

ECOLE DOCTORALE 556

SCIENCES DU SPORT, DE LA MOTRICITÉ ET DU MOUVEMENT HUMAIN  
THESE DE DOCTORAT EN ARTS THERAPIES ET SCIENCE DU MOUVEMENT HUMAIN

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE  
DOTTORATO DI RICERCA IN TEORIA DELLA RICERCA EDUCATIVA E SOCIALE  
CURRICULUM DI TEORIA E RICERCA EDUCATIVA

**HABITUDES ET ADDICTION A INTERNET CHEZ LES ADOLESCENTS ITALIENS :  
IMPACT SUR LA FONCTION VISUELLE D'UN PROTOCOLE DE DRAMATHERAPIE**

DIRIGEE PAR ZOÏ KAPOULA  
CO-DIRECTION : BIANCA SPADOLINI

présentée et soutenue publiquement  
le 18 septembre 2017  
par Elisabetta DENTI

devant un jury composé de:

Pr Gabriella ALEANDRI	Examinatrice	Università degli Studi di Roma 3
Pr Dominique BREMOND-GIGNAC	Présidente	Université Paris V Descartes
Dr Zoï KAPOULA	Directrice de thèse	CNRS Université Paris V Descartes
Dr Nisha SAJNANI	Rapporteur	New York University Steinhard
Pr Silke SCHAUDER	Rapporteur	Université de Picardie Jules Verne
Pr Bianca SPADOLINI	Co-directrice de thèse	Università degli Studi di Roma 3
Dr Daniel VERNE	Examineur	CNRS – Aix Marseille Université
Dr Caterina VIGANO	Examinatrice	Università degli Studi di Milano
Dott. Maurizio GIANNELLI	Invité	Istituto Scientifico Intervision

Laboratoire de Physiopathologie de la vision et de la motricité binoculaire  
dirigé par Zoï Kapoula Groupe IRIS, FR3636 / CNRS Université Paris V Descartes



## RESUME

En 2017, il n'est plus nécessaire de se rappeler un numéro de téléphone par cœur, de patienter gentiment pour goûter les fruits et légumes de saison ou d'attendre quelqu'un à la gare avec impatience sans avoir eu de ses nouvelles : les émotions sont d'avantage liées à des moyens de communication bien plus immédiats.

Le rythme naturel du temps qui passe dans nos vies semble s'apparenter pour l'homme (et pour la femme) du nouveau millénaire, davantage à une accélération effrénée et constante, une course contre le temps, dans l'illusion d'un monde instantané, hyper-rapide, super efficace : un **monde « smart »**. De cette manière, plutôt que d'écouter et de respecter le rythme naturel de notre respiration, de notre corps, nous choisissons à chaque instant de courir toujours plus vite, dans l'illusion omnipotente de gagner la course contre le temps, l'infaillible gardien de notre existence. Nous exprimons le désir d'être constamment connecté, créant l'illusion de l'hyper-présence. L'évolution technologique a radicalement transformé notre style de vie, notre manière de communiquer, notre propre expérience humaine et émotive. Si d'un côté la **révolution technologique** à laquelle nous appartenons, et dont nous continuons à en être les acteurs a permis la transformation globale des processus de communication de masse, celle-ci a en même temps permis l'émergence de nouvelles fragilités et la manifestation évidente de psychopathologies en relation à Internet.

C'est à partir de la consultation de plus de 240 articles scientifiques internationaux et avec les données fournies sur la prévalence de ces nouvelles formes d'addiction en Asie (le continent technologiquement plus avancé et concerné à ce sujet), que le comité scientifique APA (*American Psychiatric Association – Société Américaine de Psychiatrie*) a décidé d'introduire l'**Internet Gaming Disorder** dans la dernière version du DSM, en Mai 2013. Le domaine de l'addiction à Internet est une frontière extrêmement emmêlée et complexe qui représente un nœud névralgique des discussions d'une partie de la communauté scientifique internationale. Voraces et habiles consommatrices des nouvelles technologies, les **nouvelles générations** sont particulièrement exposées au risque de développer ces nouvelles formes de dépendance. Il est nécessaire que la communauté scientifique internationale s'interroge sur de nouvelles stratégies d'intervention pour pouvoir intercepter et accueillir ces formes de malaise juvénile, qu'elle sache les définir pour les identifier et les soigner grâce à des protocoles d'intervention pour répondre de manière toujours plus efficace aux besoins réels des ces jeunes consommateurs. D'où l'intérêt de développer des projets de recherche portant sur ce sujet.

Cette thèse, décrit donc un problème en émergence et la proposition d'une approche thérapeutique possible face à ces nouvelles formes d'addiction avec les arts thérapies, plus précisément avec la **dramathérapie**. Le cadre expérimental de cette thèse s'articule en deux parties : la première partie correspond à l'étude des **répercussions physiologiques** notamment sur la **variation des compétences visuelles** par rapport à un usage abusif ou addictif des écrans. Cet étude, qui constitue **la principale expérience psychopédagogique de prévention** de cette thèse, a été adressée à **250 adolescents italiens sains**. La deuxième partie est une expérience **clinique de prise en charge** des addictions à Internet, auprès d'un public de 13 adolescents et jeunes adultes atteints du **syndrome d'Asperger**, addictifs aux jeux vidéo. Un dernier projet de dramathérapie adressé à des adolescents et des jeunes adultes, souffrant d'**addiction aux substances** constitue l'ouverture du regard clinique face aux comorbidités possibles qui caractérisent la pratique clinique de notre champ d'étude.

Dans le cadre professionnel de cette recherche, l'approche dramathérapeutique a été considéré selon deux axes fort importants : d'une part, la récupération et la valorisation de **l'expérience corporelle et sensorielle** et d'autre part, **la possibilité d'exposer la personne à une expérience de jeu transitionnel partagé**. La dimension de la corporéité, complètement abandonnée dans l'expérience virtuelle, se voit récupérée et valorisée dans le cadre de la dramathérapie. Le parcours dramathérapeutique prend naissance, grandit et se développe dans le corps. De plus, l'espace du jeu scénique en dramathérapie représente à notre avis un espace précieux de travail, un espace potentiel et intermédiaire entre réel et virtuel mais aussi comparable à l'expérience de jeu consommé en ligne face à l'écran du PC. Le jeu agit comme une interface constitué d'un terreau pouvant engendrer de l'addiction dans l'Internet Gaming Disorder et également créant le moteur propulsif de l'expérience éducative et thérapeutique en dramathérapie grâce auquel l'attention d'une personnalité adolescente peut être attirée, captée et engagée dans un merveilleux voyage de découverte.

**Mots clés** : dramathérapie – Internet Gaming Disorder - addictions à Internet – nouvelles technologies – adolescents – jeunes adultes – fonction visuelle – optométrie - prévention – prise en charge - syndrome d'Asperger – toxicomanie.

## RIASSUNTO

Nel 2017 non è più necessario ricordare un numero di telefono a memoria, attendere il momento giusto per assaggiare frutta e verdura di stagione o restare in attesa di qualcuno alla stazione senza aver avuto sue notizie fino a qualche istante prima di abbracciarlo sulla banchina del treno: oggi le emozioni sono più legate a stili di comunicazione ben più immediati. Il ritmo naturale del tempo che scorre nelle nostre vite sembra essere sinonimo per l'uomo (e per la donna) del nuovo millennio di un'accelerazione frenetica e costante contro il tempo, nell'illusione di un mondo istantaneo, iper-veloce, super efficiente: un **mondo « smart »**. In questo modo, invece di ascoltare e rispettare il ritmo naturale del nostro respiro, il nostro corpo, scegliamo in qualsiasi momento di correre sempre più veloce, nell'illusione onnipotente di vincere la corsa contro il tempo, l'inaffidabile guardiano della nostra esistenza. Esprimiamo il desiderio di essere costantemente connessi, creando l'illusione dell'iper-presenza. Lo sviluppo tecnologico ha cambiato radicalmente il nostro stile di vita, il nostro modo di comunicare, la nostra esperienza umana ed emotiva, individuale e collettiva. Se da un lato la **rivoluzione tecnologica** ha permesso la trasformazione globale del processo di comunicazione di massa ed è una fonte inesauribile di conoscenza e di scoperta; da non demonizzare ma da esplorare con intelligenza e curiosità; essa ha allo stesso tempo portato alla nascita di nuove vulnerabilità ed evidenti manifestazioni di un disagio psicopatologico connesso a Internet.

E' attraverso la consultazione di oltre 240 articoli scientifici internazionali e tramite i dati sulla prevalenza di queste nuove forme di dipendenza in Asia (il continente più tecnologicamente avanzato e coinvolto in questo senso), che il comitato scientifico APA (American Psychiatric Association – Società Americana di Psichiatria) ha deciso di introdurre il disturbo dell'**Internet Gaming Disorder** nella sua ultima versione del DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), nel maggio 2013. Le dipendenze da Internet costituiscono un nodo nevralgico di discussione della comunità scientifica internazionale. Le **nuove generazioni**, consumatrici fameliche e specializzate di nuove tecnologie, sembrerebbero particolarmente esposte al rischio di sviluppare queste nuove forme di disagio. Ecco quindi l'importanza di sviluppare progetti di ricerca e l'urgenza di proporre progetti psicoeducativi di prevenzione rivolti alla popolazione adolescente.

Questa tesi descrive quindi un problema in emergenza e la proposta di un approccio possibile di fronte a queste nuove forme di dipendenza attraverso le arti terapie, più precisamente attraverso la **terapia espressiva a mediazione teatrale**. Il quadro sperimentale di questa tesi si articola in due parti: la prima parte corrisponde allo studio delle **ripercussioni fisiologiche** sulle **variazioni delle competenze visive** correlate all'uso o all'abuso dell'utilizzo degli schermi. Questo studio che costituisce **l'esperienza psicopedagogica e di prevenzione** di questa tesi, è stato rivolto a **250 adolescenti italiani sani**. La seconda parte consiste in un'esperienza **clinica di presa in carico** delle dipendenze da Internet, rivolta a tredici adolescenti e giovani adulti con **Sindrome di Asperger**, dipendenti da video giochi. Un ultimo progetto di terapia espressiva a mediazione teatrale rivolto ad adolescenti e giovani adulti **tossicodipendenti** costituisce l'apertura dello sguardo clinico di fronte alle **comorbilità** possibili che caratterizzano la pratica clinica del nostro campo di studi.

L'approccio terapeutico a mediazione teatrale nel campo della prevenzione e della presa in carico delle dipendenze web-correlate è stato considerato per due caratteristiche sostanziali: il **recupero e la valorizzazione dell'esperienza corporea e sensoriale e la possibilità di esporre la persona ad un'esperienza di gioco condiviso attraverso lo spazio transizionale reale**. La dimensione della corporeità, completamente abbandonata nell'esperienza virtuale, viene recuperata e valorizzata attraverso la mediazione del teatro. Il percorso terapeutico nasce, cresce e si sviluppa nel corpo. Inoltre lo spazio scenico rappresenta una mediazione interessante tra lo spazio virtuale dell'uso o dell'abuso nell'ambito della dipendenza e lo spazio reale dell'esistenza. Come lo spazio transizionale, lo spazio del laboratorio, rappresenta la possibilità di condividere un'esperienza intermedia tra lo spazio interno soggettivo e lo spazio esterno, reale e condiviso. Il gioco costituisce il motore propulsivo dell'esperienza educativa e terapeutica grazie al quale l'attenzione di una personalità adolescente può essere attirata e coinvolta in un meraviglioso viaggio di scoperta.

**Parole chiavi:** drammaterapia – teatroterapia - Internet Gaming Disorder – dipendenze da Internet – nuove tecnologie – adolescenti – giovani adulti – funzione visiva – optometria – prevenzione – presa in carico – Sindrome di Asperger – tossicodipendenza.

## ABSTRACT

In 2017, there is no longer a need to remember a phone number by heart, wait for the right time to taste seasonal fruit or vegetables, or wait for someone at the station without having news briefly before hugging him on the train quay. Emotions are more closely related to much more immediate communication flows. The natural rhythm of time flowing in our lives seems to be synonymous for the man (and the woman) of the new millennium of a frantic and constant acceleration against time, in the illusion of a flashy world, super-fast, super-efficient: a **smart world**. In this way, instead of listening to and respecting the natural rhythm of our breath, our body, we choose at any time to run faster and faster, in the omnipotent illusion of winning the race against time, the unreliable guardian of our existence.

We express the desire to be constantly connected, creating the illusion of hyper-presence. Technological development has radically changed our lifestyle, our way of communicating, our human and emotional, individual and collective experience. On the one hand, the **technological revolution** has allowed the global transformation of the mass communication process and is an inexhaustible source of knowledge and discovery; not to be demonized but to be explored with intelligence and curiosity; it has at the same time led to the emergence of new vulnerabilities and manifestations of Internet-related psychopathological discomfort.

It is through the consultation of over 240 international scientific articles and data on the prevalence of these new forms of dependence in Asia (the continent most technologically advanced and involved in this regard), that the American Psychiatric Association (APA) decided to introduce the **Internet Gaming Disorder** in its latest version of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in May 2013.

The field of Internet addiction is an extremely tangled and complex border that represents a nerve node discussion in part of the international scientific community. Voracious consumers and clever users of new technologies, that is the **new generations**, seem to be particularly at risk of developing these dependencies. This is why it is important to develop research projects and it is urgent to propose psycho-educational prevention projects for the adolescent population.

This thesis describes an emergency problem and the proposal of a possible approach facing these new addiction forms through arts therapies, more precisely through **dramatherapy**. The experimental part of this thesis is articulated in two parts: the first one corresponds to the study of physiological **repercussion on variations of visual skills** related to the use or abuse of **screen use**. This study, that represents the **psycho pedagogical and prevention experience** of this thesis, was addressed to **250 Italian sound teenagers**. The second part consists of a clinical experience of cure of Internet addiction addressed to 13 video games addicted adolescents and young adults with **Asperger syndrome**. A further project of dramatherapy addressed to **drugs addicted adolescents and young adults** represents a clinical perspective in front of possible **comorbidities** that characterize the clinical practice in our field of study.

The dramatherapy approach in the field of prevention and cure of web related addictions is considered regarding two important aspects: the **recovery and reclamation of the body and sensory experience** (size altered in the virtual experience facing the monitors) and **the possibility to expose the person to a gaming experience** through a **shared transitional space**. The body dimension, completely abandoned or altered in the virtual experience, is recovered and exalted through dramatherapy. The therapeutical approach is born, grows and develops in the body. In our view the stage represents the appropriate mediation between the virtual space of the abuse and real space of existence. Such as the transitional space, the laboratory space could represent the possibility of sharing an intermediate experience between the internal, subjective space and the external and real one.

The game is the propulsive engine of the educational experience through which the attention of an adolescent can be attracted and involved in a wonderful discovery journey.

**Key words:** dramatherapy – Internet Gaming Disorder – Internet addictions – new technologies – adolescents – young adults – optometry - visual function - prevention – cure – Asperger syndrome – drug addiction.





## REMERCIEMENTS

*En préambule à cette thèse, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de cette recherche ainsi qu'à la réussite de ce formidable parcours universitaire.*

*En particulier, je tiens à remercier **Zoi** Kapoula, d'avoir accepté ma candidature malgré mon parcours atypique. Elle s'est toujours montrée très à l'écoute tout au long de ce merveilleux voyage, merci pour l'audace, l'inspiration, l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer pendant la réalisation de cette thèse. J'ai pu apprécier la confiance et la liberté d'organisation de mon travail qu'elle m'a accordé. Pour cela je lui serai éternellement reconnaissant.*

*Mes remerciements s'adressent également à Nisha Sajnaní et Silke Schuader et à tous les membres du jury d'avoir accepté de consacrer de leur temps à évaluer mon travail.  
Merci beaucoup pour votre disponibilité.*

*Je tiens à remercier **Maurizio** Giannelli et Francesca Sangalli. Leur engagement personnel et professionnel a représenté pour moi la démonstration palpable qu'on peut bien croire à la beauté de nos rêves!*

*Merci à Bianca Spadolini, Caterina Viganò, Edith Lecourt et Sandrine Pitarque qui m'ont toujours soutenue et encouragée.*

*Merci à Riccardo Aduasio, Livilla Bottinelli et aux professeurs des lycées rencontrés : Anna Assannelli, Fabrizio Beretta, Claudio Boccalari, Domenico Cucinotta, Lucia Dorigo, Giuseppe Lugarà, Elisabetta Oggioni, Adele Anna Posa, Tiziana Terraneo merci pour votre professionnalité.*

*J'exprime ma gratitude à tous les adolescents rencontrés qui ont accepté de « jouer ensemble » et de répondre à mes questions avec gentillesse.*

*Enfin, j'adresse mes plus affectueux remerciements à tous mes « compagnons de voyage », avec lesquels j'ai eu la chance de partager cette merveilleuse expérience de vie.*

*Merci Adèle, Marie Aline pour avoir été ma famille parisienne.*

*Merci Adèle, pour ta tendresse et pour ton affecte, pour notre amitié profonde.*

*Merci Marie-Aline, pour la spontanéité et la richesse de ta force intérieure.*

*Merci Sandrine, pour ton amitié et pour ton affecte.*

*Vous m'avez fait un très beau cadeau en venant assister à mon mariage.*

*Merci Elisabeth pour notre écoute et pour notre estime réciproque, pour ton aide si précieuse.*

*Merci à tous et à toutes.*

Grazie a tutti coloro che hanno creduto nell'importanza di questo viaggio, grazie per aver sostenuto, più o meno consapevolmente, la fatica della strada percorsa con me senza perdere di vista l'obiettivo. Grazie a tutti i professionisti, colleghi, collaboratori e amici, che hanno compreso l'intensità dell'impresa e che sono riusciti a condividere con me questa scelta.

Grazie ai miei Soci, **Chiara e Gerardo**, senza i quali nulla di tutto ciò sarebbe semplicemente mai stato possibile. Grazie per aver sopportato le mie lontananze, perché mi auguro che possiate avvicinarvi sempre di più alle mie partenze, comprenderle e sostenerle, in questo lungo cammino di crescita e scelta che è la Vita. Grazie perché ogni mia aspirazione professionale è stata esaudita lavorando con Voi. Grazie per ciò che insieme abbiamo sognato e che realizziamo insieme ogni giorno.

Grazie al Dottor Ravera, perché nel momento in cui la sete di domande in me si affievoliva, e le risposte appena afferrate cominciavano a costituire una poltrona troppo comoda, è riuscito, forse inconsapevolmente, a ristorare il mio desiderio di ricerca.

Grazie al Dottor Bertolli per la stima, l'entusiasmo e il rispetto di cui godiamo da Lei, da sempre.

Grazie al Dottor Ferri, o "a Matteo", per la tua professionalità, per la tua competenza riabilitativa e per la tua fiducia. Grazie perché con te si sente l'affetto e il rigore di un padre e la risata di un compagno di avventure. Grazie a Sandro, per l'ascolto e il sostegno di sempre, così concreto e prezioso. Grazie Nicola, per la tua attenzione affettiva e per la cura che riponi nel tuo impegno. Grazie Paola per la tua dolcezza e sensibilità e grazie per aver trattato con Cura quanto di più prezioso esista per me sulla faccia della terra. Grazie Silvia perché sei stata per me porto sicuro. Grazie a tutto il Gruppo Ginestra perché esistono professionisti ai quali guardi nella speranza, prima o poi, di poter brillare della loro luce...

Grazie al meraviglioso giovane gruppo dei Riabilitatori Associati. Grazie a Serena, per la tua dolcezza e per la tua instancabile disponibilità, grazie a Chiara, per la tua sensibilità, il tuo entusiasmo e la tua follia così piena di vita, grazie a Deborah per la cura che riponi in ogni cosa, grazie Oriana, grazie Evin, grazie a Michela, Giulia e Dalila. Grazie perché percorrere insieme questo percorso professionale è faticoso ma è apprezzabile l'impegno speso per qualunque causa riabilitativa persa che abbia senso di essere vissuta e vinta.

Grazie ai colleghi del Consiglio Direttivo AIT'ERP, per i quali nutro inestimabile stima e fiducia, perché con Voi, come professionista e cittadina, opero le scelte più preziose per le battaglie migliori.

Grazie allo Spazio Nautilus, perché una parte del mio cuore è custodita nei nostri ricordi.

Grazie a Max, perché con te in scena l'unica voce che occorre ascoltare è quella del cuore. Grazie Simonetta per la gratuità della tua tenacia. Grazie alla Dott.ssa Crivelli, perché è un onore ascoltare formazioni in grado di ribaltare completamente il mio punto di vista sulle cose.

Grazie a Patrizia, Aurora, Nora, Sara e a Maria Elisa.

Grazie ai ragazzi e alle persone con cui ho l'onore di lavorare ogni giorno perché è anche attraverso di Voi che continuo ad interrogarmi sul senso della Vita e a credere nella possibilità di cambiare. Mi capita spesso di pensare che trovarsi al di qua o al di là di una relazione, più o meno affezionati al proprio ruolo, sia semplicemente una questione di circostanze.

*Grazie a te Chiara, perché sei la migliore sorella, amica e testimone che potessi mai desiderare di incontrare. Grazie perché conosci i miei pensieri ed il mio cuore prima della mia stessa attenzione.*

*Grazie Giulia, per il tuo sostegno, per aver condiviso in questi anni la fatica di quest'avventura con intima reciprocità e affetto. Grazie perché siamo testimoni l'una per l'altra della nostra stessa anima.*

*Grazie a te Maria Teresa, per la tua capacità di accogliere e di offrire conforto, ombra e riparo. Grazie per il nostro reciproco affetto. Grazie per le tue fragilità e per la tua forza.*

*Grazie Ele perché non hai mai smesso di credere in noi ma soprattutto nella possibilità che le famiglie si costruiscono, indipendentemente dalle storie di ciascuno.*

*Grazie Sandra, di cuore, perché non avrei mai immaginato di arrivare così lontano...*

*Grazie a Susy, al Sore, alla Fra' e a Mattia, perché le amicizie vere durano per sempre.*

*Grazie a Leila, Chiara e Milani, perché le nostre città sembrano distare un paio di passi nonostante i continenti che ci separano ogni volta.*

*Grazie a Marco, per l'instancabile disponibilità e per aver condiviso insieme le chiacchierate migliori, grazie perché litigo con te come con il migliore dei fratelli acquisiti. Grazie a Dario per avermi sostenuta e accolta e per aver reso possibile il "mio ritorno più bello". Grazie a Fabrizio perché la mia vita è per larga parte dipesa dal nostro incontro. La stima che nutro per te è inestimabile. Grazie Liuke per la leggerezza profonda che mi regala la nostra Amicizia. Grazie Arianna per il tuo affetto e per le parole di conforto, ma soprattutto un grande grazie a Luca per la stretta di mano fraterna giunti alla Breccia, per i passi che abbiamo condiviso lungo la strada insieme ai nostri ragazzi, per la fatica dell'impresa che stiamo compiendo insieme. Grazie a tutti i membri della Comunità Capi del Desenzano 1.*

*Grazie a Marzia, perché sei la prima persona che vorrei non abitasse così lontano da me.*

*Grazie Ilaria, per la tua instancabile sete di riflessione, di amore e di Vita e per la preziosità dei nostri incontri.*

*Grazie alla mia Famiglia.*

*Grazie ai miei nonni,  
che oggi mi proteggono con saggezza dall'alto del cielo,  
grazie per il dono così prezioso dei miei genitori.*

*Grazie ai miei genitori e ai miei fratelli  
per il vostro amore incondizionato  
perché siete le mie radici e l'origine di ogni mio respiro e  
perché se oggi sono la donna che sento di essere,  
è certamente merito di coloro che, come voi,  
hanno sempre creduto nella forza del mio carattere.*

*Grazie alla mia Mamma e al mio Papà,  
perché attraverso le vostre esperienze di vita  
mi avete concretamente mostrato che l'impegno e la fatica  
permettono di raggiungere traguardi meravigliosi.*

*Grazie ai miei fratelli, alle mie cognate e  
alle mie nipoti, Elisa e Sofia,  
perché siete in assoluto la famiglia migliore  
alla quale potessi mai desiderare di appartenere.*

*Grazie Speranza per la tua presenza.  
Per il tuo aiuto così prezioso e concreto.*

*Grazie a te Emi, per il tuo affetto, per la tua energia così delicata  
di questo nuovo primo tratto di strada percorsa insieme.*

*Grazie perché insieme condividiamo un Amore  
viscerale ed incondizionato per lo stesso uomo.*

...

*E infine il ringraziamento più prezioso a mio **marito**.*

*Grazie Daniele,  
per ogni tuo sguardo, gesto e respiro.*

*Grazie, per aver scoperto con me  
ciò che ora intimamente sento di essere.*

*Grazie perché concludo questo percorso  
sentendomi finalmente libera, trionfante di gioia.*

*Ho sostenuto spesso che  
“non si giunge ad una meta se non per ripartire,  
con un pugno di speranza in tasca si può ripartire ogni volta,  
certi che ogni sera è la promessa di un’aurora”.*

...

*Questa volta, taglio il traguardo.  
Respiro, osservo e contemplo.*

*Giungo nella consapevolezza che si può bastare a se stessi,  
con l’impegno di aver cura di me.*

*Sento che con te non occorre desiderare, perché già tutto è presente.*

*Grazie Daniele perché avvolti dal nostro amore,  
rappresentiamo il nostro dono reciproco più prezioso.*



*« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information »*

Albert Einstein

« Tu prends la pilule bleue, l'histoire s'arrête là,  
tu te réveilles dans ton lit, et tu crois ce que tu veux.  
Tu prends la pilule rouge, tu restes au Pays des Merveilles  
et je te montre jusqu'où va le terrier ».

The Matrix, Morpheus à Neo



## **SOMMAIRE**



## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	12
<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	27
<b>L'ERE NUMERIQUE</b>	
CONTEXTE ET ORGANISATION DE LA THESE	29
<b><u>PREMIERE PARTIE</u></b>	
<b>CADRE THEORIQUE</b>	39
<b>LE JEU</b>	41
<b>LA DEFINITION DU JEU</b>	42
LE JEU SELON HUIZINGA	46
LE JEU SELON CALLOIS	47
<b>LE JEU DANS LA VIE QUOTIDIENNE :</b>	
<b>DE LA PRIME ENFANCE A L'AGE ADULTE</b>	49
LE JEU DES ENFANTS	49
LE JEU DES ADULTES	54
<b>JEU ET PEDAGOGIE</b>	57
LE JEU SELON JEAN PIAGET	57
LE JEU SELON VIGOTSKY	58
LE JEU SELON MELANIE KLEIN	60
LE JEU SELON DONALD WINNICOTT	62
<b>JEU ET PSYCHOPATHOLOGIE</b>	65
JEU ET SYNDROME D'ASPERGER	67
JEU ET PSYCHOSE	68
JEU ET TROUBLES DE L'HUMEUR	69
<b><u>DEUXIEME PARTIE</u></b>	
<b>CADRE CLINIQUE ET SCIENTIFIQUE</b>	71
<b>LE INTERNET <i>GAMING</i> DISORDER</b>	
<b>LE INTERNET <i>GAMING</i> DISORDER</b>	73
<b>ETAT DE LA RECHERCHE</b>	74
DANS LA NOUVELLE VERSION DU DSM : LE INTERNET <i>GAMING</i> DISORDER	74
LES ETUDES DE NEUROIMAGERIE	75
LES SOUS TYPES	77
LA PREVALENCE	77
LA PREVALENCE EN ITALIE	78
LES FACTEUR DE RISQUE ET PROGNOSTIQUES	78
PROFILS DE PERSONNALITE	79
COMORBIDITES ET FACTEURS ASSOCIES	79

<b>LA PRISE EN CHARGE</b>	83
<b>LA PSYCHANALYSE DE L'IMAGE</b>	84
SELON STORA	84
SELON TISSERON	85
LA RELATION AU CORPS DANS LE INTERNET GAMING DISORDER	87
LA RELATION AUX AUTRES DANS LE INTERNET GAMING DISORDER	88
LE RECOURS AUX MEDIATIONS ARTISTIQUES: LES ARTS THÉRAPIES	89
<b><u>TROISIEME PARTIE</u></b>	91
<b>CADRE PROFESSIONEL</b>	
<b>MEDIATIONS THERAPEUTIQUES ET ADDICTIONS</b>	93
<b>LES MEDIATIONS THERAPEUTIQUES</b>	93
<b>LA DRAMATHERAPIE</b>	94
LE TEMPS DE L'ATELIER : LE MOMENT DE LA RELATION THERAPEUTIQUE	95
L'ESPACE SCENIQUE : LE LIEU DE LA RELATION THERAPEUTIQUE	96
LE JEU SCENIQUE : LA SUPERPOSITION DE L'EXPERIENCE DU <i>GAME</i> VIRTUEL A CELLE DU <i>JEU</i> SYMBOLIQUE DANS L'ESPACE TRANSITIONNEL DE L'ATELIER	97
LE CORPS DU THERAPEUTE ET SON CADRE : UN MEDIUM MALLEABLE	99
LA VOIX DU THERAPEUTE : UN BAIN SONORE ET SENSORIEL	100
L'IMAGINATION : UN ROLE STRUCTUREL DANS LE PROCESSUS D'IDENTITE	101
IDENTITE ET IDENTIFICATION	102
<b><u>QUATRIEME PARTIE</u></b>	105
<b>CADRE EXPERIMENTAL</b>	
<b>EXPERIENCE PSYCHOPEDAGOGIQUE :</b>	
<b>LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET EN DRAMATHERAPIE DANS LE MILIEU SCOLAIRE OU PARASCOLAIRE</b>	107
LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET AVEC LA DRAMATHERAPIE	107
LES EXPERIENCES	108
ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL: LA VIOLENCE ET LE CYBERHARCÈLEMENT	108
ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL: LES ADDICTIONS A INTERNET ET AUX RESEAUX SOCIAUX	108
ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL: LES ADDICTIONS A INTERNET ET AUX JEUX VIDEO	108
ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL: LES ADDICTIONS A INTERNET ET AUX RESEAUX SOCIAUX « <i>LE FACE-LOOK DAY</i> »	108

PROBLEMATIQUE	109
HYPOTHESE	109
OBJECTIFS	109
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	110
SYNTHESE DES RESULTATS	110
RESUME	115
CONCLUSION	116
SYNTHESE, LIMITES ET PERSPECTIVES	116

**EXPERIENCE PSYCHOPEDAGOGIQUE :  
LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET EN DRAMATHERAPIE  
EN VOYAGE SCOLAIRE**

<b>LINK BETWEEN INTERNET CONNECTION HABITS AND VISUAL FUNCTION AMONG ITALIAN TEENAGERS : MULTIPLE BENEFITS THROUGH ONE WEEK OF DRAMATHERAPY</b>	119
---	-----

PROBLEMATIQUE	121
HYPOTHESE	122
OBJECTIFS	122
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	123

**MATERIELS, METHODES ET PROCEDURE POUR L'ETUDE DE LA FONCTION VISUELLE**

RESULTATS ET DISCUSSION DES RESULTATS	123
ASTHENOPIA	131
ACUITE VISUELLE EN VISION PROCHE ET DE LOIN	133
VISION BINOCULAIRE	133
SENSIBILITE STEREOSCOPIQUE EN VISION PROCHE	134
PHORIES HORIZONTALES	135
REACTIVITE VISUO-MOTRICE (ŒIL-MAIN)	136
TEST DE PERCEPTION PERIPHERIQUE EN POSITION DE LECTURE	139
TEST DE VITESSE DE RECONNAISSANCE VISUELLE CENTRALE	140
TEST DYNAMIQUE DE FUSION BINOCULAIRE LOIN / PRES	141
TEST DES MOUVEMENTS OCULAIRES EN LECTURE	143
SYNTHESE DE RESULTATS	145

MATERIELS, METHODES ET PROCEDURE POUR L'ANALYSE DE L'EXPERIENCE DE DRAMATHERAPIE	146
---	-----

LE DISPOSITIF DE DRAMATHERAPIE	147
LE CHOIX DE LA METHODE DRAMATHERAPEUTIQUE :	
EPR EMBODIMENT PROJECTION ROLE	151
LA STRUCTURE DE L'ENTREVUE SUR LA PERCEPTION SUBJECTIVE DES CHANGEMENTS RELATIFS A LA PARTICIPATION A L'ATELIER DE DRAMATHERAPIE	151
RESULTATS ET DISCUSSION DES RESULTATS	153
RESUME	157

## **DISCUSSION**

DISCUSSION DES RESULTATS EN CE QUI CONCERNE L'ETUDE DE LA FONCTION VISUELLE	158
--	-----

DISCUSSION DES RESULTATS EN CE QUI CONCERNE L'EXERIENCE DE DRAMATHERAPIE	159
---	-----

<b>CONCLUSION</b>	161
-------------------	-----

## **ARTICLE**

### **« LINK BETWEEN INTERNET CONNECTION HABITS AND VISUAL FUNCTION AMONG ITALIAN TEENAGERS: MULTIPLE BENEFITS THROUGH ONE WEEK OF DRAMATHERAPY (DT) »**

soumis et accepté par la revue « FRONTIERS IN EDUCATION » <i>Denti, Giannelli, Spadolini, Kapoula (2017)</i>	165
---	-----

<b><u>CINQUIEME PARTIE</u></b>	191
<b>CADRE EXPERIMENTAL</b>	191

<b>EXPERIENCE CLINIQUE : LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX JEUX VIDEO EN DRAMATHERAPIE</b>	205
--	-----

LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AVEC OU SANS SUBSTANCES AVEC LA DRAMATHERAPIE	207
--	-----

LA PRISE EN CHARGE DES <b>ADDICTIONS AUX JEUX VIDEO</b> AVEC LA DRAMATHERAPIE LE <b>SYNDROME D'ASPERGER</b>	208
OBJECTIFS DU GROUPE	211

ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL :  
« ... et si on jouait réellement ensemble ? »

LA RECHERCHE DE LA DIMENSION TRANSITIONNELLE DU JEU DANS L'ATELIER DE DRAMATHERAPIE AVEC DES ADOLESCENTS SOUFFRANT D'ADDICTION AUX JEUX EN LIGNE.	212
--	-----

LE PROJET	212
PROBLEMATIQUE	212
HYPOTHESE	212
OBJECTIFS	213
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	214
L'ANALYSE DES RESULTATS	217

ETUDE DE CAS	218
<i>Présentation du cas clinique de E.</i>	219
<i>Evolution du parcours de dramathérapie de E.</i>	219
<i>Présentation du cas clinique de F.</i>	221
<i>Evolution du parcours de dramathérapie de F.</i>	222
<i>Evolution du parcours en groupe</i>	224

RESUME	226
SYNTHESE, LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'EXPERIENCE	227

<b>EXPERIENCE CLINIQUE : LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES EN DRAMATHERAPIE</b>	231
<b>L'ADDICTION AUX SUBSTANCES</b>	233
LA RECHERCHE DE LA DIMENSION DU PLAISIR ANTICIPATOIRE DANS L'ATELIER DE DRAMATHERAPIE AVEC DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES SOUFFRANT D'ADDICTION AUX SUBSTANCES.	
LE PROJET	235
PROBLEMATIQUE	235
HYPOTHESE	235
OBJECTIFS	236
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	236
L'ANALYSE DES RESULTATS	238
RESUME	239
SYNTHESE, LIMITES ET PERSPECTIVES DES EXPERIENCES CLINIQUES ET DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ADDICTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES SOUFFRANT D'UN FRANC PROBLEME D'ADDICTION	240
<b>SYNTHESE</b>	243
<b>LIMITES</b>	247
<b>PERSPECTIVES</b>	248
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	251
<b>ANNEXES</b>	265
<b>ARTICLE</b> « LE ARTI-TERAPIE NEL CONTESTO DELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE IN ITALIA: UNA RASSEGNA CRITICA » publié dans la revue « PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA » <i>Volpe, Facchini, Magnotti, Diamare, Denti, Viganò (2016) 35, 4, 154-180</i>	267
<b>SUGGESTIONS</b>	281



**INTRODUCTION  
GENERALE**



# INTRODUCTION GENERALE

## L'ERE NUMERIQUE

### CONTEXTE ET ORGANISATION DE LA THESE

En 2017, il n'est plus nécessaire de se rappeler un numéro de téléphone par cœur, de patienter gentiment pour goûter les fruits et légumes de saison ou d'attendre quelqu'un à la gare avec impatience sans avoir eu de ses nouvelles : les émotions sont d'avantage liées à des moyens de communication bien plus immédiats.

