

Défi

Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire

Jeunesse →

VOL. XIII

NO 2

MARS 2007



La psychopathie à l'adolescence

Les troubles de la personnalité

Bien-être des intervenants



Conseil multidisciplinaire
du Centre jeunesse de Montréal
Institut universitaire

Sommaire

» Éditorial :

D'hier à aujourd'hui !

Jean-Luc Secours

2



» Introduction au concept de la psychopathie à l'adolescence

Catherine Basque

3

» Le développement des troubles de la personnalité et les services de réadaptation avec hébergement offerts aux adolescents

Alain Dumas

8



» Prendre soin de soi comme intervenant ou comment se dégager de la résonance toxique issue du client ou de notre environnement professionnel

Michel Brien

15

ERRATUM

Une petite erreur s'est glissée dans le dernier numéro de *Défi jeunesse*. Il aurait fallu lire que Clément Laporte, un des auteurs de l'article *L'univers des gangs : quand la complexité commande l'innovation !*, est responsable du Centre d'expertise sur la délinquance des jeunes du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Quant à la fonction d'adjoint à la Direction des services spécialisés et des services aux jeunes contrevenants, elle est assumée par M. Patrick Jos. Turcot.

Toutes nos excuses aux personnes concernées.

COMITÉ DE LA REVUE

Christian Fortin, Danièle Gauthier, Isa lasenza, Josette Laframboise, Jean-Luc Secours, Geneviève Turcotte

Ont collaboré à ce numéro

Catherine Basque, Michel Brien, Alain Dumas, Jean-Luc Secours

Photo de la ruelle sur la couverture

Pierre Raza, artiste peintre

Aquarelles

Alexandra Le Corné

Dessin (p.11)

Marc-Olivier Secours

Rédactrice en chef

Danièle Gauthier

Graphisme et impression

ACOR

Secrétariat

Murielle Bouchard, Vicky Bouchard

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1201-009-X
Le Centre jeunesse
de Montréal-Institut universitaire



Imprimé sur papier recyclé.

POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue professionnelle *Défi jeunesse* est publiée par le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire à raison de trois numéros par année.

Les objectifs visés par la publication de cette revue sont :

Promouvoir le développement professionnel en lien avec l'intervention et la réflexion. Dans un contexte multidisciplinaire, assurer et valoriser l'identité professionnelle spécifique à chaque discipline. Permettre l'intégration des nouvelles orientations du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Favoriser l'étendue du rayonnement professionnel. Accroître le sentiment d'appartenance. Faire valoir les différentes expériences de partenariat.

Critères de publication :

CONTENU / La revue publie des articles de fond (théorie, réflexions, études, recherches, recherches-action, analyses...), des textes portant sur des expériences professionnelles pratiques (projets, nouveaux modes d'intervention) et diverses chroniques à contenu clinique telles des notes de lecture, des chroniques juridiques, des chroniques événements et des entrevues. **MANUSCRIT INÉDIT** / La revue ne publie que des manuscrits originaux. **FORMAT** / Les articles soumis à la revue professionnelle doivent être dactylographiés à double interligne, sur papier format lettre dans une police de 12 points. L'article contient au maximum 10 pages. L'auteur envoie au comité de la revue une version électronique du texte sur traitement de texte compatible avec Microsoft Word Office à l'adresse mentionnée plus bas.

Un guide pour la présentation des articles est disponible sur demande. **ÉVALUATION** / Tous les articles sont soumis au comité de la revue qui a l'entière responsabilité de décider de publier ou non un article.

Le comité se réserve aussi le droit de changer les titres et les sous-titres des articles sans avis à leur auteur. **OPINION DE L'AUTEUR** / Les opinions contenues dans les articles n'engagent que leur auteur.

REPRODUCTION / Toute reproduction est autorisée avec mention de la source. **REDEVANCES** / Toute soumission d'un texte original pour publication dans la revue *Défi jeunesse* implique le transfert des droits d'auteur au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Le comité offre deux exemplaires de la revue aux auteurs des articles publiés.

Avez-vous des commentaires sur la revue ? Si oui, veuillez nous les faire parvenir à l'adresse mentionnée ci-dessous.

DANIÈLE GAUTHIER,
RÉDACTRICE EN CHEF

Comité de la revue *Défi jeunesse*
4675, rue Bélanger Est
Montréal (Québec) H1T 1C2

Code de courrier interne : 40

Téléphone : (514) 593-2118
Télécopieur : (514) 593-2113

Courrier électronique :
conseilmulti@cjm-iu.qc.ca



D'HIER À AUJOURD'HUI !

VOTRE REVUE *DÉFI JEUNESSE* S'ADRESSE À TOUT LE PERSONNEL CLINIQUE DU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL-INSTITUT UNIVERSITAIRE (CJM-IU), AUX UNIVERSITAIRES, AUX STAGIAIRES, AU PERSONNEL CLINIQUE DES CENTRES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (CSSS) AINSI QU'À DIFFÉRENTS COLLABORATEURS EUROPÉENS. 2300 EXEMPLAIRES SONT DISTRIBUÉS À CHACUN DES TROIS NUMÉROS PUBLIÉS ANNUELLEMENT.

Jean-Luc Secours, M.Sc. Service Social, membre du comité de la revue

Depuis 1994, une multitude de sujets ont été abordés provenant tantôt des intervenants, tantôt des chercheurs ou de collaborateurs extérieurs.

Le CJM-IU a bien changé depuis cette époque. Nous assistons en ce moment à un important aboutissement clinique s'enracinant directement dans la nouvelle pratique. Autrement dit, la théorie liée à l'intervention peut enfin rejoindre l'ensemble du personnel autrefois durement éprouvé et déséquilibré par la fusion des différents établissements. Notons, en passant, que les CSSS risquent à leur tour de rencontrer des défis similaires aux nôtres suite à leur récente création. Prenez note que je n'entends pas qualifier les approches d'autrefois en regard de celles d'aujourd'hui. Je veux simplement souligner que la réalité organisationnelle impliquant 3000 employés oblige nécessairement un ajustement considérable sur le plan professionnel.

Mais pourquoi s'attarder au passé ? Tout simplement parce qu'en ce moment les intervenants sont interpellés comme jamais par une multitude de nouveaux programmes, de projets ou d'expérimentations et que *Défi jeunesse* demeure le véhicule idéal pour diffuser vos accomplissements. Même l'application de la *Loi sur la Protection de la jeunesse* changera sous peu. L'information doit circuler et être expliquée autrement que par un simple communiqué. La création de cette revue correspond à la mise en place de la collaboration interprofessionnelle du personnel clinique œuvrant au nouveau CJM-IU. Notre évolution clinique s'y reflète donc sur un plan historique. Dès le premier numéro de novembre 1994, un éducateur (Roland Desmarais) décrit son expérience liée au projet *PRIME* qui

se traduit aujourd'hui par le programme *IRI*. En 1995, un numéro complet est dédié à l'Éthique, alors qu'en 2007, ce thème demeure un sujet de continuelle réflexion. Combien d'articles avons-nous publiés décrivant les changements dans la pratique psychosociale ! Que dire des approches proposées (analytique, écosystémique...) !

Le présent numéro s'inscrit dans ce continuum. Les trois articles proposés relient effectivement la théorie à la pratique. Catherine Basque décrit clairement l'impact de la psychopathie à l'adolescence. Alain Dumas lie le trouble de la personnalité chez l'adolescent aux services de réadaptation tout en soulignant son impact sur l'intervenant. Michel Brien, quant à lui, s'attardera plus particu-

LA THÉORIE LIÉE À L'INTERVENTION PEUT ENFIN REJOINDRE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

lièrement à l'importance, pour ce même intervenant, de prendre soin de lui-même afin de se dégager des répercussions liées au côtoiement de la clientèle ou de l'environnement professionnel.

Pour terminer, je vous invite expressément à faire profiter l'ensemble de la communauté clinique de vos expériences. La dimension et la nature de l'établissement appellent, hélas, trop souvent à l'isolement. Or, si vous croyez en ce que vous faites ou simplement, désirez passer à l'histoire..., n'hésitez pas à nous faire parvenir vos écrits ou encore, à communiquer avec nous afin que nous puissions vous épauler quant à l'élaboration de vos idées ! <



→ INTRODUCTION AU CONCEPT DE LA PSYCHOPATHIE À L'ADOLESCENCE

Catherine Basque, éducatrice, CJM-IU

» POSITION DU PROBLÈME

Plusieurs études notent qu'un petit nombre de délinquants (entre 5 et 7 %) sont responsables de la plupart des délits (40 à 70 %) (Farrington, 1995 ; Kratzer et Hodgins, 1997 ; Loeber et Stouthamer-Loeber, 1998). Ces délinquants débutent leur carrière criminelle tôt et continuent pendant plusieurs années. L'identification de ces individus à partir des conduites antisociales précoces n'est toutefois pas parfaite (entre 40 et 60 % selon les études) (Farrington, 1991, 2000 ; Statin et Magnusson, 1989). En corollaire, en plus de considérer les conduites antisociales antérieures pour prédire la continuité des conduites délinquantes, il y a lieu de s'intéresser à la psychopathie. Tel qu'opérationnalisé par Hare (1991), ce diagnostic reconnaît l'importance des traits affectifs et interpersonnels des personnes antisociales, évitant ainsi une centration exclusive sur les comportements (Hare, 1991, 2003 ; Forth, Kosson et Hare, 2003). Or, les études auprès de détenus adultes démontrent que la stabilité et la gravité des conduites antisociales chez les détenus adultes sont associées à ces traits spécifiques (Harpur et Hare, 1994). La considération des traits psychopathiques ajoute un apport significatif à celle des comportements antisociaux, permettant d'améliorer la prédiction de la récidive criminelle chez cette population (Hare, Clark, Grann et Thornton, 2000 ; Hart, 1998 ; Hart, Kropp et Hare, 1988 ; Grann, Långstrom, Tengstrom et Kullgren, 1999 ; Salekin, Rogers et Sewell, 1996). C'est ainsi que l'étude de Serin (1996) démontre que la PCL-R (*Psychopathy Check List - Revised*) est meilleure pour prédire la récidive que d'autres instruments construits à cet effet, incluant des données historiques et comportementales (âge, âge à la première arrestation, histoire criminelle, stabilité de l'emploi...). Hart *et al.* (1988) obtiennent également une contribution significative de la PCL (*Psychopathy Check List*) à la prédiction de la violation de la libération conditionnelle au-delà de l'histoire criminelle



et des variables démographiques. Ils démontrent que la PCL est un bon indice de prédiction des comportements criminels suivant un séjour carcéral, étant donné qu'elle tient compte des traits de personnalité.

DÉFINITION DE LA PSYCHOPATHIE

La psychopathie est un trouble grave de la personnalité reposant sur un ensemble de composantes affectives et interpersonnelles en plus de comportements antisociaux (Hare, 1991, 2003). Au niveau interpersonnel, le psychopathe est décrit comme grandiose, égo-centrique, manipulateur, dominant, insensible. Affectivement, le psychopathe présente des émotions labiles, peu profondes ; il est incapable de former et de maintenir des liens stables avec les gens, il manque d'empathie, d'anxiété et de culpabilité. Au niveau de ses comportements, le psychopathe est impulsif, cherche les sensations et viole les normes sociales. À la différence du trouble de la personnalité antisociale (TPA), défini dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* (American Psychological Association, APA, 1994), la définition de la psychopathie repose davantage sur des aspects affectifs et interpersonnels (Côté, Hodgins et Toupin, 2000). Le TPA serait une entité plus large, moins spécifique que la psychopathie (Hare, 1991 ; Hare, Hart et Harpur, 1991). Cette même dualité existe dans l'évaluation des conduites antisociales à l'adolescence. En effet, le diagnostic du trouble des conduites, selon le DSM-IV, est défini par 15 comportements qui dérogent aux règles sociales (APA, 1994) alors que l'évaluation de la psychopathie à l'adolescence tente de cerner des traits de personnalité, en plus de certains troubles des conduites (Myers, Burket et Harris, 1995).

INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE DE LA PSYCHOPATHIE À L'ADOLESCENCE

Les recherches chez les adultes démontrant un fort lien entre la psychopathie et la répétition de délits et de comportements violents (Hare, 1998, 2003 ; Hare *et al.*, 2000) ont amené un intérêt grandissant à l'application de la notion de psychopathie aux enfants et aux adolescents (Forth et Burke, 1998 ; Forth et Mailloux, 2000 ; Frick, O'Brien, Wootton et McBurnett, 1994 ; Lynam, 1996 ; Seagrave et Grisso, 2002).

