ne naît pas *addicté* à un produit même si une vulnérabilité l'habite; il le devient par apprentissage, par identification, par expérimentation d'un plaisir et d'un soulagement à nouveau souhaité. À sa naissance, l'enfant est d'abord et avant tout dépendant de ses parents, et il est en droit de s'attendre de ceux-ci à recevoir tous les soins nécessaires pour sa survie et son bon développement. Qu'il y ait présence ou absence d'un agent chimique, la disparition du symptôme

addictif, telle que la désintoxication, n'est pas suffisante lors d'un processus de changement. Un retour sur les circonstances toxiques dans le développement s'avère nécessaire, alors que le dit *produit* est par substantif synonyme de *profit*, de *gain*. Il est essentiel pour un clinicien diagnosticien de comprendre en quoi il est profitable pour l'*addicté* de maintenir son symptôme, ou de le retrouver lors de rechutes.

Pour sa part, la méthode du psychodrame a l'avantage de porter ce regard authentique sur les causes profondes d'une souffrance qui afflige l'individu. Dans le cas des addictions, si l'alcoolique est trop en relation avec sa bouteille et désinvesti de son entourage, ou si le toxicomane est trop absorbé par sa drogue et exclu de sa communauté, trop souvent il y a eu une rupture originelle avec cet entourage et cette société. La substance absorbée devient un briseur de soucis suite à la brisure d'un lien d'attachement d'autrefois. Que nous parlions d'addiction, de dépendance, d'accoutumance ou d'asservissement, nous oublions trop souvent la notion d'attachement, signification des termes *intérêt*, *liaison*, *alliance*. Les clients *addictés* que nous recevons en consultation sont en affinité avec un produit qui perturbe les différentes sphères de leur vie, tout en étant en besoin de rétablir un lien significatif avec le genre humain. Le défi clinique d'une alliance thérapeutique est essentiel pour la restitution de leur position psychosociale. Le rôle d'alcoolique et le rôle de toxicomane sont des positions tenus par dépit à d'autres rôles fondamentaux expérimentés jadis, avec souffrance. Le psychodrame thérapeutique, tel qu'illustré dans cet essai, permet de

revisiter ces déchirures de liens et de se réapproprier avec spontanéité une tenue de soi plus satisfaisante.

## Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- Ancelin-Schützenberger, A. (1970). *Précis de psychodrame : Introduction aux aspects techniques* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions Universitaires.
- Ancelin-Schützenberger, A. (1990). *Le jeu de rôle* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : ESF éditeur-Entreprise Moderne d'Édition et Librairies Techniques.
- Ancelin-Schützenberger, A. (2003). *Le psychodrame* (éd. rév.). Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Bergeret, J. (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1982). *Toxicomanie et personnalité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bergeret, J. (1983). *La personnalité du toxicomane*. Dans Bergeret, J., Leblanc, J., & Coll. *Précis des toxicomanies*. Paris : Masson.
- Blatner, A. (1996). *Acting-In: Pratical Applications of Psychodramatic Methods*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Blume, S.B. (1989). Treatment for the Addictions in a Psychiatric Setting. *British Journal of Addiction*. 84, 727-729.
- Chassaing, J.-L. (1998). *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Paris : Éditions de l'Association freudienne internationale.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. *Arch. Gen. Psychiat.* 38, 861-868.
- Dayton, T. (1994). *The Drama Within: Psychodrama and Experiential Therapy*. Health Communications, Inc.



- Dayton, T. (2005). *The Living Stage: A Step by Step Guide to Psychodrama, Sociometry and Experiential Group Therapy*. Health Communications, Inc.
- Dongier, M. (1988). « Prédispositions héréditaires et alcoolisme ». Dans Brisson, P. *L'usage des drogues et de la toxicomanie* (pp. 205-218). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Fenichel, O. (1953). *Théorie psychanalytique des névroses*. Tome I et II. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ferenczi, S. (1927-1933). *Présentation abrégée de la psychanalyse*. Dans in *Psychanalyse IV, OCI*. Paris : Payot, 1982.
- Fernandez, L., & Catteeuw, M. (2002). *Cliniques des addictions. Théories, évaluations, prévention et soins*. Paris : Nathan.
- Freud, S. (2000). *Le malaise dans la culture* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Quatridge / Presses Universitaires de France.
- Glover, E. (1932). *Sur l'étiologie de l'addiction à la drogue*. (Tiré dans Jacquet, M.-M., & Rigaud, A. (2001), *Émergence de la notion d'addiction dans l'histoire de la psychanalyse*. Dans Marinov, V. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. (pp. 159-184). Paris : Presses Universitaires de France.).
- Goodman, A. (1990), Addiction, Definition and Implications, *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Jacquet, M.-M., & Rigaud, A. (2001). *Émergence de la notion d'addiction dans l'histoire de la psychanalyse*. (Tiré dans Marinov, V. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. (pp. 159-184). Paris : Presses Universitaires de France.).
- Kadmon-Telias, A. (2001). Psychodrama and Helplessness in the Helper of Addicts. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5, 111-134.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Marseille : Hommes et perspectives.
- Leutz, G.A. (1985). *Mettre sa vie en scène : Le psychodrame*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Lewin, L. (1996). *Phantastica : L'histoire des drogues et de leur usage*. Société Edifor – Éditions Josette Lyon.

- Marineau, R.F. (1989). *Jacob Levy Moreno, 1889-1974: Father of psychodrama, sociometry, and group psychotherapy*. London: Tavistock-Routledge.
- McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- Moreno, J.L. (1984). *Théâtre de la spontanéité*. Paris : Desclée de Brouwer. (Ouvrage original publié en 1972).
- Moreno, J.L. (1987). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1965).
- Olievenstein, C. (1983). *Le toxicomane et son enfance*. Dans Bergeret, J., Leblanc, J., & Coll. *Précis des toxicomanies*. Paris : Masson.
- Olsson, P.A., & Rustin, T.A. (1993). *Sobriety Shop – A Variation on Magic Shop for Addiction Treatment Patient*. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*. Vol.46, Issue 1, P. 12.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1996). *Alcohol and society: How culture influences the way people drink*. San Francisco: Wine Institute.
- Pelsser, R. (1989). *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeurs.
- Pirlot, G. (2009). *Psychanalyse des addictions*. Paris : Armand Colin.
- Rado, S. (1933). The Psychoanalysis of Pharmacothymia. *Psychoanal. Quarterly*, Vol. 2, 1-23.
- Rosenfeld, H.A. (1961). *De la toxicomanie*. *Rev. fr. psychanal.*, Vol. 25, 885-889.
- Vieira, F., & Risques, M. (2007). *Psychodrama and Psychopathology: Purposefully Adapting the Method to Adress Different Pathologies*. In *Psychodrama: Advances in Theory and Practice*. Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M.
- Warburton, D.M. (1985), Addiction, dependence and habitual substance use. *Bulletin of the British Psychological Society*, 38, 285-288.
- Waller, D., & Mahony, J. (1999). *Treatment of Addiction: Current Issues for Arts Therapies*. Routledge.