Le rythme naturel du temps qui passe dans nos vies semble s'apparenter pour l'homme (et pour la femme) du nouveau millénaire, davantage à une accélération effrénée et constante, une course contre le temps, dans l'illusion d'un monde instantané, hyper-rapide, super efficace : un monde « smart ». De cette manière, plutôt que d'écouter et de respecter le rythme naturel de notre respiration, de notre corps, nous choisissons à chaque instant de courir toujours plus vite, dans l'illusion omnipotente de gagner la course contre le temps, l'infailible gardien de notre existence. Nous exprimons le désir d'être constamment connecté, créant l'illusion de l'hyper-présence. La rapidité avec laquelle ont lieu les **développements technologiques** et la **digitalisation** est sans comparaison avec l'histoire. Cette digitalisation touche tous les groupes d'âge et les diverses couches socio-économiques. La fréquentation de l'univers virtuel se révèle actuellement presque un *sine qua non* pour l'intégration sociale des individus et pour le fonctionnement des collectivités. Internet constitue un accélérateur hyperbolique d'évolution, un instrument de connexion prothétique qui permet à notre cerveau de réaliser des opérations toujours plus nombreuses et donc complexes, grâce à des gestes de plus en plus simples. Le risque cependant dans cette promesse de simplicité, est celui d'oublier le plaisir de prendre le temps d'utiliser nos cinq sens comme humer le parfum du pain, l'odeur de notre partenaire. L'évolution technologique a radicalement transformé notre **style de vie**, notre manière de communiquer, notre propre expérience humaine et émotive. Il apparaît véritablement évident que le réseau a changé la modalité des expressions de nos sentiments : quand deux personnes se rencontrent dans la vie réelle, l'aspect physique, le style, la manière de s'habiller, le parfum, le statut social, constituent les éléments sur lesquels se fondent la connaissance et la reconnaissance relationnelle réciproque. Sur le réseau, à l'inverse, entrent en jeu l'imagination, le changement d'opinions, l'identité

psychologique, mais jamais l'identité physique de l'autre : le corps et les cinq sens qui l'accompagnent n'appartiennent pas à l'expérience virtuelle. L'écran cache et oublie le corps, le goût de l'attente, le plaisir de vivre les émotions et la beauté de les découvrir pour les savourer dans la réalité. En juxtaposant à l'espace de vie réel, un **espace virtuel**, de nouveaux paramètres sont venus structurer la vie des individus, leurs identités et leurs rapports avec les autres et la société. Un environnement virtuel, qui assure une gratification immédiate et sans interruption, pourrait aussi influencer le sentiment de compétence, l'impression de contrôle et la prise de risque, éviter de se confronter au sentiment de solitude anxiogène par l'appartenance à un réseau d'amis notamment chez les adolescents et les jeunes adultes. Plus encore, l'omniprésence d'Internet pourrait aussi entraîner des problèmes dans l'autorégulation de son usage, voire un phénomène comparable à une addiction. Si d'un côté la révolution technologique à laquelle nous appartenons, et dont nous continuons à en être les acteurs, a permis la transformation globale des processus de communication de masse, celle-ci a en même temps permis la manifestation évidente de psychopathologies en relation à Internet.

Toutes ces réflexions nous ont conduites à dédier notre recherche à l'univers virtuel et à **l'émergence de nouvelles fragilités corrélées au réseau.**

Au Japon, pays technologiquement plus avancé par rapport au panorama européen, nous assistons à la franche manifestation de psychopathologies très graves en lien avec le réseau. Ce qui est caractérisé comme le **syndrome de Hikikomori** – qui signifie littéralement « rester en dehors, s'isoler » - est un terme japonais qui se réfère à ceux qui ont choisi de se retirer de la vie sociale, souvent en recherchant des niveaux extrêmes d'isolement et donc une non-confrontation à une véritable relation. Le phénomène, déjà présent au Japon depuis la seconde partie des années 80, a commencé à se répandre ces dix dernières années aux États-Unis et en Europe. Seulement une partie des personnes affectées par ce trouble passent leur temps connectées à Internet, mais quand c'est le cas, le temps passé devant l'ordinateur va jusqu'à 10 – 12 heures par jour. La personne atteinte du syndrome des Hikikomori ne sort pas de sa chambre ni pour se laver, ni pour s'alimenter demandant que la nourriture lui soit déposée devant la porte d'accès de sa chambre. Les personnes qui souffrent de ce syndrome sont âgées entre 19 et 27 ans, plus de 90 % sont de sexe masculin et d'origine sociale moyenne-supérieure. Ce nouveau syndrome comme toute autre dépendance en liaison avec Internet, entraîne le sujet à consacrer des quantités considérables de temps et d'énergies aux activités en ligne compromettant la sphère scolaire / du travail, relationnelle et physique.

Le domaine des addictions à Internet est une **frontière extrêmement emmêlée et complexe** qui représente un nœud névralgique des discussions d'une partie de la communauté scientifique internationale et le sujet d'étude et de recherche de cette thèse. Pour tous ceux qui s'intéressent à ce phénomène, la définition opérationnelle d'un seuil clinique demeure toutefois une question ouverte. Si les manifestations cliniques sont parfois évidentes, la terminologie utilisée par les auteurs reflète cependant la jeunesse du champ d'étude et l'absence de consensus scientifique. C'est à partir de la consultation de plus de 240 articles scientifiques internationaux et avec les données fournies sur la prévalence de ces nouvelles formes d'addiction en Asie (le continent technologiquement plus avancé et concerné à ce sujet), que le comité scientifique APA (American Psychiatric Association – Société Américaine de Psychiatrie)<sup>1</sup> a décidé d'introduire ces troubles dans la dernière version du DSM, en Mai 2013. En effet, la cinquième version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) a reconnu en ce qui concerne les addictions sans substances, le **Internet Gaming Disorder** comme une psychopathologie à part entière. Toutefois les cliniciens experts ne sont pas complètement satisfaits puisque ce diagnostic a été simplement évoqué dans le dernier chapitre du manuel, the section III, intitulé « emerging measures and models » et dédié aux domaines de recherche encore à approfondir. Plus précisément, le manuel parle de Internet Gaming Disorder dans le paragraphe « conditions for further study ». Le panorama, en ce qui concerne les addictions sans drogue, reste donc très difficile à aborder et à définir. A l'heure actuelle, il n'existe pas encore la classification des sous-types de ce trouble. Le DSM suggère aux chercheurs impliqués dans ce domaine de réfléchir aux caractéristiques physiologiques spécifiques de ce trouble afin de reconnaître et préciser les récentes manifestations cliniques et phénoménologiques de ces addictions et d'élaborer les sous-types évoqués. De plus, les données sur les trajectoires d'évolution dans le temps des utilisateurs d'Internet sont rares : nous n'avons pas encore vu vieillir ces consommateurs excessifs. Cette thèse fait ainsi suite au désir de contribuer à l'étude de ce nouveau panorama clinique.

Le domaine de l'addiction à Internet est une frontière extrêmement emmêlée et complexe qui représente, comme il a déjà été évoqué, un nœud névralgique des discussions d'une partie de la communauté scientifique internationale. Même si la

---

<sup>1</sup> APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edn Washington DC: APA, 2013

première description des symptômes qui caractérisent le cadre clinique de cette condition a été décrite il y a 20 ans par Kimberly Young (1996) et même si les manifestations cliniques sont parfois évidentes, la terminologie utilisée par les auteurs reflète cependant la jeunesse du champ d'étude et l'**absence de consensus scientifique**.

Brand M., Laier C. et Young K (2014), propose une revue de la littérature en ce qui concerne le mots utilisé par les différents auteurs.

« Beaucoup de termes ont été utilisés dans la littérature scientifique : « compulsive Internet use » (Meerkerk et al, 2006, 2009, 2010) ; « Internet related problems » (Wydyanto et al, 2008); « problematic Internet use » (Caplan, 2002); « pathological Internet use » (Davis 2001); « Internet related addictive behaviour » (Brenner, 1997). La plupart des chercheurs ont utilisé le terme « Internet addiction » or « Internet addiction disorder » (Johansson and Gotestam, 2004; Block, 2008 ; Byun et al, 2009; Dong et al, 2010,2011,2013; Kim et al, 2011, Purty et al,2011; Young et al, 2011; Zhou et al,2011; Cash et. al., 2012; Hou et al, 2012; Hong et al, 2013 a,b; Kardefelt-Winther, 2014; Pontes et al, 2014; Tonioni et al, 2014.) mais l'éventail des possibilités et le large spectre que constitue les addictions sans drogue manquent de différenciations qui affinaient le diagnostic. A l'heure actuelle, la classification n'est pas encore claire. De plus, il n'existe pas encore de classification des sous-types de ce trouble. Le DSM-V parle de Internet Gaming Disorder dans le paragraphe Conditions for Further Study mais selon certains auteurs (Griffiths and Wood, 2000) d'un point de vue théorique le Internet Gaming Disorder ne représente qu'un type spécifique des manifestations addictives, comme le cybersex, net compulsions (e.g., gambling, shopping), information search, et online gaming. Davis (2001) propose en effet la différence entre une utilisation addictive d'Internet généralisée et une utilisation pathologique spécifique du réseau (...) » (2014).

Différents niveaux d'utilisation peuvent être décrits (Romo *et al.*, 2012) : l'usage occasionnel, non quotidien et guidé par le plaisir ; l'usage régulier avec une fréquence souvent quotidienne surtout pendant le week-end; l'usage abusif c'est à dire un excès de pratique ayant des conséquences négatives au niveau psychique, psychologique, relationnel, social et même physique et l'usage addictif qui se caractérise par l'incapacité de contrôler le comportement d'usage quand une vraie dépendance s'installe. L'asservissement, l'intolérance à la frustration, l'isolement, le délaissement des activités auparavant investies, l'envahissement de la vie psychique et une souffrance évidente pour

l'entourage sont les symptômes les plus évidents. La dépendance est présente au travers du besoin persistant de jouer afin d'obtenir soit un plaisir, soit une réduction du malaise (tension) (Inserm, 2014)<sup>2</sup>.

Voraces et habiles consommatrices des nouvelles technologies, les **nouvelles générations** semblent être particulièrement exposées au risque de développer ces nouvelles formes de dépendance. Cette recherche, décrit donc un problème en émergence et la proposition d'une approche thérapeutique possible face à ces nouvelles formes d'addiction avec les arts thérapies, plus précisément avec la **dramathérapie**. Dans notre pratique clinique de dramathérapeute, nous sommes d'abord interrogés sur le concept du jeu et plus spécifiquement du **jeu transitionnel**. L'activité ludique constitue le terrain de l'addiction dans l'Internet Gaming Disorder mais aussi le moteur propulsif de l'expérience éducative et thérapeutique en dramathérapie grâce auquel la personne peut être captée et engagée dans un merveilleux voyage de découverte et transformation. Le concept du jeu nous semblait donc le point de départ de notre réflexion.

C'est pour cette raison que la **première partie, c'est à dire le cadre théorique** de cette thèse, est dédiée à la définition et à l'étude du concept de jeu dans la vie quotidienne, de la prime enfance à l'âge adulte. A travers les apports des auteurs majeurs comme Piaget, Vigotsky, Klein et Winnicott, la sont discutées lors de la réflexion pédagogique de la doctorante à ce sujet. L'activité ludique inclut des aspects psychologiques, éducatifs et scolaires d'importance fondamentale, puisqu'elle stimule la formation de la personnalité, l'apprentissage des règles et l'intégration sociale. Celle-ci permet au cerveau d'apprendre et de perfectionner les habilités mentales comme l'imagination, les perceptions sensorielles, la capacité de distinguer réalité et fiction, la capacité de se confronter et de communiquer, l'assimilation des rôles. Cependant, aujourd'hui les jeux vidéo prennent de plus en plus de place dans le domaine du jeu et ils représentent une irrésistible possibilité capable de répondre au besoin ludique autant pour les adultes que pour les enfants et les jeunes. De cette manière, répondant à la recherche d'une saine et naturelle passion, la technologie moderne est désormais entrée depuis un temps dans le monde du jeu, cependant pas toujours dans le respect des exigences éducatives, devenant parfois un instrument d'abus ou une source de modèles sociaux

---

<sup>2</sup> Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM), *Expertise collective: Conduites addictives chez les adolescents—usages, prévention et accompagnement: principaux constats et recommandations*, 2014 Introduction pp. XV-XX

discutables. En particulier, certaines caractéristiques des jeux vidéo modernes, par exemple, semblent favoriser, s'ils sont utilisés de manière excessive, des formes de malaise qui, surtout chez les personnes prédisposées, peuvent évoluer en véritables troubles psychophysiologiques. Les auteurs de cette thèse proposent donc une réflexion clinique autour de l'expérience ludique psychopathologique, pour conclure cette première partie.

Cependant avant d'entrer dans le vif du sujet des nouvelles perspectives épidémiologiques, diagnostiques et cliniques en ce qui concerne l'Internet Gaming Disorder, auxquelles **la deuxième partie, c'est à dire le cadre clinique et scientifique de cette thèse**, est dédiée. Il est nécessaire de rappeler au lecteur que l'approche des nouvelles technologies constitue à notre avis, une source inépuisable de connaissances et de découvertes, à ne pas diaboliser, mais au contraire à explorer avec une intelligente curiosité et un sens critique. Le réseau devrait, à notre avis, être utilisé avec sagesse pour pouvoir avoir un impact positif sur la vie, les études, le travail et les relations. Il est important que tous nous ayons les instruments nécessaires pour « habiter » l'espace virtuel, savoir comment les apprivoiser et en profiter en évitant excès ou usages impropres. Il est important que les partenaires éducatifs (la famille, l'école, etc.) sachent transmettre aux jeunes les véritables potentialités et les risques du réseau afin que les nouvelles générations puissent avoir une meilleure connaissance de l'usage des nouveaux médias. Stora et Tisseron nous offrent leurs apports dans la compréhension des mécanismes psychologiques plus complexes concernés à ce sujet.

Dans le même temps, il est nécessaire que la communauté scientifique internationale s'interroge sur de nouvelles stratégies d'intervention pour pouvoir intercepter ces formes de malaise juvénile, qu'elle sache les définir pour les identifier et les soigner grâce à des protocoles d'intervention pour répondre de manière toujours plus efficace aux besoins réels des ces jeunes consommateurs. D'où l'intérêt de développer des projets de recherche à ce sujet chez les adolescents.

**Le cadre professionnel, c'est à dire la troisième partie de cette thèse**, est dédié à la description d'une approche possible face à ces nouvelles formes d'addiction avec les arts thérapies, plus précisément avec la dramathérapie. L'utilisation des arts thérapies et des techniques expressives dans le domaine sanitaire, éducatif et psychosocial constitue, à notre avis, la plus complexe et fascinante des approches à l'expérience physique et

psychique de l'être humain. Approcher les techniques expressives, c'est entrer dans le cadre de la médecine non conventionnelle, dans un monde qui conçoit l'être humain dans son ensemble, où il n'y a pas de séparation entre le corps et l'esprit, mais une continuité, un lien voire un échange. L'espace de jeu transitionnel est l'élément clé qui à notre avis, permet d'agir et de prendre conscience de cette continuité. Dans le cadre professionnel de cette recherche, on définit l'approche dramathérapeutique en deux points fort importants : **la récupération et la valorisation de l'expérience corporelle et sensorielle et la possibilité d'exposer de la personne à une expérience de jeu transitionnel partagé.** La dimension de la corporéité, complètement abandonnée dans l'expérience virtuelle, se voit récupérée et valorisée dans le cadre de la dramathérapie. Le parcours dramathérapeutique prend naissance, grandit et se développe dans le corps. De plus, l'espace scénique représente à notre avis un espace de travail de remplacement mais aussi comparable à l'expérience de jeu consommé en ligne face à l'écran du PC. L'espace scénique nous semble constituer la médiation la plus ajustée entre l'espace virtuel de l'usage ou de l'abus dans le cadre de la dépendance et l'espace réel de l'existence.

Dans ce contexte, le **cadre expérimental** de cette thèse propose donc une **expérience de prévention** et une expérience **de prise en charge** face à ces nouvelles fragilités émergentes. L'idée de cette thèse est née après les expériences de prévention vécues de la part de la doctorante et qui faisaient partie de l'étude proposée en ce qui concerne le mémoire de recherche nécessaire à l'obtention du diplôme du master en arts-thérapies à l'Université Paris Descartes, permettant ainsi l'accès au parcours doctoral.

La **quatrième partie** décrit donc l'**expérience psychopédagogique**, c'est à dire une nouvelle expérience de prévention, adressé à 250 adolescents italiens (dont 125 adolescents ont participé à notre étude), pour prévenir ces nouvelles formes de malaise juvénile. La recherche a été développée et mis en œuvre dans le cadre du programme de thèse internationale de la doctorante, en cotutelle entre l'Université Paris V Descartes et l'Università degli Studi de Roma 3. La collecte et le traitement des données a été réalisé en collaboration entre l'Institut Scientifique Intervision de Milan et le laboratoire de physiopathologie de la vision et de la motricité binoculaire dirigé par Zoï Kapoula Groupe IRIS, FR3636 / CNRS Université Paris V Descartes. L'expérience a été réalisée

grâce aux fonds de l'union européenne à travers le concours «Nuova Learning Week»<sup>3</sup> du Conseil Régional de la Région de Milan. Les participants proviennent des écoles adhérentes (c'est-à-dire l' Institut d'Enseignement Supérieur Secondaire IIS Cairoli de Pavia, l'IIS Lagrange de Milan, l'IIS Galvani de Milan) grâce à la collaboration entre l'Association culturelle Giovio15 de Milan et le Centre Services Formation CSF de Pavia, en partenariat avec le département de sciences du comportement de la faculté de psychologie de l'Université de Pavia. Nous introduisons une approche de recherche à plusieurs niveaux, combinant un **programme de prévention basé sur la dramathérapie, la réduction sévère de la connexion à Internet et l'étude de la fonction visuelle**. L'intérêt de cette recherche correspond à l'étude des répercussions physiologiques des comportements addictifs et, tout particulièrement, l'altération de la fonction visuelle. En effet, cette dernière constitue une conséquence due à l'abus de connexion à Internet pendant l'adolescence, parmi d'autres, qui présente l'avantage d'être observable et quantifiable. Les répercussions physiologiques sur la fonction visuelle ont été évaluées au moyen de mesures, avant et après le programme de prévention proposé par des indicateurs traditionnels et des indicateurs de performance. Cette expérience constitue le cœur de notre recherche aussi en ce qui concerne la réflexion psycho éducative concernant le développement et l'évaluation du protocole d'intervention préventive à travers la dramathérapie. L'univers préventif constitue à notre sens le terrain plus précieux en Italie, comme en Europe, puisque la franche manifestation de psychopathologies très graves en lien avec l'utilisation du réseau risque de devenir un phénomène pouvant toucher à l'avenir un nombre grandissant de population.

La **cinquième partie** explore la **dynamique clinique de la prise en charge** des addictions à Internet auprès d'un public adolescent et des jeunes adultes. Cette partie présente deux expériences différentes: un atelier de dramathérapie adressé à des adolescents et des jeunes adultes Asperger, addictifs aux jeux vidéo, et un atelier de dramathérapie adressé à des adolescents et des jeunes adultes, souffrant d'addiction aux substances. Il nous semblait judicieux d'approfondir la réflexion psychopédagogique même grâce aux expériences cliniques de prise en charge des comorbidités possibles face aux addictions à Internet. La prise en compte de l'univers perceptif de l'autisme avec

---

<sup>3</sup> Available at <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/Istruzione/Nuova-learning-week/ser-Nuova-Learning-Week/ser-Nuova-Learning-Week>

l'altération des interactions sociales, et celui de la toxicomanie avec une problématique addictive, nous semblent des perspectives intéressantes pour enrichir et approfondir la réflexion qui concerne les addictions sans substances. Notre intention ainsi que notre objectif, à travers ce choix, tendent à l'ouverture du regard clinique face aux comorbidités possibles qui caractérisent la pratique clinique de notre champ d'étude.

Pour conclure, dans le cadre de l'addiction à Internet et plus généralement de l'adolescence, **la recherche de la dimension transitionnelle du jeu** et la possibilité de symbolisation qu'elle offre représente pour nous une incontournable nécessité dans le monde d'aujourd'hui. Une expérience ludique dominée par le principe du plaisir donc attractive, dans le cadre d'un espace transitionnel en dramathérapie peut rivaliser avec l'appel des sirènes que lancent les jeux en ligne. En effet, la richesse des formes que cet espace transitionnel peut prendre, le rend captivant et donc suffisamment intéressant comme peut l'être l'aventure de la découverte d'un continent inconnu aux frontières à explorer, aux horizons lointains perdus à reconquérir, aventure au cours de laquelle les émotions seront garanties et l'espoir de renouer une relation satisfaisante avec d'autres bien réels. C'est pourquoi, il nous semble essentiel et incontournable de poursuivre les recherches sur ces sujets et d'y consacrer du temps et de l'attention, afin que nos réflexions dans le domaine de la recherche scientifique internationale puissent contribuer à aider les personnes à déjouer les dangers d'un univers à la fois tellement fascinant et en apparence bien inoffensif.



**PREMIERE PARTIE**  
**CADRE THEORIQUE**

**LE JEU**



# PREMIERE PARTIE

## CADRE THEORIQUE

### LE JEU

Le cadre théorique de cette recherche propose une réflexion en ce qui concerne la définition du jeu : c'est autour de l'**activité ludique** que la thématique de cette thèse se développe. L'hypothèse de fond qui a motivé notre recherche scientifique est que le jeu constitue le point commun entre le **Internet Gaming Disorder**, c'est à dire un trouble psychologique caractérisant d'un besoin irrésistible et obsessionnel de consommer une expérience de **jeu** en ligne, et la dramathérapie, c'est à dire l'usage intentionnel du **jeu** et de l'art dramatique afin de favoriser un processus thérapeutique.

Ce cadre théorique aide le lecteur à s'orienter dans la définition du concept de jeu, même grâce à l'apport théorique des auteurs comme Huizinga et Caillois qui, à travers leurs œuvres majeures, « *homo ludens* » (1938) et « les jeux et les hommes » (1958), ont apporté d'importantes contributions historiques à l'étude et l'analyse de cette notion.

Ensuite il nous semble intéressant de rechercher les différentes valeurs qui sont attribuées au jeu au cours de l'existence humaine, de la prime enfance à l'âge adulte. Diverses études ont pris en considération une ou plusieurs caractéristiques du jeu et ont proposés une variété de théories pour expliquer ses origines, les propriétés et les fonctions dans la vie des individus et des groupes. Au cours de ces études, le jeu a été associé à l'**apprentissage**, à la **résolution des problèmes**, à l'**évolution des rôles sociaux**, à la **créativité** et à plusieurs autres **phénomènes cognitifs et sociaux**. Voici alors que les réflexions pédagogiques majeures des auteurs comme Piaget, Vigotsky, Klein et Winnicott sont proposées au lecteur de ce travail. Le **jeu** et l'**espace transitionnels** de Winnicott constituent les notions centrales de cette thèse.

Ensuite on propose, par souci d'exhaustivité, une réflexion clinique sur la **perception** du jeu, sur l'**expression de soi** et sur les mécanismes qui organisent l'expérience ludique dans la population souffrante de **troubles psychiatriques**. Il nous semble intéressant conclure cette première partie, ouvrant la réflexion autour des manifestations psychopathologique en ce qui concerne le rapport au jeu. Dans notre expérience clinique, l'expérience psychotique, dépressive, addictive et autistique constituent manifestations

symptomatiques, entre autres, qui puissent caractériser le cadre clinique de notre sujet de recherche (Internet Addiction Disorder) et ses comorbidités possibles. C'est pour cette raison qu'une réflexion autour de la perception du jeu chez ces **populations** conclue cette première partie.

## **LA DEFINITION DU JEU**

Définir le jeu selon l'usage quotidien du terme pourrait paraître simple, en vérité, si la notion centrale semble suffisamment claire, les limites du concept présentent des formes floues. Le mot « jeu » est en fait polyvalent et comprend des notions différentes.

Le jeu s'exprime en général comme une activité constamment présente au cours dans la vie de l'homme, selon plusieurs formes, relatives au contexte socioculturel et à l'âge auquel il est pratiqué. On peut considérer que le jeu apparait de manière régulière tout au long de la vie d'un homme. Pour J. Huizinga, il devient un « accompagnement », un « enrichissement », un « embellissement », de fait, il est une partie extrêmement importante des différentes phases de la vie, de la petite enfance à l'adolescence et de l'âge adulte à la vieillesse. Aussi nombreuses ont-elles été et sont, les approches de l'étude du jeu au regard de ses éléments distinctifs, ses causes et ses fonctions. La thèse propose ici, une analyse de quelques caractéristiques descriptives du jeu de manière générale communément acceptées par la communauté scientifique internationale.

Premièrement le jeu est une activité **librement choisi et volontaire**. Le jeu imposé n'est plus jeu. Plusieurs études ont traité l'existence de cette spontanéité pour l'animal et pour l'enfant. Le philosophe Karl Groos interprète le jeu comme un acte purement instinctif. Observant que presque universellement les petits des espèces supérieures sont engagés dans des comportements de caractères ludiques, qui ressemblent aux activités adultes de manière imparfaite et incomplète. Cette constatation amène le spécialiste à supposer que le comportement imitatif des enfants et les combats (assimilé comme jeux) des animaux auraient la fonction d'exercer les habilités nécessaires à la vie adulte. Notant les mêmes caractéristiques et le fait que le comportement dans le jeu change avec l'âge, le psychologue G. Stanley Hall soutient que le jeu des enfants reflète le cours de l'évolution des hommes préhistoriques jusqu'à aujourd'hui. Selon sa « théorie de la récapitulation » le développement de chaque enfant peut récapituler (à lui seul) celui de l'espèce entier.

Les enfants et les animaux doivent donc jouer, poussés inconsciemment par leur propre instinct, parce que celui-ci est utile à leur développement psychologique et physique.

A côté de la spontanéité nous trouvons donc aussi un second élément fondamental: le **divertissement**. Selon la définition de l'encyclopédie Larousse, en effet, le jeu est défini comme une « activité d'ordre physique ou mental, **non imposée**, ne visant à aucune fin utilitaire, et à laquelle on s'adonne pour se divertir, pour en tirer un plaisir » (2012)<sup>4</sup>. Les enfants et les petits des animaux jouent simplement, parce que c'est agréable, le jeu leurs apporte gratifications et plaisir et c'est exactement en cela que leur liberté réside.

### *Le jeu est-il aussi libre pour l'homme adulte ?*

A la différence de l'enfant qui passe une grande partie de sa propre journée activement engagé dans le jeu, l'adulte considère souvent le jeu comme une activité négligeable et superflue de la vie quotidienne. Le jeu n'est pas pour lui un besoin urgent. De la même manière que pour l'enfant, le jeu ne peut être considéré comme un devoir. On ne joue pas pour obéir à un devoir moral ou pour répondre à un besoin de survie, on joue sans se presser sur ses heures de « temps libre », en ayant la liberté de les préférer à d'autres activités improductives. Ainsi donc, la troisième caractéristique du jeu : la **liberté**. La communauté scientifique internationale semble s'accorder sur le caractère « désintéressé » du jeu. Le jeu donc se présente comme intermède, un **interlude** de la vie quotidienne. Il existe seulement au moment où les joueurs ont envie de jouer et jouent, qu'il soit difficile ou stressant, mais avec l'intention de s'amuser et d'oublier pour un moment de leurs préoccupations, à savoir pour s'échapper à la vie quotidienne.