De même que chez les adultes, la psychopathie à l'adolescence est liée à différentes formes de violences : la présence de délits violents (Forth, Hart et Hare, 1990 ; Kruh, Frick, Clements, 2005), la diversité des délits (Kruh *et al.*, 2005), la rapidité de la récidive violente (Brandt, Kennedy, Patrick et Curtin, 1997), l'agressivité

uniquement comportementale, dans la discrimination des sous-types de délinquants à l'adolescence (Loeber, Burke et Lahey, 2002 ; Vitacco, Rogers et Neumann, 2003). Par exemple, l'étude de Vincent, Vitacco, Grisso et Corrado (2003) démontre que le sous-groupe de jeunes identifiés comme étant « psychopathes », c'est-à-dire ceux présentant le trait « froid et sans émotion » en plus du trait « impulsivité », récidivent davantage et plus rapidement (50 % en 4 mois) que ceux présentant seulement le trait « impulsivité » (25 % en 18 mois). Ainsi, le fait que la psychopathie tienne compte des composantes affectives et interpersonnelles, en plus des comportements antisociaux, amène un raffinement au niveau des évaluations, particulièrement dans l'identification de sous-types de délinquants.

En ce qui concerne plus spécifiquement la prédiction du risque de violence, quelques études longitudi-

NOMBRE D'AUTEURS SOULIGNENT L'IMPORTANCE D'UNE MESURE DE LA PERSONNALITÉ ET NON UNIQUEMENT COMPORTEMENTALE

et la délinquance (Toupin, Mercier, Déry, Côté et Hodgins, 1996). Dans une perspective de protection de la société, il apparaît essentiel d'évaluer la psychopathie de façon précoce, avant que les jeunes ne soient ancrés dans une trajectoire criminelle grave (Caspi, 2000 ; Hemphill, Hare et Wong, 1998 ; Salekin *et al.*, 1996).

De plus, il y a une telle hétérogénéité parmi les jeunes commettant des actes délinquants et violents qu'une évaluation des traits psychopathiques permettrait de cerner des typologies plus spécifiques et éventuellement, d'établir des interventions différentielles (Forth *et al.*, 2003). En effet, nombre d'auteurs soulignent l'importance d'une mesure de la personnalité et non

nales se sont intéressées à la mesure de la psychopathie à l'adolescence. Les résultats semblent aller dans le sens attendu : la psychopathie amène une contribution significative dans la prédiction de la récidive, au-delà de la criminalité antérieure et des troubles de comportement (TC) (Ridenour, Marchand et Dean, 2001 ; Murrie *et al.*, 2004 ; Stafford et Cornell, 2003). Par exemple, dans l'étude de Gretton, Hare et Catchpole (2004), les adolescents présentant des scores élevés à la PCL-YV (*Psychopathy Check List – Youth Version*) présenteraient un risque accru de violence au début de l'âge adulte (10 ans plus tard) et ce, même après contrôle d'un diagnostic de TC, de l'âge à la première arrestation et de l'histoire criminelle.

Par ailleurs, une détection précoce des individus présentant des traits psychopathiques peut améliorer les connaissances au niveau de l'étiologie de la psychopathie. Des interventions auprès des facteurs de risques permettraient de mieux prévenir l'apparition du trouble. Finalement, une prise en charge plus précoce, alors que les traits de la personnalité sont potentiellement encore malléables, est susceptible d'améliorer le pronostic au niveau du traitement des psychopathes (Toupin, Hodgins et Côté, 2000).

LA MESURE DES TRAITS PSYCHOPATHIQUES

À l'âge adulte

Développée à partir de la liste de caractéristiques énoncées par Cleckley (1976) pour décrire les psychopathes, l'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R) (Hare, 1991, 2003) est la mesure recommandée pour évaluer la psychopathie (Fulero, 1995). Elle consiste en 20 items cotés sur une échelle Likert en 3 points (0, 1 ou 2). La cotation se fait à partir d'une entrevue semi-structurée et d'informations collatérales. Le score total varie entre 0 et 40, un score de 30 sur 40 définit le point de coupure pour identifier la psychopathie sous un angle taxinomique. La PCL-R est un instrument dont la validité et la fidélité ont été maintes fois démontrées auprès d'échantillons adultes (Hare, 1991).

Depuis la publication du manuel de la PCL-R en 1991, la plupart des études menant des analyses factorielles sur la PCL-R proposaient un modèle à deux facteurs (Hare, 1991, 2003) ; le facteur 1 décrivant des traits affectifs et interpersonnels et le facteur 2 décrivant un style de vie antisocial. Des études récentes obtiennent des résultats soutenant un modèle à trois facteurs (Andershed et Levander,

2002 ; Cooke et Michie, 2001 ; Malingrey, 2004), le facteur 1 décrivant un style interpersonnel arrogant et trompeur, le facteur 2 des expériences affectives déficientes et le facteur 3 un style comportemental impulsif et irresponsable. D'autres auteurs suggèrent même un modèle à quatre facteurs : interpersonnel,

coupure, l'établissement d'un diagnostic de psychopathie à l'adolescence étant encore sujet à controverse.

Un autre instrument souvent rapporté dans la littérature pour évaluer la psychopathie chez les jeunes est l'*Antisocial Process Screening Device* (APSD) (Salekin, 2005). Cette échelle

AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, DE PLUS EN PLUS D'EFFORTS EN RECHERCHE ONT ÉTÉ CONSACRÉS À L'ÉVALUATION DES TRAITS PSYCHOPATHIQUES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

affectif, behavioral et antisocial (Spain, Douglas, Poythress et Epstein, 2004). Dans la version la plus récente de la PCL-R, Hare (2003) maintient la structure à deux facteurs, mais ajoute que chacun des deux facteurs peut être divisé en deux composantes distinctes. Le facteur 1 est ainsi constitué de la facette interpersonnelle et affective de la psychopathie, alors que le facteur 2 inclut un style de vie asocial et des comportements antisociaux.

À l'adolescence

Au cours des dernières années, de plus en plus d'efforts en recherche ont été consacrés à l'évaluation des traits psychopathiques chez les enfants et les adolescents (Brandt *et al.*, 1997 ; Forth *et al.*, 1990 ; Frick *et al.*, 1994 ; Lynam, 1996 ; Toupin *et al.*, 1996 ; Toupin, Mercier, Déry, Côté et Ohayon, 1995 ; Ridenour *et al.*, 2001). L'un des instruments les plus reconnus dans l'évaluation de la psychopathie chez les jeunes est la *Psychopathy Checklist Youth Version* (PCL-YV) (Forth *et al.*, 2003). Cette échelle comprend 20 items inspirés de la PCL-R. La principale adaptation consiste à prendre davantage en considération les expériences de vie des adolescents en mettant l'emphase sur les amis, la famille et l'école. Par ailleurs, à la différence de la PCL-R, elle ne présente pas de point de

de 20 items découle également de la PCL-R. Elle est surtout utilisée chez les jeunes de 6 à 13 ans, population auprès de laquelle elle a été validée. Deux modèles factoriels sont valides pour cet instrument ; soit un modèle à deux facteurs (froid et sans émotion, impulsivité-trouble de la conduite) et un modèle à trois facteurs (froid et sans émotion, impulsivité, narcissisme). Il existe une version pour les parents et une version pour les professeurs. Par ailleurs, une version autorapportée de l'instrument est disponible pour les adolescents de 13 à 18 ans (Frick, Bodin et Barry, 2000). L'avantage de la version autorapportée est qu'elle présente une meilleure fidélité à cet âge étant donné que les adolescents sont parfois moins en contact avec leurs parents ou leurs professeurs.

CONTROVERSE LIÉE À L'APPLICATION DU SYNDROME DE LA PSYCHOPATHIE À L'ADOLESCENCE

L'application du syndrome de la psychopathie à l'adolescence suscite encore des controverses dans la communauté scientifique. Certains auteurs considèrent que les caractéristiques de la psychopathie sont évidentes dès l'enfance et trouvent sa mesure appropriée à cet âge, alors que d'autres se montrent réticents,

mentionnant qu'il y a trop de changements développementaux avant l'âge adulte pour pouvoir parler de désordre de la personnalité (Edens, Skeem, Cruise et Cauffman, 2001 ; Seagrave et Grisso, 2002 ; Wiener, 2002).

De plus, le peu de recherche concernant la stabilité de la psychopathie de l'adolescence à l'âge adulte entraîne un questionnement autour de la nature potentiellement transitoire des symptômes psychopathiques chez les jeunes (Cleckley, 1976 ; Moffit, 1993). Ainsi, des auteurs sont d'avis que des attributs normaux ou passagers des adolescents en développement sont similaires à certaines caractéristiques définissant la psychopathie (Edens *et al.*, 2001 ; Seagrave et Grisso, 2002). Pour cette raison, ils craignent que la mesure de la psychopathie soit amplifiée à cet âge, menant à des faux positifs.

LES PRÉVALENCES DE PSYCHOPATHES DANS LES ÉCHANTILLONS D'ADOLESCENTS SONT SOUVENT SIMILAIRES À CELLES CHEZ LES ADULTES

En contrepartie, plusieurs arguments semblent appuyer l'application du syndrome de la psychopathie à l'adolescence. Ainsi, l'adaptation des items de la PCL en vue d'une utilisation avec des adolescents semble pallier au problème des faux positifs. Les études utilisant une version modifiée de la PCL montrent des résultats satisfaisants (Forth et Burke, 1998). Notons également que les prévalences de psychopathes dans les échantillons d'adolescents sont souvent similaires à celles chez les adultes. Ainsi, ce ne sont pas tous les jeunes qui rencontrent les critères du trouble, indice que le syndrome peut s'appliquer à cet âge (Salekin *et al.*, 2004). Or, même si certaines caractéristiques peuvent se retrouver chez les adolescents normaux, la psychopathie est évaluée sous la base d'une accumulation de caractéristiques, qui, ensemble, forment un syndrome spécifique (Frick, 2002 ; Hare, 2003). Finalement, l'étude de Frick, Kimonis, Dandreaux et Farell (2003) démontre une certaine stabilité des traits psychopathiques durant la transition entre l'enfance et l'adolescence, laissant présumer une certaine cristallisation de la personnalité à cet âge.

En résumé, bien qu'il semble demeurer une certaine polémique théorique autour de la question de l'application du syndrome de la psychopathie à l'adolescence, de plus en plus d'évidences empiriques vont dans le sens d'une évaluation valide à cet âge (Brandt *et al.*, 1997 ; Cruise, Colwell, Lyons et Baker, 2003 ; Forth et Burke, 1998 ; Forth *et al.*, 1990 ; Forth *et al.*, 2003 ; Frick *et al.*, 1994 ; Lynam, 1996 ; Ridenour *et al.*, 2001 ; Salekin, Rogers et

Machin, 2001 ; Toupin *et al.*, 1996 ; Toupin *et al.*, 1995). Néanmoins, des enjeux éthiques demeurent concernant l'évaluation de la psychopathie à l'adolescence. Les auteurs soulignent l'importance d'être prudent dans l'utilisation de la PCL à cet âge étant donné la gravité d'une telle étiquette au niveau des décisions légales (Forth *et al.*, 2003). Son utilisation à des fins de recherche est justifiée, mais il serait précaire de l'utiliser à des fins de diagnostics (Seagrave et Grisso, 2002 ; Skeem et Petrila, 2004). <



Références bibliographiques

- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.), Washington, D.C., APA.
- Brandt, J.R., Kennedy, W.A., Patrick, C.J. et J.J. Curtin (1997). « Assessment of psychopathy in a population of incarcerated adolescent offenders », *Psychological Assessment*, vol. 9, no 4, 429-435.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity*, (5th ed.), St-Louis MO, Mosby.
- Cooke, D.J. et C. Michie (2001). « Redefining the construct of psychopathy : Towards a hierarchical model », *Psychological Assessment*, vol. 13, 171-188.
- Côté, G., Hodgins, S. et J. Toupin (2000). « Psychopathie : prévalence et spécificité clinique », In Th. H. Pham et G. Côté (Éds.), *Psychopathie : Théorie et recherche*, France, Presses universitaires du Septentrion, 97-144.
- Farrington, D.P. (2000). « Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 18, 605-622.

