

La résonance interactive dans le travail avec des enfants et des adolescents

Une conceptualisation de la relation interpersonnelle dans le jeu et l'utilisation de jouets

Michaël Behr

Traduction : Sandra Pedevilla et Françoise Ducroux-Biass

Michaël Behr est professeur de psychologie de l'éducation à l'Université des Sciences de l'Éducation de Schwärbisch Gmünd, en Allemagne. Ses recherches ont pour objet le counselling centré sur la personne, la psychothérapie des enfants et des adolescents, les émotions chez les jeunes et les relations entre les parents et l'école. Il est l'auteur de plusieurs livres sur le développement à l'école et le travail centré sur la personne en éducation. En outre, Michaël Behr est directeur du programme de formation de psychothérapie par le jeu centré sur la personne à l'Université des Sciences de l'Éducation de Schwärbisch Gmünd ainsi qu'à l'Institut de psychothérapie et de counselling centrés sur la personne de Stuttgart, institut dont il est cofondateur et où il exerce en tant que thérapeute, superviseur et facilitateur.

Publié in *PCEP*, Vol. 2, N° 2, été 2003, pp. 89-103, sous le titre: «Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents: a theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys».

Résumé

Dans cet article, le concept de *Résonance interactive* est mis en évidence par le jeu entre l'enfant et le thérapeute, et par la manière qu'a ce dernier de réagir au jeu tant de manière corporelle, verbale que non verbale. Sa capacité à être un soutien pour l'enfant, à l'encourager et à lui créer son espace s'en trouve augmentée, ce qui favorise l'approfondissement des symbolisations de l'enfant. Ce concept est étayé par des théories de la psychologie développementale. La théorie du self de Stern et la théorie du comportement de l'attachement enrichissent la théorie de la personnalité centrée sur le client et des interventions empathiques. Elles indiquent la manière dont l'empathie et l'authenticité peuvent être proposées dans des interactions de jeu avec un enfant ou un adolescent. Des exemples d'intervention du thérapeute dans les jeux comportant des règles, dans les jeux de rôle, dans les bagarres et dans la mise en place de limites sont donnés à travers de brèves descriptions des réactions du thérapeute aux actions de l'enfant.

Mots-clés: thérapie par le jeu, thérapie avec des enfants, psychothérapie centrée sur le client, éducation spécialisée, psychologie du self, interaction interpersonnelle, comportement d'attachement, communication non verbale.

Au vingtième siècle, en faisant de la théorie centrée sur le client un concept à part entière, Rogers fut le premier à affirmer, de manière particulièrement détaillée et complexe, l'importance décisive de la relation entre le psychothérapeute et le client pour l'efficacité de la psychothérapie (Rogers, 1951 ; 1959 ; Axline, 1947). Dans une relation thérapeutique qui incarne les trois conditions fondamentales, l'incongruence entre le concept du self et l'*experiencing*¹ organismique² est réduite. Dans et à travers une relation

¹ Ndt: *experiencing* est le gérondif du verbe anglais «to experience» pris substantivement. Ce terme exprime un sentiment qui est en train d'être ressenti par un individu. Il n'a pas d'équivalent français.

² Ndt: organismique «suggère un phénomène envahissant qui inclut l'ensemble des sous-systèmes comportementaux d'une personne: bio-chimique, physiologique, perceptuel, cognitif et interpersonnel». (In Tudor K., Merry T., 2002, *Dictionary of Person-Centred Psychology*, London, Whurr, p. 93.)

d'acceptation le client peut prendre conscience de son *experiencing* organismique subliminal et l'intégrer dans son concept du self ainsi modifié. Cependant cette théorie fondamentale du processus de la thérapie centrée sur le client n'est qu'une explication partielle des conditions d'une relation centrée sur le client. Le thérapeute s'implique personnellement et de manière authentique dans la relation tout en se centrant sur l'ici et maintenant. Rogers englobait cette partie de sa pratique dans le terme d'authenticité qu'il n'a pas immédiatement explicité de manière détaillée. Ce travail d'élaboration eut lieu grâce à la recherche empirique et expérimentale sur la psychothérapie centrée sur le client des années 1950 et 1960. À l'époque où Ruth Cohn, par exemple, devait encore se battre contre l'idée que le contre-transfert psychanalytique ne devait pas être pris pour de l'incompétence ou quelque chose de dérangeant (Cohn, 1959), des chercheurs travaillaient déjà sur des concepts comme «l'ouverture de soi» (*self-disclosure*) du thérapeute, l'immédiateté dans la relation, et la confrontation (Carkhuff, 1969, Swildens, 1991 ; Pfäffer, 1991, Kessel & Linden, 1993 ; Finke 1994).

Dans cet article, je décris brièvement les principaux concepts de la thérapie par le jeu centrée sur la personne, en mettant l'accent sur le besoin d'une approche de la théorie et de la pratique davantage interactionnelle. Puis j'introduis le concept clef de *résonance interactive* comme une extension des concepts de l'acceptation et de l'empathie au domaine non verbal. Me référant au travail de Daniel Stern et des théoriciens de l'attachement, je décris comment ce principe est particulièrement important dans le travail avec les enfants. J'étudie la manière d'appliquer la résonance interactive à plusieurs situations importantes de la thérapie par le jeu, comme les jeux comportant des règles, les jeux de rôles, les bagarres et la mise en place de limites.