L'élément de « l'évasion » s'ajoute à la **fiction**, qui a un rôle fondamental parmi les caractéristiques descriptives du jeu. Le jeu n'est pas la réalité. Quand on joue on s'extrait de la vie « ordinaire » pour jouir momentanément d'un monde avec ses propres caractéristiques. Celui qui joue aux échecs, au rami ou au golf se retrouve éloigné de la vie réel, par le fait même d'adhérer temporairement à une réalité fictive, de suivre de ses propres lois qui ne trouve peu ou aucune comparaison avec celles de la vie ordinaire. Ainsi la petite fille qui joue à faire « comme si » elle était mère et les petits garçons qui jouent aux indiens jouissent, prennent plaisir à évoluer dans l'univers fictif. Le sentiment du « comme si » se retrouve dans tous les jeux qui présupposent, en général, une libre

---

<sup>4</sup> Larousse, définition du *jeu*, dictionnaires de français Larousse, 2017. Available at <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeu/44887>

improvisation, et sa principale attraction dérive du plaisir de **faire semblant** d'être quelqu'un ou autre chose, **de jouer un rôle**. Il est communément admis que l'on joue sérieusement aux échecs, au rami, ou au golf, et seulement pour la plaisanterie quand nous jouons à faire comme si nous étions les indiens. Ici prend corps le paradoxe de la fiction. La prise de conscience de l'irréalité du comportement adopté, sépare le jeu de la vie normale. Les enfants se retrouvent dans le « faire semblant », explicitent toujours cette idée avec leurs compagnons de jeu « maintenant mangeons la tarte, mais pas pour de vrai ! ». Chaque enfant a pleinement conscience que la conduite adoptée n'est qu'apparence, une simple mimique : il sait que c'est seulement « pour jouer ». L'adulte exécute un mouvement aux échecs et observe toujours les mêmes règles strictes et prédéterminés, à la différence des jeux d'improvisation, qui sont libres et seulement liés au contexte et au rôle joué. En jouant au jeu d'échecs, on réfléchit, on analyse, dans le jeu imaginaire, on laisse aller libre cours à son **imagination**. La prise de conscience de la fiction inhérente au jeu d'échecs est faible en raison de la similitude que ce jeu a avec la vie réelle. Le sérieux qui caractérise le jeu d'échecs, le rami et le golf est indiscutable.

Nous avons dit que le jeu a le pouvoir, à n'importe quel moment, d'extraire le joueur de la vie réelle, de prendre complètement possession de celui-ci. Le jeu nécessite pour cette raison un **engagement actif** de la part du joueur. Ici nous observons un autre paradoxe : **le jeu se transforme en sérieux et le sérieux en jeu**. Le jeu, aussi relaxant et agréable puisse-t-il être, engage de multiples capacités physiques et cognitives à partir du moment où il exige continuellement de la part du joueur une vive participation. Dans le même temps, parce que librement choisi pour le plaisir qu'il procure, même si épuisant et difficile, le jeu conserve une partie de légèreté. Dans la conception de tous les jours, l'antithèse entre le jeu et le sérieux met toujours en évidence l'infériorité du jeu par rapport à la supériorité de son homologue, le sérieux.

Une autre caractéristique qui distingue le jeu de la vie ordinaire correspond à sa durée. **Le temps de jeu est délimité**. On joue encadrés par certaines limites de temps, en direction d'un but. Le jeu commence, se déroule dans un mouvement continu d'associations et de séparations, selon une succession précise d'alternance, et à un certain moment se termine. Souvent la durée est au préalable établie et, si nécessaire l'extension est par accord établie par les joueurs. Mais le jeu n'est pas seulement « limité ».

Le jeu a une autre particularité : on joue un après l'autre ou tous à la fois et la nouvelle création devient un trésor à conserver dans sa mémoire. Apparaissent dans le jeu les éléments de **répétition** et d'**alternance**. Un jeu peut être répété à n'importe quel moment

(comme un jeu de carte ou des comptines pour enfants) ou à intervalles fixes (en particulier sous la forme du rite). La répétition reste une qualité essentielle du jeu.

Non moins intéressant que l'élément du temps, est celui de l'**espace du jeu**. Chaque jeu est en fait joué à l'intérieur d'un espace défini délimité par les joueurs à l'avance ou par le cours normal du déroulement du jeu et de ses besoins. Le terrain de football, la table à cartes, le cercle magique, la scène sont tous des espaces de jeu, c'est-à-dire des **mondes temporaires** au sein de la réalité ordinaire dédiée à l'exécution d'un acte à part. Rien de ce qui se passe en dehors de cette frontière idéale ne peut pas être pris en considération. Quitter le jeu par accident ou par nécessité, envoyer la balle à travers le champ, peut disqualifier un joueur ou impliquer une pénalité. Les aires de jeux sont soigneusement séparées du reste de l'existence. Ce sont des lieux secrets, cachés, inaccessibles à la plupart, dans lesquels s'appliquent des règles spéciales et spécifiques. A l'intérieur de l'espace et du temps du jeu, domine un **ordre propre et suprême**. Ici nous rencontrons un autre élément clé du jeu: la présence des **règles**. L'Encyclopédie Larousse complète sa définition du jeu comme une « activité de loisir soumise à des règles conventionnelles, comportant gagnant(s) et perdant(s) et où interviennent, de façon variable, les qualités physiques ou intellectuelles, l'adresse, l'habileté et le hasard (...)» (2012). Chaque jeu a ses règles, arbitraires et irrévocables, se devant d'être acceptées comme telles et qui régissent son bon fonctionnement. Le jeu nécessite le respect absolu des règles qui lui sont inhérentes. Même la moindre variation peut « ruiner le jeu ». Les règles stabilisent ce qui est « vrai » temporairement dans le monde défini par le jeu. Elles sont obligatoires et irréfutables. En fait, le jeu n'a pas d'autre sens en soi, c'est ce qui justifie la nécessité absolue de règles. Il n'y a souvent pas de raisons particulières pour elles d'être comme elles sont, plutôt que d'une autre manière. Et celui qui n'admet pas cette particularité doit nécessairement les juger comme extravagance pure. Dès que vous enfreignez les règles, le monde du jeu perd sa valeur et sa signification s'effondre. Le jeu cesse d'exister. L'enchantement se dissipe et la vie « réelle » reprend son cours.

Voici les pensées de Johan Huizinga et Roger Caillois qui, à travers leurs œuvres majeures, « Homo Ludens » et « Les jeux et les hommes », ont apporté d'importantes contributions à l'étude et l'analyse de la notion de jeu.

## LE JEU SELON JOHAN HUIZINGA

En 1938, l'historien hollandais Johan Huizinga publia le premier classique contemporain sur le sujet du jeu. Dans son livre, « Homo Ludens », il analyse les nombreux **caractères fondamentaux du jeu** et démontre **l'importance de son rôle dans la société**. Non seulement l'auteur fournit la première définition brillante de la nature spécifique du jeu, mais illustre aussi cette partie du jeu inhérente ou animée des événements essentiels de toutes cultures et de tous les temps. Johan Huizinga écrit dans « Homo Ludens » que c'est justement parce que le jeu est une activité qui se produit sur une base régulière dans la vie, que celui-ci devient soutien et complément, donc fait partie intégrante de la vie elle-même. Il s'agit d'un « embellissement et d'un enrichissement » de la vie et devient une nécessité tant pour l'individu (presque une fonction vitale) que pour la société, grâce au sens qu'il contient, sa valeur expressive et les liens sociaux et spirituels qu'il crée en tant que fonction culturelle. Johan Huizinga attribue au jeu une valeur qui va au-delà, falsifie l'idée qu'il s'agit simplement d'un moment agréable et relaxant, capable d'éloigner temporairement les pensées de la vie ordinaire, les pensées « réellement » importantes. Selon l'auteur, le jeu est bien un « intermède vital qui implique l'individu et la société », une tâche bien éloignée de la réalité ou du moment qui joue cependant un rôle culturel important pour la société.

Les auteurs de la littérature sur le jeu ont consciemment dénoncé la croyance de l'infériorité du jeu par rapport à la notion du sérieux. Au fil des ans, différents domaines de la science ont défini le jeu de manière plus positive, apportant un changement significatif dans le concept du jeu même. Aujourd'hui les terrains d'étude sur le jeu s'étendent de l'éthologie à l'anthropologie, de la sociologie à la pédagogie, de la psychanalyse à la logique et des mathématiques, proposant une analyse interdisciplinaire qui en étudie les fonctions, les capacités, les traits distinctifs et les associations et applications possibles dans la vie quotidienne.

Le sociologue Roger Caillois dans son ouvrage « Les jeux et les hommes » se réfère à ce thème: « Le jeu repose et divertit (...) il s'oppose au sérieux et est donc qualifié de frivole. Le jeu s'oppose au travail comme le temps perdu au temps bien employé. Le jeu ne produit en effet rien: ni des biens ni des œuvres » (1958). Pour cet auteur, le jeu est improductif à la vie en société et il est donc facile de l'associer à du temps perdu.

## LE JEU SELON ROGER CAILLOIS

En 1958, le sociologue Roger Caillois a publié le livre «Les Jeux et les Hommes », un livre qui peut être considéré comme la première tentative d'interprétation de l'unité de jeu. Conformément à la thèse de Huizinga, Caillois insiste sur le fait que l'expérience de jeu peut être reconnue comme quelque chose de commun à tous les hommes. Cependant il est nécessaire d'élargir l'enquête aux types de jeux différents et des modes de jeu sans aucune restriction (par exemple, en supprimant le préjugé contre le jeu de hasard), et seulement alors, il est possible de proposer un ordre ou un classement. Donc, Caillois élabore une classification unique du monde du jeu, ce qui reconnaît quatre types de jeu: l'**agôn**, l'**alea**, la **mimicry** et l'**ilinx**. C'est-à-dire : la **compétition**, la **chance**, le **simulacre** et le **vertige**.

Les jeux agonales, de compétition, quelque soit le niveau de « règles » ont comme traits distinctifs la possession de soi, la capacité de l'individu, la confiance dans ses propres capacités et dans ses responsabilités. Au contraire, dans les jeux que nous pouvons réunir sous le type alea, l'individu est passif, sa subjectivité disparaît presque face à la chance qui peut vraiment changer sa vie ou de laquelle il en attend un changement soudain. Les jeux classifiés comme alea font abstraction de l'engagement du joueur: on peut dire que le plaisir tiré de ce jeu est associé au destin, (et aussi à la mort), est proportionné à la capacité du joueur à « rester en jeu », c'est-à-dire d'accepter son sort, de savoir accepter l'aléa et donc aussi la perte. Dans le déguisement, ainsi que dans tous les phénomènes de mimétisme impliquant la dramatisation et aussi la théâtralisation de notre vie quotidienne, en commençant par le théâtre pour enfants où les enfants racontent des histoires et ainsi jouent, le plaisir spécifique est de sortir d'eux-mêmes et de se faire passer pour un autre, « de devenir » un autre. Le jeu de masque est une exposition délibérée à l'altérité et à ses effets. Cette expérience selon l'auteur reste celle du plaisir de mettre en danger sa propre identité à travers un déséquilibre, même léger. Le jeu révèle ici son caractère de fiction. Le plaisir de la fiction semble correspondre à une auto-dissimulation momentanée et l'incompréhension qui se produit dans l'autre (mais aussi en eux-mêmes) grâce cette « modification » établie un lien. Une telle expérience reste en rapport avec le risque. Les jeux retenus dans l'ilinx sont enivrants, donnent un sentiment d'étourdissement comme lorsque l'on danse de plus en plus vite et de plus en plus rapide sur eux-mêmes.

L'aspect particulièrement intéressant de cette classification est que chaque classe de jeux correspond à une attitude psychologique: le **désir**, l'ambition de vaincre ses propres

limites avec ses seules ressources personnelles dans les jeux de l'agôn, le **sens du défi** et **du pari** avec la chance - et à la limite avec la sensation de perte - dans l'aléa, le **besoin de simulation** dans le mimicry, et la **quête de sensations extrêmes** dans l'ilinx. Chacune de ces attitudes psychologiques peuvent refléter un état pathologique. Cela se produit lorsque le jeu contamine la réalité, comme le dit Caillois, quand « ce qui était plaisir devient obsession, ce qui a été évasion devient contrainte, ce qui était amusant devient fièvre, obsession et source d'anxiété ».

Le jeu de hasard pathologique ou le internet Gaming Disorder traduisent de manière efficace la dégénération du jeu en un état pathologique.

Le modèle inventé par Caillois est aussi animé par deux puissants pôles, opposés et complémentaires en même temps : **ludus** et **paidia**.

Quand le jeu est *ludus* il se manifeste par la tendance à surmonter les obstacles : dans le *ludus* il en va de la capacité physique ou de l'habileté mentale, tout est question de ruse, de calcul, de capacités combinatoires et de patience. La puissance du *ludus* s'applique aux compétitions sportives et aussi au jeu des échecs, au casse-tête mathématiques, à la résolution des énigmes. Le plaisir du *ludus* reste dans la jouissance de se prouver à soi-même, pas tant que l'on peut gagner, comme le dit Caillois, mais des moyens d'arriver à la victoire.

Quand le jeu est *paidia* il s'exprime comme une turbulence, une fantaisie incontrôlée, une improvisation. Ici le plaisir est associé au « divertissement » dans le sens le plus strict du terme, comme dans toutes les manifestations qui ont à voir avec l'excitation, la joie, et le rire. Ce qui donne du plaisir dans la *paidia* c'est l'élimination, la surprise, la nouveauté, mais aussi l'excès et l'ivresse. Par conséquent selon Caillois, la recherche du plaisir dans le jeu présente un scénario double ou ambivalent. Cette mobilité opposée et instable se retrouve ponctuellement dans toutes les formes de jeu. Chaque époque historique, rappelle l'auteur, possède ses propres formes de jeu.

A notre avis, les pensées de Caillois vont plus loin qu'une simple classification des jeux, à partir du moment où il met constamment en évidence les mécanismes complexes à travers lesquelles les sociétés élaborent et transmettent leurs propres moyens d'organiser le monde. Caillois ne conçoit pas le jeu exclusivement comme une activité libre, créative et répétitive, mais aussi comme une expérience qui accompagne la civilisation humaine, l'enrichissant progressivement de significations symboliques et rituelles.

## LE JEU DANS LA VIE QUOTIDIENNE : DE LA PRIME ENFANCE A L'AGE ADULTE

Étudier le jeu aux différents âges de la vie de l'individu est extrêmement fascinant. Une analyse similaire propose d'étudier la fréquence à laquelle l'activité ludique se produit durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, et cherche à connaître les différentes significations qui lui sont attribuées dans le cadre de l'existence humaine, s'interrogeant sur ce que l'on entend par jeu selon la période de la vie vécue et bien plus encore.

C'est une recherche qui ne se limite pas à la simple présentation des manifestations de jeu de prédilection à des âges différents, mais qui propose, en termes actuels de contexte socioculturel dont chaque homme en est l'expression, un sujet qui a fasciné les auteurs de chaque époque, c'est à dire l'étude du jeu de la petite enfance à l'âge adulte.

### LE JEU DES ENFANTS

Le jeu est une activité à laquelle l'enfant spontanément consacre de grands efforts dans la prime enfance. Beaucoup d'études récentes sur ce sujet ont mis en évidence la relation positive de ce **jeu** avec la **maturation sociocognitive** et **affective** chez l'enfant. Il a été également noté que lorsque l'environnement n'est pas propice à l'exercice de la fonction ludique, c'est-à-dire le manque de matériaux appropriés pour stimuler, mais aussi le manque d'adultes désireux d'encourager et de valoriser ce processus, cela provoque l'échec pour l'enfant de s'acquitter aux étapes plus avancées et articulées.

*Quand peut-on dire que l'enfant commence à jouer ?*

Nombreuses ont été les réflexions psychopédagogiques sur le sujet.

Durant les premiers mois l'enfant est surtout engagé dans une relation avec la mère qui s'occupe de lui. Entre la mère et l'enfant se développe durant ces mois un échange à deux, basé sur l'adaptation réciproque. Le comportement de l'enfant est réglé par l'alternance de la veillee et du sommeil et c'est dans le respect de ce rythme que la mère insère spontanément ses propres mots, mimiques et gestuelles. De tels « dialogues » entre la mère et l'enfant sont établies à partir de la première alimentation et se produisent tout au long de la lactation, la mère fait irruption dans les pauses de l'alimentation du bébé, en le dorlotant, ou simplement en lui parlant.

A la fin des quatre premiers mois de vie l'enfant reçoit passivement l'**attention ludique** des parents, il semble que les premiers jeux avec ses parentes relèvent plus de l'interaction ou de la réaction que de ce que l'on pourrait définir comme un jeu. La mention symbolique n'est pas chez le tout petit en l'absence de langage. De plus en plus, l'enfant commence à participer au jeu offert par les parents. Quand il est sollicité, balancé sur des genoux ou répétitivement jeté en l'air, le petit démontre des signes évidents de surprise et de plaisir. Ce sont justement ces signaux de plaisir, d'excitation et d'attention qui font supposer la première forme de jeu chez l'enfant et qui encouragent les parents à reproduire certaines situations divertissantes, à les faire varier en intensité, en vitesse et à les combiner produisant ainsi de nouvelles et variables sensations.

Pendant que l'enfant grandit tous ses **dialogues basés sur l'échange de vocalisations et de mouvements** évoluent et la mère commence à refléter les changements de comportements de l'enfant en y exagérant certains aspects. C'est un phénomène qui en vérité se manifeste depuis la naissance mais qui a une signification majeure dans la relation quand l'enfant a quatre ou cinq mois. La mère développe la fonction que l'on définit de **rêverie** : elle renvoie à l'enfant comme des reflets dans un miroir certains gestes qui se vérifient de manière spontanée dans le répertoire naturel des activités de l'enfant. L'action de l'enfant est ainsi mise en évidence, elle devient quelque chose de spécial et les enfants sont particulièrement attentifs quand c'est la mère qui imite leur comportement. L'imitation de la part de la mère a des valeurs significatives : elle incite l'enfant à « **jouer** » avec de telles nouveautés ; elle sollicite en lui le plaisir d'en produire chez l'autre, facilitant le processus de croissance, et rendra possible l'activation de l'imitation de l'enfant même, donnant lieu à une précoce division des états émotifs. En définitive, durant les six premiers mois de la vie, il y a entre la mère et l'enfant une sorte de communication visant à stabiliser et à maintenir le contact mais qui n'est pas privé de distractions ludiques de la part des deux partis. Avec la croissance le temps de repos de l'enfant en l'espace d'une journée diminue et l'enfant se retrouve immergé dans un réseau continu de changement avec l'environnement. Il augmente la **connaissance de son propre corps, de ses propres mouvements, de sa propre voie, de la différence entre interne et externe**. Le mouvement et le changement de sensations que celui-ci produit, sont les premières ressources de jeu dont l'enfant découvre lui-même qu'il peut utiliser seul, durant la période où il acquiert la possibilité de contrôle sur ses mouvements. La voie et l'intuition de la différence entre interne et externe sont des moyens de jeu intimement interconnectés. Initialement l'enfant utilise la bouche comme un espace où

l'interne et l'externe ne sont pas différenciés. L'espace physique de la cavité orale est utilisé comme théâtre de la fantaisie du jeu, point médian entre le jeu externe et interne (**fantaisie**). Mettre les doigts et les objets dans la bouche est accompagné de la prise de conscience de la présence de la langue, des dents, de la mâchoire, de la salivation et de la capacité vocale. Dans ce « théâtre » la lactation représente un jeu autre que le mode le plus primitif de communication. Les sons sont manipulés comme des objets concrets, privés de sens fixe et déterminé, mais plutôt ayant leur signification, qui dérive de la superposition immédiate d'autres sons.

A partir des six premiers mois de la vie, l'enfant commence à interagir davantage avec les objets inanimés en les manipulant, en les portant à la bouche, en les faisant tomber et démontre beaucoup d'attention à essayer de trouver ce qu'ils sont, comment ils fonctionnent, et ce qu'il peut faire avec eux. L'enfant paraît indifférent envers la mère qui essaie de garder avec lui le même registre d'échanges que dans les mois précédents.

Un peu plus tard, on observe une interaction « triangulaire » entre la mère - l'enfant - l'objet : l'enfant est ainsi attiré par les objets qui souvent requièrent l'aide des adultes pour les atteindre. Dans cette phase, on peut commencer à parler de « **jeux conventionnels** », lesquels comprennent autant les jouets proprement dit, que les actions qui leur sont associés pour donner / prendre et faire / défaire, le plus proche / loin, etc. A travers les jouets, l'enfant apprend à reconnaître les différentes formes d'objets, apprend l'idée d'espace, profite des différentes impressions tactiles qu'ils produisent et de leurs relations possibles. Le mot jouet est souvent utilisé pour indiquer des choses que les adultes ont conçues et choisies spécifiquement pour engager un enfant; en vérité la **fascination** des caractéristiques des choses, surtout au début, s'étend à beaucoup d'autres objets. Grâce à l'usage des objets, durant cette période, l'enfant acquiert de nombreuses capacités: devient de plus en plus capable de retrouver un objet qui a été caché, de mettre à exécution des stratégies pour concrétiser un objectif, d'**apprendre la relation contenant/contenu** et de **nouveaux schémas d'action** sur les objets comme taper, lancer et laisser tomber. Ces derniers schémas d'action, dans lesquelles résident le plaisir de l'action moteur mais aussi la curiosité d'expérimenter les conséquences de ses propres actes (comme par exemple voir et écouter la séquence des événements qui se produisent lorsque les objets tombent), examinés d'un point de vue émotionnel, représentent et expriment les sentiments, les intérêts et les problèmes qu'un enfant affronte durant cette phase et qui sont fondamentalement liés à la possibilité que la mère s'éloigne. L'enfant qui commence à avoir conscience de ne pas pouvoir avoir un contrôle absolu sur la mère,

figure très rassurante pour lui, cherche à accepter cette évidence reproduisant et contrôlant l'expérience de la **présence** et de l'**absence** de la mère par tous les moyens : avec les jeux, avec son propre corps, avec la mémoire et l'imagination. Ici commencent des activités de jeux significatifs. L'expérience du jeu de la bobine décrite par Freud<sup>5</sup> exprime de manière exemplaire l'expérience d'un enfant à l'égard de l'éloignement de la mère et de son retour. Lorsque l'enfant s'éloigne du miroir et se détache de lui-même l'enfant montre qu'il est devenu maître de la situation: il est le protagoniste, peut partir et revenir avec la mère. L'intérêt pour l'expérience « rentrer dedans » est très commun chez l'enfant : enfiler les doigts dans les trous, vider et remplir le panier des jouets, rentrer dans les meubles, sont des gestes qui expriment le désir de se réunir à l'objet maternel en entrant dedans.

Le jeu de l'enfant subit dans la première année de vie de profondes évolutions. En effet, tout d'abord, le jeu implique l'enfant de manière passive à cause de son immaturité fonctionnelle: les adultes couvrent leur propre visage et le font successivement réapparaître avec des exclamations de surprise. Autour de douze mois, le jeu prend une forme active: c'est l'enfant même qui contrôle la disparition et la réapparition du parent. Maintenant l'enfant, contrairement à ce qui s'est passé dans les mois précédents, peut s'attarder dans l'acte de se cacher le visage, ce qui témoigne de sa plus grande tolérance à l'absence de la mère. L'enfant acquiert la notion de **permanence de l'objet**, et même comprend qu'un objet qu'il ne voit plus, peut exister. Le plaisir de jouer à cache-cache dérive de la découverte répétée que l'autre existe, même si il est temporairement invisible. Dans cette même période, nous pouvons observer l'utilisation des **objets transitionnels**: peluche, couverture, la poupée que manipule l'enfant, qu'il embrasse ou simplement qu'il sert au moment de s'endormir ou quand la mère le laisse à l'école maternelle. L'enfant tend à se consoler de la prise de conscience douloureuse de l'absence de la mère toujours avec l'objet d'habitude, qui devient le plus important, le préféré parmi tous les autres. Comme le dit ce même D. Winnicott : « Les parents se rendent compte de sa valeur et l'apportent avec eux lorsqu'ils partent en voyage. La mère le laisse devenir sale ou malodorant sachant que le laver introduira une rupture dans la continuité de l'expérience de l'enfant, rupture qui pourrait détruire la signification et la valeur de l'objet. » (1975)

---

<sup>5</sup> Le **jeu de la bobine** est une activité ludique observée par Sigmund Freud en 1920, ainsi que sa théorisation qui servira de prémices à l'utilisation de la technique du jeu en psychanalyse d'enfants. Ce jeu est aussi désigné comme l'expérience du *fort-da*.

**L'objet transitionnel est le premier non-moi objet qui s'insère dans un espace potentiel, un espace de passage entre l'enfant et le monde extérieur, qui rend plus acceptable le processus d'individualisation.**

Entre dix-huit mois et deux ans, à côté de la réalisation progressive du langage, on observe le début du jeu de fiction. Dans un premier temps, profitant du croissant contrôle des ses mouvements volontaires, l'enfant développe la capacité de répéter une action qu'il vient de faire. Dans un deuxième temps, selon un processus plus laborieux, l'enfant recrée une situation faite par quelqu'un d'autre, ce qui correspond à l'**imitation**. Mais tout cela ne se produit pas tout d'un coup. Initialement l'activité imaginative est limitée à une simple action (l'enfant fait semblant de dormir) et devient de plus en plus complexe et ingénieuse (l'enfant utilise le manche à balai comme un cheval) jusqu'à devenir de véritables mises en scène, qui seront observés après trois ans. Le jeu de fiction se caractérise par le « **comme si** » : l'enfant réalise des actions habituelles en dehors de leurs contextes habituelles, sans les finalités que ces mêmes actions ont dans la vie quotidienne. Les actions sont reproduites pour le seul plaisir de la mise en scène. Dans sa forme la plus complexe, ce type de jeu peut concerner des « **personnages** » et des modèles reconnaissables, d'autres fois les rôles sociaux que les participants doivent interpréter sont bien identifiés mais l'histoire naît et se développe au cours du jeu par l'improvisation libre et fantastique. Tous ces jeux ont en commun le fait qu'ils sont libérés des relations spatio-temporelles normales ; comme dans les contes de fées, le temps et le lieu sont décidés par les participants qui établissent les règles: le temps peut être infini, diachronique, simultané et l'espace, dilaté, greffé sur un site existant, ou réinventé en dénaturant ses coordonnées. C'est peut-être pour ces raisons que certains jeux peuvent apparaître aux adultes comme dépourvus de sens. En vérité, les jeux de l'enfance se réfèrent toujours à des significations très profondes qui font de l'expérience de jeu l'une des formes premières de la relation symbolique, à travers lesquels l'enfant découvre et donne sens, à travers un système de règles, au monde autour de lui. Le jeu provient du monde intérieur de l'enfant, des sentiments qui l'agitent, des personnages qui l'habitent, qui sont essentiellement le résultat de ses expériences dans le monde. C'est pour cela que le jeu est considéré comme analogue au rêve, à la rêverie les yeux ouverts, à la production artistique. Mais contrairement à ce qui se passe dans le rêve, le jeu implique d'agir dans la réalité. Ainsi, bien que la matrice principale du jeu symbolique soit émotive, il soutient également le **développement cognitif et social**. La possibilité de partager le jeu avec ceux du même âge s'élargit: l'enfant dans ce changement de phase, passe d'un jeu

solitaire, indépendant, dans lequel au maximum il peut jouer à côté d'autres enfants mais sans interagir avec eux, à un jeu participatif où se forme un petit groupe qui reconnaît une activité commune. Avec la croissance, l'enfant progressivement « décentralise » : il est de plus en plus en mesure de saisir le point de vue d'autres personnes, non seulement de comprendre qu'elles pourraient sentir et penser différemment de lui, mais aussi d'interpréter leurs actions dans des situations différentes et d'arriver à une compréhension de ce qu'ils pourraient percevoir, sentir ou penser. Ses actions et ses perceptions sont de moins en moins liés à lui-même. Il apprend à agir avec des personnes extérieures à la famille. Peu à peu, l'enfant arrête de travailler seul, et se dirige vers la **coopération et le travail d'équipe**. Le jeu d'imagination est peut-être un des jeux les plus complexes de l'enfance car il inclut la plupart sinon la totalité des ressources disponibles pour l'enfant et les intègre dans un ensemble.

L'âge scolaire est au-dessus de l'âge des jeux régis par les **règles**. Le jeu de fiction perd progressivement tout intérêt pour céder la place à des jeux complexes et structurés qui nécessitent souvent des outils spécifiques (comme par exemple l'échiquier pour le jeu de dames), ou des figures impartiales qui garantissent le respect des règles par les participants (tels l'arbitre dans un match de football). Il se crée à ce stade un jeu coopératif ou une activité organisée, dirigée vers un objectif, avec une répartition des tâches pour le poursuivre. Par la suite, le jeu des préadolescents et des adolescents est considéré davantage comme récréatif et donc secondaire. (Sports individuels ou d'équipe, danse, chant et activités musicales, arts décoratifs, etc.).

#### LE JEU DES ADULTES

L'âge adulte peut être considéré comme la période, par son extension temporelle, la plus longue, au cours de la vie d'un homme. C'est la période caractérisée, dans l'imaginaire collectif par le **travail**, la **responsabilité sociale, familiale et personnelle** ainsi que par l'**autonomie politique et économique**. Définir les limites et les caractéristiques qui distinguent cet âge a intéressé de nombreux spécialistes de différentes formations.

Knowles, expert en matière d'éducation des adultes, offre quatre définitions au fait d'être « adulte » en fonction de la perspective dans laquelle on observe la personne:

définition biologique: est adulte celui qui a atteint l'âge de la reproduction. D'un point de vue biologique, même une femme ou un homme dans leurs premières années d'adolescence sont considérés comme des adultes;

définition juridique: un adulte qui a atteint l'âge de la majorité de la législation du pays où il vit. En Europe est adulte celui qui a dix-huit ans et acquiert automatiquement une série de droits et devoirs, tels que le droit de vote, la possibilité de passer son permis de conduire et ainsi de suite;

définition sociale: est considéré adulte celui qui a atteint une maturité, quand qu'il est en mesure d'assumer une position dans la société et d'y contribuer efficacement. Peut donc être considéré comme adulte, un travailleur à temps plein, un citoyen ayant le droit de vote ;

définition psychologique: est considéré comme adulte celui qui développe un concept de lui-même comme une personne autonome et responsable de la vie.

L'âge adulte est marquée par de nombreuses facettes qui font le lien entre l'aspect purement biologique, juridique, social et psychologique. Contrairement à ce que l'on pense habituellement, l'âge adulte représente des changements, évolutions et adaptations continues, de telle sorte que la qualifier comme une période statique, invariable, équilibré et immuable dans la vie d'un individu, créerait un risque de négliger des aspects d'intérêt humain considérables au delà de ceux scientifiques.

Duccio Demetrio identifie l'âge adulte comme une période en constant devenir, un endroit de complexité. Selon Demetrio être adulte signifie évoluer continuellement et développer de nouveaux schémas d'adaptation émotionnelle, sociale et cognitive pour répondre de manière proportionnée, mais aussi toute personnelle, aux stimulations que l'environnement extérieur offre.