- Forth, A.E. et H.C. Burke (1998). « Psychopathy in Adolescence: Assessment, Violence, and Developmental Precursors », in D.J. Cooke, A.E. Forth et R.D. Hare (Eds), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*, Dordrecht, The Netherlands, Kluwer, 205-229.
- Forth, A.E., Hart, S.D. et R.D. Hare (1990). « Assessment of psychopathy in male young offenders », *Psychological Assessment*, vol. 2, no 3, 342-344.
- Forth, A.E., Kosson, D.S. et R.D. Hare (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*, New York, Multi-Health Systems Inc.
- Frick, P.J., Bodin, S.D. et C.T. Barry (2000). « Applying the Concept of Psychopathy to Children : Implications for the Assessment of Antisocial Youth », in B. Carl (Ed), *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy – A Practitioner's Guide*, 3-54.
- Frick, P., O'Brien, B., Wootton, J. et K. McBurnett (1994). « Psychopathy and conduct problems in children », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 103, 700-707.
- Frick, P.J., Kimonis, E.R., Dandreaux, D.M. et J.M. Farrell (2003). « The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth », *Behavioral Science and the Law*, vol. 21, 713-736.
- Fulero, S.M. (1995). « Review of the Hare Psychopathy Checklist – Revised », J.C. Conoley et J.C. Impara (Eds.), *Twelfth Mental Measurements Yearbook*, Lincoln, NE, Buros Institute, 453-454.
- Gretton, H.M., Hare, R.D. et R.E.H. Catchpole (2004). « Psychopathy and offending from adolescence to adulthood : A 10-year follow-up », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no 4, 636-645.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised : Manual*, New York, Multi-Health Systems Inc.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist Revised : 2nd Edition*, New York, Multi-Health Systems Inc.
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M. et D. Thornton (2000). « Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R : An international perspective », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 18, 623-645.
- Hare, R.D., Hart, S.D. et T.J. Harpur (1991). « Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 100, 391-398.
- Harpur, T.J. et R.D. Hare (1994). « Assessment of psychopath as function of age », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 103, no 4, 604-609.
- Hart, S.D., Kropp, P.R. et R. Hare (1988). « Performance of male psychopaths following conditional release from prison », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, no 2, 227-232.
- Kratzer, L. et S. Hodgins (1997). « Adult outcomes of child conduct problems : a cohort study », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 25, no 1, 65-81.
- Kruh, I.P., Frick, P.J. et C.B. Clements (2005). « Historical and personality correlates to the violence patterns of juveniles tried as adults », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 32, no 1, 69-96.
- Lexcen, F.J., Vincent, G.M. et T. Grisso (2004). « Validity and structure of a self-report measure of youth psychopathy », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22, 69-84.
- Loeber, R., Burke, J.D. et B.B. Lahey (2002). « What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder ? », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 12, no 1, 24-36.
- Lynam, D.R. (1996). « Early Identification of chronic offenders : Who is the fledging psychopath ? », *Psychological Bulletin*, vol. 120, 209-234.
- Malingrey, F. (2004). *Transcultural Variations of the Structural Model of the Psychopathy Checklist in French-Speaking Populations*, The second international conference towards a safer society : Understanding and staking violence, Edimbourg, Écosse.
- Moffitt, T.E. (1993). « Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : a developmental taxonomy », *Psychological Review*, vol. 100, no 4, 674-701.
- Myers, W.C., Burkert, R.C. et H.E. Harris (1995). « Adolescent psychopathy in relation to delinquent behaviors, conduct disorder, and personality disorders », *Journal of Forensic Sciences*, vol. 40, no 3, 435-439.
- Ridenour, T.A., Marchant, G.J. et R.S. Dean (2001). « Is the revised psychopathy checklist clinically useful for adolescents ? », *Journal of Psychoeducational Assessment*, vol. 19, 227-238.
- Salekin, R.T. (2005). « Psychopathy in Children and Adolescents : Key Issues in Conceptualization and Assessment », in C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy*, New York, Guilford Press, 389-414.
- Salekin, R.T., Neumann, C.S., Leistico A.-M. R., DiCicco, T.M. et R.L. Duros (2004). « Psychopathy and comorbidity in a young offender sample : Taking a closer look at psychopathy's potential importance over disruptive behavior disorders », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 113, no 3, 416-427.
- Salekin, R.T., Rogers, R. et K.W. Sewell (1996). « A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness », *Clinical Psychology : Science and Practice*, vol. 3, 203-213.
- Seagrave, D. et T. Grisso (2002). « Adolescent development and the measurement of juvenile psychopathy », *Law and Human Behavior*, vol. 26, no 2, 219-239.
- Serin, R.C. (1996). « Violent recidivism in criminal psychopaths », *Law and Human Behavior*, vol. 20, no 2, 207-217.
- Skeem, J.L. et J. Petrila (2004). « Introduction to the special issue on juvenile psychopathy, volume 2 », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22, 1-4.
- Spain, S.E., Douglas, K.S., Poythress, N.G. et M. Epstein (2004). « The relationship between psychopathic features, violence and treatment outcome : The comparison of three youth measures of psychopathic features », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22, 85-102.
- Stafford, E. et D.G. Cornell (2003). « Psychopathy predict adolescent inpatient aggression », *Assessment*, vol. 10, no 1, 102-112.
- Toupin, J., Hodgins, S. et G. Côté (2000). « Psychopathie et développement des conduites antisociales de l'enfance à l'âge adulte », dans T.H., Pham et G. Côté (Éds.), *Psychopathie : Théorie et recherche*, France, Presses Universitaires du Septentrion, 97-144.
- Toupin, J., Mercier, H., Déry, M., Côté, G. et M. Ohayon (1995). « Validité convergente de l'échelle de psychopathie auprès d'adolescents », dans J.-M. Léger (Éd.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Tome IV B, Paris, Masson, 84-94.
- Vincent, G.M., Vitacco, M.J., Grisso, T. et R.R. Corrado (2003). « Subtypes of adolescent offenders : Affective traits and antisocial behavior patterns », *Behavioral Science and the Law*, vol. 21, 695-712.
- Vitacco, M.J., Rogers, R. et C.S. Neumann (2003). « The antisocial process screening device : An examination of its construct and criterion-related validity », *Assessment*, vol. 10, no 2, 143-150.
- Wiener, R.L. (2002). « Adversarial forum : issues concerning the assessment of juvenile psychopathy », *Law and Human Behavior*, vol. 26, no 2, 217-218.



LE DÉVELOPPEMENT DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

ET LES SERVICES DE RÉADAPTATION AVEC HÉBERGEMENT OFFERTS AUX ADOLESCENTS

CE TEXTE A ÉTÉ RÉDIGÉ DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE SOUTIEN À L'ÉCRITURE DU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL - INSTITUT UNIVERSITAIRE (CJM-IU).



Alain Dumas (M.A. Ps.), Conseiller clinique, DSP-AU

Les adolescents qui reçoivent des services en centre de réadaptation présentent des problématiques de plus en plus variées et complexes. Cette clientèle suscite de nouveaux défis pour les intervenants. Vingt-et-une années passées auprès de ces équipes d'éducateurs et de ces groupes de jeunes m'indiquent clairement qu'il y a de plus en plus de jeunes qui sont en voie de développement d'un trouble de la personnalité ou à risque de s'y trouver.

Or, ces jeunes sont ceux qui sont évoqués par les intervenants comme les plus difficiles à vivre, les plus complexes et les plus épuisants. C'est pourquoi nous croyons néces-

CETTE CLIENTÈLE SUSCITE DE NOUVEAUX DÉFIS POUR LES INTERVENANTS.

saire de nous pencher sur les défis que suscitent ces jeunes afin d'aider ces intervenants à les reconnaître et à intervenir auprès d'eux de façon sereine et éclairée.

Brenas et Ladame (1985) affirment qu'il est possible de prévenir la chronicité d'un trouble de la personnalité en émergence, pourvu que l'on offre au jeune des conditions de vie aux propriétés thérapeutiques, quant au cadre de l'intervention et quant au vécu relationnel.

Il y a peu de choses écrites sur la contribution des services de réadaptation avec hébergement pour agir sur le cours du développement des jeunes à risque d'un trouble de la personnalité. La littérature américaine évoque le rôle des

residential services de façon plus générale. Les Français écrivent sur la psychothérapie dans sa forme classique et sur le traitement hospitalier.

Au Québec, Morrissette et Parisien (1997) parlent de l'opportunité d'une hospitalisation prolongée lorsque la famille est dysfonctionnelle. Quant au rôle des intervenants en internat de réadaptation, il a été abordé par Gilles Richelieu (2004), qui travaille dans un milieu où cette pathologie est singulièrement présente. Ce dernier met l'emphase sur la dimension relationnelle, à la fois comme défi pour les intervenants et comme voie de traitement. Pour notre part, nous essaierons ici d'instrumenter l'éducateur en matière de dépistage et de tracer les grandes lignes d'un guide de pratique pour le traitement.

LE DÉPISTAGE

Pour reconnaître ces jeunes, l'éducateur doit d'abord faire la lecture et l'analyse du dossier clinique du jeune qui lui est confié. Il y trouvera différentes **opinions diagnostiques**, mais rarement un franc diagnostic de trouble de la personnalité. En effet, plusieurs pédopsychiatres du Québec refusent de poser un tel diagnostic, attendu que le développement psychique d'un adolescent n'est pas complété. Quelques-uns le font toutefois.

On peut trouver plus souvent dans les dossiers des jeunes l'évocation de **traits** de personnalité limite ou borderline. Ceux-ci constituent la forme la plus courante du trouble



de la personnalité en devenir qui se trouve dans nos services. C'est pourquoi nous nous y attarderons ici, bien qu'il existe plusieurs autres formes, inscrites dans le DSM-IV-R. Il faut s'y adresser car ils sont le prélude d'un véritable trouble de la personnalité si on ne change pas le cours des choses.

Il arrive aussi que le dossier soit très pauvre en indications diagnostiques ou n'en contienne tout simplement pas. Nous disposons alors d'autres voies pour dépister ou identifier les jeunes qui sont en voie de développement d'un trouble de la personnalité ou à risque d'y être. Ces voies sont essentiellement celle de **l'étiologie**, soit celle des conditions de vie qui induisent une trame développementale marquée par cette psychopathologie ; puis celle de la **symptomatologie**, qui est celle des manifestations typiques de cette pathologie.

Concernant l'étiologie

Savoir comment se développe un trouble de la personnalité permet d'abord de le dépister ; cela donne aussi des indications claires quant à la façon de le traiter.

On s'entend pour dire que les conditions de vie dans lesquelles un jeune grandit sont des facteurs de risque déterminants pour le développement d'un trouble de la personnalité. Parmi ces facteurs liés aux conditions de vie, nous pouvons regrouper deux types qui ont un effet majeur. Ce sont :

- Le type de **relation** qui est vécu avec les figures parentales ;
- le **cadre de vie** dans lequel le jeune grandit.

De façon plus précise, ce sont : **des relations interpersonnelles de type fusionnel** – ou – **un cadre de vie fait d'instabilité et d'incohérence** –ou- **la conjugaison de ces deux facteurs**.

Ces facteurs mobilisent toute l'énergie psychique de l'enfant qui doit essayer de s'ajuster constamment à ce qu'il vit. Cela entrave son développement global, notamment en ce qui concerne une dimension fondamentale, qui est le processus de **séparation-individuation** (Masterson, 1971). Ce processus est celui qui permet

poursuivre ; donc, idéations ou gestes suicidaires probables...

Sur le plan affectif ou émotionnel

Instabilité et intensité excessive des émotions. Alternance marquée entre l'angoisse, la colère, la tristesse, le sentiment de vide : de brefs épisodes

BIEN CONNAÎTRE L'HISTOIRE DU JEUNE EST UNE VOIE SÉRIEUSE DE DÉPISTAGE.

de se séparer psychologiquement de sa figure parentale pour devenir un individu distinct. Quant ce processus est entravé, il y a émergence d'une organisation pathologique de la personnalité, appelée **état-limite**, qui est à la base des troubles de la personnalité (Guilé, 1999).

Donc, quand on apprend qu'un jeune a vécu dans de telles conditions, on doit tout de suite se questionner. En ce sens, bien connaître l'histoire du jeune est une voie sérieuse de dépistage.

Concernant la symptomatologie

L'émergence d'un trouble de la personnalité chez les adolescents placés se manifeste dans l'ensemble des sphères de leur développement, notamment les sphères identitaire, cognitive, affective, relationnelle et sociale.

de tranquillité relative peuvent apparaître, tout en faisant partie du tableau d'instabilité...

Sur le plan cognitif

Instabilité et manque de nuances, positions clivées face aux situations, à soi-même ou aux autres ; instabilité aussi dans la vision prospective de sa vie (change d'idée souvent, sans raison apparente, plutôt que de suivre une ligne continue) ; jugement social souvent déficient...

Sur le plan relationnel

Instabilité dans le rapport à autrui ; relations intenses mais instables ; tendance à idéaliser ou à disqualifier globalement l'autre ; crainte du rapprochement comme de l'abandon ; l'analyse de ce qui se vit entre le jeune et l'intervenant (relation transférentielle et contre-transférentielle) est donc essentielle...