Les concepts de la thérapie par le jeu centrée sur la personne

Le concept classique de la thérapie par le jeu centrée sur le client, élaboré par Virginia Axline (1947 ; Tausch & Tausch, 1956) revêt une importance capitale. Même si son livre date déjà de plus de cinquante ans, le contenu en est toujours actuel pour notre compréhension de l'enfant, notamment en ce qui concerne son besoin d'espace pour se développer et la manière dont l'adulte devrait s'y prendre pour entrer en relation avec lui. Les

principes fondamentaux d'Axline, son respect de l'enfant et de sa croissance sans manipulation, sont encore valables aujourd'hui pour ce qui est de la théorie, de l'éthique et de l'attitude de l'adulte. La relation aidante qu'elle décrit offre un espace important pour le libre développement de l'enfant. Celui-ci peut se mouvoir dans l'espace de jeu, est libre de choisir *ses propres* jeux et de jouer à sa guise. La thérapeute encourage l'enfant, lui donne la permission d'être, s'abstient de tout commentaire jugeant et, par de simples répétitions, elle verbalise l'expérience de l'enfant. Axline évoque l'image de l'adulte acceptante, bien assise sur une chaise, fine observatrice de ce qui se passe, verbalement présente et qui, en l'absence de techniques modernes d'enregistrement, prend des notes. Elle participe aux jeux mais ne s'y implique vraiment qu'à la demande explicite de l'enfant. Ce concept de la thérapie est fondé sur l'hypothèse, décrite ci-dessus, d'un processus de changement dans lequel l'acceptation inconditionnelle offerte par une personne augmente la congruence de l'autre. Cependant, dans le travail d'Axline, il manque l'une des dimensions de la thérapie centrée sur le client, à savoir l'attention à la relation 'ici et maintenant' entre elle et l'enfant.

On retrouve cette même vision de la thérapie par le jeu chez Schmidtchen (1974; 1976; 1989; 1991; Schmidtchen & Baumgärtel, 1980; Baumgärtel, 1975). Il faut reconnaître à Schmidtchen sa contribution à la recherche empirique qui, selon la tradition centrée sur le client, place la thérapie par le jeu dans le petit cercle des méthodes psychothérapeutiques fondées sur une recherche en psychothérapie sérieuse. Avec ses collègues, il est parvenu à mettre en évidence chez le thérapeute des modes et des différenciations opératoires très utiles ainsi que des variables chez le client; il a également fait la démonstration d'approches méthodologiques différentielles. Cependant, là encore, «l'ici et maintenant» de la relation thérapeutique a peu été pris en compte. Comme dans le cas d'Axline, le thérapeute de Schmidtchen joue peu avec l'enfant, seulement pendant trente pour cent du temps environ (1989).

Par contre Moustakas (1953; 1955; 1959; 1997) et Landreth (1991) soulignent l'importance centrale de la relation. Toutefois, dans ses nombreux exemples de thérapie par le jeu, Moustakas ne donne que le texte des dialogues. Son plaidoyer pour renforcer le pouvoir personnel de l'enfant paraît tout aussi déterminé et émouvant que celui d'Axline, mais que ce soit dans le jeu ou dans d'autres comportements, il n'explicite pas l'interaction avec l'enfant. Landreth, par contre, traduit les principes d'Axline d'une manière plus concrète mais son travail suit strictement le paradigme de

la thérapie relationnelle. Son approche de la thérapie filiale³ centrée sur la personne est fondée sur un concept bien établi qui a prouvé son efficacité lors de nombreuses recherches avec des types de population variés.

De nos jours, les publications de Wilson, Kendrick & Ryan (1992), West (1996), Norton et Norton (1997), Landreth (2001), Weinberger (2001) et Goetze (2002) donnent un aperçu de la situation de la psychothérapie de l'enfant centrée sur la personne.

L'interaction et la relation dans la thérapie par le jeu : la résonance interactive

Prenant appui sur tout le travail effectué précédemment, cet article se propose d'élargir les concepts actuels qui sous-tendent l'interaction centrée sur la personne dans la thérapie par le jeu en se focalisant sur l'immédiateté de la relation enfant-adulte. Comment l'adulte peut-il accueillir les actions de l'enfant, non seulement par le verbal mais également par ses propres actions dans le jeu? Lorsque le thérapeute propose à l'enfant, de manière explicite ou implicite, de jouer avec lui, un contact immédiat s'établit et l'incongruence de l'enfant diminue dans les zones d'expérience de soi où le langage seul offre peu de possibilités adéquates de symbolisation. Le principe du développement de soi non dirigé s'étend aux interactions immédiates, aux négociations dans la relation et à la manière dont enfant et thérapeute jouent ensemble. Les descriptions détaillées d'interventions thérapeutiques individuelles ci-dessous illustrent ces propos. Pour décrire ces interventions, l'utilisation de constructs tels que l'empathie, l'authenticité, l'accordage à l'affect (*affect attunement*), la réceptivité⁴, l'effet de miroir, le reflet des sentiments, la réaction ou le renforcement sociaux ne serait pas totalement inadéquate. Toutefois elle ne serait pas complètement satisfaisante.

Lors des séances de jeu, l'enfant reproduit ses modèles relationnels au moyen de jeux divers allant au-delà de la parole. Dans l'interaction, le thérapeute utilise le moyen choisi par l'enfant et lui propose ainsi une *résonance* verbale ou non verbale par sa propre façon d'agir. Ce faisant, il est empathique au niveau verbal, il est réceptif (*responsive*), il s'accorde aux affects de l'enfant et lui offre quelquefois un reflet-miroir à ce qu'il fait

³ Ndt: thérapie par le jeu conduite par les parents, formés au préalable.

⁴ Ndt: aptitude à réagir avec sensibilité.

mais de manière pas trop *littérale*. Le thérapeute essaie de ne pas aller plus vite que l'enfant tant sur le plan de l'activité que de la créativité, ce qui serait directif. Mais il veille cependant à ne pas rester trop loin derrière lui, car cela risquerait de devenir ennuyeux pour l'enfant et pourrait nuire à l'immédiateté et à la présence du thérapeute.