*Comment s'insère le jeu dans un tel contexte de vie quotidienne de l'adulte ?*

Le jeu pour les adultes est un moment de **distraction** dans les occupations de l'ordinaire, un entracte récréatif dans la routine quotidienne et qui occupe agréablement les heures de temps libre. Les adultes choisissent leurs propres activités en fonction de leurs propres intérêts et de leur propre personnalité. Certains jeux sont souvent très complexes et peuvent présenter simultanément de multiples niveaux de sens: les jeux de raisonnement

(comme par exemple les jeux d'énigmes, les jeux de cartes ou le jeu d'échecs), les jeux de construction et d'adresse (comme les puzzles, le modélisme et les collections) sont parmi les engagements récréatifs préférés des adultes. Le besoin de l'adulte de connaître, d'apprendre toujours quelque chose de nouveau et de mesurer ses propres capacités avec ce savoir, favorise souvent le choix de jeux mentalement et manuellement engageant. La disponibilité à apprendre justifie la préférence pour une activité qui engendre des sentiments de satisfaction et une meilleure estime de soi. Nombreux sont les magasins spécialisés dans les « jeux de grands » qui font face à ces exigences de satisfaction ludique : ils proposent en effet des jeux variés de raisonnement, de patience et d'adresse et dans leur inventaire ne manquent pas de jeux pour donner libre cours à la créativité. La majeure partie de ce que les adultes appelleraient jeu est de plus institutionnalisée : il existe des critères rigoureux pour sélectionner qui peut y participer, où et quand il est permis jouer. Parmi ces jeux rentrent les activités sportives. Assez souvent les activités les plus chères des adultes ont un caractère de rencontres d'aficionados (de passionnés) qui consacrent à leur activité préférée quelques heures par semaine en commun loin de la réalité extérieure. Naissent donc les rencontres de bridge, les jeudis bowling et ainsi de suite, dans lesquelles une même communauté de gens se retrouve pour jouer.

Ce sont les adultes de ces mêmes communautés qui soutiennent que souvent le jeu n'est pas exclusivement le moyen qu'on utilise pour s'occuper mais qu'il crée aussi une situation amusante et agréable.

Nous avons vu que le jeu des adultes, et pas seulement celui des enfants, répond à des **motivations internes profondes** : le désir d'une plus grande satisfaction, l'accroissement de l'estime de soi, le besoin d'appartenance à un groupe etc. Il ne faudrait donc pas sous estimer la capacité du jeu à assouvir des exigences cognitives, sociales et circonscrites à des moments particuliers de chaque phase de la vie.

## **JEU ET PEDAGOGIE**

### LE JEU SELON JEAN PIAGET

En pédagogie le jeu est considéré comme une activité spontanée et auto formative de l'enfant. A partir de cela de nombreuses théories ont été formulées.

Jean Piaget a étudié l'univers du jeu et les moments de majeur changement pour l'enfant. Suivant le point de vue de l'auteur nous pouvons distinguer trois types de jeu durant l'enfance :

Jeu sensori-moteur : occupe une période qui va de la naissance à l'âge de deux ans; l'enfant acquiert graduellement le contrôle de ses mouvements, en les répétant et en les variant. A ce stade, il vérifie sous forme de jeu l'**apprentissage** de diverses possibilités de coordination des gestes et la perception de leurs effets. Le jeu se manifeste en outre dans le plaisir que l'enfant éprouve à en faire l'expérience avec le toucher, la vue et le son. Il est facile de constater la joie éprouvée par l'enfant en maîtrisant ses **habilités motrices et sensorielles** acquises en effectuant des actions et en les répétant.

Jeu symbolique et représentatif : il est caractéristique de la période préscolaire et se manifeste chez l'enfant de deux à six ans. L'enfant développe des capacités imaginatives : **il codifie ses propres expériences perceptives en symbole**. Le jeu avec les symboles et leurs combinaisons assume la forme prédominante de l'activité ludique de l'enfant durant cette période de la vie.

Jeu avec des règles : il se manifeste durant l'âge scolaire pendant laquelle l'enfant commence à penser de manière plus objective. L'expérience scolaire transmet **les concepts sociaux de coopération et de compétition**, soutenant un changement ultérieur dans la manière d'établir en lien avec la réalité. L'enfant, durant cette phase, est en fait majoritairement attiré par les jeux structurés ayant des règles prédéfinies et irréfutables qui peuvent impliquer des équipes ou donner lieu à des activités de groupes.

Dans cette classification Piaget considère le jeu comme l'expression d'un niveau cognitif donné atteint par l'enfant et retient que ceci est soutenu par une forme de pensée « indépendante, en principe, des processus affectifs qui peuvent être superposés ». Cependant en 1933 en se référant au jeu symbolique, il parle d'un double niveau de **symbolisation**: un premier niveau, **conscient et primaire**, dans lequel l'enfant assimile un objet à un autre; et un second niveau, **secondaire et inconscient**, dans lequel n'importe quel objet est assimilé à un ensemble défini et limité de schémas affectifs relatifs à la thématique du corps et ses fonctions, à la thématique des sentiments familiaux élémentaires et à la thématique du rapport à la naissance.

#### LE JEU SELON VIGOTSKY

Vigotsky s'est aussi exprimé à propos du jeu mais contrairement à l'analyse qu'en fait Piaget, il s'est concentré sur l'importance du **rôle** que cette activité joue dans le **développement mental de l'enfant**. Il définit le jeu comme la principale source de développement durant les années qui précèdent l'école. Entre trois et six ans l'enfant commence à sentir des besoins et des motivations nouvelles, inassouvissables sur le moment. Il atténue le besoin urgent de voir se concrétiser immédiatement chaque désir (aspect qui avait caractérisé les phases précédentes), en les exprimant désormais spontanément dans le jeu. L'apparition de la situation imaginaire dans l'activité ludique de l'enfant renforce la capacité de l'enfant à réussir à se libérer du désir immédiat de satisfaction de ses besoins. L'enfant pendant qu'il joue, réalise de manière illusoire ses propres désirs inassouvissables: « L'imagination est un nouveau phénomène prodigieux, qui n'est pas présent dans la conscience d'un très petit enfant, qui est absent chez tous dans les animaux et qui représente une forme d'activité consciente spécifiquement humaine. Comme chaque fonction de la conscience elle naît avec l'action (...) ».

Il serait toutefois simpliste de se référer au jeu comme la manifestation isolée d'un désir à assouvir. Il convient de souligner que l'enfant non seulement exprime des réactions affectives individuelles en se confrontant à des phénomènes divers, mais aussi à des tendances affectives généralisées et non prédéterminées. Le jeu est donc essentiellement l'**accomplissement des désirs**, en tant que des désirs isolés, mais plutôt met en jeu des mécanismes affectifs généralisés. Naturellement, l'enfant joue sans se rendre compte des motivations abstraites qui l'ont conduit à rentrer dans le jeu. L'enfant est conscient de vivre une situation imaginaire, mais n'a pas conscience des motivations qui ont donné lieu à ce jeu en particulier. Grâce au jeu l'enfant est capable de détecter des choses autour de

lui d'une manière différente de celles qu'elles sont en réalité. Il fonctionne sans tenir compte de ce qu'il voit. Au cours de l'activité ludique, la pensée est séparée des objets et l'action prend forme et s'anime d'avantage avec des idées qu'avec des choses. La pensée se sépare des objets, car « un morceau de bois commence à être une poupée et un bâton devient un cheval ». Il y a un tel changement dans la relation entre l'enfant et l'objet réel qu'il est impensable qu'il puisse soudainement en prendre conscience: « il est très difficile pour un enfant d'être en mesure de séparer la pensée (la signification d'un mot) et l'objet. Le jeu représente la **phase de transition** dans ce sens, au moment critique où le bâton, qui est un objet, devient le moyen de séparer le sens du cheval du réel cheval; ainsi vient s'alterner de façon radicale l'une des structures fondamentales psychologiques qui détermine la relation de l'enfant avec la réalité ».

Vigotsky décrit le jeu comme le moyen qui permet à l'enfant d'acquérir un important changement perceptif dans la confrontation à la réalité. Grâce au jeu l'enfant expérimente l'émancipation des liens situationnels, et c'est justement pour cette raison que la création d'une situation imaginative ne peut pas être un événement fortuit : dans le jeu, l'enfant agit dans le cadre d'une situation mentale et non observable. C'est ici que l'enfant apprend à agir dans le cadre d'un royaume cognitif, pas visible extérieurement, en faisant levier sur des tendances et des motivations intérieures et non pas sur des motivations fournies par les choses extérieures. En jouant, l'enfant agit dans une situation réelle mais avec un sens aliéné en donnant un sens figuré aux objets et à la situation. Indépendamment de la réalité qui l'entoure, l'enfant choisit de faire ce qui lui plait le plus parce que le jeu est connecté au plaisir; en même temps, il doit renoncer à chaque action spontanée et impulsive, puisque chaque jeu, y compris ceux imaginatifs, est gouverné par des règles. La situation imaginaire et les règles animent chaque jeu. Ce sont des règles de comportement que les enfants acceptent tacitement et respectent, des règles qui dérivent de la même situation imaginaire. Le non respect de l'une de ces normes pourrait immédiatement transformer le jeu, ne pas rendre le jeu tel qu'il était ou signer sa fin. Vigotsky soutient que dans le jeu l'enfant est libre mais qu'il s'agit d'une **liberté illusoire** : vous n'êtes pas vraiment libre si vous devez suivre les règles du jeu. Particulièrement intéressant est le comportement tenu durant une activité ludique « dans le jeu l'enfant est toujours au-dessus de son âge, de son propre comportement au quotidien. (...) Le jeu contient toutes les tendances du développement en forme condensée. Dans le jeu c'est comme si l'enfant essaye de passer à un niveau supérieur que celui du comportement associé à son vrai âge ».

**Le jeu est reconnu comme l'origine et l'espace du développement, c'est à dire l'espace de création et d'action de la sphère imaginative dans une situation fantastique et ludique et au même temps l'espace de création d'intentions volontaires et de formation de projets pour la vie réelle.**

L'aspect le plus important du jeu se retrouve dans les changements dans le comportement de l'enfant. Un enfant apprend à reconnaître de manière consciente ses propres actions et devient conscient du fait que chaque élément a un sens. Du point de vue du développement, le fait de créer une situation imaginaire peut être considéré comme un moyen précieux de développer la pensée abstraite.

#### LE JEU SELON MELANIE KLEIN

Une contribution très importante à la psychologie de l'âge évolutive, à la psychologie de l'enfance et aux méthodes de soin et d'éducation des enfants, nous est offerte par Mélanie Klein. La psychanalyste autrichienne a mis au point des nouvelles techniques thérapeutiques pour le traitement des enfants : en formulant une méthode d'enquête psychologique à travers le jeu, M. Klein a démontré que les manières avec lesquelles les enfants utilisent les jouets peuvent être révélatrices de fantaisie et d'anxiété très précoce, autre que des sentiments agressifs et œdipiens.

Au moment auquel M. Klein développe sa technique pour analyser les enfants, on retenait que ceux ne pouvaient être soumis à un traitement psychanalytique parce que, au contraire des adultes, ils étaient considérés incapables de faire de libres associations et de développer le transfert, sur lequel est basé l'analyse des adultes. M. Klein a au contraire étudié et découvert que les enfants utilisaient le jeu selon des associations libres, a démontré comment le transfert se réalise de manière constante dans l'activité ludique et aussi à des niveaux très enfantins.

Un concept central de la théorie kleinien est celui de **fantaisie**. Les fantaisies inconscientes, existent depuis la naissance, elles sont les représentations mentales des instincts; celles-ci sont expérimentées au début comme des sensations corporelles pour être ensuite transformés en image, pensées et langage. Une activité imaginative guidée par l'imagination, typique des jeux enfantins, permet à l'enfant d'assouvir un besoin instinctif. L'objet est ce sur quoi le désir est dirigé. Puisque l'enfant ne possède pas encore un Moi autonome, il interprète les sensations corporelles désagréables comme en

effet des mauvaises intentions de la part de l'objet envers lui. Au contraire quand il fait l'expérience d'une sensation corporelle agréable, l'enfant a la sensation de quelque chose qui a une bonne disposition envers lui. L'objet est considéré comme bon s'il représente dans l'esprit la satisfaction de son besoin. L'enfant élabore des fantaisies inconscientes sur l'objet. Dans ces fantaisies, il s'imagine attaquer l'objet mauvais et le détruire, mais puisque l'enfant n'est pas encore en mesure de se différencier de l'objet, il se sentira à son tour attaqué et il pourra le détruire et/ou il pourra craindre d'être détruit.

M. Klein a identifié dans le développement de l'enfant un processus qui s'articule en deux phases, qu'elle qualifie comme « **positions** ». Les positions sont les modalités de relation non seulement dans les premières phases du développement, mais aussi dans la vie adulte.

La première position est dite « schizo paranoïde » et elle se vérifie durant les quatre premiers mois de la vie. Dans les premières étapes du développement, le Moi, fragile et immature, est déjà soumis à l'angoisse causée par le conflit entre l'instinct de vie et l'instinct de mort. Le Moi de l'enfant, face à l'angoisse causée par l'instinct de mort, le dévie et en partie le transforme en agressivité. Le moi projette cette partie qui contient l'instinct de mort sur l'objet externe original, qui est le sein maternel. Il naît ainsi une peur de persécution. L'agressivité restée dans le Moi est dirigée contre l'objet vécu comme persécuteur. Même la libido et les instincts de vie sont projetés sur un objet, dans ce cas perçu comme nourrissant et porteur de vie. La peur dans la position schizo paranoïde, vient du fait que l'objet persécuteur détruit l'objet bon comme le Moi. C'est pour cela que M. Klein utilise le terme schizo paranoïaque pour indiquer que l'angoisse est de type persécutrice (paranoïde) et l'état du Moi et de ses objets est représentée par la scission (schizoïde).

Contre l'angoisse, le Moi utilise des **mécanismes de défense** parmi lesquelles la **projection** de ce qui est mauvais en dehors de soi, et l'**introjection** de ce qui est bon à l'intérieur de soi. Le mécanisme de la scission sert à tenir séparé les objets mauvais de ceux qui sont bons, afin que ces derniers ne viennent pas à être endommagés. Un autre mécanisme de défense se trouve dans la **négation** qui entre en action quand la persécution est trop grave pour pouvoir être supportée, et consiste en une fantaisie d'anéantissement de l'objet persécuteur.

La seconde position mise en évidence par M. Klein est dite « dépressive ». Si les conditions environnementales sont favorables, l'enfant en grandissant, renforcera son Moi et sera moins effrayé par ses propres pulsions agressives et donc les extériorisera moins.

Les mécanismes de scission et de projection diminueront et grandira l'impulsion envers l'intégration du Moi et de l'objet. La position dépressive correspond à la phase durant laquelle l'enfant reconnaît un objet comme un tout et entre en relation avec cet objet. Le premier objet que l'enfant reconnaît est la mère. Cette phase se développe entre le premier et le quatrième mois et à la fin de la première année. Durant cette période, l'enfant se rend compte que la mère est un individu avec une vie propre et découvre sa propre dépendance vis-à-vis d'elle et la jalousie envers ceux qui entrent en relation avec elle. Simultanément, son Moi devient aussi plus stable et plus fort. Un tel processus va de pair avec la maturité physiologique. L'enfant devient conscient d'être lui, celui qui aime et déteste la même personne. Il se trouve, à ce moment-là, face à ses propres ambivalences et aux conflits qui en dérivent. L'angoisse dans la phase dépressive naît de l'ambivalence, de la peur que les propres poussées destructives puissent anéantir l'objet aimé. Emergent ainsi les sentiments de lutte pour l'objet bon, perçu comme perdu, et la culpabilité. Cette expérience soulève chez l'enfant le désir de réparer son objet détruit. La **réparation**, faite dans la réalité et dans l'imaginaire, éloigne les angoisses dépressives et conduit à l'espoir. Si la position dépressive est élaborée avec succès, le Moi devient plus mature et l'enfant prend conscience de sa propre réalité psychique, il commence à distinguer fantaisie et réalité externe. La souffrance causée par la perte de l'objet dans la position dépressive et les tendances réparatrices pour réintégrer les objets internes et externes représentent selon M. Klein les bases de la **créativité** et de la **sublimation**. Si, au contraire, la position dépressive n'est pas surpassée positivement, le développement est très négatif. Le Moi se sent continuellement tourmenté par l'angoisse de la perte complète de chaque situation bonne, il reste fragile, il a un rapport faible avec la réalité et il est donc exposé au risque de psychose.

**M. Klein soutient que ces états émotifs et ces défenses psychologiques s'expriment dans le jeu infantile et peuvent se résoudre à travers le jeu.**

#### LE JEU SELON DONALD WINNICOTT

La contribution de Winnicott dans l'analyse du jeu est essentielle dans ces réflexions théoriques, tant dans la pratique des intervenants thérapeutiques que dans le domaine des arts thérapies.

Partant de l'observation des interactions mère-enfant Winnicott insiste et argumente dans son œuvre principale « Jeu et réalité » sur les notions d'**espace transitionnel** et d'**objet transitionnel**. Dans un premier temps, l'enfant vit une relation fusionnelle avec sa mère.

En grandissant l'enfant commence à acquérir une réalité personnelle psychique à l'intérieur de lui et une réalité externe source de ses satisfactions. Durant cette phase, l'enfant expérimente les premières expériences de détachement et de séparation de la mère. La vie apparaît pour l'enfant comme une série accidentée d'états affectifs désagréables, intensément vécus, qui l'aident à prendre acte de l'absence de la mère et à la percevoir comme non-moi. Bien que ce processus de séparation soit extrêmement frustrant, l'enfant crée un troisième espace, une zone dans laquelle l'espace interne se superpose à l'externe, un domaine heureux dans lequel mère et enfant continuent à rester unis. Ainsi dans un continuum entre objectivité et suggestivité, l'enfant vit dans un espace transitionnel. Winnicott explore largement ce stade de développement du Moi dans lequel l'enfant se crée l'illusion que la mère est toujours présente. Pour réussir dans cette tâche ardue, dit-il, « l'enfant fait usage de quelque chose qui appartient au monde extérieur (laine de coton, coin de la couverture, ours en peluche, etc.) dont l'usage de celui-ci devient pour lui d'importance vitale au moment d'aller dormir et représente une défense contre l'angoisse, surtout l'angoisse de type dépressive ». L'objet aimé est pour l'enfant une représentation magique de la constante présence maternelle; l'enfant serre contre soi cet objet pour s'endormir pour évoquer constamment la rassurante union avec la mère et trouver du réconfort. Donc l'objet transitionnel permet à la mère réelle de s'éloigner pendant que l'enfant la détient tout près de lui tout près de lui de près symboliquement. L'objet transitionnel a une signification très spéciale, il appartient en même temps au monde intérieur de l'enfant et à la réalité extérieure. Ainsi, à travers les objets transitionnels l'enfant commence une relation de confiance avec le monde extérieur, une relation imprégnée de deux valeurs à la fois illusoires et réelles. Winnicott voit en cette illusion de l'objet transitionnel le premier jeu. Plus tard, se sera justement à travers le jeu et le jouer imaginaire partagé, que l'enfant trouvera le désir d'explorer jusqu'à ce que, à un moment donné dans son développement cognitif et affectif, il remplacera l'objet transitionnel et le jeu imaginaire avec un système de symboles qui va lui permettre de communiquer en l'absence d'objets (la **culture** et la **langue**).

Jouer selon l'auteur est une manière de vivre subjectivement la réalité, une manière toute personnelle d'agir. S'il est vrai que le petit enfant caresse et embrasse son ours en peluche pour reconnaître et remplir, en même temps, l'espace qui existe désormais entre lui et sa mère, il est également vrai pour l'auteur que pour les enfants plus âgés, **la séparation est élaborée en remplissant l'espace potentiel avec le jeu créatif, avec l'utilisation de symboles et de tout ce qui mène finalement à une vie culturelle.** La zone du jeu est

conçue pour Winnicott comme une zone d'expérience humaine qui existe dans la réalité partagée, qui couvre également la vie créative, et toute la vie culturelle de l'adulte. Vivre avec l'imagination, être en mesure de faire usage de sa propre expérience culturelle, dans tous les sens, représentent pour l'individu la capacité de conférer à chaque chose existante la contribution personnel qui lui permet de voir les choses de sa propre manière authentique et créative.

Winnicott lie de manière inséparable l'aspect de la **créativité** et de l'**imagination** au **jeu** et à la **vie**, et soutient que la créativité est universelle et appartient au fait même d'être vivant. Il conçoit la créativité comme la capacité de se mettre en relation à sa propre perception et à ses propres sentiments. Le concept de jeu est donc pour Winnicott intimement connecté à l'activité créative et à la recherche de soi: c'est seulement en étant créatif et par conséquent à travers le jeu que l'on découvre et que l'on entre en contact véritable avec le noyau de la propre personnalité.

## **JEU ET PSYCHOPATHOLOGIE**

Plusieurs études ont abordés la question du jeu dans la population souffrante de troubles psychiatrique. Ces sujets révèlent une difficulté particulière dans une impossibilité de s'exprimer, d'accéder à la dimension du jeu symbolique et plus généralement à participer à un processus expressif profond, d'expression de soi.

L'**expression** représente le mouvement primaire de l'être au monde, la relation fondamentale entre l'espace interne, mental, et l'espace externe, relationnel. Sur le plan phénoménologique, l'expression est le mouvement d'un espace interne vers l'externe; le mouvement qui réalise l'expression de soi. L'espace qui s'interpose entre le monde interne et externe est synthétisable comme la capacité de tresser des relations avec l'espace, le temps et les autres corps. Si le sujet est l'exprimant, le corps du sujet est l'instrument d'expression. Bien que l'expression soit un mouvement univoque, la relation, elle est bidirectionnelle: elle est à la fois action et réception. L'action, consciente ou involontaire, mentale ou adoptée à travers le corps, n'est qu'une partie du mouvement. L'action doit s'alterner avec la réception de l'environnement externe avec une continuelle reformulation de l'action, et donc de l'expression elle-même. Le corps est l'organe agent et récepteur. Le corps connaît le monde à travers l'action et la perception. L'expression implique donc un interlocuteur en mesure de recevoir, d'apprendre et d'intégrer tout ce qui est exprimé, c'est-à-dire d'être spectateur. L'expression implique donc un « être avec », une coexistence, un échange et un facteur de réciprocité qui donne une signification au mouvement expressif même et qui implique deux identités : l'**acteur** et le **spectateur**.

Dans ce binôme, nous nous trouvons face au modèle classique existentiel de la relation qui porte à la reconnaissance et à l'affirmation de l'identité de soi vis-à-vis de l'autre. Mais il y a différence entre soi et expression de soi. Cette non coïncidence confirme l'existence d'un autre spectateur fondamental qui est le sujet exprimant c'est-à-dire le spectateur de soi. Le spectateur de soi est un concept fondamental qui permet au sujet exprimant, l'acteur, de tourner vers lui-même le langage et les images intérieures amenant à construire le dialogue intérieur et en même temps d'apprendre, de s'observer, de se connaître et de se reconnaître. La présence d'un **soi - spectateur de soi** et donc d'un soi qui s'affirme, qui partage et tresse des relations avec l'espace, le temps et les autres corps permet au sujet de constituer le processus identitaire.

L'identité selon Ruggieri est la correspondance entre l'image de soi et l'expérience concrète de soi qui confirme la propre auto représentation (2001). De la même manière l'absence de correspondance entre image de soi et expérience de soi sanctionne la crise de l'identité. L'expression de soi fournit les sentiments d'affirmation, confirme l'identité et soutient l'équilibre psychophysique du sujet. Ce modèle est largement soutenu par la culture et la société actuelle avec une force et un impact considérables: le message "Express yourself!" bombardé quotidiennement, tend à généraliser l'idée pour en faire un style de vie globalisée. Ce message est proposé comme le « phare de la nuit » des frustrations et des dépressions pour atteindre un bonheur indéfini. L'excessive simplification rend ce message d'un côté séduisant et « easy going » mais d'un autre côté, inefficace et désastreux. Dans la réalité existentielle active l'élément de l'expression se conjugue nécessairement à l'élément du copartage et à la réciprocité. Le contournement de tels paramètres transforme l'expérience en expression narcissique précaire. La précarité est sanctionnée par l'illusion de l'affirmation de soi qui seulement pour une courte période et dans des contextes déterminés réussit à masquer le manque de partage et de réciprocité.

Les concepts d'acteur, de spectateur et de spectateur de soi nous introduisent dans le sujet fondamental de comment l'expérience théâtrale peut s'insérer, grâce aux outils de l'art dramatique, dans la prise en charge de la pathologie mentale. Les auteurs de ce travail ont alors cherché de répondre à la question suivante.

*Quels sont les mécanismes qui organisent l'expérience ludique psychopathologique ?*

Toutes les réflexions proposées en suite encouragent la compréhension de la complexité de la thématique. Le focus de l'attention ainsi se pose sur les superpositions des comorbidités possibles traitée dans le cadre de ce travail en ce qui concerne le Internet Gaming Disorder et donc sur les manifestations pathologiques de l'expérience ludique. L'activité ludique en ligne peut en effet représenter, dans le cadre de l'addiction à Internet, une conduite addictive mais aussi une expérience autistique. A notre sens, les populations atteintes d'un trouble du spectre autistique, et notamment le syndrome d'Asperger, sont particulièrement exposées au risque de développer une addiction à Internet et/ou aux jeux vidéo. Enfin, on propose, par souci d'exhaustivité, une réflexion clinique sur la perception du jeu dans l'expérience psychotique ou chez les sujets souffrants des troubles

de l'humeur afin que le lecteur puisse comprendre l'univers des manifestations possibles que souvent caractérise la pratique clinique de la prise en charge des addictions à Internet.

#### JEU ET SYNDROME DE ASPERGER

Le syndrome d'Asperger est un désordre du développement. Il se manifeste par des difficultés de la communication et des rapports sociaux. Les personnes qui en sont atteintes ont souvent un comportement répétitif, stéréotypé, des intérêts et des activités spécifiques et restreintes. On parle communément de spectre autistique parce que les symptômes peuvent être combinés de façon différente et se présenter de manière légère à graves. La cause des troubles autistiques et de l'autisme de haut-niveau n'est pas encore claire. Les causes du spectre autistique seraient multifactoriels et aucun facteur n'a été reconnu comme déterminant.

#### *Quel type de rapport peut avoir une personne Asperger avec le jeu?*

Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger aiment jouer aux jeux de rôle, aux figurines, aux cartes (notamment appartenant à l'univers du fantasy) puisque ces types de jeu, comme certains jeux de société, n'impliquent pas nécessairement d'échanges sociaux élaborés. Ces jeux, comme les jeux vidéo, réunissent un grand nombre de particularités qui permettent une vraie distraction à des personnes atteintes du syndrome d'Asperger.

Ces sujets aiment les **règles** et la **rigidité du cadre** que certains jeux imposent. La rigidité de ces jeux ne laisse pas place à la subjectivité et aux déductions abstraites, qui nécessitent une trop bonne connaissance des convenances, des relations qui lient les participants ou de l'empathie. Les jeux de société sont donc un excellent moyen de passer un moment ensemble, en famille ou entre amis, sans avoir à gérer d'échanges sociaux complexes. Ensuite la possibilité de choisir un jeu en fonction de **ses propres centres d'intérêt** est très confortable, elle pose le sujet central de jeu et de discussion, ainsi les joueurs peuvent traiter de leur sujet favori sans avoir à se justifier. Toutefois si les jeux de société ou les jeux vidéo peuvent constituer un univers de plaisir et de réelle distraction, Micah Mazurek s'est intéressé à l'impact de ce dernier loisir sur les jeunes atteints de troubles du spectre autistique (TSA)<sup>6</sup>. Selon ses conclusions, ces derniers sont plus

---

<sup>6</sup> Available at <http://www.numerama.com/magazine/25781-les-jeunes-autistes-seraient-plus-exposes-a-la-dependance-au-jeu-video.html>

exposés à l'addiction du jeu vidéo que des enfants ne souffrant pas de TSA. Une des difficultés majeures du cadre Asperger est la difficulté du sujet à avoir accès à la dimension corporelle (même en raison d'une hyper-sensibilité sensorielle) et à la dimension relationnelle et sociale du jeu. L'engagement du corps dans l'expérience ludique en dramathérapie, le focus sur la dimension relationnelle et sociale du jeu et de la communication interpersonnelle, peuvent alors constituer des perspectives intéressantes dans la proposition dramathérapeutique adressée à cette population.

#### JEU ET PSYCHOSE

Par psychose, on entend un trouble mental qui s'accompagne d'une difficulté de percevoir la différence entre la réalité et la fiction, un dérèglement mental induisant la perte de la capacité relationnelle adéquate à la réalité extérieure à cause de l'apparition de symptômes concernant les capacités perceptives (par exemple des hallucinations), du processus de pensée (par exemples des délires), et du rapport interpersonnel (inadéquation des relations sociales, difficulté de contact émotif, etc.).

*Quel type de rapport peut avoir une personne schizophrène avec le jeu?*

Au début de la pathologie, comme dans sa phase aiguë, le patient schizophrène se trouve immergé dans une dimension détachée de la réalité et caractérisée par des épisodes hallucinatoires et délirants que le patient vit avec une intense charge émotive: dans cette condition il perçoit les activités de la vie quotidienne comme dépourvues de sens. Il n'est donc pas étonnant que le jeu et les activités de distraction, bien qu'agréables et habituellement gratifiantes, entendues comme des activités du quotidien ne sont plus concevables par le patient schizophrène.

Pour la psychose chronique nous remarquons des symptômes tels que le déficit des capacités d'attention et de concentration. Dans cette phase de la pathologie, le patient développe une tendance marquée à l'inertie et à un appauvrissement affectif progressif, qui compromettent l'habileté du patient à appréhender au quotidien la gestion du travail et du temps libre, avec ses activités ludiques et récréatives de façon générale. De plus, une des difficultés majeures du cadre psychotique est l'incapacité ou l'impossibilité du sujet à avoir accès à la dimension du symbolique et donc du jeu symbolique. Ce sujet constitue un terrain d'interrogation clinique chez les dramathérapeutes qui travaillent avec cette population.

Les manifestations psychotiques peuvent caractériser la prise en charge des addictions à Internet et aux jeux vidéo. Lors de prises en charge de patients atteints d'addiction à internet ou aux jeux vidéo, il est fréquent d'observer des symptômes que l'on retrouve chez des patients ayant des troubles psychotiques.

#### JEU ET TROUBLES DE L'HUMEUR

A la différence des épisodes psychotiques, dans les troubles de l'humeur le rapport à la réalité est conservé. Mais l'agitation, l'anxiété, l'angoisse et l'extrême tristesse ainsi que le pessimisme qui les caractérisent rendent la vie pénible, douloureuse et insatisfaisante. Les personnes atteintes d'un état dépressif grave sont dominées par un profond sentiment de désespoir, de solitude et d'ennui qui empêchent le sujet de trouver un intérêt à ressentir du plaisir, et également à pratiquer des activités qui avant l'apparition de la pathologie pouvaient être considérées comme gratifiantes. Entre autre, le manque de concentration et l'appauvrissement progressif qui marquent ce stade de la maladie, rendent la personne incapable de prendre une initiative ou simplement de faire un choix. Pour la personne dépressive, tout est privé de but et les activités de la vie quotidienne, bien quelles soient récréatives ou distrayantes, comme les activités ludiques, n'ont plus aucun sens. Selon G. Ba les patients arrivés à ce stade, et de manière particulière les malades chroniques, "sont investis et convaincus du rôle propre de la maladie, à tel point qu'ils ne pensent plus avoir le droit ou la possibilité de se divertir, même à travers le jeu" (2003). Ceci est valable pour les troubles de l'humeur ainsi que la bipolarité.

Le cadre psychopathologique de cette maladie est caractérisé par l'alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques ou hyper-maniaques. Le patient en phase maniaque est souvent euphorique, bruyant, désinhibé socialement, il a un flux d'identité accéléré et il est attiré par n'importe quelle stimulation. L'hyperactivité finale qui marque le "faire" des patients dans cet état, ne laisse pas place au repos, à une bonne utilisation du temps libre et donc du jeu.