L'ANALYSE DE CE QUI SE VIT ENTRE LE JEUNE ET L'INTERVENANT (RELATION TRANSFÉRENTIELLE ET CONTRE-TRANSFÉRENTIELLE) EST DONC ESSENTIELLE.

Sur le plan identitaire

Doute et ambivalence par rapport à ce que l'on est, ce que l'on veut être, devenir et faire ; tendance à emprunter des fragments d'identité à l'un et à l'autre ; oscillation entre des positions de dépendance et d'indépendance (factice) ; angoisses par rapport au sens de sa vie et à l'opportunité de la

Sur le plan social et comportemental

Vie sociale dérégulée ; rapports éphémères avec des semblables ou autres marginaux ; alternance entre l'isolement et la recherche intense de la présence des autres ; déficit du contrôle des pulsions ; conflits et violence agie probables ; tendance à

consommer à l'excès des substances psychotropes...

Outre les éléments d'étiologie que l'on peut découvrir en explorant l'histoire du sujet, puis ces éléments de symptomatologie que l'on peut observer avec une lecture éclairée du quotidien, une troisième voie est à explorer : celle de l'utilisation d'un outil validé de dépistage.

Des spécialistes de l'Hôpital général juif de Montréal (Guzder et Zerkovitz,

Toutefois, la mise en œuvre de ces indications est encore plus essentielle auprès de cette clientèle. Nous essaierons de le démontrer **en faisant le lien entre les facteurs étiologiques et les caractéristiques de l'intervention.**

En somme, il faut offrir au jeune un type de relation et un cadre de vie qui soient différents de ceux qu'il a connus. Il faut que cette différence soit appropriée, marquée, constante et suffisamment longue **pour avoir**

développementale qui a été sévèrement atteinte.

Dans cette optique, les services de réadaptation peuvent offrir au jeune un traitement dont les composantes se définissent comme suit.

La gestion clinique du cadre de l'intervention

Elle sert à assurer un **cadre** :

- Clair ;
- cohérent ;
- cohésif ;
- pondéré.

Nous avons dit plus tôt que, parmi les facteurs du développement d'un trouble de la personnalité, il y a l'incohérence du milieu dans lequel le jeune grandit.

Cette incohérence est, entre autres, faite d'ambiguïté : on y oppose la **clarté** des règles. Elle était aussi faite de messages contradictoires : c'est pourquoi la **cohésion** des membres de

C'EST POURQUOI IL FAUT PRENDRE LE TEMPS DE VIVRE AVEC LE JEUNE LE PROCESSUS COMPLEXE QUI RESTAURE EN PARTIE UNE TRAME DÉVELOPPEMENTALE QUI A ÉTÉ SÉVÈREMENT ATTEINTE.

2005) présentent un tel outil, le *Child Diagnostic Interview for Borderline Pathology* (CDIB-R). Ils notent que cet outil contient plusieurs passages correspondant à des étiquettes diagnostiques de l'axe I (maladie mentale avec fondement organique déterminant), mais que les sujets qui cotent fort globalement au CDIB évoluent pour la majorité vers un diagnostic de l'axe II, qui concerne les pathologies n'ayant pas essentiellement une base organique, là où se trouvent les diagnostics de trouble de la personnalité.

LA CONTRIBUTION MAJEURE DES SERVICES DE RÉADAPTATION

D'emblée, il y a lieu de préciser que les indications thérapeutiques qui suivent ne sont pas exclusivement applicables aux jeunes à risque de développement d'un trouble de la personnalité. En fait, elles sont généralisables à l'ensemble des jeunes en grande difficulté qui requièrent des services de réadaptation avec hébergement.

un effet correcteur sur le cours de son développement.

Concernant le facteur temporel, Chabrol *et al.* (1996) soulignent que, même avec la thérapie cognitivo-comportementale (souvent associée

IL FAUT OFFRIR AU JEUNE UN TYPE DE RELATION ET UN CADRE DE VIE QUI SOIENT DIFFÉRENTS DE CEUX QU'IL A CONNUS.

à des résultats tangibles à plus court terme), il faut compter un an et demi à deux ans et demi pour offrir un traitement de qualité.

Le document sur *l'État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU* (2005) précise que, pour ces clients comme pour les autres, les services offerts doivent viser l'adaptation et l'autonomie maximales des jeunes au sein du milieu de vie auquel ils se destinent. Or, l'autonomie fonctionnelle de ces jeunes passent par une part accrue d'autonomie affective. C'est pourquoi il faut prendre le temps de vivre avec le jeune le processus complexe qui restaure en partie une trame

l'équipe est essentielle à la **cohérence** de l'intervention.

Elle était aussi faite d'excès de laxisme ou de rigidité : il faut offrir au jeune des attitudes **pondérées** qui se situent entre ces extrêmes. Enfin, elle était le résultat des humeurs instables de l'adulte : c'est pourquoi il faut travailler selon une **compréhension claire et partagée de la problématique du jeune**, qui guide l'action vers la cohérence et **qui objective** les intervenants dans leurs actions.

Le cadre clinique de l'intervention, cohérent, clair, cohésif et pondéré aura pour effet d'apaiser le jeune et de rendre ses énergies disponibles à des

parts saines de son développement dans ses différentes sphères. En corollaire, l'adolescent pourra commencer à se construire une part d'identité qui lui est propre, saine et distincte.

La distance relationnelle

Pour avoir les effets thérapeutiques visés, la distance relationnelle doit être :

- Juste ;
- stable.

Nous avons dit également que les rapports fusionnels étaient facteurs d'une atteinte au développement qui favorise l'émergence de cette organisation pathologique de la personnalité qu'est l'état-limite. En effet, les rapports fusionnels sont caractérisés par des passages répétés et brusques d'une proximité excessive à une mise à l'écart qui s'apparente au rejet.

Dans cette incohérence du lien aux figures adultes, l'enfant ne peut se construire, occupé à trouver, tantôt un espace pour s'émanciper, tantôt un réconfort face à la crainte d'un abandon. C'est pourquoi les intervenants doivent garder une distance qui soit juste et stable, en n'étant ni trop proches, ni trop éloignés. Cette juste distance relationnelle est essentielle pour éviter de faire revivre au jeune des espoirs irréalistes d'être préservé à jamais des intempéries de la vie (être son sauveur). À l'opposé, une trop grande distance est à éviter, puisqu'elle ferait revivre au jeune une angoisse d'abandon qui le démobiliserait entièrement.

En plus de trouver une position relationnelle qui se situe entre ces extrêmes, il est important que l'intervenant d'accompagnement sache la garder de façon aussi stable que possible, **malgré tous les gestes et attitudes du jeune pouvant induire à le surprotéger ou à le délaissier**. Il est également essentiel



que tous les adultes jouant un rôle de soutien auprès du jeune agissent **de façon concertée** en tenant compte de cet enjeu.

Seulement vers la fin de l'intervention et lorsqu'on s'approche de la réinsertion sociale, la distance relationnelle devra être ajustée en fonction des impératifs du développement de l'autonomie affective et fonctionnelle du jeune. C'est-à-dire que la prise de distance sera graduelle et mesurée en fonction de la capacité du jeune de vivre cette distance sans perdre ses moyens.

L'accompagnement dans le temps requis

Le temps requis permet de réaliser les phases suivantes :

- Arrêt de l'agir ;
- mise à jour des mécanismes de défense et de leurs effets pervers ;
- accompagnement dans les affects douloureux ;
- mobilisation des ressources internes résiduelles ;
- acquisition et mise en œuvre de compétences sociales nouvelles.

Le temps requis est une dimension essentielle pour un accompagnement qui vise un effet thérapeutique véritable et durable.

Comme l'intervention s'adresse ici à un problème global, soit celui de l'organisation de la personnalité, elle vise des processus de changement majeur, dont il faut respecter le rythme. C'est pourquoi nous croyons, comme plusieurs auteurs et à partir de notre expérience clinique, que

à la réalisation de ses projets, à son développement, parfois à sa sécurité ou à sa santé. La mise à jour de ces mécanismes permet aussi d'envisager qu'il y a d'autres façons de composer avec les situations difficiles et avec les tensions internes qu'elles créent en lui.

L'accompagnement dans les affects douloureux

Le renoncement aux mécanismes de fuite ramène le jeune face aux

reste à son écoute, ne le juge pas et, malgré l'empathie manifestée, reste serein à l'écoute des récits de ce qu'il pense et ressent.

Le jeune pourra éventuellement composer avec ses malaises dans la mesure où il aura expérimenté qu'il peut les partager sans que l'autre ne s'enfuie, ce qui lui aura rendu l'exercice moins lourd et ce qui lui suggérera que sa réalité n'est pas insoutenable. Ce faisant, il expérimentera aussi qu'il peut survivre à ces malaises et qu'il peut même trouver des voies pour les apaiser.

L'AGIR EST DÉFINI ICI COMME UN MÉCANISME DE DÉFENSE POUR FUIR LES AFFECTS DOULOUREUX QUE LE JEUNE ÉPROUVE.

pour un jeune qui est en voie de développement d'un trouble de la personnalité, une intervention dont la durée est de l'ordre de deux années environ est requise pour induire un changement durable et prévenir la récurrence des manifestations qui appelleraient un autre placement.

L'arrêt d'agir

L'agir est défini ici comme un mécanisme de défense pour fuir les affects douloureux que le jeune éprouve. Ainsi, l'arrêt de cet agir devient essentiel pour initier la relation thérapeutique. Cet agir est une réaction qui sert à expulser ou à réduire des tensions internes. Il n'a donc normalement aucune visée qui soit constructive et réfléchie. Tant que le jeune est dans cette forme d'agir, il est impossible de lui apprendre à composer avec son vécu intérieur sur un mode plus évolué ou adapté.

La mise à jour des mécanismes de défense et de leurs effets

L'arrêt de l'agir permet au jeune de prendre conscience de son mécanisme de fuite et de mesurer les conséquences importantes que cette fuite entraîne dans les différentes sphères de sa vie. Or souvent, ces conséquences constituent un préjudice

éléments de sa réalité qui l'angoissent, le mettent en colère ou le dépriment. Il est probable qu'il ne sache pas composer avec ces affects, qu'il croie qu'ils sont insoutenables et qu'il ait à nouveau le goût de fuir les pensées qui les suscitent. Il faut alors accompagner le jeune à deux niveaux.

D'abord, il faut lui apprendre à faire face à sa réalité et à s'attribuer la capacité d'y changer quelque chose dans une optique réfléchie et constructive. Tout en renonçant à la pensée magique et toute-puissante, le jeune doit apprendre à regarder sa réalité en face et à chercher les solutions les meilleures parmi celles qui sont applicables dans le réel. Pour y arriver, il faut en même temps apprivoiser le jeune aux émotions qu'il ressent durant cet exercice.

Le jeune doit devenir convaincu que ces affects, pour difficiles à vivre qu'ils soient, ne vont pas le faire mourir ou le laisser dans cet inconfort de façon permanente. Pour ce faire, le jeune **doit être accompagné** dans les affects douloureux que réveille cette réflexion sur son sort. **Il doit pouvoir les partager** et vivre l'expérience qu'ils sont recevables par un autre être humain, puisque l'autre

La mobilisation des ressources internes résiduelles

Bien qu'il y ait eu atteinte au développement général du jeune, il reste en lui des ressources, notamment cognitives, sensorielles et motrices, qui n'auront pas été détruites et qui pourront se déployer d'autant mieux si le jeune a été soutenu sur le plan affectif, en étant sécurisé et apaisé par un cadre de vie stable et cohérent.

La mobilisation des ressources internes du jeune devient possible dans la mesure où les facteurs ayant entravé cette mobilisation sont contrés. Il faut se rappeler que l'incohérence des conditions de vie a mobilisé de façon quasi constante les ressources adaptatives du jeune, qui avait à s'ajuster fréquemment à des messages et contextes différents.

Quand ces facteurs d'entrave prennent fin, les ressources personnelles de l'adolescent redeviennent disponibles et peuvent être mobilisées en vue de la reprise d'un développement sain. Alors, un grand nombre d'apprentissages latents peuvent s'actualiser d'une façon qui permet au jeune de laisser voir des progrès parfois étonnants. S'il est rassuré quant à son devenir, le jeune se permettra d'évoluer vers une plus grande autonomie.

L'acquisition et la mise en œuvre de compétences sociales nouvelles

Ces meilleures dispositions affectives de l'adolescent lui permettront de se remobiliser, non seulement pour actualiser des apprentissages qui étaient demeurés latents, mais aussi pour faire des apprentissages nouveaux. Or, il faut profiter de cette opportunité pour inclure dans le processus de la réadaptation l'apprentissage d'habiletés sociales nouvelles.