J'ai proposé de donner le nom de *Résonance Interactive* à cette manière de s'engager dans la relation. Ce nouveau construct semble avoir son utilité ici, car les constructs existants tels que réceptivité, accordage à l'affect, reflet, etc. se réfèrent à des éléments partiels de l'intervention thérapeutique dans la thérapie par le jeu, alors que le concept de résonance interactive la décrit plus globalement, de manière plus holistique. Il s'agit principalement de mettre en valeur et de modifier l'une des conditions fondamentales de l'Approche centrée sur le client, à savoir *l'empathie*. Cependant la résonance interactive dépend, également et pour une part importante, de *l'authenticité* du thérapeute. En réagissant à ce que fait l'enfant, le thérapeute agit et se centre sur la relation, il se manifeste en tant que personne présente et personnellement impliquée dans la relation.

L'exemple suivant montre comment le thérapeute accomplit un glissement thérapeutique en passant d'un comportement classique de clarification et de soutien à la résonance interactive :

Exemple 1 : Karen veut construire une tour en empilant sur la table les chaises de la salle de jeu et finalement en allant se jucher elle-même tout en haut. L'adulte commence à faire de même et tous les deux entrent en concurrence pour voir qui peut faire la pile de chaises la plus haute.

Bref commentaire : les garçons ne sont pas seuls à toujours vouloir construire des tours. Lors des premières séances, le psychothérapeute avait aidé Karen dans ce jeu de construction et mis en mots ses émotions, ses motivations et ses pensées, selon le concept classique de la thérapie non directive par le jeu. Cela s'était avéré sécurisant et clarifiant pour Karen. Toutefois au cours de ces séances précédentes, le jeu s'était déroulé avec l'adulte dans le rôle de l'assistant, et tous les deux avaient trouvé cela plutôt ennuyeux. Maintenant, il s'agit d'une question de relation, de compétition : qui est le chef ? La résonance interactive de l'adulte a complètement capté la question intérieure de l'enfant en tant que question relationnelle. À la fin de la séance tous les deux, installés sur leur tour de chaises, discutent pour savoir laquelle est la plus haute et qui a le plus à en dire. Confrontée au comportement différent du thérapeute, Karen a pu faire l'expérience d'affronter des questions comme la compétition et le pouvoir.

Il est probable qu'une symbolisation a eu lieu, en profondeur et de manière durable, puisqu'elle a pu en faire l'expérience dans une situation relationnelle réelle.

Les jeux comportant des règles

Comment réagir quand l'enfant ou l'adolescent choisit un jeu qui comporte des règles? Les exemples qui suivent font ressortir la manière dont la résonance interactive peut éviter que l'adulte ne prenne une position morale (en exigeant qu'on respecte les règles) ou une position où l'enfant prendrait le dessus sur l'adulte (l'adulte se limitant à verbaliser les émotions ou les motivations de l'enfant).

Quand l'enfant choisit un jeu avec des règles, un jeu de société par exemple, il s'ensuit, pendant la séance, une série d'interactions typiques avec le praticien: choix du jeu, mise en place du jeu, choix de qui commence, ou encore jouer selon les règles, enfreindre les règles, exprimer des sentiments après la victoire ou la défaite. Les règles constituent ici le domaine d'interaction le plus important. Sauf exception (voir ci-dessous), à un moment donné l'enfant les enfreindra, soit subrepticement, soit en annonçant à tue-tête une nouvelle variante des règles, selon la situation et habituellement à son propre avantage. La personne qui a la charge de l'éducation de l'enfant réagit généralement en exigeant que les règles soient respectées. Le praticien dans l'orientation d'Axline sera peut-être plus permissif, il verbalisera, éventuellement, les processus émotionnels et les processus de réflexion à l'œuvre chez l'enfant – et cela ne sera pas nécessairement une erreur. Cependant il existe des possibilités interactives plus intéressantes. Dans ce cas, la résonance interactive se traduit par le fait d'observer le comportement de l'enfant et de répondre non pas par un reflet-miroir, mais par une manière d'agir similaire.

Exemple 2: Sven jette les dés qui marquent quatre points. Sven avance de cinq cases. Le thérapeute pourrait agir de manière similaire, sans commentaire: faire trois points et avancer de quatre cases. Une discussion alors s'ensuivrait peut-être. Mais le thérapeute pourrait également réagir dès que la règle est ignorée en faisant la remarque: «*Ah, une nouvelle règle? C'est bien. À partir de maintenant on va avancer d'une case de plus que les points sur les dés.*»

Exemple 3: Dans une situation critique, Lisa change la règle. Elle dit: «*On ne peut jamais prendre la reine.*» Options thérapeutiques: «*Bon, la tour avance comme la reine.*» Ou: «*D'accord, chacun peut changer la règle quand c'est son tour.*»

Le comportement de l'enfant provoque une résonance *sur les actions* du psychothérapeute. L'enfant agit de manière interactive, c'est-à-dire qu'il se focalise sur la personne du thérapeute et ressent sa qualité d'être en tant que personne qui agit. Les résonances que le thérapeute capte sont tout de suite centrées sur la relation. Un processus de négociation juste s'ensuit. Le jeu peut devenir un processus d'interaction intense qui évolue en se clarifiant. L'enfant peut être irrité au début, se réjouir de la vivacité de la relation ou se mettre en colère et ne plus avoir envie de jouer. Cependant l'enfant et le thérapeute sont en relation et les choses peuvent être clairement négociées. Par contre si le thérapeute devait constamment rappeler à l'enfant qu'il faut appliquer les règles, il serait catalogué comme l'éducateur qui représente des normes et des valeurs. Cela serait peut-être utile sur le plan éducatif, mais pas sur le plan thérapeutique.

Ici l'application de la résonance interactive est fondée sur :

- *L'acceptation*: non seulement j'accepte l'enfant en tant que personne avec ses sentiments, mais j'accepte également ses activités de jeu. J'accueille positivement les changements de règles et je peux me réjouir de la créativité de l'enfant, sans sous-entendus désapprobateurs, paternalistes ou offusqués.