*Quel type de rapport peut avoir une personne souffrant d'un trouble de l'humeur avec le jeu?*

Au début de la pathologie, comme dans sa phase aiguë, le patient dépressif, comme le patient psychotique, est immergé dans une dimension détachée de la réalité que le patient vit avec une intense charge émotionnelle: dans cette condition il perçoit les activités de la vie quotidienne comme dénuées, dépourvues de sens. Il n'est donc pas étonnant que le jeu et

les activités de distraction, bien qu'agréables et habituellement gratifiantes, entendues comme des activités du quotidien ne sont plus concevables par le patient dépressif. Dans cette phase de la pathologie, le patient développe une tendance marquée à l'inertie et à un appauvrissement affectif progressif qui compromet son efficacité interpersonnelle. La régulation émotionnelle constitue souvent le cœur de la prise en charge. De plus, une des difficultés majeures de ces manifestations cliniques est l'incapacité ou l'impossibilité du sujet à avoir accès à la dimension du plaisir et donc à avoir accès à la dimension ludique du temps libre. La régulation émotionnelle, l'efficacité interpersonnelle et l'exploration du plaisir constituent le terrain de travail clinique chez les dramathérapeutes qui travaillent avec cette population.

Les manifestations dépressives peuvent caractériser la prise en charge des addictions à Internet et aux jeux vidéo. Lors de certaines prises en charge de personnes atteintes d'addiction à internet ou aux jeux vidéo, il est courant d'observer des symptômes relevant de la dépression.

**DEUXIEME PARTIE**  
**CADRE CLINIQUE ET SCIENTIFIQUE**

**LE INTERNET *GAMING* DISORDER**

## DEUXIEME PARTIE

### CADRE CLINIQUE ET SCIENTIFIQUE

#### LE INTERNET *GAMING* DISORDER

L'addiction à Internet, c'est à dire l'Internet Gaming Disorder, est à l'heure actuelle une notion débattue. Il existe un débat international très vif à ce sujet. La documentation scientifique recensée dans ce domaine montre l'émergence et le développement d'études sur l'usage problématique et addictif d'Internet pendant ces vingt dernières années. C'est en effet à partir de la consultation de plus de 240 articles scientifiques internationaux que le comité scientifique APA (*American Psychiatric Association – Société Américaine de Psychiatrie*) a décidé d'introduire ce trouble dans la dernière version du DSM, en Mai 2013.

Des récentes études de neuro-imagerie ont contribué de manière significative, à la compréhension des mécanismes neurobiologiques de l'addiction à Internet. Si les manifestations cliniques sont parfois évidentes, la terminologie utilisée par les auteurs reflète cependant la jeunesse du champ d'étude et l'absence de consensus scientifique. Pour tous ceux qui s'intéressent à ce phénomène, la définition opérationnelle d'un seuil clinique représente toutefois une question ouverte. Ce cadre théorique propose donc une réflexion en ce qui concerne le panorama de la recherche scientifique et clinique de ce trouble et aide le lecteur à s'orienter dans la définition du concept à travers la description des critères cliniques que le DSM suggère pour poser un diagnostic d'Internet Gaming Disorder.

Diverses études ont aussi pris en considération les comorbidités de ce trouble et ont proposé une variété de réflexions qui constituent la richesse des perspectives de ce champ d'étude. Nous avons décidé de développer notre démarche autour de la recherche scientifique **sur la population adolescente**, public de notre étude autour duquel cette thèse se développe.

Une réflexion sur l'interprétation de ce trouble, à travers les réflexions concernant la

psychanalyse de l'image, conclut cette deuxième partie et commence la réflexion autour des propositions thérapeutiques possibles qui sera approfondie dans la troisième partie de cette thèse. Le **jeu**, comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie de cette thèse, et la **relation du corps**, constituent à notre sens le cœur de cette proposition thérapeutique et de prévention et ce qui justifie à notre sens le recours aux médiations artistiques, c'est à dire les art thérapies.

## ÉTAT DE LA RECHERCHE

Comme nous venons de l'évoquer dans le paragraphe précédent, c'est à partir de la consultation de plus de 240 articles scientifiques internationaux et avec les données fournies sur la prévalence de ces nouvelles formes d'addictions en Asie (le continent technologiquement le plus avancé et concerné à ce sujet), que le comité scientifique APA (*American Psychiatric Association – Société Américaine de Psychiatrie*) a décidé d'introduire ce trouble dans la dernière version du DSM, en Mai 2013. En effet, la cinquième version du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*) a reconnu les addictions sans substances, comme, l'*Internet Gaming Disorder* comme une maladie à part entière. Toutefois les cliniciens ne sont pas complètement satisfaits puisque ce diagnostic a été simplement évoqué dans le dernier chapitre du manuel – *the section III* - intitulé *emerging measures and models* et dédié aux domaines de recherche encore à approfondir. Plus précisément le manuel parle d'*Internet Gaming Disorder* dans le paragraphe *Conditions for Further Study*. Le panorama concernant les addictions sans drogue reste donc difficile à aborder.

### DANS LA NOUVELLE VERSION DU DSM : LE INTERNET GAMING DISORDER

Le manuel définit comme *Internet Gaming Disorder* un trouble psychologique caractérisant un besoin irrésistible et obsessionnel de consommer une expérience de jeu en ligne. Cette nouvelle forme d'addiction se caractérise par l'utilisation persistante et récurrente de la connexion à Internet qui conduit à un malaise cliniquement significatif. Pour poser le diagnostic d'*Internet Gaming Disorder*, selon le DSM V, il est nécessaire que 5 ou plusieurs des critères suivants soient présents dans une période de 12 mois.

Les critères sont les suivants:

1. préoccupation et désir persistant de jouer (les jeux en ligne deviennent l'activité essentielle dans la vie quotidienne);
2. symptômes tels que l'irritabilité, l'anxiété ou la tristesse suite à la déconnexion ou à la séparation de l'objet de jeu;
3. phénomènes de tolérance : la personne a besoin d'augmenter le temps passé en ligne pour jouer ou la quantité d'argent dépensée pour jouer;
4. échec des tentatives de contrôler la participation aux jeux en ligne;
5. perte d'intérêt hors de jeux en ligne et le délaissement des activités (sociales, sportives, etc.) auparavant investies, à l'exception des jeux mêmes;
6. Utilisation d'Internet continue et excessive bien que la personne reconnaisse des problèmes psychosociaux liés au comportement addictif;
7. La personne addictive a dissimulé/menti (amis/famille/thérapeutes ou autres) sur la quantité de temps passée en ligne;
8. utilise Internet pour échapper/atténuer des sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'anxiété;
9. a mis en danger/compromis ou perdu une relation affective importante, un emploi ou des opportunités d'éducation ou de travail à cause des jeux en ligne.

L'usage addictif aux jeux en ligne se caractérise en général par l'incapacité de contrôler son comportement de consommation. On y retrouve les critères du DSM V (déjà évoqués dans le paragraphe précédent) tels que l'asservissement aux jeux, l'intolérance à la frustration, l'isolement, les sentiments d'irritabilité, anxiété, agressivité, (Sim T. *et al.* 2012, Sun D. *et al.* 2009, Block J. 2008; Shapira N. *et al.*, 2000) et l'envahissement de la vie psychique jusqu'à certaines formes de dissociation. La dépendance est présente avec le besoin persistant de jouer afin d'obtenir soit un plaisir, soit une réduction du malaise (tension). Le joueur doit impérativement augmenter le temps passé en ligne pour atteindre le niveau d'excitation désiré. Le désir de jouer disparaît au profit du besoin de jouer. Des répercussions sur le plan social, scolaire, affectif sont importantes dans la mesure où les cyber distractions sont privilégiées au détriment des activités de la vie réelle.

#### LES ETUDES DE NEUROIMAGERIE

De récentes études de neuro-imagerie ont contribué de manière significative, grâce à des méthodes non invasives, à la compréhension des mécanismes neurobiologiques de

l'addiction à Internet. Il a été possible d'identifier les zones du cerveau qui sont impliquées dans cette maladie. Considérant les résultats des études proposés en suite, Serpelloni *et al.* (2012) soutiennent que la dépendance à Internet implique des changements structurels et fonctionnels dans les régions du cerveau impliquées dans le traitement des émotions, la prise de décision, l'attention et le contrôle cognitif.

De plus, les chercheurs suggèrent que le Internet Addiction Disorders (IAD) partage des mécanismes neurobiologiques communs aux **dépendances aux substances**.

Grâce aux études de neuro-imagerie il a été possible d'identifier, parmi les personnes souffrant de ce trouble, des anomalies neuronales structurelles similaires à celles identifiées dans les dépendances aux substances et les dépendances comportementales (Yuan K. *et al.*, 2011).

De récentes études de neuro-imagerie suggèrent que le circuit du cerveau qui médiatise le manque des jeux en ligne est similaire à celui induit par l'alcool et les drogues. (C.-H. Ko *et al.*, 2011; Han D. *et al.*, 2011; Du W. *et al.*, 2011, CH Ko *et al.*, 2009). Le manque, en effet, représente un élément crucial dans toutes formes de dépendance et la compréhension du mécanisme neurologique est essentielle pour le traitement (Franken I., 2003).

La consommation répétée entraîne des **modifications cérébrales fonctionnelles et structurelles** de plusieurs neurocircuits, dont ceux de la récompense mais surtout ceux impliqués dans la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages pouvant affecter les habitudes comportementales et les capacités d'adaptation.

Une étude de neuro-imagerie, menée à l'Université de Taiwan, a examiné le cerveau d'une population avec un problème de dépendance aux jeux vidéo en ligne (Ko C. *et al.*, 2011). Les résultats ont montré une activation des régions spécifiques du cerveau chez les patients ayant une dépendance en réponse à des stimuli liés au jeu: l'activation de ces zones coïncident avec le circuit du cerveau impliqué dans les mécanismes de la dépendance aux substances. Les résultats d'une autre étude suggèrent que l'activation induite par rapport à des jeux en ligne est similaire à celle observée chez les personnes ayant une dépendance à la toxicomanie et le jeu pathologique. (Han D. *et al.*, 2011).

Les personnes souffrant d'addiction à Internet, comme d'autres formes de dépendance, seraient caractérisées par un déficit du système dopaminergique responsable du système de récompense et de punition. (Dong *et al.*, 2011) Selon les auteurs, le dysfonctionnement du système dopaminergique causé par la dépendance à Internet est compatible avec les

résultats observés dans d'autres types de dépendance (S. Kim *et al.*, 2011). Selon une étude réalisée par une équipe de chercheurs chinois, les anomalies du système dopaminergique chez les personnes toxicomanes étaient également présentes chez les personnes souffrant d'addiction à Internet (Hou H. *et al.*, 2012). Les résultats de toutes les études citées soutiennent l'argument selon lequel les anomalies neurobiologiques de l'Internet Gaming Disorder sont cohérentes et comparables aux troubles addictifs (Potenza, 2006).

#### LES SOUS TYPES

A l'heure actuelle il n'existe pas encore de classification officielle des sous-types de ce trouble. Le DSM suggère aux chercheurs impliqués dans ce domaine de réfléchir aux caractéristiques spécifiques de chaque proposition de jeu en ligne afin de reconnaître les nouvelles manifestations cliniques et phénoménologiques de ces troubles et d'élaborer les sous types évoqués. En matière d'activités, plusieurs classifications ont souvent été divisées en sous types. Kimberly Young, par exemple, classe les addictions à Internet en **cinq sous-types** : le Sexting and Online Sex Addiction, le Internet Infidelity and Online Affairs, le Video Games and Gaming Addiction, le Net Compulsions, le Information Overload <sup>7</sup>.

#### LA PREVALENCE

En absence de réel consensus sur les critères constatés avant la publication du DSM et de questionnaires standardisés, associés à la pénurie d'importantes études épidémiologiques, la prévalence de la population générale de l'addiction à Internet n'est pas encore établie. Une des difficultés dans l'interprétation de ces résultats est l'absence de critères bien définis concernant l'intensité des troubles. Les auteurs utilisent des termes peu spécifiques tels qu'une utilisation d'Internet « excessive », sujet « à risque », ou addiction à Internet.

Toutefois selon la communauté scientifique internationale la prévalence de cette nouvelle forme d'addiction semble être plus significative dans les pays de l'Extrême Orient : les adolescents de sexe masculin d'âge comprise entre 12 et 20 ans semblent être les sujets les plus exposés à ce risque. Comme il vient d'être annoncé, c'est à partir des données sur

---

<sup>7</sup> Available at [www.netaddiction.com](http://www.netaddiction.com)

la prévalence en Asie, que la communauté scientifique américaine a décidé de reconnaître ces troubles dans le DSM. De nombreuses études ont été réalisées en Extrême Orient, en particulier, en Chine et Corée du Sud. 10,2 % des adolescents chinois, âgés entre 13 et 18 ans, utilisent modérément Internet et 6 % sont sévèrement « addictifs » (Lam *et al.*, 2009). La prévalence chez la population adolescente âgée entre 15 et 19 ans semble correspondre au 8,4 % pour les garçons et au 4,5 % pour les filles. Les taux de prévalence d'addiction varient, chez la population chinoise, de 6,44% (Shananxi, Chine) à 2,4 % - 5,52 % (Hunan, Chine) (Deng *et al.* 2007). Différentes études menées en Corée ont retrouvé des taux de prévalence d'addiction entre 1,6 % et 20,3 % (Weinstein et Lejoyeux, 2010). Il n'existe pas la même attention scientifique en Europe et aux Etats Unis, ou les chiffres de prévalence sont extrêmement variables. À l'heure actuelle, on estime que 0,8% des jeunes en Italie (Poli, Agrimi, 2012) et 8,8% des adolescents chinois (Xu J, Shen LX, Yan CH, Hu H, Yang F, Wang L, Kotha SR, Zhang LN, Liao XP, Zhang J, *et al.*,2012) sont touchés. Les taux déclarés de prévalence plus élevés en Chine suggèrent que la dépendance à Internet est un grave problème. Le pays a reconnu en 2008 la dépendance à Internet comme un trouble officiel. (Barkoviak, 2012).

#### LA PREVALENCE EN ITALIE

Poli et Agrimi en 2012 ont publié l'article « Internet addiction disorder: prevalence in an Italian student population». La version italienne de l'Internet Addiction Test (IAT) a été proposée à une population de 2533 étudiants adolescents de différentes écoles. La majorité des interrogés a été classifiée comme utilisateurs non problématiques ( $n = 2386$ , 94.19%), tandis que 127 adolescents (5.01%) ont un problème d'entité modérée et 20 (0.79%) sont sérieusement addictif.

#### LES FACTEURS DE RISQUE ET PROGNOSTIQUES

Selon le DSM V l'environnement et le patrimoine génétique constituent deux facteurs à risque favorisant la conduite addictive. En ce qui concerne l'environnement, la disponibilité des supports de connexion à Internet (ordinateurs, smartphones, etc.) permet l'accès à des types de jeu auxquels la maladie est le plus souvent associée.

D'un point de vue génétique et physiologique, à partir des études sur la population asiatique, les adolescents de sexe masculin semblent être plus exposés au risque de développer une conduite addictive.

## PROFILS DE PERSONNALITE

Bien qu'un certain nombre d'études ait rapporté des liens entre les dépendances à Internet et des profils de personnalité (personnalité obsessionnelle compulsive, borderline, antisociale, narcissique – Kim *et al.*, 2008), le DSM V n'a pas reconnu l'existence de profils spécifiques de personnalité associés à ce trouble.

D'après le spécialiste français Cally « sur le web, la compulsion apparaît lorsque l'internaute ne juge plus son comportement normal, mais ne peut pour autant éviter de se connecter. Si l'individu ne faisait pas cette action, son anxiété en deviendrait difficilement soutenable, voire insupportable » (Cally, 2012) Selon l'auteur, Internet semble remplir différentes fonctions psychologiques pour l'internaute, telles qu'un échappatoire à une réalité difficilement supportable ou encore un exutoire à des pulsions impossibles à assouvir dans la réalité. Selon les auteurs B. Golse, F. Marty, D. Velea « La conduite addictive, traduit l'immaturité socio-affective qui détermine l'impossibilité de se construire une identité psychosociale véritable, solide. La situation est amplifiée par la coexistence d'un sentiment de non-valeur personnelle, de non-reconnaissance. Les personnes dépendantes ont le sentiment d'être seules, isolées, incomplètes narcissiquement, état qui les amène à investir et accorder un potentiel narcissique réparateur de leur angoisse prédépressive, aux différents objets et situations qui pourront engendrer par la suite différentes conduites addictives» (B. Golse, F. Marty, D. Velea, 2017). De plus, l'addiction à Internet est souvent associée à d'autres troubles psychiatriques, y compris la toxicomanie, la dépression, les troubles liés à la régulation émotionnelle (notamment la colère) et les problèmes d'anxiété sociale (Flisher C. 2010, Ko C. *et al.*, 2011).

## COMORBIDITES ET FACTEURS ASSOCIES

La question de la comorbidité et des facteurs associés à cette nouvelle maladie est un argument extrêmement difficile à traiter puisque les réflexions à ce sujet se développent et s'enrichissent constamment. La richesse des publications encourage et soutient le dialogue international en ce moment. Les études portant sur l'addiction aux jeux en ligne rapportent des taux élevés de **comorbidités avec les autres troubles psychiatriques**. On a pris la décision de proposer au lecteur les publications en lien avec la population de notre étude, notamment les **troubles de l'humeur**, les **troubles anxieux**, le **TDAH**, les

troubles du **spectre autistique**. Les facteurs associés à notre sujet de recherche comme la **dégradation du fonctionnement psychologique et social** du sujet, l'**agressivité** et la **violence** complètent la réflexion à ce sujet.

Il faut rappeler au lecteur que dans le cadre de cette thèse les études citées ci-dessous, portent sur une population adolescente, période particulière du développement de l'individu, ce qui nous intéresse particulièrement mais aussi ce qui ne nous permet pas de généraliser l'existence des ces comorbidités à la population adulte.

### **Les troubles de l'humeur, le suicide et l'estime de soi.**

La présence des **symptômes dépressifs** chez des utilisateurs problématiques des jeux vidéo est soutenue par nombreuses études (Stetina *et al.*, 2011 ; Schmit, Chauchard, Chabrol et Sejourne, 2010). Par ailleurs, on note que cette population est aussi sujette au développement de troubles anxieux. Chez les adolescents dépendants aux jeux vidéo, Rehbein *et al.* (2010) notent également un plus haut niveau de stress lié à l'école. Desai Krishman-Sarin, Cavallo et Potenza (2006) arrivent à des conclusions presque identiques. Dans l'étude menée par Schmit *et al.* (2011) la population dépendante aux jeux en ligne présentait le plus de **symptômes dépressifs**. Selon Peng et Liu (2010), dépression et dépendance aux jeux en ligne étaient corrélées positivement. Si les antécédents personnels de dépression ne constituent pas un facteur à risque de dépendance aux jeux vidéo, dans l'étude de Rehbein *et al.* (2010), les adolescents dépendants rapportaient néanmoins plus d'idées suicidaires. Messia, en 2011, analyse la relation entre jeu vidéo excessif et **suicide** auprès d'un échantillon importants des jeunes. Ces résultats montrent que les adolescents qui jouent cinq heures ou plus par jour ont significativement plus de risque d'être triste, d'avoir des pensées suicidaires et de programmer un suicide. Rehbein *et al.* (2011) ont des résultats similaires auprès des 7761 garçons d'âge moyen de 15,3 ans. Ces auteurs montrent qu'il existe une différence significative selon le niveau d'implication des joueurs avec les jeux vidéo sur les pensées suicidaires.

Toutefois en ce qui concerne la relation entre l'utilisation des jeux vidéo et **image/estime de soi** les recherches ne sont pas nombreuses. Par contre, il existe à notre sens, un lien négatif entre les deux variables et cette perspective d'étude nous semble intéressante à évoquer.

### **Les troubles anxieux (troubles anxieux généralisés et phobie sociale)**

Lo *et al.* (2005) ont étudié la nature des interactions interpersonnelles chez les « gros » joueurs (en moyenne 4,70 heures par jour) et les « petits » joueurs (en moyenne 2,45 heures par jour). Le premier groupe se différenciait de façon statistiquement significative par une plus faible qualité des relations interpersonnelles et un niveau d'**anxiété sociale** plus élevé. Les auteurs notent ainsi que si les jeux vidéo permettent de soulager temporairement les symptômes d'anxiété sociale, ils ne permettent pas d'améliorer les relations sociales dans la vraie vie (Smyth, 2007).

### **Le TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité)**

La revue de Young sur les comorbidités et les **TDAH** à l'adolescence, montrait que chez les sujets présentant une addiction aux jeux vidéo, il existait un risque plus élevé de symptômes de TDAH, de dépression et de phobie sociale. (Young, 2008). Comparant une population d'enfants témoins à une population d'enfants TDAH, ces derniers présentaient plus de problèmes associés aux jeux vidéo, avec des résultats significativement plus élevés au questionnaire PVP *Problem Video Game Playing* (Tejeiro, 2002), en faveur de comportement addictifs concernant l'utilisation des jeux vidéo. (Arfi, 2004 ; Bioulac *et al.*, 2008).

Une étude assez originale a pris en considération la variable du traitement médicamenteux par méthylphénidate chez des enfants TDAH jouant à des jeux vidéo (Han *et al.*, 2009). Il apparaissait que ce traitement réduisait la fréquence d'utilisation des jeux chez les patients traités. La question qui se pose est de savoir si l'utilisation pathologique des jeux vidéo est un facteur qui contribue au développement d'autres pathologies ou bien si l'existence d'autres troubles contribue à l'utilisation pathologique des jeux vidéo.

### **Les troubles du spectre autistique, syndrome de Asperger.**

Les objectifs de l'étude menée par Micah O. Mazurek, Christopher R. Engelhardt étaient d'examiner l'utilisation des jeux vidéo chez les garçons souffrant de troubles du spectre autistique (ASD) par rapport à ceux avec TDAH ou développement typique (TD) et d'examiner les symptômes spécifiques (si présents) de l'addiction aux jeux vidéos et les caractéristiques du jeu concernant l'utilisation problématique de jeux vidéo. Les garçons atteints du syndrome d'Asperger passent beaucoup plus de temps à jouer aux jeux vidéo.

L'étude démontre que les garçons souffrant de troubles du spectre autistique (ASD) et ceux avec TDAH utilisent les écrans de manière plus problématique que les garçons typiques. Les symptômes d'inattention, en particulier, étaient fortement associés à l'utilisation problématique de jeux vidéo pour les deux groupes (ASD et TDAH) et les préférences pour le jeu de rôle peuvent être un facteur de risque supplémentaire d'addiction aux jeux vidéo chez les enfants atteints de syndrome d'Asperger.

### **La dégradation du fonctionnement psychologique et social du sujet**

En ce qui concerne la **dégradation du fonctionnement psychologique et social** du sujet l'étude de Gentile, a par exemple, en Amérique du Nord, exploré les conséquences dans la vie quotidienne de l'utilisation pathologique des jeux vidéo chez des enfants et des adolescents (Gentile *et al.*, 2009). Ce travail réalisé chez 1178 sujets de 8 à 18 ans a montré que 8,5 % des sujets inclus présentaient des symptômes de jeu pathologique avec retentissement familial, social, scolaire et la dégradation du fonctionnement psychologique du sujet. L'étude de Tejeiro et Salguero montrait un taux semblable (9,9 %) en population espagnole (Tejeiro et Salguero, 2002).

### **L'agressivité et la violence**

De plus, il faut considérer la multitude de recherches qui ont montré que jouer à des jeux vidéo violents augmente la tendance à se comporter de manière **violente** (Greitemeyer et Osswald, 2011). Il a été montré à partir d'études expérimentales longitudinales que l'exposition à la violence à travers les jeux vidéo a des effets négatifs tels que des processus cognitifs, d'affects, de comportements agressifs ou de réduction de comportement prosocial (par exemple : Anderson *et al.*, 2004 ; Farrar *et al.*, 2006 ; Browne et Hamilton-Giachritsi, 2005). De récents travaux longitudinaux aux Etats Unis, ont montré que l'utilisation régulière/habituelle de jeux vidéo à contenus violents chez l'enfant, évaluée en début d'année scolaire prédisait l'agressivité physique en fin d'année (Anderson *et al.*, 2008)

Cependant pour Ferguson (2010), les effets néfastes des jeux vidéo ont été exagérés, et il serait intéressant de relativiser ces effets délétères en fonction de prédisposition des individus. Pour Markey (2010), la violence des jeux vidéo peut en effet, augmenter l'agressivité de quelques personnes, en particulier ceux qui présentent des traits « psychoticisme » (hostilité interpersonnelle, égocentrisme, froideur affective) et

agressivité. Toutefois, pour Anderson et Dill (2000) la plupart des études confondent les mesures d'agressivité avec le niveau d'excitation. De plus, ces mesures d'agressivité, réalisées en laboratoire, ne sont pas en corrélation avec les actes agressifs ou les comportements violents rencontrés dans la « vraie » vie (Ferguson et Rueda, 2009) et bien souvent les études ne considèrent pas le contexte habituel des jeunes (environnement familial, délinquants des pairs, les symptômes dépressifs la personnalité, etc.).

A partir de la considération de ces études, on peut conclure que face à ces nouvelles formes de malaise juvénile, les conséquences sur le plan social, scolaire, affectif et psychologique chez les sujets adolescents sont évidentes. Toutefois il est difficile, mais à notre avis judicieux, d'évaluer le degré de cette dégradation. Le DSM propose en effet une classification qui considère différents niveaux de sévérité de cette addiction, selon le degré de dégradation de la sphère affective, du travail ou d'étude et sociale. De plus il est souvent évoqué dans le manuel la variable du temps « consommé » en ligne. Si le temps consacré aux jeux peut être considéré comme un indicateur, pour autant il ne peut pas être un critère de diagnostic. Comme le DSM V le suggère, il est nécessaire de continuer à développer les réflexions et les recherches scientifiques dans ce domaine afin d'offrir des consultations multidisciplinaires de plus en plus spécialisées dédiées à ces nouvelles formes de souffrance.

## **LA PRISE EN CHARGE**

La prise en charge constitue une question ouverte. Si en effet les parcours thérapeutiques en ce qui concerne les addictions « classiques », les addictions aux substances (héroïne, cocaïne, amphétamines, cannabis, etc.) prévoient l'abstinence totale envers les drogues et donc l'effort pour le patient de s'éloigner complètement de ces substances, l'approche thérapeutique proposée face à ces nouvelles formes d'addiction, les addictions sans drogues, doit forcément considérer la présence de ces « substances » dans la vie quotidienne des usagers pendant et après le parcours thérapeutique. La fréquentation de l'univers virtuel se révèle actuellement presque un *sine qua non* pour l'intégration sociale des individus et pour le fonctionnement des collectivités. Les nouvelles technologies font partie intégrante de notre environnement : l'objectif de la prise en charge ne peut pas

donc être la disparition totale de leur utilisation, mais une utilisation contrôlée, modérée, raisonnable en fonction du bien être de la personne.

A partir de ce postulat, il serait judicieux de considérer aussi d'un point de vue théorique ces nouvelles formes d'addiction avec une approche qui puisse aborder et comprendre les vrais besoins qui se cachent derrière les écrans, plutôt que avoir simplement l'objectif de contrôler un comportement addictif. Lorsque l'on observe une personne devant un écran (smartphone ou écran d'ordinateur) il est fréquent de remarquer à quel point l'individu semble captivé par l'image, comme fasciné, faisant abstraction du monde qui l'entoure.

Aussi d'un point de vue théorique, choisir les auteurs, les concepts et les théories à utiliser comme supports à l'interprétation des résultats des recherches, ou encore comme modèles pour ensuite établir des protocoles de prise en charge efficace, face à ces adolescents dépendants souvent incapables de reconnaître ces formes de fragilité et de souffrance, reste une opération difficile.

Dans le cadre de cette thèse nous avons décidé de proposer au lecteur les réflexions de deux auteurs, Stora et Tisseron, sur la relation à l'image et plus généralement l'addiction au virtuel pour pouvoir enrichir notre démarche. Premièrement leurs apports nous aident à encadrer ces nouvelles formes d'addiction dans un univers original sans précédent, deuxièmement ces deux auteurs considèrent souvent au cœur du discours les interactions précoces, ce qui nous semblait très intéressant par rapport au public adolescent auquel notre proposition préventive et thérapeutique s'adresse.

## LA PSYCHANALYSE DE L'IMAGE

### SELON STORA

Stora développe deux axes d'interactions précoces permettant d'expliquer l'addiction au virtuel : la **télévision** ayant fonction de « **nurse cathodique** » - où l'enfant est laissé devant la télévision à visée occupationnelle - et la télévision comme **tiers virtuel**, ou **tiers en images**. « La mère laissée par son mari, trop longtemps au travail va alors trouver auprès de la télévision, non seulement un moyen d'aller mieux, mais aussi du plaisir ; la télévision comme objet curatif (Grunberger, 1993). Ce bébé très attentif au regard maternel comme un « autre régulateur de soi » (Stern, 1987) va chercher, de manière parfois désespérée, à sortir de cette dualité mortifère. Ainsi, la triade classique mère, père, bébé comme triade narcissique au sein de laquelle le bébé peut accéder à un sentiment d'unification par cette unité à trois, va prendre ici une autre configuration. Cet autre, qui

devrait être le père, sera l'écran de télévision; non seulement la source lumineuse, mais aussi le contenu de ce qu'elle propose. Ce bébé va donc regarder le visage maternel qui s'illumine lorsqu'elle regarde avec plaisir la télévision; il va donc surinvestir cette image comme seul remède à la dépression maternelle » (Stora, 2004)

« Contrairement à la mère dépressive, la mère narcissique, va être dans une maîtrise objectale de sa progéniture et petit à petit écraser son enfant par des idéaux de plus en plus élevés qui mettront cet enfant en devenir, dans un sentiment d'impuissance face aux exigences maternelles. Cette mère, ou substitut maternel, ne va pas « jouer le jeu » de la valorisation narcissique dans l'émergence des pulsions. On retrouve donc ce même conflit entre le Moi pulsionnel et le narcissisme, qui fera échouer le processus d'intrication pulsionnelle, et risque de rendre cet enfant, et son devenir d'adolescent, un « dépressif en sursis », incapable de satisfaire les exigences maternelles » (Stora, 2006) et un sujet exposé au risque de trouver en l'image un objet addictif rassurant.

#### SELON TISSERON

Serge Tisseron, entre autres, rejette le concept d'addiction aux jeux vidéo pendant l'adolescence et avant 25 ans, en raison de l'absence de contrôle de l'impulsivité et de l'absence de fixation des investissements avant cet âge (Tisseron, 2009). Il distingue l'**usage excessif** (passionnel et enrichissant) et les **pratiques pathologiques** qui « appauvrissent et amputent ». Selon Tisseron la limite entre le normal et le pathologique dans le cas des jeux vidéo dépend de la nature des **interactions du joueur avec le jeu** (Tisseron, 2012). Tisseron soutient que le virtuel renvoie aux aspirations des adolescents en tant que désir et sentiment d'**immersion, plaisir d'interactivité** et recherche de la **rencontre avec l'autre** à travers un « **refus du corporel** ». Tisseron remarque que l'adolescence, en tant que période précédant l'avènement d'une vie adulte généralement plus stable, renvoie au virtuel dans l'**éventail** des choix qu'elle propose. Il note aussi que dans cette période d'individualisation où la proximité de l'autre est à la fois attirante et menaçante, le caractère virtuel (par opposition au charnel) des relations peut être rassurant pour l'adolescent. Il soutient que « parmi tous les joueurs, les adolescents sont indiscutablement les plus menacés. C'est tout simplement parce qu'à cette période de la vie, l'identité est normalement flottante, indécise, fragile... L'extraordinaire poussée physique est psychique de cet âge fait craquer les vernis successifs des apprentissages et réveille les blessures profondes. L'enfant qui a grandi éprouve soudain à nouveau, comme lorsqu'il était bébé, l'angoisse de se retrouver seul dans un univers vide ou

dévasté, ou celle d'être livré, nu et sans défense, aux regards transperçant de créature mal intentionnées. L'adolescent oscille ainsi sans cesse entre l'illusion d'être le nouveau héros que le monde attend, et l'angoisse que personne ne s'intéresse à lui... et c'est là qu'interviennent les jeux vidéo. Les consoles sont en effet des machines qui ont le pouvoir d'inviter chacun à revivre ses interactions précoces, pour le meilleur... ou pour le pire». (Tisseron, 2008)

Les mondes virtuels correspondent donc à la possibilité de pouvoir agir sur une sorte de « pâte à modeler » numérique selon Tisseron. De plus, La **valence transitionnelle des objets numériques** est perçue par certains, dont Turkle auteur de *Life on screen* en 1995, (Turkle 2003) et correspond à ce que l'on constate chez la majorité des joueurs.