En effet, il ne suffit pas de faire voir au jeune ce qu'il ne doit plus faire pour qu'il sache spontanément ce qu'il doit faire à la place.

Il faut comprendre que le jeune qui a vécu dans un contexte incohérent, souvent, **n'a pas été socialisé** adéquatement. Il y a donc un rattrapage à faire en accéléré des habiletés sociales auxquelles il n'a pas été convenablement initié. Mentionnons, entre autres, les habiletés de communication, la résolution de problèmes et de conflits, la gestion de la colère. Dans un contexte qui répond mieux à ses besoins affectifs, le jeune sera mieux disposé à faire de nouveaux apprentissages, puis à les mettre en pratique, et évoluer ainsi vers une plus grande autonomie.

L'intervention sur le milieu d'origine ou de réinsertion

Cette intervention pourra prendre différentes formes :

- Conscientiser ;
- harmoniser avec le milieu de réadaptation ;
- inciter au traitement si besoin est ;
- baliser et superviser autant que requis.

Un jeune recevant des services de réadaptation avec hébergement ne s'y trouve par définition que de façon transitoire. Au terme de sa

réadaptation, il ira possiblement se réinsérer dans son milieu d'origine. En pareil cas, il faut nécessairement intervenir auprès des personnes qui le composent, sur les patterns de leurs interactions avec le jeune.

En effet, nous avons vu que ce milieu présentait des caractéristiques relationnelles ou environnementales qui avaient contribué de façon importante à générer cette atteinte au développement du jeune. Dès lors, il est facile de concevoir que **les**

CERTAINS AUTRES PARENTS SONT TROP PERTURBÉS POUR COLLABORER DE FAÇON STABLE ET COHÉRENTE.

acquis récents que le jeune aura réalisés en milieu de réadaptation risquent fort de se perdre rapidement si le milieu où il retourne vivre n'a pas changé.

L'approche à adopter aux fins de cette intervention varie selon les dispositions des personnes visées. Il y a lieu de croire que les personnes du milieu d'origine, souvent les parents naturels du type de jeunes qui nous concernent ici, étaient eux-mêmes perturbés. La gravité de leur perturbation peut toutefois varier. Il est possible aussi que leur état ait évolué, parfois pour le mieux.

Certains parents de ces jeunes présentent une ouverture et une capacité de collaborer avec les intervenants aux fins du mieux-être du jeune. Avec eux, il est possible de faire un travail de conscientisation au sujet des impacts de leurs attitudes sur le jeune. Ces prises de conscience pourront motiver le parent concerné à modifier ses attitudes d'une façon qui permette ou même favorise la poursuite du développement normal de leur jeune.

Le parent disposé à collaborer comprendra aussi qu'à des fins de

cohérence, il est nécessaire d'harmoniser ses modes d'intervention avec ceux de l'éducateur. Il verra donc à trouver et à appliquer, de concert avec l'éducateur, des façons de faire qui sont saines et qui permettront au jeune de percevoir une continuité entre ce qu'il aura vécu en centre de réadaptation et ce qu'il vivra par la suite dans son milieu naturel.

D'autres parents ne sont pas motivés à collaborer avec l'éducateur, à cause de raisons qui appartiennent à leur

histoire. En pareil cas, **l'implication du praticien social** sera d'autant plus nécessaire, puisqu'il y a des enjeux à dénouer pour ouvrir la voie à cette collaboration.

Certains autres parents sont trop perturbés pour collaborer de façon stable et cohérente. Il faut alors que le praticien social travaille à les motiver à **se faire traiter** et à s'impliquer dans un pareil traitement spécialisé de façon **active et durable**.

Enfin, d'autres parents refusent de collaborer et de se faire traiter. Ceux-là nient une bonne part de leurs difficultés et attribuent tous les torts à leur jeune ou au réseau des services à la jeunesse. Sans s'impliquer de façon soutenue auprès du jeune, ces parents prendront des positions d'alliance ponctuelle avec leur adolescent contre le réseau des services et contre les intervenants en place. Ils feront des interventions qui ont pour effet de déstabiliser le jeune et de le démotiver face à son séjour en service de réadaptation. De pareilles attitudes peuvent entraver toute évolution du jeune vers un développement plus sain.

Face à ce type de parents, il faudra créer des balises pour limiter l'effet néfaste de leurs actions, par le biais d'une supervision de leurs contacts avec le jeune, qui soit ordonnée par le tribunal. Cette supervision avec assises judiciaires permettra de contrôler la fréquence, les modalités et les contenus de ces contacts.

Advenant qu'un parent ne se soumette pas aux règles de cette supervision et qu'il pose des gestes préjudiciables au développement du jeune, il faudra alors demander au tribunal un interdit de contact.

EN SOMME...

De plus en plus d'adolescents confiés aux centres de réadaptation sont porteurs d'atteintes sévères à leur développement, touchant notamment chez eux le processus fondamental de la séparation-individuation, essentiel à l'acquisition de l'autonomie.

Ces jeunes sont parmi les plus difficiles à assumer pour les intervenants. Ils sont perçus comme instables au

ISSUS DE FAMILLES ÉCLATÉES, LEUR PRÉSENCE CROISSANTE EN NOS SERVICES RESTERA UN DÉFI CONSTANT.

point d'être épuisants ; ils sollicitent beaucoup sur le plan émotionnel, suscitant tantôt le désir de les sauver, tantôt celui de les éjecter au loin.

Issus de familles éclatées, leur présence croissante en nos services restera un défi constant. Pourtant, une claire vision de leur pathologie, puis des indications cliniques qui en découlent, permettent aux éducateurs de prendre, face à ces jeunes, une juste distance sur le plan émotionnel, de resituer leur intervention dans une optique de moyen terme, enfin de maintenir le sens de leur action tout au long du séjour du jeune.

Ainsi, la présence de ces jeunes peut devenir le défi clinique des années à venir dans les plans de développement des centres jeunesse. Au niveau des intervenants, ce défi clinique peut devenir une riche voie de stimulation et de développement professionnel, qui interpelle les praticiens sociaux comme les éducateurs. <

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brenas, E. et F. Ladame (1985). « Les adolescents borderline, diagnostic et traitement », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXVIII, no 2, 485-512.
- Chabrol, H., Schmitt, L. et H. Sztulman (1996). « Thérapie cognitive et psychothérapie analytique des personnalités limites : une réflexion critique », *Annales médico-psychologiques*, vol. 54, no 4, 238-244.
- Chagnon, F. et J. Laframboise (2005). *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*, Collection Développement et évaluation de programmes, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.
- Guilé, J.-M. (1999). « Les états limites et les troubles de la personnalité », dans E. Habimana et al. (dir.), *Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*, Montréal, G. Morin, 257-278.
- Guzder, J. et P. Zerkowitz (2005). « Le diagnostic de pathologie borderline chez l'enfant », *Prisme*, vol. 45, 114-125.
- Masterson, J.F. (1971). « Diagnostic et traitement du syndrome borderline chez les adolescents », *Confrontations psychiatriques*, no 7, 125-155.
- Morrisette, L. et M. Parisien (1997). « Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 1, 30-42.
- Richelieu, G. (2004). « Réadaptation et troubles de la personnalité : défis et enjeux », *Défi-jeunesse*, vol. 10, no 3, 17-28.

→ PRENDRE SOIN DE SOI COMME INTERVENANT

OU COMMENT SE DÉGAGER DE LA RÉSONANCE TOXIQUE ISSUE DU CLIENT OU DE NOTRE ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

ON NE LE DIT JAMAIS ASSEZ ! TRAVAILLER AVEC LA CLIENTÈLE DES CENTRES JEUNESSE, **C'EST UN SPORT EXTRÊME !**



Michel Brien, analyste bioénergéticien, conseiller clinique, DSP-AU
En collaboration avec **Vicky Éthier**, éducatrice, DSRA,
Mélanie Tremblay, intervenante sociale, DSTNO



Nous tentons d'intervenir avec les éléments les plus en détresse de la société. Cette détresse se présente sous différents visages.

Au plan social, la détresse se manifeste souvent par la pauvreté et l'exclusion. Mais cette détresse n'est parfois qu'un masque qui recouvre des problématiques beaucoup plus graves et complexes.

- Par exemple, les problèmes liés à la maladie mentale, tant chez les parents que chez les enfants, ont leurs caractéristiques propres compte tenu de ce qu'ils font vivre de déchirement, d'impuissance, de souffrance, de malaises diffus, d'attaque à la cohésion.
- Les personnes qui présentent des troubles de comportement et des troubles de la personnalité ne laissent personne indifférent avec la menace que la violence comporte dans leurs gestes et leurs attitudes.
- N'oublions pas l'insupportable brûlure affective qui résulte du fait d'accompagner des bébés ou de jeunes enfants déjà aux prises avec d'effroyables fardeaux de vie, qu'il s'agisse des séquelles de la séparation de leurs parents, d'abandon, d'abus physiques ou sexuels.

La totalité de nos énergies est alors mobilisée, selon l'expression consacrée, « à protéger, accroître les compétences et réduire les séquelles » (Paquette, 1998). C'est là notre mission ! À notre corps défendant, il est difficile

de développer des défenses efficaces devant tant de souffrance infligée aux enfants.

Dans les pages qui suivent, je propose de nous arrêter quelque peu à ce que peut vivre l'intervenant qui est exposé à « l'horreur au quotidien » (Lowen, 1987). C'est ce que nous avons appelé le corps en résonance (Brien, 2000) c'est-à-dire l'impact du client dans le corps de l'intervenant, pouvant être utilisé comme repère en soi, de ce qui se vit dans le processus du client. Cet article traitait à l'époque de la façon d'utiliser la résonance comme outil thérapeutique au service du client. Par la suite, dans l'article *À fleur de peau* (Brien, 2003), nous avons traité de la façon d'utiliser cette résonance du client dans le corps de l'intervenant comme mode de supervision clinique par mode d'expérimentation entre pairs.

Nous aborderons, ici, la façon de se dégager de la résonance toxique du client lorsqu'elle se fixe dans le corps de l'intervenant, afin de survivre à notre travail, préserver notre vie personnelle et garder notre feu sacré. Autrement dit, comment prendre soin de nous.

LA RÉSONANCE : TROIS POINTS D'IMPACT

J'ai eu le privilège, pendant plus de 30 ans, de travailler dans les centres jeunesse avec des groupes d'enfants, puis dans des familles avec de tous petits bébés ou alors avec de grands ados. J'ai travaillé avec des parents tout autant

qu'avec des adultes en détresse. Encore aujourd'hui, je fais une vingtaine d'entrevues par semaine avec des adultes en détresse et parfois des familles. Une constante se dégage de la détresse des gens : **plus les gens sont en détresse moins ils ont la capacité d'analyser et de comprendre, et plus ils se replient dans leur corps.**

C'est pourquoi, tout universitaire que nous soyons, nous avons intérêt à nous intéresser à l'expression somatique du conflit. D'une part, ce sera très utile pour rejoindre le client dans son univers et mettre nos connaissances à sa portée. Mais le plus important, selon moi, est de **repérer la résonance du client en soi** afin de se prémunir de ses effets toxiques... « n'être qu'un lieu de passage et non un lieu de stockage » (Brien, 2000).

L'importance de la communication non verbale est établie aux racines mêmes de la relation. Nous n'avons qu'à penser aux échanges d'une mère et de son bébé pour observer toute la chorégraphie des corps. Cette danse est accompagnée de gazouillis, de sons, de mots, de rythmes, de touchers, de mouvements et de mimes.

Ce niveau de langage se retrouve dans les théories de Stern (1989) et de Brazelton (*in* Jeliu, 1988) sur l'accordage affectif, pour nous convaincre de l'importance du corps, dans la mise en place relationnelle du sujet qui retrouve son équivalent dans la relation thérapeutique.

Le corps de l'intervenant danse aussi avec le client, qu'on le veuille ou non (Keleman, 1986) ; d'où l'importance de s'en servir. C'est justement ici que l'intervenant est susceptible d'être en danger s'il ne fait pas circuler la résonance entre lui et le client. Deux pièges guettent alors les intervenants :

- Être happé par la résonance toxique ;
- ou se désensibiliser progressivement.