- *L'authenticité*: je suis présent en tant que personne qui participe au jeu avec les mêmes droits. Je ne permets à personne de passer par-dessus moi, je défends mes intérêts et je ne parais pas plus bête que les autres dans le jeu.

En offrant une résonance interactive, nous visons à fournir une expérience relationnelle profonde d'une qualité nouvelle, ce qui favorise la symbolisation ainsi que le fait de vivre une expérience de soi différente.

Les influences de la psychologie développementale

Le construct de la résonance interactive est étayé et clarifié par des approches issues directement de la psychologie développementale.

Changer le style cognitif: la thérapie développementale

Le concept de la thérapie développementale d'Ivey (Ivey, 1986; Ivey & Goncalves, 1988) est en accord avec les principes rogériens dans la mesure où il adopte une position constructiviste. Chez Ivey, les cognitions du client et leur style cognitif constituent la référence pour les interventions du thérapeute et pour l'élaboration de significations personnelles.

Il est intéressant de noter qu'un lien peut être établi entre son approche et la théorie piagétienne. Toutefois Ivey considère que son approche est principalement d'orientation cognitive, qu'elle n'utilise que la parole, la discussion et le questionnement, même dans le travail avec de jeunes enfants (Ivey & Bradford-Ivey, 1990). Cette approche vise à changer les styles cognitifs et non à faciliter l'expérience de soi dans la relation avec un autre signifiant. Elle est complémentaire de l'approche classique de la thérapie par le jeu centrée sur le client.

D'une façon plus frappante, la théorie de la psychologie développementale de Daniel Stern confirme remarquablement la théorie du self centrée sur le client, tout en la mettant qualitativement en valeur. Et comme nous allons le voir, cela entraîne des conséquences jusque dans les moindres détails pour la méthodologie de la thérapie par le jeu.

Les conceptions du self – de Rogers à Stern

Le développement du self se produit quand une «partie de l'expérience de l'individu se différencie et est symbolisée dans une prise de conscience d'exister, une prise de conscience de fonctionner.» (Rogers, 1959). Cette prise de conscience «se transforme par l'interaction avec l'environnement, particulièrement l'environnement composé d'autres signifiants [...] en un concept du self» (*ibid.*). Pour Rogers, la prise de conscience d'exister et de fonctionner semble être un composant du concept du self et cette prise de conscience se développe à travers des expériences interpersonnelles.

La théorie rogorienne propose donc clairement un concept du self interactif. Quatre décennies plus tard, Stern a élaboré un modèle également fondé sur une vision interactive du self. Il semblerait, cependant, que le modèle de Stern fasse un pas de plus par rapport à un détail significatif. Stern pense (1985 ; 1986) en effet que les composants ou les éléments fondamentaux du self ne sont pas élaborés à travers des expériences interpersonnelles, mais *en tant qu'*expériences interpersonnelles. Pour Stern le self *est* un ensemble d'expériences d'interaction.

Cette modification théorique importante pourrait avoir une implication sur le processus de la thérapie centrée sur le client, à savoir le renforcement des nouvelles directions dans la pratique centrée sur le client qui soulignent l'importance de la présence du thérapeute et de la relation immédiate ainsi offerte. (Carkhuff, 1969 ; Auw, 1991 ; Swildens, 1991 ; Pfeiffer, 1991 ; van Kessel & van der Linden, 1993, Finke, 1994 ; O'Leary, 1999 ; Mearns, 2003). Nous savons, grâce aux thérapies bien documentées de Rogers, que

lui-même utilisait l'immédiateté de sa présence thérapeutique (Farber, Brink & Raskin, 1996). Dans son travail avec des clients, il a facilité d'importantes expériences d'une qualité de relation interpersonnelle nouvelle avant d'élaborer une conceptualisation détaillée de cette forme de comportement authentique.

Le fait que Stern conceptualise le self *en tant qu'*expérience interpersonnelle implique, pour la pratique thérapeutique, une importante focalisation sur la relation dans l'ici et maintenant. À l'époque, Stern et d'autres qui faisaient de la recherche expérimentale sur le petit enfant, voulaient réfuter la théorie de la symbiose de l'enfant avec la mère, théorie élaborée par le groupe de chercheurs qui gravitait autour de Mahler (Mahler et al., 1975; Mahler & Furer, 1968), ainsi que le paradigme du narcissisme. Les résultats de la recherche sur l'enfant ont abouti à la théorie interactionnelle du self de Stern : l'enfant est un être qui dès sa naissance est capable d'interaction et ne s'imagine à aucun moment être en symbiose avec le parent. Au contraire, il est capable, à tout moment, de faire la différence entre lui-même et autrui. Dans l'interaction avec *l'autre*, l'enfant fait l'expérience de son self dans un processus mutuel d'interaction, avec des éléments à la fois de contrôle et de soumission. Pour définir les éléments de base de ces expériences du self, qui sont essentiellement des expériences interpersonnelles, Stern (1986) a élaboré le construct des «RIG» : Représentations d'Interactions Généralisées⁵.

Autrement dit, ces expériences – par exemple, la manière d'être avec le parent – résultent toujours de la somme de petits épisodes d'interaction similaires, répétés selon le même schéma avec de minuscules variations, comme des mini-scénarios. Les interactions sont généralisées et s'installent dans la mémoire de l'enfant comme si elles s'additionnaient. Elles deviennent des représentations généralisées d'interactions qui représentent le self non pas en tant qu'être, mais en tant que processus ; un self qui fait l'expérience de lui-même dans un processus d'interaction et développe alors des patterns, des généralisations, des constances, etc., appelés RIG.