Notre positionnement sur les mécanismes qui organisent l'expérience virtuelle chez les adolescents rejoint les réflexions partagées par les auteurs que nous avons cités.

D'un point de vue psychopédagogique, les réflexions proposées par Tisseron qui soutient que le virtuel renvoie aux aspirations des adolescents en tant que désir et sentiment d'**immersion**, **plaisir** et recherche d'**interactivité** et possibilité d'explorer une **éventail** très large des possibilités à travers un **refus du corporel** dans l'expérience virtuelle, nous semblent précieuses. Ainsi, **la relation à l'univers ludique** en adolescence, qui se manifeste aujourd'hui surtout à travers les objets numériques, représente à notre sens, un mécanisme important à observer. Cependant, le processus de communication virtuelle correspond pour nous à un **processus pulsionnel** chez l'adolescent qui se manifeste avec une forte intensité.

Par conséquent d'un point de vue psychopathologique, l'aspect à notre sens le plus intéressant à souligner est la considération de la relation au virtuel pendant l'adolescence comme manifestation phénoménologique des **interactions précoces** vécues pendant l'enfance comme le soulignent Tisseron et Stora. En effet, les réflexions proposées par Stora, en ce qui concerne les **relations objectales** et la **relation à l'image** pendant la première enfance, peuvent à notre sens expliquer les mécanismes pathologiques à la base d'une addiction à Internet et aux jeux vidéo.

A partir de ces considérations, concernant les **enjeux relatifs aux interactions précoces et les mécanismes pulsionnels en ce qui concerne l'expérience ludique virtuelle**, nous pouvons soutenir l'idée de la **valence transitionnelle des objets numériques**.

Toutefois l'objet transitionnel se définit par un objet choisi par le nourrisson dans son environnement immédiat, qui lui permet la transition entre la relation primitive au sein maternel et la constitution d'objets dans le monde extérieur. L'objet transitionnel réel est un objet « autorisé » de la part d'une figure parentale de référence pour l'enfant. L'objet transitionnel permet la transition, le passage évolutif. Cet objet, bien qu'**inerte** à la différence des échanges virtuels sur internet, appartient et participe à un mécanisme de projection propre à l'enfant qui étaye le processus de communication et de relation au monde extérieur. Or l'univers virtuel, contrairement aux objets disponibles dans un environnement adéquat pour un enfant, peut cacher bien des **pièges importants** que le jeune adolescent devra déjouer. Par conséquent l'objet transitionnel virtuel ne revêt pas les mêmes caractéristiques et ne peut pas avoir la même valence de l'objet transitionnel choisi dans la petite enfance. Les contenus virtuels ne sont pas nécessairement autorisés de la même manière par les adultes. L'expérience en ligne n'est pas nécessairement une expérience qui se ferait en toute sécurité avec les interactions des autres toujours possibles. De plus, même s'il s'agit d'un espace à valence transitionnelle, les mécanismes relationnels interpersonnels sur le réseau ont un **impact réel et puissant** sur la vie des adolescents. Les mondes virtuels correspondent donc à la possibilité de pouvoir agir sur une sorte de phénomène transitionnel mais au même temps le réseau expose la personne à des risques importants. Les adolescents alors dans ce processus d'autonomie, sont indiscutablement les plus menacés. Notre travail, en ce qui concerne la prévention, a visé l'observation du type de relation qui s'installe avec les objets numériques chez les adolescents interrogés. Il nous a semblé aller de soi qu'un projet de prévention, à travers l'observation concernant les **relations aux objets numériques** pourrait aider à distinguer l'usage excessif (passionnel et enrichissant) des pratiques pathologiques. De plus, l'observation des **mécanismes pulsionnels en ce qui concerne l'expérience ludique** et la proposition d'un espace de jeu **réellement transitionnel** peut, à notre sens, aider les adolescents à explorer l'univers des possibilités en toute sécurité émotionnelle, sans les exposer aux risques du réseau.

#### LA RELATION DU CORPS DANS LE INTERNET GAMING DISORDER

La consommation addictive en ligne permanente et persistante reste la cause principale de la **perte (complète ou partielle) de la relation à leurs corps**. Les symptômes physiques qui caractérisent souvent ces usagers sont : maux de tête, maux de dos, douleurs au cou, rougeurs aux yeux, problèmes de vision, le syndrome du canal carpien, modifications ou

anomalies dans les habitudes de la vie quotidienne, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil (Young, 1998; Griffiths, 2000). En Asie, le syndrome de Hikikomori définit la condition clinique des joueurs, qu'avec des missions intensives de jeux de rôle en réseau en ligne, passent jusqu'à 72 heures consécutives pendant le week-end face à l'écran, sans pouvoir satisfaire les besoins fondamentaux de leur organisme (soif – faim – sommeil etc.). Mais au delà des cas psychopathologiques si évidents, en effet, nombreux sont les adolescents qui utilisent de façon nocturne Internet en jouant, chattant, réduisant ainsi leur temps de sommeil et altérant leur capacité de concentration, d'attention, de mémorisation au cours de la journée. A ces difficultés cognitives, notons la présence de cyber rêverie en classe qui nuit considérablement à leurs résultats scolaires.

#### LA RELATION AUX AUTRES DANS LE INTERNET GAMING DISORDER

En 1998 A. et F. Le Diberder ont regroupé les jeux vidéo en trois grandes classes : les jeux de réflexion, les jeux de simulation, les jeux d'arcades ou d'action. Cependant l'évolution technologique - malgré l'absence de consensus - nous permet aujourd'hui de répartir les jeux vidéo en quatre grandes classes : jeux d'action, jeux d'aventure, jeux de rôle et jeux de simulation.

L'utilisation des jeux de rôle en réseau massivement multi-joueurs (MMORPG ou Massively Multiplayer Online Role Playing Game) représentent le type de jeu le plus souvent associé aux problématiques addictives. Typiquement, le joueur est représenté par un Avatar évoluant en temps réel dans un monde virtuel. Les joueurs échangent avec un système de communication instantanée. Ils peuvent donc discuter des tactiques et des stratégies à adopter pour accomplir une mission, une quête, mais aussi aborder des sujets éventuellement plus personnels. L'aspect social semble constituer le principal attrait des jeux en réseaux. L'importance et la richesse des interactions sociales sont en effet des caractéristiques essentielles des MMORPG. Pour pouvoir progresser dans le jeu, le joueur doit créer des alliances. Il existe ainsi des communautés virtuelles pouvant rassembler des centaines de joueurs, initialement constituées autour de la pratique du jeu, de véritables sociétés virtuelles se forment. Cet aspect des jeux en réseau amène encore une fois à la question de leur **impact en termes de socialisation**. Souvent considérés comme responsables de l'**isolement** et du repli sur soi de certains jeunes, les familles et l'entourage témoignent de **réactions vives des joueurs suite à une déconnexion**. Elles peuvent se traduire par une **tension anxieuse brutale** qui devient la palpable démonstration de leur tendance à une progressive perte de contact avec soi et avec la

réalité familiale et sociale qui les entoure. Les personnes addictives restent quand même des usagers intelligents et admirables sur le plan des compétences mentales et informatiques. C'est aussi à cause de cette « intelligence » ou degré apparent de fonctionnement psychique que la personne addictive n'arrive pas tout de suite à reconnaître ses fragilités et montre difficilement une attitude d'ouverture envers un parcours thérapeutique et de soin.

#### LE RECOURS AUX MEDIATIONS ARTISTIQUES : LES ARTS THERAPIES

Dans la représentation collective, on imagine le « joueur dépendant » aux jeux vidéo le nez rivé sur son écran, sortant peu de chez lui, ayant peu d'amis pour réaliser les activités récréatives traditionnelles (sport, balades, cinéma...). Il nous semble intéressant de regarder au-delà de cette représentation et de réfléchir à la valeur des liens entre pratiques virtuelles et pratique d'arts thérapies dont l'intérêt consiste à prendre en compte le langage du corps et de l'acte expressif, pour rétablir une relation avec soi et avec les autres.

Le recours aux médiations artistiques permet selon nous, d'engager un travail thérapeutique avec ce type de patients sans nécessairement aborder des processus de symbolisation véhiculés par les mots. De plus dans un parcours dramathérapeutique individuel et/ou en groupe adressé à des personnes avec un franc problème d'addiction, il est possible de travailler les **angoisses typiques d'un processus de séparation et d'individuation chez l'adolescent** ainsi que de considérer **toutes les émotions** qui se cachent derrière ce parcours (c'est à dire la peur, l'agressivité, la culpabilité, la tristesse, le sentiment de la perte, du plein et du vide, d'impuissance, etc.).

Les dispositifs de médiation s'inscrivent dans un processus corporel au sein d'un contexte thérapeutique qui considère les dimensions du temps, de l'espace comme le moment et le lieu de la relation thérapeutique qui encourage la libre expression de chacun, avec lesquels la symbolisation devient un objectif thérapeutique partagé à travers le **jeu et l'espace transitionnels** de l'atelier.



**TROISIEME PARTIE**  
**CADRE PROFESSIONEL**

**MEDIATIONS THERAPEUTIQUES ET ADDICTIONS**



## **TROISIEME PARTIE**

### **CADRE PROFESSIONNEL**

Le cadre professionnel de cette recherche propose une réflexion en ce qui concerne les médiations artistiques, c'est à dire les arts thérapies et pour ce qui nous concerne, la **dramathérapie**. Elle représente la médiation autour de laquelle la thématique de cette thèse se développe. Comme déjà évoqué dans la première partie de cette thèse l'hypothèse de fond qui a motivé notre recherche scientifique est que le jeu constitue le point commun entre le **Internet Gaming Disorder** et la dramathérapie, c'est à dire l'usage intentionnel du **jeu** et de l'art dramatique afin de favoriser un processus thérapeutique. Ce cadre aide le lecteur à s'orienter dans l'univers des processus thérapeutique à médiation théâtral et permet la compréhension des mécanismes que caractérise la proposition thérapeutique.

#### **LES MEDIATIONS THERAPEUTIQUES**

La dimension curative des arts, dimension reconnue dans plusieurs domaines artistiques et intuitivement reconnue par la majorité partie des gens, n'est pas à notre sens un attribut intrinsèque et automatique du théâtre, de la danse, de la musique, de l'art. Cette dimension constitue une des potentialités des médiations artistiques qui se manifeste quand ces outils sont utilisés par des figures professionnelles formées de manière adéquate. La superposition des deux dimensions, c'est à dire la **dimension artistique** et celle **curative**, a parfois déterminé une atmosphère confuse et sommaire, dans laquelle on tend à sous estimer la puissance de ces médiations. Le potentiel thérapeutique des arts, si mal calibré, peut perturber, à notre avis, les schémas représentationnels personnels et peut causer des troubles émotifs profonds, parfois momentanément cachés par un enthousiasme superficiel. En outre, un usage peut encadré du théâtre, en ce qui concerne la dramathérapie, comporte le risque de la spectacularisation de la souffrance psychique. Un article sur le panorama italien des arts thérapies et des approches possibles, publié par la doctorante, approfondit ce sujet dans les annexes de cette thèse.

## LA DRAMATHERAPIE

La dramathérapie correspond à l'**usage intentionnel de l'art dramatique pour atteindre des objectifs thérapeutiques**. C'est une méthode de travail active et expérientielle. Cette approche permet aux participants d'utiliser le jeu et les techniques dramatiques pour faciliter la créativité, l'imagination, l'apprentissage et la prise de conscience de l'expérience. La dramathérapie peut encourager l'exploration de l'univers émotif de chacun, améliorer la régulation émotionnelle, la capacité de gérer et tolérer la souffrance et promouvoir l'efficacité interpersonnelle. Le jeu et la représentation scénique en dramathérapie peuvent être considérés comme des possibilités expressives à travers lesquelles l'individu exerce sa capacité personnelle à se concevoir lui-même et à se représenter. L'expérience ludique en dramathérapie permet en effet d'élargir le répertoire de rôles. De plus, l'approche thérapeutique à médiation théâtrale, prête une attention particulière au temps et à l'espace, en ne les analysant pas seulement de manière objective, mais en les considérant au cœur de la relation entre patient et thérapeute, en vue de reconstruire un rapport fondé sur l'acceptation de soi et de l'autre, et sur la possibilité de se réapproprier d'un vécu relationnel qui sera le fondement du parcours thérapeutique entier.

La troisième partie de cette thèse aide ainsi le lecteur à comprendre les réflexions thérapeutiques et les mécanismes qui animent un atelier de dramathérapie.

Des paramètres tels que le **temps**, l'**espace** et certains concepts comme l'**imagination** ou le rapport entre **identité et identification** caractérisent profondément le discours sur le jeu et le processus thérapeutique à médiation artistique proposé. L'approche dramathérapeutique dans le domaine de la prévention et prise en charge des addictions et de l'*Internet Gaming Disorder* est en effet considérée en deux points importants : la récupération et la valorisation de l'expérience corporelle et sensorielle et la possibilité d'exposer la personne à une expérience de jeu et d'espace transitionnel partagée. La dimension de la **corporéité**, complètement abandonnée dans l'expérience virtuelle, se voit récupérée et valorisée dans le cadre de la dramathérapie. Le parcours thérapeutique prend naissance, grandit et se développe dans le corps. En outre l'**espace scénique** constitue à

notre sens une médiation intéressante entre l'espace virtuel de l'usage abusif ou addictif et l'espace réel de l'existence. Comme l'espace transitionnel, l'espace de l'atelier, représente la possibilité de partager une expérience intermédiaire entre l'espace subjective interne et l'espace externe, réel et partagé. De plus, le **jeu**, comme dans l'expérience virtuelle, constitue le moteur propulsif de l'expérience qui, dans le cadre de l'atelier de dramathérapie, devient une expérience éducative et thérapeutique. Chaque paragraphe de ce chapitre encourage alors le lecteur à comprendre comment tous les mécanismes évoqués peuvent être précieux en ce qui concerne la prévention et prise en charge du sujet de recherche de cette thèse.

#### LE TEMPS DE L'ATELIER : LE MOMENT DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

Comme nous l'avons déjà évoqué dans le paragraphe précédent, le travail dramathérapeutique ne peut considérer seulement le temps « de l'horloge », mais doit prêter attention au **temps vécu**, au **temps intérieur** de la personne qu'il est nécessaire de reconnaître et de comprendre. Dans le milieu des thérapies expressives, le patient se réfère au groupe et vit par conséquent une dimension temporelle exclusivement suggestive, propre à son monde intérieur. A travers l'écoute de soi, il peut vivre sa propre dimension temporelle suggestive en relation au temps de l'autre et du groupe, en se sentant respecté, écouté et reconnu dans un sens de justice, avec l'objectif de trouver ou de retrouver un équilibre entre son propre rythme intérieur suggestif et la temporalité extérieure. Il est possible de parler, dans ce milieu particulier, d'un espace-temps individuel inséré dans un contexte plus ample qui est celui de l'espace-temps du groupe. Dans l'atelier de dramathérapie il n'existe pas seulement un temps défini mais c'est avec une recherche approfondie de soi qu'il est possible de retrouver un temps propre, et par cela communiquer et établir des liens avec les autres membres du groupe. Chaque relation implique, en effet, un rapport de temps et d'espace qui fait normalement partie d'un système d'échange culturel dans lequel la manière d'échanger, le signifiant, est important quant à son sens.

Si l'on pense à la difficulté des adolescents et des jeunes adultes à attribuer du sens à la dimension de la temporalité, et en ce qui concerne les personnes addictives, à leurs difficulté à reconnaître la valeur de l'**attente** (et donc de la **frustration**); l'approche à cette dimension temporelle représente une possibilité de soin précieuse.

## L'ESPACE SCENIQUE : LE LIEU DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

L'approche dramathérapeutique conceptualise l'espace non seulement comme paramètre d'une réalité objective, mais également comme un **espace personnel, suggestif, imaginaire**, de distance et de proximité, qui permet perspectives et mouvements. L'espace transitionnel de l'atelier constitue le **lieu de la relation thérapeutique**. Dans le cadre de la dramathérapie il est indispensable introduire l'idée d'un espace scénique illusoire. Cela s'insère dans l'application clinique du théâtre entre l'espace imaginaire intérieur du sujet et l'espace réel extérieur. Pour constituer cet espace transitionnel (Winnicott) il est indispensable d'entrer dans un espace unique, spécial, pour y établir des règles et protéger l'état émotif que sous-tend et soutient la scène. Cet espace permettra ainsi de construire un parcours relationnel et de constituer ou reconstituer un état de jeu. Giovannelli reconnaît que « l'illusion, l'artifice du théâtre, dérive du latin « *inlusio* », « *in ludere* »: dans le jeu. L'activation de cet état émotif et identificateur du « jeu » permet de sortir de l'espace réel, espace dominé d'un ensemble très rigide et codifié de schémas représentationnels internes liés à l'identité de soi, qui limitent la créativité et la possibilité de changement » (2003). L'espace du choix existentiel est en effet l'espace de la limite. L'espace scénique illusoire représente donc la possibilité d'échapper à l'espace du choix existentiel où chaque acte implique des conséquences et un jugement, et d'entrer dans la dimension de la possibilité dans laquelle le sujet, et en particulier le patient atteint de désordre psychique, peut être libre d'exprimer des représentations de lui-même alternatives sans cependant risquer les conséquences que l'acte expressif réel pourrait impliquer à un niveau concret ou intrapsychique. L'espace scénique fournit au sujet la possibilité de s'exprimer selon une modalité, un temps et un rythme exclusivement personnels. L'espace dans lequel se déroule l'aventure théâtrale est tridimensionnel, corporel et mental : c'est un espace dans lequel les personnages (les Avatars par exemple pour les adolescents addictifs à Internet) peuvent bouger et respirer. Mais l'espace de l'atelier de dramathérapie n'est pas seulement un lieu physique, l'espace scénique de la représentation, mais il est aussi constitué dans l'esprit des participants comme un « espace mental » dans lequel il est possible de partager ses émotions, ses états d'âmes, et de s'exprimer librement sans jugement ni peur de l'autre, dans un climat accueillant, familial et sûr.

LE JEU SCENIQUE : LA SUPERPOSITION DE L'EXPERIENCE DU GAME VIRTUEL A CELLE DU JEU SYMBOLIQUE DANS L'ESPACE TRANSITIONNEL DE L'ATELIER.

Il est à notre avis nécessaire que la proposition thérapeutique proposée face à ce nouveau type de souffrance puisse répondre de manière ponctuelle aux vrais besoins du joueur qui se cache derrière l'écran. Il est important de connaître ce que la personne cherche et parfois trouve dans le jeu (la réussite, le contact social, l'évasion, etc.). C'est pour ces raisons que la proposition thérapeutique face à ces joueurs doit utiliser l'expérience ludique comme moteur propulsif du parcours thérapeutique à fin que la personne (/et l'équipe soignante) puisse/puissent reconnaître les **vrais besoins** du patient addictif, ses mécanismes de défenses (de scission, de projection, de restauration), et en même temps aborder l'utilisation d'une « **substance** », le jeu et plus en général la connexion à Internet, qui fera forcément parti de la vie quotidienne de la personne, après le parcours.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons choisi de considérer l'espace transitionnel de Winnicott et sa conception du jeu comme postulat autour desquels développer cette démarche. La zone du jeu est en effet conçue pour Winnicott comme une zone d'expérience humaine qui existe dans la réalité partagée, qui couvre également la vie intrapsychique, créative et toute la vie culturelle et sociale de la personne.

En même temps une contribution à mon avis très importante, nous est offerte par Mélanie Klein qui considère l'activité imaginative guidée par l'imagination, ce qui permet d'élaborer le processus d'individuation et de séparation chez l'enfant (et l'adolescent). M. Klein soutient que les états émotionnels (d'excitation et dépressifs) et ces défenses psychologiques s'expriment dans le jeu et peuvent se résoudre avec le jeu. C'est en effet avec la présence d'un objet-autre que soi que l'expérience émotionnelle et affective peut être élaborée. L'enfant élabore son vécu avec le jeu des fantasmes inconscients sur l'objet, grâce aux mécanismes de scission, de projection, de restauration.

Il nous semble très intéressant que l'expérience du **game en solitude** typique de ces formes d'addiction (c'est à dire le fait d'incarner un personnage, la nature des mondes dans lesquels ces personnages évoluent – permanents, persistant et infinis – et l'aspect communautaire du jeu qui induit une interdépendance entre les joueurs) puisse être abordée, traitée et étudiée avec l'expérience du **jeu partagé** dans un atelier de dramathérapie.

En outre l'espace scénique représente à notre avis un **espace de travail** de remplacement aussi **comparable à l'expérience de jeu consommée en ligne face à l'écran du PC.**

L'espace scénique constitue, à notre sens, la **médiation correcte entre l'espace virtuel de l'usage ou de l'abus dans le cadre de l'addiction et l'espace réel de l'existence. Le jeu constitue le moteur propulsif de l'expérience éducative et thérapeutique grâce auquel est attirée l'attention d'une personnalité dépendante le plus souvent n'ayant pas l'intention non d'entreprendre un parcours thérapeutique.** Comme il a été évoqué dans l'introduction de cette thèse, l'activité ludique inclut des aspects psychologiques, éducatifs et scolaires d'importance fondamentale, puisqu'elle stimule la formation de la personnalité, l'apprentissage des règles et l'intégration sociale. Celle-ci permet au cerveau d'apprendre et de perfectionner les habiletés mentales comme l'imagination, les perceptions sensorielles, la capacité de distinguer réalité et fiction, la capacité de se confronter et de communiquer, l'assimilation des rôles. Cependant aujourd'hui les jeux vidéo prennent de plus en plus de place dans le domaine du jeu et ils représentent une irrésistible possibilité de répondre au besoin ludique autant pour les adultes que pour les enfants et les jeunes. De cette manière, répondant à la recherche d'une saine et naturelle passion, la technologie moderne est désormais entrée depuis un temps dans le monde du jeu, cependant pas toujours dans le respect des exigences éducatives, devenant parfois un instrument d'abus ou une source de modèles sociaux négatifs et même pathologiques. En particulier certaines caractéristiques des jeux vidéo modernes semblent favoriser, si ils sont utilisés de manière excessive, des formes de malaise qui, surtout chez les personnes prédisposées, peuvent évoluer en véritables troubles psychopathologiques.

En analysant certaines différences fondamentales entre les jeux traditionnels et les jeux « virtuels » modernes certaines apparaissent comme évidentes : les jeux traditionnels encouragent la socialisation alors que les jeux vidéo pour la plupart sont « consommés » en solitaire (ou dans l'illusion d'une relation « à distance ») ; les jeux traditionnels stimulent l'identification avec des personnes réelles bien qu'on y interprète des rôles divers alors que dans les jeux vidéo on court le risque de s'identifier à des personnages virtuels, souvent dotés par exemple de pouvoirs magiques ou immortels qui peuvent pour les cas les plus graves entraîner à l'émulation d'actions dangereuses ; les jeux traditionnels représentaient un lien entre les générations et étaient communément transmises de père en fils, alors que les jeux virtuels ont souvent pour effet de « séparer » les générations ; dans les jeux traditionnels il est difficile de concevoir des actions violentes ou ouvertement agressives alors que dans les jeux vidéo ces types d'actions sont

largement diffusées et appréciées. Ces différences fondamentales entre jeux traditionnels et jeux vidéo peuvent donner une idée des problèmes psychologiques et physiques auxquels l'addiction aux jeux vidéo peut amener.

#### LE CORPS DU THERAPEUTE ET SON CADRE : UN MEDIUM MALLEABLE

Dans le cadre ce travail de recherche on considère l'approche dramathérapeutique en deux points forts: la récupération et la valorisation de l'expérience corporelle et sensorielle et la possibilité d'exposer la personne à une expérience de jeu transitionnel partagée.

La dimension de la corporéité, complètement abandonnée dans l'expérience virtuelle et violé dans l'expérience d'abus des substances, se voit ainsi récupérée et valorisée dans le cadre de la dramathérapie. Le parcours thérapeutique prend naissance, grandit et se développe dans le corps.

L'approche dramathérapeutique considère le **corps** comme **instrument thérapeutique d'excellence**. Ce « **médium malléable** » (Brun, 2010) se caractérise par son aspect vivant, indestructible, sensible, souple et transformable indéfiniment. C'est avec les corps que toutes les perceptions deviennent possibles et se réalisent. Le corps malléable du thérapeute participe au système par excitation, puisqu'une substance malléable est par définition une substance d'interposition avec laquelle les impressions sont transmises aux sens. Il renvoie à un objet sur lequel le sujet peut laisser son **empreinte symbolique** en ayant l'**illusion** d'une **fusion totale** avec l'objet avant de le lâcher. De plus le corps, de par sa qualité d'élasticité, est propice à mobiliser les enjeux de la relation fusionnelle et ceux de son dégagement. Cette **élasticité** permet une perte des limites (fusion) puis un soulagement dans la dé-fusion. Tout en disposant de sa propre élasticité, l'identité corporelle du thérapeute ne confronte pas celui qui la manipule à la question de la réciprocité et lui évite les angoisses d'un possible retour vis-à-vis de son agressivité. Dans ce sens là, dans le cadre de thérapies médiatisées, **le médium malléable est le cadre et le corps du thérapeute à la fois**. Le concept de médium malléable peut être entendu en termes de **mère suffisamment bonne** (Winnicott, 1975), c'est-à-dire savoir s'offrir au sujet comme séparable et malléable afin de l'aider à établir progressivement, à travers d'expériences successives et ménagées de fusion et de défusion, l'écart interpersonnel et intersubjectif qui lui est nécessaire pour devenir une personne.

Il est important que les cinq caractéristiques principales, proposé pour la première fois par Milner et en suite développées par Roussillon (1991), qui définiraient le corps du thérapeute comme **medium malléable (l'indestructibilité, l'extrême sensibilité,**

**l'indéfinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et enfin l'animation propre**), peuvent être perçues séparément, mais leur rapport d'interdépendance les uns par rapport aux autres est essentiel pour que le médium malléable prenne toute sa valeur dans l'expérience relationnelle partagée dans l'atelier. Si la destructivité doit pouvoir s'exercer à son encontre sans retenue et sans destruction, le corps du thérapeute doit aussi pouvoir être d'une extrême sensibilité. La **sensibilité** est aussi la seconde caractéristique requise par Winnicott pour l'utilisation de l'objet. Si le médium malléable doit être indestructible et extrêmement sensible, il doit pouvoir être indéfiniment transformable tout en restant lui-même. L'indéfinie transformation est la capacité à prendre toutes les formes. L'expérience de son indéfinie transformation ne peut s'effectuer que si le médium malléable est inconditionnellement disponible. La dernière propriété, sans doute plus difficile à penser car elle résulte de l'interdépendance des autres, est le **caractère vivant du médium malléable**. Bien qu'en lui-même le médium malléable soit une substance inanimée, il est nécessaire que le sujet puisse le considérer à un moment ou à un autre comme une substance vivante, animée. Toutes ces caractéristiques paraissent jouer comme des atténuateurs des angoisses de séparation et de différenciation, conjointement aux différentes défenses que le sujet peut lui-même instaurer pour lutter contre ces mêmes angoisses. Le concept de malléabilité s'inscrit donc dans une réflexion sur la séparabilité de l'objet, ce qui reste le thème d'excellence dans les problématiques addictives.

#### LA VOIX DU THERAPEUTE : UN BAIN SONORE ET SENSORIEL

La réflexion sur le corps et sur la voix et ses résonances psychiques s'intègre pour nous dans ce que Patricia Attigui appelle la « corporéité des soins psychiques ». Elle considère la voix comme un outils qui permet d'explorer la nature concrète des défauts de **transitionnalité** affectant les patients addictifs, enfermés pour la plupart dans une forte **souffrance**. En tant que dramathérapeute, nous partageons l'obligation d'adapter notre cadre de travail clinique en fonction de cette souffrance et des **besoins** des patients. Winnicott, grâce au jeu et à la reconnaissance du rôle nécessaire et structurant de l'illusion, a conceptualisé de nouvelles modalités thérapeutiques qui nous ont aidée à trouver des équivalents thérapeutiques concrets bien que sophistiqués, dans le théâtre et plus particulièrement en ce qui concerne le travail du corps et de la voix. **Le théâtre**, comme la psychanalyse, nous invite à pénétrer dans le monde sensible mais au même temps **nous ouvre les portes de l'inconscient, de l'inconnu, de l'archaïque, de**

**l'origine.** Le théâtre est avant tout mise en scène d'un corps, de son âme, bien sûr, mais aussi de sa voix. Jouer sur scène, dans l'espace scénique de l'atelier, avec la voix du personnage proposé, correspond à la possibilité de recréer un **bain sonore nouveau**, où le plaisir du jeu, de l'articulation vocale et chorale tiennent une place essentielle. Le personnage, (et bien sure le thérapeute avec le personnage proposé) touche en effet avec la voix un domaine d'expérience primitive, de communication primaire. Dans le jeu théâtral, la voix comme tout le corps, est un instrument malléable, précieux et extrêmement puissant. C'est un instrument très particulier, car il est impossible de s'en défaire. **Le souffle constitue la matérialité de la voix**, il s'avère indispensable à la production phonétique et se relie à l'acte fondamental de la respiration. Il est présent dès les premières perceptions et émissions sonores du nourrisson, celles-ci partant du cri et passant par le babillage pour aller jusqu'à la vocalisation. La variété de cette palette sonore est décisive pour l'avenir émotionnel du petit d'homme, elle est source première d'enrichissement. La valeur apportée ainsi au champ sonore nous conduit à poser qu'il existe un lien entre le souffle, expression même de la vie, la voix en tant qu'elle révèle le bain mélodique de toute la petite enfance et le sémantisme, le sens. Le travail sur la voix est **porteur de sens** et permet d'établir un rapport entre le corps physique de la personne et le corps même de la langue qu'il emploie, ce qui ne peut avoir lieu sans le support de la voix. Travailler les différents **registres de sa voix** pendant un parcours de dramathérapie, c'est donner au patient l'occasion d'enrichir le **registre de ses émotions**. Avoir une prise là-dessus, en jouer, c'est révéler tout un matériel qui jusqu'alors demeurait inconscient, c'est aussi laisser à l'humain la possibilité d'un nouveau tissage de ce qui est élémentaire en lui. Cependant la pratique nous enseigne qu'il faut quand même respecter les défenses mise en œuvre par les adolescents et les patients et qu'il s'agit d'un travail très lent et délicat que le thérapeute suggère avec finesse, afin de poursuivre la quête d'un équilibre possible dans l'univers sonore qui nous appartient et qui nous entoure.