Nous parlions donc de trois points d'impacts pour repérer la résonance soit au niveau des sensations, des émotions et des représentations. J'ai souvent entendu formuler la question

L'INTERVENANT A TOUT AVANTAGE À ÊTRE SITUÉ DANS CE QU'IL VIT D'ACTUEL OU DE SON HISTOIRE PERSONNELLE.

suivante : « Comment fait-on pour savoir s'il s'agit d'une résonance ou de mon vécu personnel ? ». La principale caractéristique de la résonance est **qu'elle s'impose**, en contexte thérapeutique, comme **une variable provenant du client dans le vécu d'un intervenant.**

Partant d'une position neutre avant la rencontre, l'intervenant a tout avantage à être situé dans ce qu'il vit d'actuel ou de son histoire personnelle. C'est alors qu'il peut être en mesure de repérer **l'effet du client** en lui lorsqu'il entre en contact ou en cours d'intervention. Pour Neyreault (*in* Puskas, 1992), deux indicateurs sont à notre disposition : la répétition et la fausse note. Dans

L'INTERVENANT DOIT CONSENTIR À ÊTRE INTERPELLÉ DANS SON PROPRE CORPS ET DANS TOUTES SES DIMENSIONS.

la répétition, nous voyons se répéter un évènement selon les trois points d'impacts déjà énoncés : une pensée, une émotion ou une sensation qui revient en nous ou entre nous. La fausse note, elle, survient un peu de manière inattendue, par exemple, un lapsus ou un retard inhabituel, un acte manqué, un malaise diffus...

Selon les mêmes auteurs, trois pièges de la relation risquent d'entraîner

une réponse contre-transférentielle chez l'intervenant, à son insu, dans son corps et dans ses mots. Ces pièges sont le rejet, la séduction et la suridentification (voir Puskas, 1992, pour une articulation plus détaillée).

Keleman (1985, 1997) et Lowen (1972, 1975) ajoutent l'abandon selon des nuances différentes de ce qui est

décrit pour le rejet. Ce piège est particulièrement évident chez la clientèle des centres jeunesse, notamment les enfants affectés de troubles graves d'attachement. Il nous est alors possible d'observer, que souvent, un enfant ayant une histoire grave de négligence ou d'abandon entraînera inexorablement tout le système pourtant dédié à lui prodiguer des soins et de la protection dans une résonance où se rejouent la négligence et l'abandon ; ce qui perpétue son histoire en plus de l'aggraver et de le conduire trop souvent aux portes du désespoir.

Donc, pour repérer la résonance, l'intervenant doit consentir à être interpellé dans son propre corps et

dans toutes ses dimensions. Afin d'illustrer le propos, voici un exemple où une éducatrice relate ce que lui fait vivre un jeune, à l'occasion d'une consultation clinique.

Lorsque le monstre prend possession de soi

Vicky est une éducatrice qui travaille en contexte de foyer de groupe avec des adolescents de 12 à 17 ans. À l'occasion d'une consultation clinique,

elle expose le malaise que lui fait vivre Vincent, un jeune au comportement très menaçant. À mesure qu'elle expose la situation, Vicky mime à son insu une posture aux bras et aux mains crispées, sortant les dents, exorbitant les yeux et se levant debout comme en position d'attaque... STOP ! Arrêt sur image ! Qui est ce personnage ? Vicky retombe sur sa chaise, surprise...

C'est le père de Vincent ! Celui qui l'a maltraité depuis son jeune âge et qui en fait autant avec tous les interve-

- Sortir de l'isolement ;
- se donner un regard extérieur ;
- prendre une position de témoin ;
- faire de la place (Crombez, 1995).

Le fait que Vicky mime de tout son corps ses états émotionnels est une grande force. Elle a ainsi accès, via l'écho en son corps, à tout le discours non mentalisé que porte le client. Vincent s'incruste en elle sous forme de sensations viscérales, correspondant aux propensions du père et du fils à traduire leurs états d'âme

clinique de la situation de Vincent ; tout devient clair :

- Reconnaître ce qu'il vit ;
- accompagner l'impuissance et le deuil du père qu'il n'a pas ;
- viser la découverte de ses propres ressources en vue de l'actualisation d'un projet de vie autonome, en dehors du père.

Vicky s'est servie de ce que lui a fait vivre Vincent pour saisir en elle ce que Vincent ne pouvait intégrer en lui. Elle devenait ainsi « mère porteuse émotionnelle », lieu de passage en gestation, permettant à Vincent d'appivoiser une réalité trop menaçante, en la prenant à petite dose, via la médiation humanisante de Vicky. En acceptant d'exposer ainsi sa situation en consultation clinique, elle a eu le courage de se donner en elle le même cheminement qu'elle demandait à Vincent de réaliser... apprivoiser et humaniser une histoire d'horreur !

Cette éducatrice nous illustre ainsi le parallèle entre le cheminement de

LE CORPS DE VICKY DEVENAIT PORTEUR DE LA RÉSONANCE PATERNELLE DEVANT VINCENT. CE DERNIER PROJETAIT SUR ELLE LE TRANSFERT PATERNEL DONT IL TENTAIT DE SE DÉLIVRER.

nants au dossier, de par les menaces de mort qu'il leur adresse régulièrement.

Le corps de Vicky devenait porteur de la résonance paternelle devant Vincent. Ce dernier projetait sur elle le transfert paternel dont il tentait de se délivrer. Cela illustre l'exemple de la fausse note dont j'ai parlé précédemment.

Pour le psychanalyste Sandler (1979), « dans le transfert, de mille façons subtiles le patient tente de pousser l'analyste à se conduire d'une manière particulière et inconsciemment, le sonde et s'adapte à sa perception des réactions de l'analyste ».

Quand à Paula Heinman (*in* Sandler, 1979) elle va jusqu'à remarquer que « la réponse de l'analyste au patient peut être utilisée comme point de départ à la compréhension du matériel du patient... souvent quelque chose que l'analyste saisit et conserve en lui-même... ».

En osant aborder la question de ce qu'elle vivait, Vicky se donnait un premier recours :

sous forme de tensions extériorisées en passages à l'acte agressifs.

L'idée d'arrêter l'image sur la posture corporelle en forme de monstre a permis à Vicky « d'isoler le microbe ». D'une certaine manière, cela revient à dire, de s'arrêter à ce phénomène, de l'explorer, de l'habiter et de se servir

UN IMMENSE PIÈGE GUETTE L'INTERVENANT QUI CÔTOIE LA SOUFFRANCE AU QUOTIDIEN : LA DÉSENSIBILISATION.

de ses propres repères émotionnels pour réaliser la nature de la terreur sous-jacente aux comportements de Vincent. Il aurait été si facile de réagir à la violence... il est beaucoup plus subtil de repérer la terreur implicite.

Du coup, comme c'est souvent le cas dans le travail sur les résonances affectives avec implications corporelles, l'emprise des sensations corporelles paralysantes disparaît. Vicky se retrouve enfin dans sa spontanéité émotionnelle, sa mobilité et sa liberté de penser et d'agir.

Un espace d'empathie se dégage alors au service de l'accompagnement

l'intervenant en supervision clinique et le processus du client lors de l'accompagnement clinique (Richelieu *et al.*, 1994).

LES DANGERS DE LA DÉSENSIBILISATION

Un immense piège guette l'intervenant qui côtoie la souffrance au quotidien : la désensibilisation, à l'échelle de l'individu ou du système de traitement. C'est un peu comme notre réaction à force de voir des images d'horreur à la télévision, qu'il s'agisse de la répétition des images de l'effondrement des tours du *World*

Trade Center ou de la guerre au Liban... On finit par ne plus en être affecté.

Autant il peut être souffrant pour un intervenant d'être happé par la résonance toxique et de porter la situation de son client, autant l'inverse peut être dangereux, c'est-à-dire se blinder pour ne plus rien ressentir. Cela donne l'illusion d'être protégé alors que cela nous rattrape à notre insu par de nombreux effets pervers.

Au premier niveau, nous devenons des automates et des applicateurs de mesures, coupés de notre cœur, de nos ressources empathiques et de toute la sensibilité requise pour rejoindre le client dans son expérience unique.

.....
LE TRAVAIL NOUS MINE, NOUS RONGE DE L'INTÉRIEUR, NOUS DÉPOSSÈDE DE NOS DÉSIRS, DE NOS TALENTS, DE NOS ASPIRATIONS. ON SE VIDE SANS S'EN RENDRE COMPTE.

Nous sommes coupés du client parce que nous sommes coupés de nous-mêmes. C'est là une réponse à une situation chronique de stress. En se coupant de nous-mêmes nous ne réalisons plus combien, petit à petit, le travail nous mine, nous ronge de l'intérieur, nous dépossède de nos désirs, de nos talents, de nos aspirations. On se vide sans s'en rendre compte.

Pour Lowen (1987), « il s'agit d'une bombe à retardement dont l'explosion peut produire la folie ». J'ajouterais que cette bombe peut implorer aussi dans le corps sous forme de maladie... sorte de corps en folie.

LA BRÛLURE EN SOI

Un chef de service m'appelle un jour, préoccupé par le taux d'absentéisme de son personnel auprès de petits enfants de 3 et 4 ans placés dans

une unité spéciale. Il se demandait ce qui pouvait contribuer à une telle morosité chez le personnel qui se ressentait particulièrement dans les réunions d'équipe. Il me vient plusieurs questions :

- « Qui sont ces enfants ? » ;
- « Pourquoi sont-ils regroupés dans une unité de centre d'accueil à 3 et 4 ans ? » ;
- « Pourquoi ne sont-ils pas en famille d'accueil ? ».

Ces enfants sont en centre d'accueil pour les protéger d'un milieu familial menaçant et violent. Ils ont tous été battus physiquement ou abusés

sexuellement... à 3 et 4 ans... des frissons me passent sur le corps et je n'en ai pas vu un seul ! Je demande au chef comment réagissent les intervenants ? Il ne sait pas, on ne parle jamais de cela, me dit-il, cela ferait trop mal !

Je réalise alors, de par ma propre réaction mais aussi en souvenir de familles que j'ai déjà accompagnées, combien des moyens de défenses sont disponibles à la clientèle mais très difficilement à des bébés en détresse.

- On peut mettre ses limites contre un adulte menaçant ;
- on peut confronter un ado qui ne se mobilise pas ;
- on peut écouter bercer ou arrêter un enfant qui pleure, qui frappe ou qui crie sa douleur ;
- mais on se retrouve très impuissant devant un bébé en danger de mort ou déjà dépossédé de son propre corps...

Et hop ! Le malaise est déjà viscéralement en nous... c'est l'impensable que nous avons dans les bras, car chez le bébé, le langage se passe de corps à corps... (de Gelder, 2004). L'impensable, c'est le choc fait au cerveau de ce qu'il ne peut admettre, ce que Lowen (1987) appelle l'horreur !

Pour Crombez (1998), le déni est une des façons de faire face au non-sens. Pour avoir accès au déni comme mécanisme de défense, il faut alors se couper de son corps et ainsi, anesthésier la douleur.

Je propose au chef d'aborder la question en équipe.

Après beaucoup de réticences, les gens commencent à parler, ou plutôt à pleurer... dans le même langage que les enfants dont ils portent la vie... la résonance dans le corps de l'intervenant de ce que le bébé n'arrive pas à vivre. Après des tonnes de pleurs de rage contre le non-sens, peu à peu reviennent le sens, le soulagement.

Le docteur Lowen (1987) nous rappelle d'ailleurs que « pleurer est la méthode la plus ancienne et la plus efficace pour soulager les tensions » (p.159). Il va plus loin en disant que, pour vaincre les effets de l'horreur sur la personnalité et désactiver le phénomène de blindage, il faut réactiver les sentiments de peine et de colère (p.191).

Puis, peu à peu, émerge la recherche de ce qu'on aurait le goût de faire pour prendre soin de ces petits enfants : la recherche d'espace et de moyens d'accompagnement, moyens de médiation, mise en sens du travail, du mandat, réinvestissement d'activités de plaisir et de goût de vivre, de contes en support à l'imaginaire, de sorcières et de monstres pour se donner une prise en dehors de soi, pour accéder à ce qui s'est pourtant vécu en dedans.



Bien sûr, je résume ici le cheminement courageux d'une équipe qui s'est étendu sur une période d'une année au terme de laquelle, plus personne ne tombait malade chez les adultes, et les enfants pouvaient enfin se faire bercer, rire, pleurer, sans être seuls, et se laissaient raconter des histoires en ouvrant tout grand leurs yeux étoilés, avant de s'endormir.

QUELQUES OUTILS UTILES

Travailler avec les résonances affectives suppose d'emblée que l'on considère le corps comme étant un outil précieux dans la relation thérapeutique. Il sera utile d'observer nos réactions selon les trois points d'impacts déjà énumérés, afin d'accentuer les indices corporels qui seront à notre disposition.