Donc notre être, l'expérience de nous-mêmes est faite d'expériences de relation. Pourquoi les personnes sont-elles différentes ? À part des différences intrinsèques dès la naissance, elles font des expériences relationnelles différentes. La nature des RIG individuelles dépend de la nature des expériences d'interaction et plus particulièrement de la façon dont le parent ajuste son comportement interactionnel au degré d'éveil (*arrousal*

⁵ Ndt: en anglais : «Representations of Interactions that have been Generalized».

level) et aux affects de l'enfant. Stern utilise le terme «accordage à l'affect» (*affect attunement*) pour décrire ce comportement (Stern, 1985). Cet accordage conduit au développement des RIG et donc du self. Le parent peut s'accorder à l'enfant de façon appropriée et spécifique sans dépasser le seuil de tolérance de l'enfant. Cependant, il peut également surstimuler l'enfant ou le sous-stimuler, en s'accordant mal ou de manière sélective ou encore en étant authentique ou inauthentique. Stern explique ce qui précède en détail et selon les divers stades du développement du self.

Il est évident que ce concept est très proche du concept de l'empathie centrée sur le client et des idées de Rogers sur le développement du self. Toutefois, l'importance du concept de Stern ne repose pas seulement sur un modèle empirique et détaillé du développement du self de l'enfant. Ce modèle est également une source d'idées et de concepts pour optimiser les interactions avec les tout-petits et les enfants. La relation avec l'adulte a déjà été développée dans la théorie de l'Approche centrée sur la personne, mais le modèle de Stern est une base supplémentaire pour l'application de ces idées à la thérapie par le jeu centrée sur la personne.

Exemple 4: L'enfant qui joue à un jeu de société peut faire bouger ses dés avec précaution, hésitation, ou encore agressivité. Il peut les faire claquer en les jetant sur la planche ou bien les prendre délicatement du bout des doigts d'un air distant, condescendant, supérieur. Mon intervention aura plus d'effet que des paroles si, en y introduisant des variantes, je peux offrir une résonance à ces dynamiques de comportement à travers mon propre comportement dans le jeu, c'est-à-dire en incorporant la dynamique émotionnelle de l'enfant dans mes propres activités de jeu de manière légèrement différente.

Exemple 5: Le thérapeute peut également résonner à la dynamique du comportement de l'enfant et aux émotions inhérentes à ses activités lors du choix d'un jeu ou d'un jouet. Lors de sa première séance de jeu, Lars regarde les jouets sur les étagères avec timidité et circonspection. *En le devançant* pendant un très court instant, le thérapeute pourra répondre discrètement aux signes de l'intérêt manifesté par l'enfant et s'intéresser à certains des jeux en les examinant attentivement également. Ou bien il pourra encore, avec autant de précaution regarder des jeux se trouvant sur une autre partie de l'étagère.

L'enfant sent que ses activités de jeu provoquent une résonance. Cette résonance facilite davantage le développement du self (*self development*) que ne le ferait la reconnaissance et l'acceptation verbale. Par sa propre manière d'agir, le thérapeute reconnaît et accueille les actions de l'enfant

en captant les activités de l'enfant sans rien lui imposer. Il *évite* ainsi de *devancer* l'enfant.

De la théorie de l'attachement et de la recherche sur l'enfant au comportement de l'autre signifiant

La théorie de l'attachement est un autre modèle théorique dont les bases de pensée sont similaires (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Ainsworth et al., 1978). La recherche de la théorie de l'attachement traite largement de la question de la façon dont les expériences d'attachement, présentes dès la naissance, définissent la manière d'être de la personne, quelquefois sa vie durant, en tant que modèles d'interaction, expériences du self et même en tant qu'évaluation de compétences sociales, émotionnelles et cognitives (Ainsworth et al., 1974; Ainsworth & Bell, 1974; Grossmann et al., 1988; Grossmann, 1989; Grossmann et al., 1991; Suess, Grossmann & Sroufe, 1992). L'importance de la recherche sur l'attachement est donc devenue primordiale pour la pratique thérapeutique (Höger, 1996). Cette recherche démontre la manière dont des patterns d'attachement du client sont en corrélation avec des stratégies de vie (*coping strategies*) (Schmidt, Höger & Strauss, 1999), une expérience d'accomplissement (Höger & Wissemann, 1999) et des questions de relations interpersonnelles (Höger, 1995).

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux modèles qui font ressortir combien les expériences d'attachement sont différentes. D'après Ainsworth, cette diversité dépend du comportement d'attachement du parent. Pour décrire ce comportement d'attachement avec précision, Ainsworth a élaboré le construct de *la réceptivité (responsiveness)* maternelle, qui ressemble à *l'empathie* dans la théorie centrée sur la personne et à *l'accordage à l'affect* dans la recherche infantile (Ainsworth et al., 1974; Grossmann, 1977). Pour ce faire, elle a élaboré une échelle à neuf niveaux, avec des descriptions précises en ce qui concerne le comportement, et qui est semblable aux échelles de la recherche centrée sur la personne pour ce qui est des variables relatives au thérapeute.

Non seulement les concepts d'accordage à l'affect et de réceptivité correspondent au concept d'empathie centrée sur le client mais ils comprennent également des comportements non verbaux comme le contact des yeux, les expressions du visage, les onomatopées, les comportements de jeu, etc. Le concept de résonance interactive inclut ces éléments mais il implique aussi que le thérapeute, par son comportement, offre à l'enfant la possibilité de faire l'expérience d'une relation avec une personne authentique,

ouverte et présente dans l'immédiateté de l'ici et maintenant. Le thérapeute est présent en tant que personne vraie qui est capable de répondre à l'enfant ou à l'adolescent par son comportement sur le plan du réel. Quelques exemples, tirés de situations de jeu de rôle, de bagarres ou de la mise en place de limites, sont nécessaires pour clarifier ce qui précède.

Jeux de rôle, bagarres et mise en place de limites

Une bagarre peut très vite surgir au cours de toute activité de jeu, surtout dans la phase de turbulence du milieu du processus thérapeutique, souvent quand l'image de soi de l'enfant est remise en question et restructurée.