#### L'IMAGINATION : UN ROLE STRUCTUREL DANS LE PROCESSUS D'IDENTITE

Le jeu du théâtre consiste à donner corps à l'imagination, de l'acteur comme du spectateur, avec un jeu d'imagination pure. Il s'agit donc d'un jeu partagé dans lequel même **l'imagination du spectateur** a un rôle important. L'acteur joue donc à feindre mais il est essentiel qu'il soit honnête avec lui-même. L'honnêteté est liée à la clarté avec laquelle il imagine et à l'évidence de la réalité imaginative. Il a été mis en évidence par Ruggieri comme la perception des acquisitions réelles c'est-à-dire signifiant « seul dans

le contexte du tissu imaginaire du sujet décodant. L'acteur pour faire croire que ce qui est représenté est réel devra augmenter l'évidence de son imagination intérieure» (2001). Stanislavski affirme qu'il est important pour un acteur de développer ses propres capacités imaginatives pour produire des représentations qui se rapprochent le plus possible de la vérité, qui paraissent authentiques et vraies. **L'imagination est un processus ample qui, loin d'être exclusivement mentale, investit tout le corps.** L'événement corporel consiste en un ensemble de gestes « réels » et de la modulation des tensions posturales. La posture et de manière plus générale le langage corporel, suivent en effet l'imagination et correspondent souvent à la représentation que le sujet a de soi. Puis Ruggieri a soutenu **qu'imagination et perception se rencontrent dans le regard.** Dans le regard et dans les yeux qui le composent, différentes fonctions s'entrelacent. Ces fonctions peuvent s'alterner et d'une façon ou d'une autre cohabiter. L'imagination tient un rôle structural dans le processus d'identité. Chaque individu est porteur de différents schémas expressifs liés aux représentations internes imaginées de ce qu'il croit ou qu'il imagine être. Le théâtre est un jeu dans lequel l'adolescent, le sujet réel endosse l'« habit » d'un personnage autre que lui-même et différent de sa propre autoreprésentation. Avec donc une activité spontanée, divertissante et libre comme le jeu, naît la possibilité de travailler sur sa propre identité et s'y rapporter avec l'imagination. C'est à travers l'imagination et le jeu que la cohabitation de l'identité réelle et celle du personnage représenté est rendue possible. Pour cohabiter harmonieusement, l'identité réelle de la personne et celle des personnages joués dans le virtuel doivent pour autant occuper des espaces et des temps différents. Si l'on pense à la difficulté des adolescents à aborder et à élaborer les angoisses typiques d'un processus de séparation identitaire, avec des outils dramathérapeutiques spécifiques ce parcours de découverte identitaire peut devenir une merveilleuse possibilité de découverte et de connaissance de soi et de l'autre.

#### IDENTITE ET IDENTIFICATION

L'identification se définit comme un processus à travers lequel un individu assume une autre identité qui correspond à celle du personnage auquel il s'identifie.

*Mais qu'est-ce que l'identité?*

Ruggieri définit l'identité comme « la correspondance entre l'image de soi-même et l'expérience concrète de soi qui confirme sa propre autoreprésentation » (2001). Quand donc la représentation de soi-même rencontre l'expérience réelle de soi, naît l'identité.

Cette identité se stabilise par la correspondance à travers l'image et confirme l'expérience de l'image de soi. En réalité, le terme d'identité inclut divers mécanismes, fonctions et niveaux qui ne rendent pas complète l'analyse. En simplifiant beaucoup il est possible de considérer l'identité selon un continuum dans lequel à une extrémité l'identité se comprend dans une crise intense, comme fragile et instable; et à l'autre extrémité une forme d'identité rigide, restreinte et cohésive.

Le rapport entre identité et identification fournit une explication sur ses rôles différents, (identifications partielles) qui peuvent ou mieux doivent cohabiter, induisant une identité résultante composée et équilibrée; comme un arbre, avec un tronc, des branches et des feuilles, de différentes sous-articulations. L'identité peut en effet être considérée comme un ensemble, un complexe de différentes autoreprésentations, dans lequel une identité nucléaire stable, comme une base, s'entrelacerait avec d'autres identités partielles, occasionnelles ou auxiliaires de l'identité nucléaire. L'identité n'est pas un concept mental abstrait, mais un complexe intégré de mécanismes psycho-physiologiques entre le cortex cérébrale, lieu de l'autoreprésentation et la périphérie du corps, lieu de l'intégration avec le monde extérieur, des attitudes posturales, et de la phénoménologie expressive. La première identité reste quoi qu'il en soit *corporelle*, par conséquent, l'image corporelle est commune à toutes les autoreprésentations. **L'identité devient alors la correspondance entre l'image de soi et le corps concret et relationnel, qui est source de l'image elle-même.** Aristote affirme que le corps est le signe de l'existence de l'âme. Le corps est le mode d'apparition de l'âme, sa manière de se révéler; c'est le masque de l'âme, et tout autant exposition et masque en même temps. La phénoménologie du masque n'est pas seulement une psychologie superficielle mais une manière de reconnaître et de déchiffrer les traces les plus profondes de l'être. Comme une personne (*pròsopon*) se définit à travers son masque (*prosopéion*), le corps "démasque" ainsi l'intentionnalité de la personne. Le Soi corporel constitue le cœur de la représentation théâtrale (Marras, 2014). Travailler avec le corps dans le cadre de la réhabilitation psychiatrique et psychosociale, et en particulier à travers l'expérience des thérapies expressives, signifie intervenir indirectement sur l'image du soi du sujet et sur son identité. L'analyse de l'expérience théâtrale comme celle de l'expérience onirique du jeu, apportent des résultats très intéressants par la compréhension des divers mécanismes qui soutendent et règlent la notion d'identité.

Le théâtre et le jeu permettent donc au sujet, à travers l'identification aux personnages différents du Soi, de « refléter » sur l'identité même du sujet c'est-à-dire sur l'image de soi, la représentation propre, en se confrontant à l'expérience scénique représentée. **Ce processus est extrêmement significatif dans le jeu, c'est une expérience dans laquelle la fantaisie et l'imagination peuvent vraiment s'émanciper des principes qui régulent la pensée logique et l'orientation de la réalité en dépassant les frontières de l'absurde et du déraisonnable.** La scène onirique du jeu permet en effet au joueur de libérer sa propre imagination pour pouvoir imaginer quoi que ce soit. **C'est à travers l'imagination que l'acteur/joueur applique le processus d'identifications partielles, à travers des mécanismes projectifs qui constituent un outil important dans la réorganisation structurale de l'identité, profondément compromise chez les sujets atteints de désordre psychique.** L'identité constitue donc un thème central sur lequel il est nécessaire, plus que possible, de travailler pour permettre au patient de trouver ou retrouver son propre équilibre psychique.

**QUATRIEME PARTIE**  
**CADRE EXPERIMENTAL**

**EXPERIENCE PSYCHOPEDAGOGIQUE :**  
**LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET**  
**AVEC LA DRAMATHERAPIE DANS LE MILIEU SCOLAIRE OU PARASCOLAIRE**  
**2011 – 2013**



## LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET AVEC LA DRAMATHERAPIE

Avant de présenter la partie expérimentale nous présenterons les expériences professionnelles de la doctorante, qui, pendant les années précédant ce doctorat de recherche, était membre, en tant que dramathérapeute, d'une équipe clinique italienne, c'est-à-dire l'ESC Team<sup>8</sup>. Il s'agit d'une des premières cliniques spécialisées dans le diagnostic, la réhabilitation et la recherche dans le domaine des addictions à Internet en Italie.

En 2011 une étude clinique réalisée par le groupe ESC Team, grâce à la participation des **2396 étudiants** âgés de 14 et 19 ans, a étudié la corrélation entre le rendement scolaire et l'utilisation d'Internet. 66,5% des adolescents n'arrêtaient pas la connexion pendant la réalisation des devoirs. 59,1% n'éteignaient pas leur portable pendant leur sommeil nocturne. L'étude explorait les activités préférées en ligne. Parmi les participants qui risquaient d'être rejetés de l'école : 60% des adolescents utilisaient Internet pour des activités de type sexuel (notamment la pornographie en ligne), 53,6% utilisaient Internet pour le jeu d'argent en ligne et 39,5% des joueurs consacraient leur temps aux jeux vidéo en réseau. Seulement 25% des adolescents utilisaient le net pour rechercher des informations bien qu'ils soient exposés au même risque.

C'est à travers les données recueillies face à ces phénomènes, que le groupe clinique ESC Team a décidé de réaliser des programmes de prévention et de prise en charge des addictions à Internet pour aider les adolescents, leurs familles et les éducateurs (scolaires ou parascolaires) à traiter ces arguments émergents. Ces projets sont donc nés de la volonté de plusieurs partenaires institutionnels, professionnels et associatifs<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> ESC Team – [www.escteam.net](http://www.escteam.net)

<sup>9</sup> En particulier, les expériences suivantes ont été réalisées en collaboration avec le Conseil de la Région de Milan, la Mairie de Milan, les Instituts d'Enseignement Supérieur Secondaire IIS "*Luigi Lagrange*" et "*Luigi Galvani*", deux centres de loisirs de Bergame et Cremona et les associations de « Milano in Rosa » e « SDP - Società di Studio per i Disturbi della Personalità » et enfin, l'atelier de dramathérapie de l'Università degli Studi de Milan (Unità Operativa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Luigi Sacco di Milano).

## LES EXPERIENCES

Il s'agissait de quatre ateliers de dramathérapie adressés à **574 adolescents**, âgés de 11 à 20 ans, en milieu scolaire et parascolaire concernant la prévention des addictions à Internet et, plus généralement de l'éducation digitale.

### ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL : LA VIOLENCE ET LE CYBERHARCÈLEMENT

Il s'agissait d'un atelier de dramathérapie, tout au long de l'année scolaire, intégré aux autres matières scolaires, sur le thème de la légalité et du cyber harcèlement. La classe destinataire du projet était composée de 25 élèves âgés de 14 à 19 ans.

### ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL : LES ADDICTIONS A INTERNET ET AUX RESEAUX SOCIAUX

*« Education à l'affectif : pouvons nous être réellement amis sur Facebook? »*

Il s'agissait d'un atelier de dramathérapie, tout au long de l'année scolaire, faisant partie intégrante du programme d'étude, sur le thème de l'addiction à Internet et aux réseaux sociaux. Les classes destinataires ont été toutes les classes de seconde de l'Institut d'Enseignement Supérieur Secondaire « *Luigi Lagrange* », c'est à dire 239 jeunes impliqués âgés de 15 à 19 ans.

### ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL : LES ADDICTIONS A INTERNET ET AUX JEUX VIDEO

*“Una mela al giorno ... – une pomme par jour ... ”*

Dans le cadre de l'atelier de dramathérapie, faisant partie intégrante du programme scolaire, le thème des addictions à Internet et aux jeux vidéo était abordé. Les classes destinataires ont été les classes de seconde de l'institut d'Instruction Supérieur Secondaire « *Luigi Galvani* », c'est à dire 218 jeunes impliqués âgés de 15 à 17 ans.

### ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL : LES ADDICTIONS A INTERNET ET AUX RESEAUX SOCIAUX « *Le Face-Look Day* »

Lors d'une journée de dramathérapie, sur le thème de l'amitié et de l'usage correct des réseaux sociaux. Ces rencontres ont été organisées à l'attention de 124 jeunes adolescents âgés de 11 à 20 ans, dans deux centres de loisirs de la province de Bergame et Cremona.

**La doctorante a participé activement comme dramathérapeute à toutes les**

## **expériences évoquées.**

La problématique, les hypothèses et les objectifs de ces expériences sont proposés ensuite.

### PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure un atelier de dramathérapie pourrait-il être considéré comme une intervention efficace dans la **prévention des addictions à Internet** auprès d'un public **adolescent** dans le **milieu scolaire ou parascolaire d'appartenance**?

### HYPOTHESES

#### Hypothèse générale

Le programme d'information et d'éducation digitale à l'école permet de **développer les connaissances sur les facteurs de risques** en ce qui concerne les addictions à Internet, leur **symptomatologie** et les **conséquences des comportements addictifs**.

#### Hypothèses opérationnelles

L'approche dramathérapeutique centrée sur le **jeu théâtral** et sur la **définition et différenciation des espaces** (espace scénique – espace coulisse – espace public – espace ordinaire et extraordinaire, etc.) permet la **définition et la différenciation entre espace réel et espace virtuel**.

### OBJECTIFS

Les objectifs des programmes de prévention proposés étaient : **informer** les adolescents de l'existence des addictions à Internet; connaître les modalités les plus judicieuses pour **utiliser correctement les outils de connexion** et les nouvelles technologies; **écouter et conseiller** tous ceux qui ressentiraient le besoin de raconter leurs propres difficultés par rapport à des épisodes d'utilisation excessive des jeux vidéo, **promouvoir la prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psychophysique** pour encourager la communication interpersonnelle; améliorer et **développer les capacités relationnelles** des jeunes pour promouvoir la coopération et la collaboration entre les participants; encourager **l'expression de leurs émotions** et le développement des **capacités créatives** de chacun, faire vivre aux élèves une expérience émotionnelle intense et diverse pour **valoriser l'intégration réelle dans les relations** et pour retrouver le plaisir de se rencontrer et d'être en groupe avec le **jeu** et la **corporalité**; **différencier l'expérience**

## **réelle de l'expérience virtuelle.**

### METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

#### Le plan expérimental

Le terrain de recueil des données correspond aux quatre expériences dans quatre institutions scolaires et parascolaires, c'est à dire les Instituts d'Enseignement Secondaire Supérieur Secondaire "*Luigi Lagrange*" et "*Luigi Galvani*" de Milan et deux centres de loisirs de Bergame et Cremona. L'échantillon de référence correspond à 574 étudiants adolescents d'âge compris entre 14 et 19 ans. La moyenne d'âge a été de 16,1 ans.

#### Le recueil des données

Le recueil des données dans ces contextes éducatifs a été assuré par l'administration d'un questionnaire à chaque adolescent, avant et après la participation aux expériences. Les recueils des données avaient comme objectif l'évaluation de l'expérience psycho éducative.

### SYNTHESE DES RESULTATS

Le questionnaire interrogeait quatre dimensions d'enquête différentes : la **connaissance des phénomènes addictifs** et des **comportements à risque**, la considération des **conséquences de ces comportements** et la perception de la **différence entre réel et virtuel**. La synthèse des résultats a représenté le point de départ de l'approfondissement scientifique de ce sujet de recherche.

### PARTIE 1: CONNAISSANCE DU PHENOMENE

Les données relatives à la première zone d'enquête qui interroge la connaissance du phénomène chez les adolescents révèle que, bien que le 87,23% ait déjà entendu parler des addictions à Internet, **89,36 % de l'échantillon déclare avoir amélioré, après l'expérience, sa connaissance concernant les problèmes en relation avec l'utilisation excessive d'Internet**. Ce résultat est confirmé par l'amélioration des connaissances et vérifié par les zones d'enquête 2 et 3 du test, avant et après l'expérience d'éducation digitale.

Grâce à la question qui explore la prévalence subjective du phénomène chez les adolescents, **le pourcentage de jeunes qui connaissent des personnes qui pourraient**

être addictives à Internet augmente de 5,62 %. Il est possible que l'intervention de prévention leur ait permis de considérer plusieurs indices ou comportements comme symptômes d'une fragilité ou d'un usage abusif qu'ils n'avaient pas considéré comme problématique avant. Avant l'atelier, les adolescents ne prêtaient pas attention à certains indicateurs ou ils ne leur attribuaient pas le même sens qu'après la prévention.

## PARTIE 2: CONNAISSANCE DES COMPORTEMENTS A RISQUE

Les pourcentages relatifs à l'enquête sur les activités menées en ligne par les jeunes s'avèrent particulièrement intéressants. Après l'expérience vécue sont confirmées par l'échantillon les données relatives aux activités de communication en ligne (avant 76,59 % et après 76,59 %) et de navigation en ligne par ennui ou tristesse (avant 2,13 % et après 2,13 %). Varient à l'inverse les données relatives aux activités suivantes: info surfing (avant 13,83 % et après 14,96 %), **jouer en ligne** (avant 6,38 % et après 1,0 %) et **pornographie en ligne** (avant 1,6% et après 5,32 %).

De telles données pourraient s'expliquer de la manière suivante : **les activités qui avant l'atelier étaient définies par les jeunes comme des activités de jeu, à la fin de l'expérience sont définies comme activités pornographiques en ligne.**

**A travers le partage d'une expérience émotive positive et la confrontation réciproque, les jeunes apprennent à reconnaître et à décrire des comportements potentiellement risqués ou déviants. En outre, il semble que grâce à l'expérience de jeu réel partagée, non virtuelle, les jeunes, qui qualifiaient de « jeu » les activités pornographiques, après l'atelier, semblent réussir à différencier les expériences et donc à associer au mot « jeu » sa juste valeur.**

**Suite à l'intervention de dramathérapie le pourcentage d'adolescents qui dit jouer en ligne pendant leur temps libre, double. (3,19 % – 6,38 %).**

En ce qui concerne l'enquête du temps passé en ligne sont confirmées par l'échantillon les données relatives au pourcentage des jeunes (19%) qui estime leur temps de connexion moyen quotidien égal ou inférieur à une heure.

**Parmi ceux qui au contraire utilisent la connexion de manière plus importante, les données**

**augmentent progressivement vers des pourcentages plus élevés.** Le nombre d'adolescents qui estiment leur connexion à une heure par jour avant l'atelier (39,6%) diminue (27%) alors qu'augmentent respectivement de 7% et de 3% les pourcentages des jeunes qui passent de 2 à 3 heures par jour et de 4 à 9 heures par jour connectés.

**Une autre donnée importante concerne les personnes qui se connectent plus de 10 heures par jour. Le pourcentage dans ce cas passe de 0,5% à 2,5%.**

**Ces données plaident en faveur de l'hypothèse que les jeunes grâce au partage de l'expérience de prévention révèlent des comportements potentiellement risqués aux meneurs de groupe, figure adulte de référence (plus de 10 heures de connexion par jour).** Ces données pourraient être le résultat d'une meilleure attention de la part d'une partie des adolescents impliqués dans l'atelier à la quantité de temps qu'ils passent eux-mêmes en ligne. Informer les adolescents pour pouvoir promouvoir un degré d'attention majeure au temps passé en ligne représente un des objectifs de cette expérience préventive, dans l'intention d'encourager la prise de conscience de la part des adolescents par rapport à leurs comportements en ligne.

Ensuite, reconnaître passer plus de 10 heures par jour connecté représente le premier pas pour reconnaître un potentiel ou un franc comportement à risque pour ensuite, dans la meilleure des hypothèses, modifier son propre comportement ou encore formuler une demande d'aide.

### PARTIE 3: CONNAISSANCE DES CONSEQUENCES et

### PARTIE 4: CONNAISSANCE DE LA DIFFERENCE ENTRE ESPACE REEL ET ESPACE VIRTUEL

**Les pourcentages relatifs à l'enquête sur la connaissance des comportements à risque et des conséquences varient positivement.**

Aux questions relatives à la connaissance des phénomènes traités **avant** l'atelier 19,3 % de l'échantillon répond correctement – 80,7 % répond de manière erronée. Aux mêmes questions **après** l'atelier 78,3 % de l'échantillon répond correctement – 21,7 % répond de manière erronée.

**L'inversion de ce pourcentage confirme l'amélioration des connaissances des jeunes par rapport aux problèmes en relation avec l'utilisation excessive d'Internet par 89,36 % de l'échantillon.**

**Par conséquent, on peut conclure que l'atelier de prévention des addictions à**

**Internet, à travers le support de la dramathérapie, est une intervention efficace afin d'améliorer les connaissances des adolescents par rapport aux risques auxquels le réseau peut les exposer.**

**Après avoir vécu l'expérience de l'atelier, les jeunes déclarent continuer à utiliser Internet comme un instrument de communication virtuel, sans pour autant diaboliser l'instrument.**

Comme déjà annoncé dans l'introduction de cette thèse, l'objectif principal de cette proposition préventive était d'encourager la prise de conscience de la part des adolescents des risques de l'univers virtuel, pour promouvoir une utilisation consciente et responsable des supports de connexion.

Dans le même temps, à la suite d'une intervention de dramathérapie centrée sur la possibilité de définir et différencier l'espace virtuel de l'espace réel existentiel à travers l'espace scénique illusoire et par l'expérience de la communication sensorielle et corporelle, **il est possible de conclure que le pourcentage de jeunes qui déclarent avoir l'intention de vouloir communiquer une information importante à une personne** (parce que plus facile à faire comprendre et parce que l'on peut recueillir directement la réaction de l'autre) **augmente respectivement de 10,63 % et de 13,83 %.** **Par conséquent, il est possible de conclure que les jeunes destinataires de l'intervention, continuant à apprécier les potentialités d'efficacité et de rapidité du réseau, réussissent à distinguer, à valoriser et à préférer les aspects qualitatifs importants et indispensables de la communication interpersonnelle.**

Dans le moment où l'on enquête sur les activités auxquelles les jeunes désireraient plus de temps s'ils ne se connectaient pas, émergent deux aspects extrêmement significatifs : **les données relatives au désir de passer du temps avec les amis indépendamment du réseau et celui significatif à l'attention dédié à leur corps.**

74,5 % des jeunes en faite – malgré les 76,59 % qui déclarent utiliser Internet pour chatter avec les amis en ligne – déclarent que s'ils ne se connectaient pas ils passeraient plus de temps avec les amis dans la vie réelle.

**Ce chiffre constitue un élément rassurant puisqu'il exprime le désir sincère des jeunes à être réellement connectés aux autres, indépendamment de la présence du réseau.**

**La seconde donnée, relative à la considération de la dimension corporelle augmente**

**significativement en conclusion de l'expérience, passant de 14,89 % à 76,59 %.**

**Par conséquent, il est possible de conclure que l'intervention de dramathérapie centrée sur la possibilité de valoriser les aspects sensoriels et corporels de la relation réelle entre les personnes du même âge, a permis l'émergence de la considération de la dimension corporelle d'une partie des jeunes participants. 28,72 % des jeunes avant l'intervention déclaraient que sur Internet on pouvait faire même plus de choses que l'on peut faire quand on est hors-ligne. Suite à l'intervention ce pourcentage a diminué, passant de 28,72 % à 12,76 %, et même 63,83 % des jeunes répondent que dans la vie réelle, à la différence de l'expérience virtuelle, il est possible « de s'embrasser, de se comprendre et d'être vraiment ensemble ».**

## RESUME

### PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure un atelier de dramathérapie pourrait-il être considéré comme une intervention efficace dans la **prévention des addictions à Internet** auprès d'un public **adolescent** dans le **milieu scolaire ou parascolaire d'appartenance** ?

### ELEMENTS INNOVANTS

L'utilisation de **phénomènes transitionnels** tels que l'**espace** et le **jeu** d'un atelier de dramathérapie dans la prévention des addictions à Internet constituent l'idée innovante de cette expérience.

### HYPOTHESE GENERALE

✓ L'éducation digitale à l'école permet de développer les connaissances sur les **facteurs de risques** en ce qui concerne les addictions à Internet, leur **symptomatologie** et les **conséquences des comportements addictifs**

### HYPOTHESE SPECIFIQUE

✓ L'approche dramathérapeutique centrée sur le jeu théâtral et sur la définition et différenciation des espaces (espace scénique – espace coulisse – espace public – espace ordinaire et extraordinaire, etc.) permet la **définition et différenciation entre espace réel et espace virtuel**.

- ✓ hypothèse vérifiée
- ✗ hypothèse à vérifier

## CONCLUSION

L'approche dramathérapeutique, concernant la prévention des addictions à Internet adressée aux 574 adolescents, **permet de développer leurs connaissances sur les facteurs de risques et les aide à prêter attention aux indices, indiquant un comportement à risque possible et enfin de mieux connaître les conséquences des comportements addictifs.** De plus, l'approche dramathérapeutique, centrée sur le jeu théâtral et sur la définition et la différenciation des espaces (espace scénique – espace coulisse – espace public – espace ordinaire et extraordinaire, etc.), permet à notre sens **la définition et la différenciation entre espace réel et espace virtuel.** Les hypothèses de l'étude semblent donc être confirmées.

## SYNTHESE, LIMITES ET PERSPECTIVES

Les expériences évoquées faisaient partie de l'étude proposée par la doctorante en ce qui concerne le mémoire de recherche nécessaire à l'obtention du diplôme du master en arts-thérapies à l'Université Paris Descartes permettant ainsi l'accès au parcours doctoral. Les données recueillies n'étaient pas destinées à être publiées. L'équipe, qui avait monté les projets, était davantage animée par le désir professionnel d'explorer les phénomènes émergents liés à l'utilisation des nouvelles technologies auprès de la génération adolescente, pour être en mesure d'opérer une réflexion clinique en ce qui concerne les addictions à Internet, plutôt que par la rédaction d'une publication scientifique. C'est pour cette raison que l'étude quantitative des données qui n'a jamais pas été prévue au départ, peut paraître succincte.

Toutefois, c'est à partir de ces passionnantes expériences éducatives que, dans le cadre d'un nouveau projet doctorale, animées par un désir de connaissance et de découverte plus approfondi, la doctorante a accueilli la possibilité de participer à la mise à disposition des fonds de l'Union Européenne pour réaliser des voyages scolaires. Le développement d'une proposition pour l'appel des programmes innovateurs, nous a donné l'occasion de réaliser et partager une expérience adressée à 250 adolescents italiens. Le désir était d'explorer l'approche dramathérapeutique dans la prévention des addictions à Internet dans un environnement **intensif et résidentiel** et, en même temps, être en mesure d'effectuer d'autres recherches sur la **perception des comportements et sur les effets physiologiques (notamment sur la fonction visuelle) des comportements addictifs.** La partie qui suit, décrit en détail ce qu'il a été possible de réaliser. Notre intention, dans ce cas, a été de rendre quantifiable les résultats obtenus afin de concevoir le dispositif et le

matériel de recherche pour permettre une publication scientifique internationale, et espérer ainsi reconnaître à l'univers des arts thérapies la rigueur scientifique et l'autonomie qu'elles méritent.



**EXPERIENCE PSYCHOPEDAGOGIQUE :  
LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET  
AVEC LA DRAMATHERAPIE EN VOYAGE SCOLAIRE**

**LINK BETWEEN INTERNET CONNECTION HABITS  
AND VISUAL FUNCTION AMONG ITALIAN TEENAGERS:  
MULTIPLE BENEFITS THROUGH ONE WEEK OF DRAMATHERAPY**

**2014 – 2016**



## LA PREVENTION DES ADDICTIONS A INTERNET

### AVEC LA DRAMATHERAPIE :

#### LINK BETWEEN INTERNET CONNECTION HABITS AND VISUAL FUNCTION AMONG ITALIAN TEENAGERS: MULTIPLE BENEFITS THROUGH ONE WEEK OF DRAMATHERAPY

Comme il a déjà été évoqué, la partie qui suit concerne une expérience de dramathérapie dédiée à la prévention des addictions à Internet adressé aux 250 adolescents italiens. Cette partie constitue le cœur de cette thèse. La recherche a été développée et mise en œuvre dans le cadre d'un programme de thèse internationale en cotutelle entre l'Université Paris V Descartes et l'Università degli Studi de Roma 3<sup>10</sup>.

Nous introduisons une approche de recherche à plusieurs niveaux, combinant un programme de prévention basé sur l'expérience dramathérapeutique, la **réduction sévère de la connexion à Internet** et l'étude de la fonction visuelle. L'expérience a été décrite suivant deux axes : d'une part, l'enquête scientifique sur l'Internet Gaming Disorder, c'est à-dire l'observation et l'analyse des **répercussions physiologiques sur la fonction visuelle** de l'utilisation excessive de smartphones pour les adolescents considérés (évalués avant et après le programme de prévention proposé par des indicateurs traditionnels et des indicateurs de performance); d'autre part, la réflexion psycho éducative concernant les arts thérapies sur le thème du développement et l'évaluation d'un protocole d'intervention préventive à travers la dramathérapie.

#### PROBLEMATIQUE

La problématique sur laquelle nous avons décidé de continuer à nous interroger reste à l'identique. Il existe une **ligne de continuité** que l'on retrouve dans toutes les expériences de prévention évoquées dans cette thèse c'est-à-dire : dans quelle mesure un atelier de

---

<sup>10</sup> Le développement des données a été réalisé en collaboration entre l'Institut Scientifique Intervision de Milan et le Laboratoire de Physiopathologie de la vision et de la motricité binoculaire dirigé par Zoï Kapoula Groupe IRIS, FR3636 / CNRS Université Paris V Descartes. L'expérience a été réalisée grâce aux fonds de l'union européenne à travers le concours «Nuova Learning Week» du Conseil Régional de la Région de Milan. Les étudiants participants proviennent d'écoles adhérentes (c'est-à-dire l'Institut d'Enseignement Supérieur Secondaire IIS Cairoli de Pavia, l'IIS Lagrange de Milan, l'IIS Galvani de Milan) grâce à la collaboration entre l'Association culturelle Giovio15 de Milan et le Centre Services Formation CSF de Pavia, en partenariat avec l'Université des études de Pavia - Département de sciences du comportement – Faculté de psychologie.

dramathérapie pourrait-il être considéré comme une intervention efficace dans la **prévention des addictions à Internet** auprès d'un **public adolescent en voyage scolaire**?

L'observation et l'analyse des **répercussions physiologiques sur la fonction visuelle** de l'utilisation excessive de smartphones pour les adolescents considérés (évalués avant et après le programme de prévention proposé par des indicateurs traditionnels et des indicateurs de performance) et la **réduction sévère de connexion** constituent l'élément de nouveauté de cette expérience.

#### HYPOTHESES

##### Hypothèse générale

Le programme d'information et d'éducation digitale, en voyage scolaire (comportant des conférences, des rencontres, des discussions), permet de développer les connaissances sur les **facteurs de risques** en ce qui concerne les addictions à Internet, leur **symptomatologie** et les **conséquences des comportements addictifs**.

##### Hypothèses opérationnelles

La première hypothèse opérationnelle considère la réduction des expositions aux écrans comme une intervention efficace afin d'améliorer le **confort visuel** et donc le **bien-être psychophysique** des adolescents.

La deuxième hypothèse opérationnelle avance que l'approche dramathérapeutique peut être considérée comme une intervention efficace grâce au développement des **ressources créatives** des participants qui encourage la **prise de conscience de leur identité psychophysique**.

La troisième hypothèse opérationnelle induit que l'approche en groupe en dramathérapie, permet à la personne d'améliorer ses **capacités relationnelles** et de **mieux gérer son comportement émotif et l'estime de soi**.

#### OBJECTIFS

Les objectifs du programme de prévention proposé étaient : **informer** les adolescents sur les addictions à Internet; connaître **les modalités les plus judicieuses** pour utiliser de manière adaptée **les outils de connexion** et les nouvelles technologies; **écouter et conseiller** tous ceux qui sentiraient le besoin de raconter leurs propres difficultés en

rapport avec des épisodes d'utilisation excessive d'Internet, **promouvoir la prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psychophysique** pour encourager la communication interpersonnelle; **améliorer et développer les capacités relationnelles** des jeunes pour promouvoir la coopération et la collaboration entre les participants; **encourager l'expression de leurs émotions et le développement des capacités créatives** de chacun, faire vivre aux élèves **une expérience émotionnelle intense et diverse pour valoriser l'intégration réelle dans les relations** et pour retrouver le plaisir de se rencontrer et d'être en groupe avec le jeu et la corporéité; **différencier l'expérience réelle de l'expérience virtuelle, évaluer le confort visuel des participants et les répercussions physiologiques de l'usage abusif des écrans.**

#### METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

##### Le plan expérimental

La recherche a été menée sur un échantillon qui visait à représenter la population adolescent italienne. L'expérience a été adressée à 250 adolescents mais notre étude, incluant l'évaluation de la fonction visuelle, a portée sur 125 étudiants âgés de 15 à 19 ans pour des raisons indépendantes de la volonté des chercheurs. Tous les sujets participants ont donné leur consentement écrit conforme à la Déclaration d'Helsinki. La population était hétérogène. Les 125 adolescents ont été divisés en 5 groupes mixtes (hommes et femmes) de 25 participants chacun. Les 125 adolescents impliqués (5 groupes de 25 participants  $M18 \pm 2$  personnes hétérogènes) ont participé à une semaine intensive (LUN/SAM) de dramathérapie, comme proposition pédagogique alternative au voyage scolaire. Le lundi matin et le samedi matin de chaque semaine, les batteries de tests (de dramathérapie et des compétences visuelles) ont été administrées par la même équipe de professionnels à chaque fois. Les étudiants participants n'ont pas pu utiliser leurs smartphones pendant la journée. La connexion Internet n'a pas été fournie entre 9h00 et 19h00. Les étudiants ont eu accès au réseau dans la soirée, après avoir terminé le travail en groupe.