La respiration

Il existe un principe universel chez les êtres vivants : la vie se manifeste à travers une pulsation de base, dans laquelle il y a alternance entre l'expansion et la contraction (Reich, 1970 ; Keleman, 1985, 1997). Nous retrouvons ce mouvement pulsatoire dans la fonction respiratoire, par l'alternance de l'inspiration et de l'expiration. Nous la retrouvons aussi dans la pulsation des battements cardiaques et le flux et le reflux du liquide céphalorachidien, de même que dans le péristaltisme du tube digestif. C'est là le mouvement de la vie.

En cas de stress, toutefois, cette pulsation s'arrête momentanément s'il s'agit d'un évènement mineur ou passager.

Par contre, selon les découvertes du professeur Selye (1974) et de Keleman (1985, 1997), le stress immobilise ou restreint ce mouvement pulsatoire de façon chronique lorsque le facteur de stress est répétitif ou tellement intense qu'il crée un choc. La respiration en est la fonction témoin parce qu'elle est facilement observable. Ainsi, lorsque l'on se donne un coup de marteau sur le doigt, on bloque la respiration en secouant le doigt. Couper la respiration produit un effet anesthésiant permettant d'atténuer la douleur.

Il en est de même au plan émotionnel. Je vous propose d'observer votre respiration lorsque vous êtes en présence d'une personne en détresse. Vous serez à même de constater votre tendance à couper votre respiration. Vous devenez alors très vulnérable à

capter la résonance de l'autre en vous. C'est la bonne vieille loi des vases communicants : le contenant qui fait le vide appelle à remplir le vide avec l'énergie du voisin, ce qui fixe l'intervenant dans le champ énergétique de son client. C'est ce que vivaient la plupart des membres de cette équipe.

Par contre, si je reste centré sur ma respiration, je sers de référence, et j'encourage mon client à faire de même ; je maintiens une circulation énergétique entre mon client et moi. De plus, je maintiens mon système en éveil, ancré dans son propre registre énergétique, m'évitant ainsi de sombrer dans la détresse ambiante.

La mobilité

La mobilité de l'intervenant est un autre facteur très utile pour se dégager de la résonance toxique. Contrairement à ce que nous avons

personnes présentant des troubles de personnalité de type borderline ou souffrant de troubles sévères d'attachement : deux problématiques requérant tant de la finesse que du dosage au plan relationnel.

Enfin, la mobilité de l'intervenant induit et autorise la mobilité du client donnant lieu parfois à un premier petit pas dans l'exploration d'un nouvel espace, ce qui constitue un préalable permettant d'amorcer une éventuelle alliance thérapeutique.

L'enracinement (*grounding*)

L'enracinement est un terme utilisé en analyse bioénergétique pour désigner l'ancrage d'une personne dans son expérience cognitive, affective et corporelle. Cette expérience de soi-même est organisée autour d'un axe vertical, amplifiant la sensation d'être bien posé en soi-même, en

Prendre la position du client

L'intervenant qui est bien enraciné dans son corps est en position très favorable pour distinguer son expérience personnelle de la résonance émise par le client. Un moyen simple souvent utilisé en psychodrame (Dats et Benoit, 1973 ; Lemoyne, 1972) ou dans certaines approches corporelles consiste à prendre, dans notre corps d'intervenant, la position corporelle du client.

C'est un véhicule intéressant pour explorer la position du client, le vécu affectif impliqué mais surtout les enjeux sous-jacents qui emprisonnent le client dans une position de détresse (Keleman, 1985, 1997).

Nous pouvons alors amplifier la position ou la défaire avec des micromouvements, au ralenti, (Keleman, 1987) pour explorer à la marge (Crombez, 1994) entre notre expérience et celle de l'autre. Nous sommes alors en mesure de mieux apprécier les contrastes et l'espace de découverte de ce qui est, et de ce qui n'est pas.

Cette expérience de sculpture corporelle permet souvent de valider les indices que nous avons auparavant observés dans notre propre corps.

Elle constitue aussi un formidable outil de supervision clinique (Brien, 2003) parce qu'en ressentant le client

LA MOBILITÉ DE L'INTERVENANT EST UN AUTRE FACTEUR TRÈS UTILE POUR SE DÉGAGER DE LA RÉSONANCE TOXIQUE.

appris en relation d'aide, l'écoute et l'empathie ne consistent pas à s'immobiliser et à se fixer (**surtout par le regard**) sur le besoin de l'autre. Cette façon de faire risque de nous entraîner dans un état hypnotique propre à nous faire sombrer dans la détresse, ce qui contribuera à nous vider de notre énergie.

L'antidote consiste donc à garder notre mobilité. D'abord, en respirant comme nous venons de le voir afin de garder notre mobilité intérieure. D'autre part, il peut s'avérer très utile de recourir à une bonne vieille chaise à roulettes qui permet de se bercer, de vivoter, d'écouter en se plaçant de biais.

Cette stratégie s'avère parfois très bénéfique tant pour le client que pour l'intervenant, surtout en présence de

appui sur le bassin en position assise ou en appui sur les jambes et le sol en position debout.

En relation d'aide, l'enracinement constitue le pôle opposé de la perte de soi dans l'expérience de l'autre. L'enracinement se trouve renforcé par la respiration ainsi que par la mobilité

L'INTERVENANT QUI EST BIEN ENRACINÉ DANS SON CORPS EST EN POSITION TRÈS FAVORABLE POUR DISTINGUER SON EXPÉRIENCE PERSONNELLE DE LA RÉSONANCE ÉMISE PAR LE CLIENT.

que l'on se donne. Il constitue de plus un formidable antidote contre l'angoisse et l'anxiété. Il constitue une sorte de contenant naturel auquel le client peut référer à partir du *modeling* que lui procure son intervenant.

de l'intérieur, nous devenons très sensible aux conditions à mettre en place pour rejoindre le client au plus profond de lui-même. Nous pouvons ainsi l'aider à apprivoiser des situations très difficiles et menaçantes pour sa propre intégrité, toutes choses qui

permettent de créer progressivement une ouverture chez le client.

Cette sculpture peut parfois se développer en y intégrant le corps d'autres éléments de la famille parfois même sur plusieurs générations. Nous ajoutons ainsi à l'expérience de l'intervenant, la position du client, dans une constellation familiale souvent très complexe (Prud'homme, 1981).

Les phénomènes de résonance initialement perçus dans le corps de l'intervenant deviennent alors très concrets. Ils circulent à travers les générations de corps en corps (de Gelder, 2004) jusqu'à se transmettre de la même façon dans le corps de l'intervenant. Pour qui veut s'en servir, c'est là une opportunité d'intervention (voir Brien, 1996) car nous avons isolé dans le corps de l'intervenant la cellule souche qui contamine les gens souvent sur plusieurs générations (Crombez, 1995, 1997).

Explorer la situation en prenant l'attitude du corps du client est aussi une méthode fort efficace pour en sortir. Autant elle permet de saisir les besoins dans la position du client, autant cette exploration (Keleman, 1987) permet d'identifier des repères très précis pour sortir la résonance du client en soi et la réinjecter petit à petit dans la relation thérapeutique au niveau où le client peut se l'approprier. L'intervenant se voit ainsi récupérer une position d'accompagnement et de témoin privilégié d'un cheminement qui prend forme et s'enracine dans la bonne personne et la bonne histoire porteuse de sens ou de non-sens (Crombez, 1994).

Cela fait écho aux paroles de la chanson de Bécaud (1972) qui chante : « T'as un problème insurmontable tiens... pose-le là sur la table ! »... entre nous et non l'un dans l'autre ou de l'un à l'autre.

DANSER AVEC LE DIABLE

Mélanie intervient en tant qu'intervenante sociale auprès d'Isa.

Isa présente un comportement très immature, petite fille de 4 ans dans le corps d'une adolescente de 16 ans. Quatre ans, c'est l'âge où ses parents ont pris la décision de quitter leur pays d'origine pour gagner le Canada, laissant temporairement à la grand-mère, la petite sœur âgée de seulement trois mois.

Isa présente en alternance des comportements d'opposition et des comportements d'agrippement infantiles en suppliant la mère de répondre à la question : « Tu m'aimes-tu ? ».

Trois psychiatres ont évalué Isa ! Aucun n'a le même diagnostic. Un climat de blâme très dur s'adresse aux parents !

Mélanie expose à un groupe de supervision clinique par mode d'expérimentation entre pairs (Brien, 2003) l'étrangeté qui s'installe en elle au contact d'Isa. Elle cherche à

comprendre la nature de ce corps étranger en elle.

Cette situation très dysfonctionnelle chez Isa contraste fortement avec l'attitude des parents qui présentent tous les signes de parents très impliqués et très engagés, aimants, blessés et épuisés par cette chasse aux sorcières qui plane au-dessus de leur tête...

Danser avec le diable, et tournent et tournent sans arrêt les intervenants de tout acabit qui ont tous une opinion d'expert mais pas un qui a la

même !!! On ne voit plus rien, on ne comprend plus rien !

Comme c'est la pratique établie dans ce groupe de supervision, nous demandons à Mélanie de prendre la posture corporelle de sa cliente. Très rapidement, Mélanie s'exclame : « Mon Dieu, c'est la folie... ça tourne tout mélangé dans ma tête » (comme les intervenants entre eux).

Nous choisissons, par la suite, des participants pour prendre les positions dans leur corps et dans l'espace interactionnel du père, de la mère et de la petite sœur.

Étrangement, par rapport à nos expériences antérieures dans d'autres situations, la confusion de Mélanie dans la posture d'Isa ne se vit pas en interaction ni en réaction à ses parents : **elle vit les turbulences en elle !**

Nous vérifions alors une hypothèse qui prend forme. D'un point de vue développemental, dans une perspective de langage psychocorporel (Lewis, 1981, 1983), les pertur-

EXPLORER LA SITUATION EN PRENANT L'ATTITUDE DU CORPS DU CLIENT EST AUSSI UNE MÉTHODE FORT EFFICACE POUR EN SORTIR.

bations dans la tête, assorties de tensions massives dans la nuque, renvoient à l'âge où le bébé a besoin de ressentir un support stable et solide de sa tête dans les bras d'une personne rassurante et présente qui interpelle l'enfant dans le contact des yeux de la peau du rythme et de la voix. Lorsque la mère est instable ou en détresse, le bébé comprend très vite qu'il doit tenir sa tête tout seul et ne s'appuyer sur personne. Il en résulte des tensions chroniques qui altèrent aussi la perception du monde extérieur et le sentiment de confiance dans la vie.

Afin de vérifier notre hypothèse, nous demandons à Mélanie de s'allonger par terre et avec sa permission, nous supportons sa tête. Nous disons par la suite : « Regarde-moi, Isa ! ».

Mélanie ressent alors une grande accalmie.

Nous demandons alors à la personne qui incarne le rôle de la mère d'Isa, plutôt que de répondre du regard, de garder les yeux fixes lunatiques typiques d'une mère en réaction postpartum.

De façon spectaculaire, la perturbation se réactive massivement dans la tête de Mélanie dans le rôle d'Isa.

Comme dans les réactions post-traumatiques, la mère d'Isa ne pourra reprendre contact avec Isa, même en restaurant une qualité de contact. Le contact est brisé ! Isa a maintenant peur de sa mère. La mère et la fille n'arriveront plus à établir l'accordage nécessaire au développement de

d'intervention. Elle prend le parti de déculpabiliser les parents. Elle reconnaît les grands efforts qu'ils ont faits pour rejoindre Isa. Elle les convainc d'accompagner doucement Isa vers un placement permettant tant à Isa qu'à sa famille de se soigner en dehors de l'escalade de destruction avec laquelle ils ont survécu ces dernières années. Ainsi ils pourront reprendre progressivement contact sur une autre base.

Grâce au programme d'intervention intensive auquel elle est affectée, de même qu'à sa cellule d'intervention où une petite équipe d'intervenants supportent massivement le milieu et la famille, Mélanie a réussi à documenter la situation familiale de nombreuses observations, de différents intervenants, qui démontrent la bonne foi des parents.

Le fait de travailler ainsi en petites cellules de travail permet des échanges objectivants qui, comparés aux diverses observations, contri-

de supervision clinique, demande un certain courage et un contexte d'accompagnement sécurisant. Cela permet à Mélanie d'explorer la situation de l'intérieur, de ressentir l'agitation dans sa tête comme étant la résonance en elle de ce qu'Isa pouvait vivre (Brien, 2000). En se situant en rapport à sa cliente, Mélanie peut enfin s'extraire de ce qui appartenait à Isa et ainsi reprendre une position d'accompagnement clinique et interpeller Isa dans une position de sujet (Crombez, 1994), à savoir être au centre de ce qui la concerne.