Exemple 6: Maria veut que les petites autos fassent la course entre elle et le thérapeute. Elle les pousse de façon de plus en plus agressive vers le thérapeute, et il les renvoie de même. Il y a plusieurs accidents. À un moment donné les deux voitures, que Maria et le thérapeute tiennent à la main se télescopent. Chacun cherche à repousser l'autre comme dans un bras de fer. Le praticien dose sa pression en fonction de celle de Maria, tantôt un peu plus fort, tantôt un peu moins. C'est une bagarre animée où alternent avancées et reculs.

Offrir une résonance interactive au cours d'une dispute signifie concrètement que l'énergie dirigée contre le thérapeute doit être renvoyée avec une dynamique et une intensité similaires. Le thérapeute doit proposer une sorte de *résistance dynamique*. Cette résistance ne sera ni forte, ni dure, ni inflexible comme le serait un mur, mais il s'agira plutôt d'allers et retours qui se succèdent et permettent de nouvelles possibilités d'interaction, comme une danse à deux dans laquelle, au début, l'un comme l'autre mènent la danse.

En offrant une résonance interactive au cours d'une bagarre, le thérapeute doit prendre conscience de certaines limites. Malgré la dynamique du jeu, il doit essayer d'être suffisamment à l'écoute de lui-même pour se rendre compte à temps quand ses propres limites sont menacées. Il ne doit pas accepter de les dépasser. Dès le début du jeu il doit insister pour que les règles en vigueur soient respectées ou bien il doit refuser ce type de combat.

Exemple 7: Arnold veut faire de la boxe avec le thérapeute. Le thérapeute lui dit fermement: «*pas sur la tête, et pas en dessous de la ceinture.*» Dès le début d'un dépassement de la règle, même minimale, le thérapeute réagit. Il insiste sur le respect des règles et peut même arrêter le combat le cas

échéant. Il se peut, bien sûr, que lui-même n'ait absolument pas envie de faire de la boxe, il est alors important qu'il n'en fasse pas.

Exemple 8: Au cours d'un jeu de rôle, Kai veut se faire enfermer seul dans la grande armoire, puis ensuite y enfermer le thérapeute. Ceci dépasse les limites de celui-ci qui n'accepte pas.

Assez souvent, lors d'un jeu de rôle, un conflit avec le thérapeute surgit sur le plan de la relation réelle. À un moment donné du jeu, l'enfant demande au thérapeute de faire quelque chose d'impossible, qui enfreindrait les règles de la salle de jeu ou dépasserait les limites personnelles du praticien. Il s'agit, le plus souvent, d'un moment thérapeutique précieux, car ici, comme pour les autres formes de jeu, une interaction ou une négociation concernant les intérêts de chacun dans une relation authentique sera nécessaire. Le conflit sera travaillé, la relation clarifiée.

Exemple 9: Lors de la phase du milieu du processus thérapeutique, Mirco met en scène des rituels sadomasochistes. Par exemple à tour de rôle, enfant et thérapeute mettent la main sur la plaque chauffante d'une petite cuisinière de poupée pendant que l'autre l'allume. Puis Mirco veut faire pareil sur la vraie cuisinière de la kitchenette. La thérapeute refuse et elle exprime ce qu'elle ressent à cette demande de Mirco ainsi que les sentiments qu'elle a à son égard: elle ne veut pas être «torturée pour de vrai» et ne désire pas le «torturer pour de vrai»; ça lui fait mal, elle n'aime pas ça, etc.

Un thérapeute presque au bord de ses limites personnelles qui serait impliqué dans de tels conflits ou bagarres ne serait plus capable de faire de la thérapie. La relation serait déséquilibrée. Il est essentiel que le thérapeute veille à ses propres limites pour maintenir l'équilibre de la relation et sa capacité d'action. Celles-ci peuvent être très différentes selon l'âge, le sexe et la mentalité du thérapeute mais la situation ne s'avérerait problématique que si le thérapeute avait du mal à tenir une conversation avec l'enfant ou s'il était lui-même incapable d'affronter des conflits verbaux.

Discussion

L'incongruence différentielle, la résonance interactive et un niveau plus profond de symbolisation

Outre ses efforts constants pour conceptualiser l'incongruence de manière détaillée et cohérente, (cf. Speierer, 1994; Finke & Teusch, 1991; Teusch & Finke, 1993) Stern nous offre, à travers ses concepts (1985; 1986), une

perspective à partir de l'approche de la psychologie développementale. Il a élaboré son paradigme interactif du self en distinguant, chez l'enfant, plusieurs aires d'expérience de l'autre et de lui-même. Dans l'interaction avec l'autre signifiant, l'enfant fait, selon son âge, l'expérience de différents aspects de lui-même. Le modèle de Stern nous permet de distinguer entre les différentes aires d'expérience du self. La manière dont une expérience organismique subliminale peut être symbolisée dans le concept du self dépend non seulement de l'aire d'expérience de soi dans laquelle l'incongruence s'est développée, mais est aussi fonction du degré d'adéquation de la verbalisation et du développement d'un langage approprié.

Dans le domaine du *langage*, le processus de symbolisation, pour la thérapie centrée sur le client et pour toute thérapie basée sur la parole, semble très clair : dans le processus de symbolisation nous trouvons la description verbale d'une expérience organismique subliminale. Très tôt dans la vie, l'autre signifiant s'accorde avec l'enfant sur la signification de termes comme par exemple : *vivant, triste, drôle*. Ces termes ne correspondent pas tout à fait à l'expérience organismique préverbale de l'enfant. La force des processus de la thérapie centrée sur la personne – et ce qu'il y a de plus convaincant dans ces processus – c'est la découverte des significations et le recadrage efficace d'expériences organismiques. Pour y arriver le thérapeute et le client doivent souvent utiliser des métaphores ou s'engager dans des processus préverbaux de recherche de termes qui expriment, de manière aussi juste que possible, des expériences pour lesquelles il est difficile de trouver des mots justes. Souvent un client adulte peut également symboliser une attitude, une action, une image ou une musique par des moyens non verbaux.