Mélanie retrouve ainsi sa mobilité et son assurance pour organiser les nombreuses observations directes auprès de la famille en un tout cohérent. Elle fait ressortir **les besoins d'Isa** et, de cette façon, exorcise l'ensemble des acteurs qui tournaient en cacophonie autour d'Isa de la même façon que ça tournait dans la tête d'Isa... **C'est ce qu'on appelle danser avec le diable !!!**

Une résonance qui se remet à circuler est l'indice d'une démarche d'intégration dans le corps du client. Autant la résonance toxique prend forme de tension dans le corps de l'intervenant autant elle devient chaleur, plaisir et confort lorsque le client se l'approprie même via de grandes souffrances. Dans le registre du langage du corps, la tension est l'équivalent corporel de la défense au plan psychique (Reich, 1970) alors que la circulation énergétique est le facteur de santé (Lowen, 1975).

S'ARRÊTER

Un des moyens les plus simples à notre portée est de s'arrêter à ce qui se passe.

Tous les exemples décrits jusqu'à maintenant mettent en scène des intervenants qui se sont donné les

MÉLANIE RETROUVE AINSI SA MOBILITÉ ET SON ASSURANCE POUR ORGANISER LES NOMBREUSES OBSERVATIONS DIRECTES AUPRÈS DE LA FAMILLE EN UN TOUT COHÉRENT.

tout enfant avec ses parents (Stern, 1989). L'enfant devient alors en détresse dans les bras de sa propre mère. Comme c'est la tradition dans son contexte culturel, la mère ne peut parler de dépression postpartum sans passer pour folle.

Mélanie, forte de son expérience, trouve que l'hypothèse fait sens et expliquerait tout le reste, y compris ce qui se réactive en Isa, en voyant ses parents abandonner temporairement à la grand-mère la petite sœur de trois mois.

En s'appuyant sur l'expérience tirée de l'expérimentation, Mélanie se permet de se situer dans sa stratégie

buent de façon significative à dégager un profil des besoins de la clientèle.

Mélanie met donc ses observations au service des psychiatres au dossier et du service social hospitalier. Ces données objectivantes présentées par Mélanie aident à rétablir des liens de collaboration entre l'hôpital et la famille **sur la base des besoins d'Isa**. Ce recadrage permet de refaire l'unité des intervenants face à Isa et à ses parents **autour d'une stratégie concertée au service des besoins de la famille et des particularités d'Isa**.

Le fait que Mélanie aborde la situation telle qu'elle la vivait, en contexte

moyens de s'arrêter ! C'est l'occasion de ressentir, de localiser dans le corps les zones interpellées et d'éviter de « danser avec le diable ». S'arrêter permet de se retrouver et de se différencier de ce que vit le client. Une réflexion peut parfois s'amorcer, conduisant à un échange avec un collègue pour « ventiler » un peu ou pour prendre une distance.

Ces « pertes de temps thérapeutiques » sont parfois nécessaires aux intervenants pour se donner des lieux de parole et pour intégrer le vécu parfois très lourd que nécessite l'exercice de leurs fonctions au quotidien. Au contraire, s'arrêter permet parfois de se retrouver seul avec soi-même afin de se recentrer sur notre tâche en dehors des bruits intérieurs et extérieurs et parfois même des pressions inhérentes au travail d'équipe.

FAIRE PARLER LE CORPS

Lorsque la résonance toxique ou la désensibilisation prennent le corps en otage en dehors d'un sens connu ou carrément dans le non-sens, le fait de s'arrêter peut être mis à profit afin de faire parler ce corps « qui ne dit mot » (Crombez, 1995). Ainsi, il faut parfois tolérer le silence, respirer et continuer de percevoir ce ressenti parfois si inconfortable, demeurer présent dans une position de témoin à soi-même. D'autres fois, certains mots-clés peuvent surgir...

- À un estomac qui fait du reflux est venu le mot « C'est trop » ;
- un dos qui spasme, un flash qui vient... « T'en prends trop » ;
- une migraine qui surgit, des yeux qui tremblent en dedans et l'impression que le client retient ses pleurs ;
- une rigidité dans la nuque et « la peur de devenir fou si je me laisse vivre cela »...

POUR L'INTERVENANT, IL IMPORTE DE SE DONNER DES ACTIVITÉS DONT L'INTENSITÉ PERMET UNE DÉCHARGE DE LA TENSION.

Il arrive, par ailleurs, que les mots ne soient d'aucune utilité. Les sensations demeurent vagues, diffuses sans liens apparents ; c'est alors qu'il faut s'occuper globalement du corps et de la vie.

UN LIEU POUR DÉCHARGER LA TENSION PHYSIQUE

Le fait de travailler intensivement, avec une clientèle à difficultés multiples présentant un si haut niveau de détresse, sollicite intensément l'organisation énergétique et émotionnelle des intervenants. C'est pourquoi l'activité physique régulière, bien au-delà de la bonne forme physique, est hautement recommandée.

Il est un principe d'intervention, dans les approches qui privilégient le corps comme porte d'entrée, qui est d'offrir à la personne sous tension une voie de décharge correspondant au niveau de résonance qu'elle émet selon les trois points d'impacts répertoriés.

Pour l'intervenant, il importe de se donner des activités dont l'intensité permet une décharge de la tension. Pour ce faire, n'importe quel médium sollicitant le corps fera l'affaire pourvu qu'il soit accompagné de respiration, de mobilité et d'enracinement.

Ce peut être du sport, de la marche, de la peinture, du tai-chi, de l'écriture, du ménage, de la danse, du théâtre ou de la cuisine, bûcher du bois. Bref, se trouver une passion, un lieu d'expression et de réalisation de soi, qui constitue pour l'intervenant une œuvre de soi. Il est reconnu dans les cercles qui s'intéressent aux mécanismes de la guérison que toute œuvre de réalisation de soi constitue

un facteur significatif pour activer en soi-même les mécanismes réparateurs (Crombez, 1994, 1998 ; Servan-Shreiber, 2003).

LA RECHERCHE D'UN ANTIDOTE... INVESTIR SA VIE PERSONNELLE

Il fait bon de se rappeler que le travail sert à gagner sa vie et non l'inverse. L'investissement dans sa vie personnelle constitue donc un antidote aux tensions vécues au travail. Rien n'est plus toxique que d'être l'otage de son travail comme seul lieu de réalisation de soi.

Prendre soin de ses amours, de ses enfants, de ses amis constitue donc en soi une manière de vivre qui nous ressource après une journée de travail. J'ai connu une dame qui guérissait complètement de ses symptômes d'arthrite quand elle était en amour mais qui rechutait douloureusement lorsqu'elle se fracassait le cœur.

Cette bienveillance envers soi-même offre des alternatives variées aux embûches personnelles et professionnelles permettant de ne pas s'isoler, de se donner un réseau affectif stimulant et sécurisant dans un contexte de plaisir.

Pour conclure sur une note joyeuse, certains auteurs (Reich, 1970 ; Lowen, 1977) prétendent que l'orgasme est la méthode naturelle la plus intense de décharge des tensions et de recharge énergétique alors que pour (Janov, 2000), une caresse équivaut à 15 mg de Prozac...

Je ne peux que m'imaginer le bonheur qui est maintenant à votre portée. Prenez bien soin de vous. <

Note de l'auteur

L'auteur tient à remercier particulièrement Mme Louise Fréchette, psychologue ainsi que Mme Danièle Gauthier, rédactrice en chef de la présente revue pour leur soutien à la correction de ce texte.

Références bibliographiques

- Bécaud, G. (1972). *Un peu d'amour et d'amitié*, Gilbert Bécaud Louis Amade, Éd. BMG, Music Publishing, 1972.
- Belleheim B. (1972). *Le cœur conscient*, Paris, Robert Laffont, Coll. Réponses.
- Boal, A. (1980). *Stop, c'est magique, Les techniques actives d'expression*, Éd. L'Échappée belle, Hachette littérature.
- Boal, A. (1980). *Jeux pour acteurs et non-acteurs*, Pratique du théâtre de l'opprimé, Paris, François Maspéro.
- Brien, M. (2000). « Corps en résonance », *Défi jeunesse*, vol. VI, no 2, mars.
- Brien, M. (2001). « Corps en résonance », *Le corps et l'analyse, Revue des sociétés françaises en analyse bioénergétique*, Vol. 2, no 2, automne.
- Brien, M. (1996). « À corps et à cris », *Défi jeunesse*, vol. III, no 1, décembre.
- Brien, M. et al. (2003). « À fleur de peau, une méthode de supervision clinique par mode d'expérimentation entre pairs », *Défi jeunesse*, vol. IX, no 2, février.
- Brien, M. (2003). « À fleur de peau, une méthode de supervision clinique par mode d'expérimentation entre pairs », *Revue Le corps et l'analyse, Revue des sociétés francophones en d'analyse bioénergétique*, vol. IV, no 2.
- Crombez, Dr J.C. (1994). *La guérison en écho*, Montréal, Gaétan Morin Éditeur.
- Crombez, Dr J.C. (1997). *Le corps qui ne dit mot*, Conférence donnée au CHUM, Production multimédia, CHUM.
- Crombez, Dr J.C. (1998). *La personne en écho cheminement dans la complexité*, Montréal, Publications MNH.
- De Gelder, B. (2004). « Les émotions passent aussi par le corps », *Journal de Montréal*, 18 novembre.
- Dats E. et J. Benoit (1973). *L'expression scénique, art dramatique et psychothérapie*, ESF.
- Janov, Dr A. (2000). *La biologie de l'amour*, Paris, Édition Du Rocher.
- Jéliu, G. (1988). *L'évaluation comportementale du nourrisson selon Brazelton T.Berry : procédure/ conseiller scientifique*, vidéo, Montréal, Hôpital Sainte Justine.
- Keleman, S. (1985). *Emotional Anatomy*, California, Center Press.
- Keleman, S. (1997). *Anatomie émotionnelle*, Paris, Édition française, M. Guilbot.
- Keleman, S. (1987). *Embodying Experience*, California, Center Press.
- Keleman, S. (1986). *Bonding, A Somatic-Emotional Approach to Transference*, California, Center Press.
- Lemoyne G. et P. (1972). *Le psychodrame*, Coll. Robert Laffont.
- Lowen, Dr A. (1987). *Gagner à en mourir, Une civilisation narcissique*, Paris, Hommes et groupes éditeurs.
- Lowen, Dr A. (1975). *La dépression nerveuse et le corps*, Éd. du Jour Tchou.



- Lowen, Dr A. (1977). *La Bioénergie*, Édition du Jour.
- Lowen, Dr A. (1972). *Lecture et langage du corps*, Paris, Éd. St.Yves.
- Lewis, Dr R. (1981). « The psychosomatic basis of premature ego development in comprehensive psychotherapy », *The Journal of International Institute of Bioenergetic Analysis*, vol. 3.
- Lewis, Dr R. (1983). « Le choc céphalique. Un lien somatique à la personnalité du faux self », *The Journal of International Institute of Bioenergetic Analysis*.
- Morris D. (1978). *La clé des gestes*, Éd. Grasset et Fasquelle.
- Paquette Francine et al. (1998). *Guide d'appropriation de l'approche milieu enfance-famille, jeunes famille, adolescence-famille*, Direction des services à la jeunesse, Direction de la recherche et du développement, Montréal, Centre jeunesse de Montréal - Institut Universitaire.
- Pauzé, R. (1987). « Prendre des mandats d'éléphant sur nos épaules, être complètement écrasés et à un moment donné, tout laisser tomber », *Le travail en institution et approche systémique*, Montréal, Centre d'orientation.
- Puskas, D. (1992). « Analyse contre-transférentielle du quotidien du psychoéducateur », *Chroniques de psychoéducation*, vol. 6, no 4.
- Prud'Homme, J. (1981). « Les sculptures familiales : Techniques d'évaluation, de traitement et d'enseignement », *Thérapie familiale*, Genève, vol. II, no 2.
- Richelieu G. et al. (1994). *Pour une conception clinique des rencontres d'accompagnement*, Montréal, Éd. du Centre d'Orientation.
- Sandlers, J. (1976). « Contre-transfert et rôle en résonance », *Le contre-transfert, revue française de psychanalyse*, vol. 3, 403-412.
- Searls, H. (1977). *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Gallimard.
- Searls, H. (1979). *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard.
- Selye, Dr H. (1974). *Stress sans détresse*, Montréal, Éditions La Presse.
- Servan-Shreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Coll. Réponses, Robert Laffont.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
- Reich, W. (1970). *La fonction de l'orgasme*, Paris, L'Arche Éditeur.

« Cette bienveillance envers soi-même offre des alternatives variées aux embûches personnelles et professionnelles permettant de ne pas s'isoler, de se donner un réseau affectif stimulant et sécurisant dans un contexte de plaisir. »