Cependant l'incongruence peut également reposer sur des expériences d'interaction qui, à l'origine, sont loin de toute symbolisation verbale, comme par exemple lorsqu'une personne n'a qu'une très faible expérience d'appropriation de son expérience de soi. Selon Stern, il s'agit là d'un élément d'expérience vécue du noyau du self⁶. Ces incongruences fondamentales ont également pour effet que les clients reproduisent, dans leur comportement avec leur thérapeute, des expériences relationnelles avec des personnes signifiantes.

En ce qui concerne le travail avec des enfants et des adolescents en particulier, le psychothérapeute sait que ces phénomènes requièrent habituellement deux conditions : il est nécessaire que d'une part, il y ait une

⁶ Ndt: en anglais : *a lived experience of the core self*.

réflexion cognitive sur le plan verbal pour en rediscuter le sens, d'autre part que, tout en s'accordant avec empathie aux expériences relationnelles reproduites par l'enfant, le *comportement* du thérapeute soit toujours authentique. La réponse du thérapeute s'exprime à travers sa manière d'agir. Quand ces processus réussissent, le client peut élaborer des symbolisations d'une signification plus fondamentale, ce qui marque, habituellement dans une psychothérapie, une étape importante. Le client peut vivre une expérience relationnelle dans la thérapie. Stern dirait qu'une RIG (peut-être même un ensemble de RIG), est actualisée, mise dans un contexte nouveau et, après modification, intégrée dans une gestalt du self modifiée.

Le potentiel du comportement différentiel et adéquat du thérapeute

En explorant les implications pour la pratique, il est important de souligner, une fois encore, que le principe de résonance interactive est utile seulement quand il est mis en œuvre de telle façon que l'enfant puisse symboliser des expériences insuffisamment intégrées dans son concept du self. De nombreuses phases de la thérapie avec les enfants ou les adolescents exigent que le thérapeute se comporte de manière enrichissante, empathique et non agressive, en proposant un espace pour l'enfant. Au début de la thérapie, il se peut que *Sven* soit si fragile et son estime de lui si faible qu'il ne puisse tout simplement pas supporter de perdre au jeu. Le thérapeute devra donc trouver une manière d'accepter des violations de règles pendant un certain temps avant de proposer une résonance interactive, plus tard et de manière appropriée. Quand *Mary* fait la cuisine pour les adultes avec de la saleté, des serpents, des mouches et des excréments, le thérapeute doit-il faire semblant d'en manger? Peut-être devra-t-il le faire dans les phases initiales de la thérapie, mais il devra certainement s'en abstenir plus tard, lorsqu'il proposera une résonance interactive.

Quand on travaille avec des enfants et des adolescents qui ont des troubles sévères, c'est-à-dire quand la structure du self est fragile, il vaut mieux éviter la compétition et les bagarres immédiates et animées. Les clients qui, dans leur contexte social, se sentent souvent très rapidement menacés et adoptent alors sans transition un comportement agressif, réagiraient à la moindre provocation par une escalade importante dans l'agressivité. Dans ce cas, nous ne pouvons pas être sûrs que la résonance interactive permette la symbolisation d'expériences organismiques d'agression subliminales. Le client se sentirait comme menacé et croirait qu'il ne peut

se défendre que par de l'agressivité. Cela est souvent également vrai des enfants qui se sentent vite submergés par leurs émotions.

Le concept de résonance interactive propose une méthode théoriquement fondée qui a pour objet l'enrichissement des interventions thérapeutiques basées sur un paradigme relationnel. Il met en lumière les possibilités de symbolisation qui émergent des expériences interactives et permet de faire avancer des questions et des thèmes qui semblent bloqués par les mises en scènes à répétition des scénarios du client. La relation thérapeutique reposant sur un comportement qui soutient le client, lui offre de l'espace et de l'attention – attitudes valables pour tout processus thérapeutique – est considérablement enrichie par la résonance interactive. Celle-ci permet, en outre, l'émergence d'expériences interpersonnelles d'interrelation, d'accordage à l'affect, de coopération et de compétition, qui augmentent considérablement le potentiel dynamique de la relation. Là où elle est possible, le thérapeute et le client se trouvent alors sur un terrain d'autant plus riche.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. and Stayton, D. J. (1974). Infant-parent attachment and social development. 'Socialization' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In P. M. Richards (Ed.). *The Integration of a Child into a Social World*. London: Cambridge University Press, 99-135.
- Ainsworth, M.D.S. and Bell, S.M. (1974). Parent-infant interaction and the development of competence. In K.J. Connolly and J. Bruner (Eds), *The Growth of Competence*. London and New York: Academic Press, 131-64.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. and Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Auw, A. (1991). *Gentle Roads to Survival*. Lower Lake, CA: Aslan Publishing.
- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Baumgärtel, F. (1975). *Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Behr, M. and Walterscheid-Kramer, J. (1995). *Einführendes Erzieherverhalten* (4. Aufl.). [Empathic Educational Behavior] Weinheim: Beltz.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss. Vol.1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol.2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol.3: Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and Human Relations. Vol. I/II*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cohn, R. (1975, Orig. 1959). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett.
- Farber, B. A., Brink, D.C. and Raskin, P.M. (1996). *The Psychotherapy of Carl Rogers: Cases and Commentary*. New York: Guilford Press.
- Finke, J. and Teusch L. (Ed.). (1991). *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. [Client-Centered Psychotherapy by Neuroses and Psychosomatic Disorders.] Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion*. [Empathy and Interaction.] Stuttgart: Thieme.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. [Handbook of Person-Centered Playtherapy.] Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J. and Grossmann, K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to child-parent attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In R.A. Hinde and J. Stevenson-Hinde (Eds), *Relations Within Families*. Oxford: Oxford University Press, pp. 241-60.
- Grossmann, K.E. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D.S. Ainsworth. [Scales for measuring maternal behavior from Mary D.S.

- Ainsworth.] In K. E. Grossmann (Ed.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. München: Kindler, pp. 96-107.
- Grossmann, K.E. (1989), Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. [Attachment Theory: The Model and Research in Developmental Psychology.] In: Keller, H. (Ed.). *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin: Springer, pp. 35-57
- Grossmann, K.E., Scheuerer-Englisch, H. and Loher, I. (1991). Die Entwicklung emotionaler Organisation und ihre Beziehung zum intelligenten Handeln. [The Development of Emotional Organisation and its Relation to Intelligent Behavior.] In: F. Mönks and G. Lehwald (Ed.). *Neugier, Begabung und Erkundung bei Kleinkindern*. München: Ernst Reinhard, pp. 66-76.
- Höger, D. (1995). Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Ueberlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie. [Differences in clients' relationship expectations regarding therapists]. *GwG-Zeitschrift*, 100, 47-54.
- Höger, D. (1996). Bindungstheoretische Aspekte in der therapeutischen Beziehung. [Aspects of attachment theory in therapist-patient interaction]. In: K. M. Hocker (Ed.). *Methodenintegration in der psychosomatischen Rehabilitation*. Frankfurt a. M.: Lang, pp. 37-55.
- Höger, D. and Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors «Beziehung» in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. [Effects of the relationship factor in client-centered therapy] *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47 (4), 374-385.
- Ivey, A. (1986). *Developmental therapy: Theory into practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ivey, A. and Bradford-Ivey, M. (1990). Assessing and facilitating children's cognitive development: developmental counseling and therapy in a case of child abuse. *Journal of Counseling and Development* 68 (3), 299-305.
- Ivey, A. and Goncalves, O.F. (1988). Developmental therapy: integrating developmental processes into the clinical practice. *Journal of Counseling and Development* 66, 406-13.
- Kessel, W. van and Linden, P. van der (1993). Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie; der interaktionelle Aspekt. [The here-and-now relationship in client-centered psychotherapy.] *GwG-Zeitschrift* 90 (5), 19-32.
- Landreth, G. L. (1991). *Play Therapy: The Art of the Relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (Ed.) (2001). *Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Mahler, M.S. and Furer, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.

- Mahler, M.S., Pine, F. and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Mearns, D. (2003). Offering the client an engagement at relational depth. In D. Mearns. *Developing Person-Centred Counselling*. (2nd ed.). London: Sage, pp. 5-9.
- Moustakas, C. E. (1953). *Children in Play Therapy. A Key to Understanding Normal and Disturbed Emotions*. New York: Ballantine Books.
- Moustakas, C. E. (1955). Emotional adjustment and the play therapy process. *Journal of Genetic Psychology*, 86, 79-99.
- Moustakas, C. E. (1959). *Psychotherapy with Children. The Living Relationship*. New York: Ballantine Books.
- Moustakas, C. E. (1997). *Relationship Play Therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Norton, C.C. and Norton, B.E. (1997). *Reaching Children Through Play Therapy. An Experiential Approach*. Denver: The Publishing Cooperative.
- O'Leary, C. (1999). *Counselling Couples and Families: a Person-Centred Approach*. London: Sage.
- Pfeiffer, W. (1991). Psychotherapie als dialogischer Prozess. [Psychotherapy as a Dialogical Process.] In: M. Behr and U. Esser (Eds), *Macht Therapie glücklich?* Köln: GwG Verlag, 126-40.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. London, Constable.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of psychotherapy, personality and of interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A Study of Science*. New York: McGraw-Hill, pp. 184-256.
- Schmidt, S., Höger, D., and Strauss, B. (1999). Bindung und Coping. Eine Erhebung zum Zusammenhang zwischen Bindungsstilen und Angstbewältigungsmustern in bedrohlichen Situationen. [Attachment and coping: A survey on the relation between attachment styles and coping modes in threatening situations] *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 8 (1), 39-48.
- Schmidtchen, S. and Baumgärtel, F. (1980). *Methoden der Kinderpsychotherapie*. [Methods of Child-Psychotherapy.] Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. [Client-centered Play-Therapy] Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1976). *Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie*. [Handbook of Client-centered Childtherapy.] Kiel: Selbstverlag.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. [Child Psychotherapy.] Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. [Client-centered Play- and Familytherapy.] Weinheim: PVU.
- Speierer, G.W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell*. [The Differential Incongruence-Model.] Heidelberg: Asanger.
- Stern, D. (1985). Affect attunement. In J.D. Call, E. Galenson, and R.L. Tyson (Eds) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Vol. 2. New York: Basic Books.

- Stern, D. (1986). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
(Stern, D., *Le Monde Interpersonnel du Nourrisson*, PUF, 1989.)
- Suess, G.J., Grossmann, K.E. and Sroufe, L.A. (1992). Effects of infant attachment to parent and father on quality of adaptation in preschool: from dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15 (1), 43-65.
- Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie*. [Process-focused Client-centered Psychotherapy.] Köln: GwG.
- Tausch, R. and Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nicht-direktiven Verfahren*. [Non-directive Childpsychotherapy.] Göttingen: Hogrefe.
- Teusch, L. and Finke, J. (Eds). (1993). *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie*. [The Theory of Disorders in Client-centered Psychotherapy.] Heidelberg: Asanger.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen*. [Helping Children Through Play.] Weinheim: Beltz.
- West, J. (1996). *Child-centered Play Therapy*. (2nd Ed.) London: Arnold.
- Wilson, K., Kendrick, P. and Ryan, V. (1992). *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents*. London: Bailliere Tindall.