#### MATERIELS, METHODES ET PROCEDURES POUR L'ETUDE DE LA FONCTION VISUELLE

Avant de commencer l'expérience, chaque étudiant participant a été soumis à un test de dépistage effectué par une équipe coordonnée par Maurizio Giannelli, un optométriste professionnel, expert en dysfonctionnement visuel, professeur d'optométrie et professeur d'ergonomie et de prévention, qui avait à son tour coordonné à l'avance son équipe de

référence composée d'un orthoptiste et d'un ophtalmologiste. Le dépistage se compose de trois parties: **observation générale et spécifique, antécédents visuels et médicaux et analyse de capacités visuelles spécifiques.**

**Profilo di screening visivo degli studenti nel progetto europeo Learning Week - Teatro e Social network**

presso l'Agriturismo La Sorgente (Verzi-PV)     l'Istituto Cairoli (PV)     Ist. Tec. Lagrange (MI)

Colloquio che precede i test visivi - direttore scientifico dott. Maurizio Giannelli

Sen.CHK01= zazione scritta sono vietati la riproduzione, la copia, la memorizzazione e la cessione in qualunque forma e modo.

data **13 Ottobre 2014** ore  n.

In ogni campo inserire un solo carattere STAMPATELLO in ogni spazio partendo da sinistra. data di nascita (nel formato: gg/mm/aaaa)

ognome  nome

sex  M Maschio  F Femmina classe  1  2  3  4  5 scuola  informatica  scienze  altro  liceo

**OG1 Osservazione generale e specifica**

**OG1**  ass evidente asimmetria orbitaria

D/S/V  S/D/D

**OG2**  ass palese posizione asimmetrica del capo:  PAC dx destra  PAC dx sinistra  Tilt dx a destra  Tilt dx a sinistra

**OG3**  Deficit nella deambulazione  Deficit di articolazione del linguaggio

**facies**  n facies normale  m facies mongolica  f facies antimongolica  **capo**  flexo palesemente flesso  esteso palesemente esteso  Dipendenza da tutore fisico

**Esame obiettivo visivo** (ispezione visiva senza mezzi intermediari)

**EOV**  EO rima palp  EO rima palp  EO cong palp  EO cong palp

**EO**  NDR congiuntiva bulbare NDR  per congiuntiva bulbare iperemica  NDR congiuntiva palpebrale iperemica  per congiuntiva palpebrale iperemica

**EO evidenti**  1 Esiti da trauma oculare (o chirurgia)  2 Evidenti patologie oculari  3 Evidenti anomalie di trasparenza  4 Pupille anisocoriche o anisocicliche

**Anamnesi**  occhiali  LAC salt  LAC gg saltuariamente  LAC gg il giorno

**ANA Lontano**  1 non vede bene LONTANO, sempre  2 non vede bene LONTANO, talvolta  3 astenopia correlata all'attività da LONTANO  4 astenopia Lontano insorta entro i 6 mesi  5 astenopia Lontano insorta oltre i 6 mesi  6 ritardo di messa a fuoco da vicino a lontano  7 di sera da lontano vede un pò offuscato  8 episodi di sdoppiamento immagini lontano  9 nella guida serale la vista dà problemi

**ANA vis1**  1 patologia oculare presente/recente  2 rieducazione visiva pregressa  3 storia di trauma oculare in età infantile  4 storia di trauma oculare in età infantile

**ANA vicino**  1 non vede bene VICINO, sempre  2 non vede bene VICINO, talvolta  3 astenopia vicino insorta entro i 6 mesi  4 astenopia vicino insorta oltre i 6 mesi  5 episodi di sfuocamento da vicino  6 ritardo di nitidezza da lontano a vicino  7 frequente sonnolenza in lettura  8 episodi di sdoppiamento immagini vic.  9 bruciore oculare nella visione da vicino

**ANA EV**  1 mai fatto un esame visivo  2 esame visivo negli ultimi due anni  3 esame visivo oltre i due anni  1 algia cervicale senza trauma  2 algia cervicale post trauma  3 storia di traumi fisici importanti  4 storia di chirurgia/e importante/i  5 patologia sistemica importante  6 assume farmaci costantemente  7 fotofobia non saltuaria  8 ausilio odonto arcata superiore  9 ausilio odonto arcata inferiore

**Cefalea**  non presente

**Cefalea Quando**  1 insorge durante le ore di scuola  2 insorge durante lo studio fuori da scuola  3 insorge facendo sport  4 insorge con la tensione emotiva  5 insorge o è presente già al risveglio  6 insorge a seguito di dolore cervicale  7 insorge per altre cause

**Cefalea Correlaz**  non frequente  1 sembra correlato all'uso del computer  2 sembra correlato all'uso di altri HW  3 sembra correlato alla lettura  4 sembra correlato alla TV e/o alla guida  5 sembra correlato a quando mangia

**Cefalea Dove?**  1 è localizzato sopra gli occhi  2 è localizzato a livello frontale  3 è localizzato in zona temporale  4 è localizzato in zona occipitale  5 è ubiquitario

**Cefalea Passa**  1 passa in breve tempo  2 passa se smette di concentrarsi da vicino  3 passa solo se va a dormire  4 passa solo se assume farmaci

CHK34=

## Profilo di screening visivo degli studenti nel progetto europeo Learning Week - Teatro e Social network

Colloquio che precede i test visivi - direttore scientifico dott. Maurizio Giannelli

Senza autorizzazione scritta sono vietati la riproduzione, la copia, la memorizzazione e la cessione in qualunque forma e modo.

... pagina 2 del Colloquio che precede i Test visivi

### Auxili informatici interattivi e loro utilizzo

InfoDesktop	→	<input type="checkbox"/> 2 tra 1 e 2 ore/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 usa il desk top fra 3 e 5 ore/die
InfoNotebook	→	<input type="checkbox"/> 2 tra 1 e 2 ore/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 usa il notebook fra 3 e 5 ore/die
InfoTablet	→	<input type="checkbox"/> 2 tra 1 e 2 ore/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 usa il tablet fra 3 e 5 ore/die
InfoSmartphone	→	<input type="checkbox"/> 2 tra 1 e 2 ore/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 usa lo Smartphone fra 2 e 4 ore/die
InfoEbook	→	<input type="checkbox"/> 2 tra 1 e 2 ore/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 usa l'e-book fra 1 e 2 ore/die
si usa un e-book	→	<input type="checkbox"/> 2 tra 1 e 2 ore/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 usa l'e-book fra 1 e 2 ore/die

### Utilizzo e tempo di uso dell'ausilio informatico sopra specificato

TV	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
TVgiochi	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
WEBfilm	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
WEBdidattica	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
WEBinfo	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
WEBsocial	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
WEBvideo	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
WEBgiochi	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro
si Web ... per Videogiochi	<input type="checkbox"/> 1 < 1 ora/die	<input type="checkbox"/> 3 tra 2 e 3 ore/die	<input type="checkbox"/> 5 fra 3 e 5 ore/die	<input type="checkbox"/> altro

Posizioni e postura con:	<input type="checkbox"/> desktop	<input type="checkbox"/> notebook	<input type="checkbox"/> tablett	<input type="checkbox"/> smartphone	<input type="checkbox"/> ebookk	<input type="checkbox"/> altro
1 il display è in posizione centrale	<input type="checkbox"/> 3 la tastiera è allineata al display	<input type="checkbox"/> 5 lo utilizzo con una tastiera esterna				
2 il display è in posizione laterale > 20°	<input type="checkbox"/> 4 la tastiera è presso il bordo del tavolo	<input type="checkbox"/> 6 lo utilizzo prevalentemente in luce artificiale				
1 utilizzo in piedi in movimento	<input type="checkbox"/> 2 utilizzo da seduto	<input type="checkbox"/> 3 uso sdraiato	<input type="checkbox"/> 4 utilizzo per il 30% del t. in posizioni sec/ter			

HK23=



### Associazione di significati

1. BOTTE	<input type="checkbox"/> 1 oggetto semplice	<input type="checkbox"/> 2 oggetto antico	<input type="checkbox"/> 3 le percosse	<input type="checkbox"/> 4 divertimento	<input type="checkbox"/> 5 dramma
2. PRINCIPI	<input type="checkbox"/> 1 forme primarie	<input type="checkbox"/> 2 signori, nobili, re	<input type="checkbox"/> 3 autorità, capi	<input type="checkbox"/> 4 privilegi positivi	<input type="checkbox"/> 5 privilegi negativi
3. CILINDRO	<input type="checkbox"/> 1 solido geometrico	<input type="checkbox"/> 2 cappello del mago	<input type="checkbox"/> 3 oggetto galante	<input type="checkbox"/> 4 fatto positivo	<input type="checkbox"/> 5 fatto negativo
4. RISO	<input type="checkbox"/> 1 divertimento	<input type="checkbox"/> 2 alimento	<input type="checkbox"/> 3 coltivazione	<input type="checkbox"/> 4 schermo/beffa	<input type="checkbox"/> 5 fatti e contesti
CHK24=	<input type="checkbox"/> 1 vigore/energia	<input type="checkbox"/> 2 contrapposizione	<input type="checkbox"/> 3 virilità	<input type="checkbox"/> 4 potenza	<input type="checkbox"/> 5 salute

NOTE

Il presente esame visivo è un esame di tipo optometrico funzionale, con un protocollo strutturato e dedicato al Progetto qui specificato.

Documento realizzato e impaginato dal direttore dell'equipe di Istituto Scientifico Intervision  
dott. Maurizio Giannelli

per ogni contatto: maurizia.giannelli@intervisionitalia.com

La première partie du dépistage: **observations générales et spécifiques.**

Le dépistage implique un sondage d'observations générales et spécifiques. L'examineur a concentré son attention sur les anomalies posturales ou sur le phénotype qui signifient la présence de certaines altérations qui pourraient conduire ou soutenir la présence d'une fatigue visuelle indépendamment de l'utilisation ou de l'abus des supports informatiques. Lorsque, au cours de l'observation initiale et de l'anamnèse, des problèmes ont été trouvés tels que les opérations de strabisme, les résultats d'un traumatisme facial avec intérêt orbitaire, des malformations congénitales, des maladies systémiques, etc. qui pourraient affecter de manière significative la fonction visuelle, le sujet a été exclu de l'échantillon afin d'assurer l'homogénéité du groupe.

La deuxième partie du dépistage: **anamnèse visuelle et médicale**

L'entrevue vise également à mettre en évidence un minimum de données de base concernant l'école et les antécédents personnels de santé, qui peuvent être liés à des problèmes visuels potentiels. Une attention particulière a été accordée aux antécédents médicaux sur la présence d'une fatigue oculaire ou d'un syndrome de fatigue oculaire ou d'un manque de force visuelle. À cet égard, nous avons recherché des indicateurs liés à l'altération de la netteté et du confort visuel en vision de près et en vision de loin. Il a également été étudié la présence possible de maux de tête comme symptôme d'un problème visuel et en tout cas comme un état symptomatologique de malaise. L'emplacement du mal de tête, le mode d'apparition et la durée peuvent souvent être corrélés au stress visuel. Les professionnels, en examinant ces facteurs, ont découvert que cet échantillon d'adolescents **souffrait de maux de tête** et ils ont interrogé les adolescents sur leur façon de gérer ce malaise. À la suite de cette phase, c'est la qualité d'utilisation, en termes ergonomiques, et la quantité, considérée en termes de temps d'utilisation, du média d'accès préféré utilisé par les adolescents qui ont fait l'objet de notre enquête. L'histoire et l'ergonomie ont été étudiées par le même professionnel pour tous les participants. Une telle collecte de données, si elle est bien menée à travers des capacités d'intuition et une expérience clinique suffisante, représente un temps précieux pour effectuer l'examen des signes dont le poids dépend non seulement de l'expérience de l'équipe d'examineurs, mais aussi de la précision de l'enquête médicale (Giannelli, 2012).

### La troisième partie du dépistage: **analyse de capacités visuelles spécifiques**

L'analyse des capacités visuelles spécifiques a été réalisée par les collaborateurs du coordinateur. La fiabilité, la répétabilité et la comparabilité d'un examen visuel dépendent en grande partie de l'exactitude de la méthode avec laquelle les tests sont effectués. L'administration des méthodes d'essai a été convenue lors des réunions d'équipe dédiées. Chaque test individuel a été administré par un examinateur expert qui a été toujours le même pour tous les participants. Ce choix a été opéré afin d'éliminer toute variable antérieure qui pourrait favoriser les facteurs, ce qui pourrait ensuite gêner les résultats et donc les conclusions. L'hypothèse avançait que l'expérience de la semaine de dramathérapie pourrait avoir un effet positif sur la fonction visuelle et en particulier sur les compétences visuelles potentiellement fatiguées ou trop stressées par l'engagement à étudier de près et par l'utilisation ou l'abus de smart phones qui sont toujours situés à moins de 25 cm des yeux.

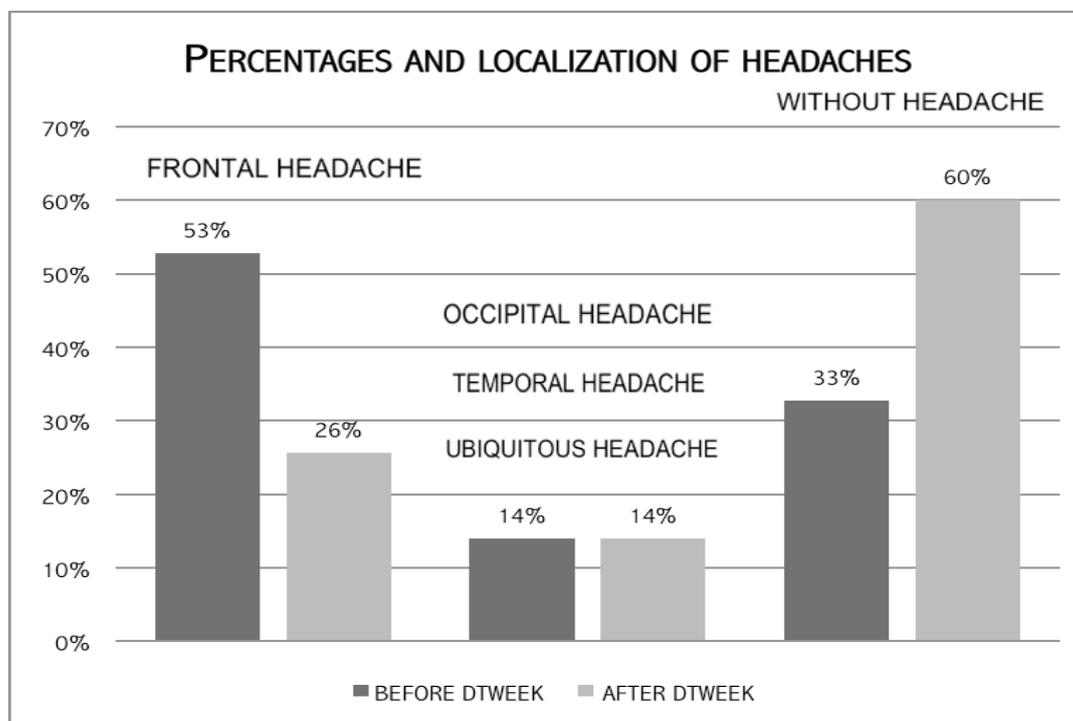
En ce qui concerne cet échantillon et le type d'expérience proposée, la suspension de l'utilisation des supports informatiques pendant 10 heures continues chaque jour (de 9h00 à 19h00) et la suspension de l'engagement visuel de l'école en vision proche, **il nous a semblé évident que la batterie traditionnelle des tests ophtalmologiques et orthoptiques n'auraient pas été en mesure de détecter des éléments qui concernaient l'efficacité visuelle puisque des altérations grossières étaient absentes.** Par conséquent, des indicateurs de performance visuelle ont été utilisés, en plus des indicateurs visuels traditionnels connus de la communauté scientifique internationale. Dans les annexes, une description approfondie de chaque étape des tests visuels est proposée.

### RESULTATS ET DISCUSSION DES RESULTATS EN CE QUI CONCERNE L'ETUDE DE LA FONCTION VISUELLE

La **première partie**, liée à l'observation générale et spécifique des participants, a écarté l'exclusion d'individus si ces derniers étaient conformes aux critères précédemment annoncés qui garantit l'homogénéité du groupe.

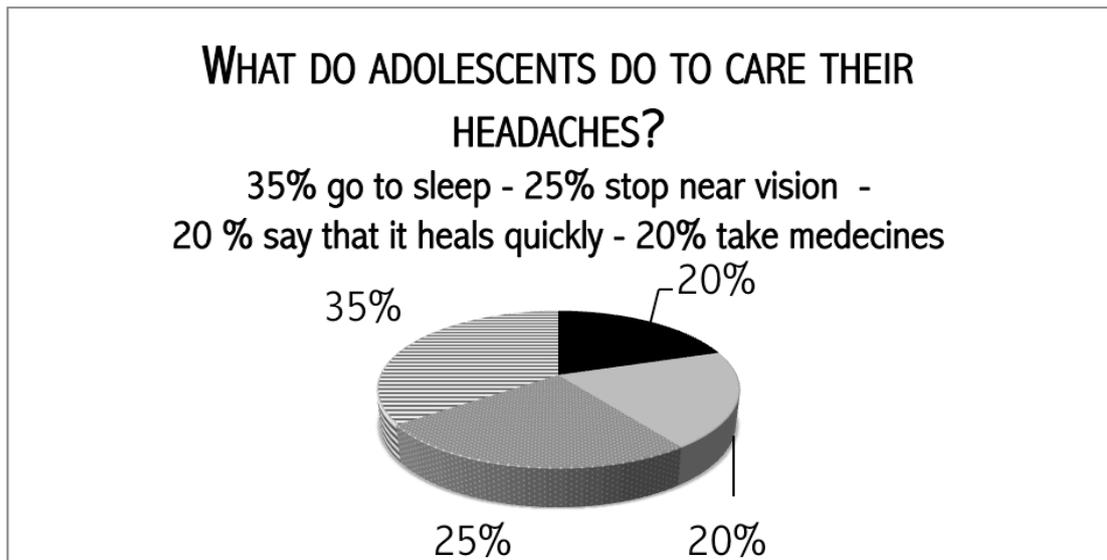
La **deuxième partie**, liée à l'anamnèse visuelle et médicale des sujets, a été réalisée en portant notre attention sur la présence de fatigabilité **de près et de loin et les maux de tête.**

Une telle précaution nous a permis de recueillir les données sur la présence et l'emplacement des maux de tête et d'interroger les adolescents sur la gestion de ce symptôme. L'entrevue initiale a été très utile pour approfondir l'emplacement, l'heure d'apparition, l'intensité et la fréquence de l'inconfort ou de la douleur. Les données ont montré que 53% des adolescents considérés souffraient de maux de tête signalés dans la zone frontale et la zone autour des yeux avant la semaine de dramathérapie, après laquelle ce chiffre tombe à 26% soit une **réduction de près de 50%** de maux de tête signalés dans la zone frontale et la zone autour des yeux. La douleur ressentie dans la région occipitale, temporelle et omniprésente ne varie pas dans sa localisation. Le pourcentage d'adolescents qui ne souffrent pas d'un mal de tête total passe de 33% avant la semaine à 60% après la semaine partagée (figure n ° 1).



**Figure n ° 1 - Pourcentages et localisations des maux de tête**

Parmi les adolescents qui souffrent de maux de tête au début de la semaine, **20% gèrent ce symptôme en prenant des médicaments**, 20% pensent que les maux de tête s'arrêtent au bout d'un certain temps, 25% font disparaître le symptôme en arrêtant la vision de près, tandis que 35% le font en allant dormir (figure n ° 2).



**Figure n ° 2 - Gestion des maux de tête**

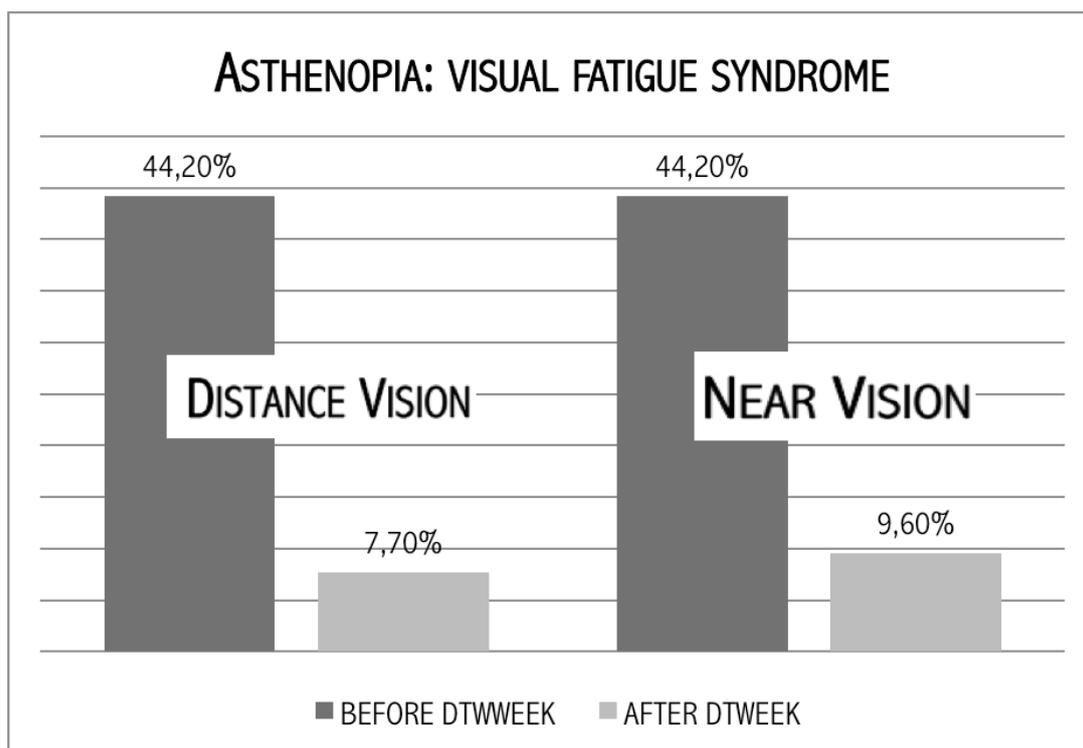
Au cours de cette deuxième partie, nous nous sommes intéressés à toute information portant sur la **qualité ergonomique**, en termes d'outils et de temps d'utilisation, des médias de connexion préférés par les adolescents.

Les **filles**, qui représentent 52,8% de l'échantillon considéré, passent en moyenne **1,5 heure** devant la télévision (**vision de loin**) et déclarent qu'elles utilisent activement le Web via un smartphone, une tablette ou un PC (**vision de près**) en moyenne **7,5 heures par jour**. Les **garçons**, qui représentent 47,2% de l'échantillon considéré, passent **7 heures** activement connectés via un smartphone, une tablette ou un PC (**vision de près**) et le temps passé à regarder la télévision augmente de **quelques heures (vision de loin)**.

L'excès d'utilisation du smartphone correspond, en termes de fonction visuelle, à des symptômes précis de fatigue avec difficulté à relâcher le **système accommodatif**. Les indicateurs concernaient **l'altération de la netteté et l'altération du confort**, qui peut être traduit par un syndrome de fatigue visuelle, c'est-à-dire l'**asthénopie**. Ces indicateurs (clarté et confort) caractérisent cette condition. Il semble aller de soi que plus ils sont altérés, plus ils sont susceptibles de prendre une allure pathologique de plus en plus gênante et inquiétante.

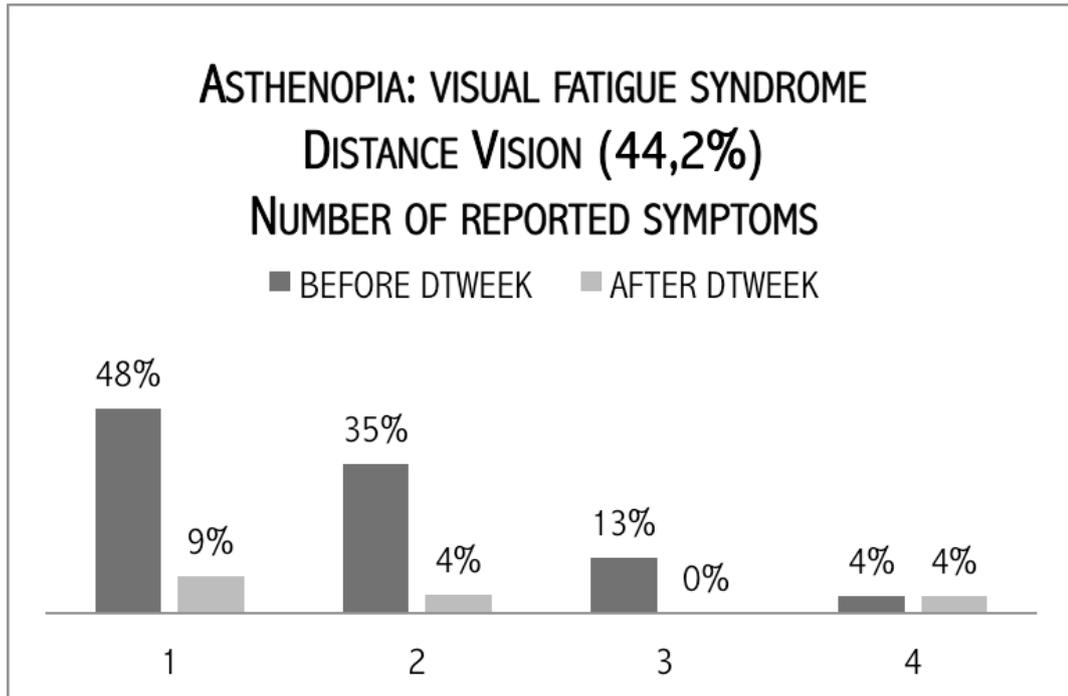
En ce qui concerne l'asthénopie, il existe une **prévalence de fatigue en vision proche, plutôt qu'en vision de loin**. La suppression de l'utilisation de la vision de près pendant la

semaine (activités d'étude et utilisation de la connexion), s'accompagne d'une **réduction sévère des symptômes de fatigue visuelle de près, ainsi qu'en vision de loin, ce qui correspond à la disparition de l'asthénopie (en prévalence)**. De plus, le nombre de symptômes liés au syndrome de l'asthénopie, avant et après l'expérience de dramathérapie, a été observé. Au début de la semaine de dramathérapie, 42,2% des adolescents souffrent d'asthénopie, à la fois en ce qui concerne la vision proche et éloignée. À la fin de la semaine de dramathérapie, le pourcentage passe à 7,70% pour la vision de loin et à 9,60% pour la vision de près (figure n ° 3.1).



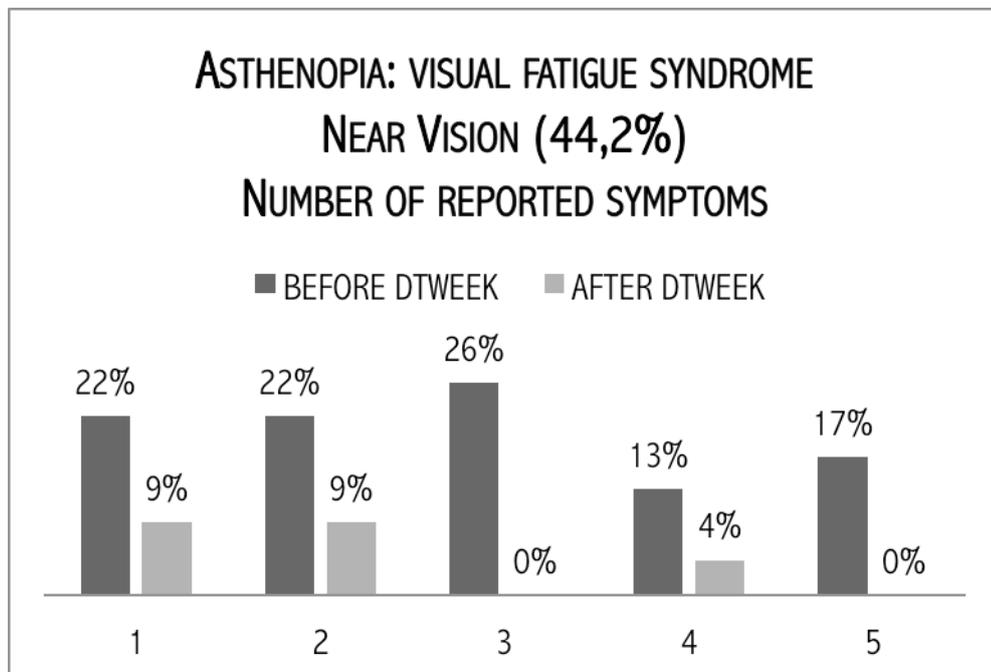
**Table n° 3.1 – Asthenopia: syndrome de fatigue visuelle**

Parmi les 44,2% des personnes atteintes d'asthénopie dans la vision de loin, 48% sont porteuses d'un seul symptôme, 35% souffrent d'au-moins de deux symptômes, 13% souffrent de trois symptômes et 4% révèlent quatre symptômes majeurs. **Après l'expérience, ces pourcentages chutent à 9%, 4%, 0%, 4%** (Figure n ° 3.2).



**Figure n ° 3.2 - Asthénopie: syndrome de fatigue visuelle en vision à distance**

De plus, en vision de près 22% présente un symptôme, 22% souffrent d'au moins de deux symptômes, 26% sont porteurs de trois symptômes et 13% et 17% révèlent quatre ou cinq symptômes majeurs. **Ces pourcentages chutent** à 9%, 9%, 0%, 4%, 0% (Figure n ° 3.3).



**Figure n ° 3.3 - Asthénopie: syndrome de fatigue visuelle en vision de près**

La **troisième partie**, liée à l'analyse de **compétences visuelles spécifiques** grâce à des indicateurs traditionnels a généré les données présentées ci-dessous.

### **Acuité visuelle AV en vision proche et de loin**

La corrélation de l'anamnèse entre l'acuité visuelle de loin, avant et après la semaine de dramathérapie, ne semble pas être significative. En ce qui concerne les valeurs attribuées à l'acuité en vision proche, elles sont restées inchangées. Il s'agit d'une étude non exhaustive de cet aspect. En ce qui concerne l'acuité, les données recueillies indiquent que **l'acuité visuelle est performante depuis le début, comme nous pouvions nous y attendre-pour la population considérée.**

La pertinence de rechercher le dysfonctionnement de l'acuité visuelle peut mieux se comprendre après quelques données concernant la physiologie de la vision. Au moment où une personne doit se concentrer sur un objet à 30/40 cm, ou doit maintenir la focalisation, ce processus nécessite la contraction des muscles internes de l'œil qui retournent rapidement à leur position initiale, si l'activité en vision proche est alternée avec une activité en vision de loin. Au moment où le sujet concentre son attention en vision proche pendant une longue période, sans interruption, l'accommodation est maintenue active d'une manière relativement statique et peut entraîner un ralentissement du processus de focalisation de loin ou même une défaillance de netteté de loin. L'acuité visuelle de loin pourrait être compromise ou dysfonctionnant si un excès d'effort en vision proche est prolongé dans le temps.

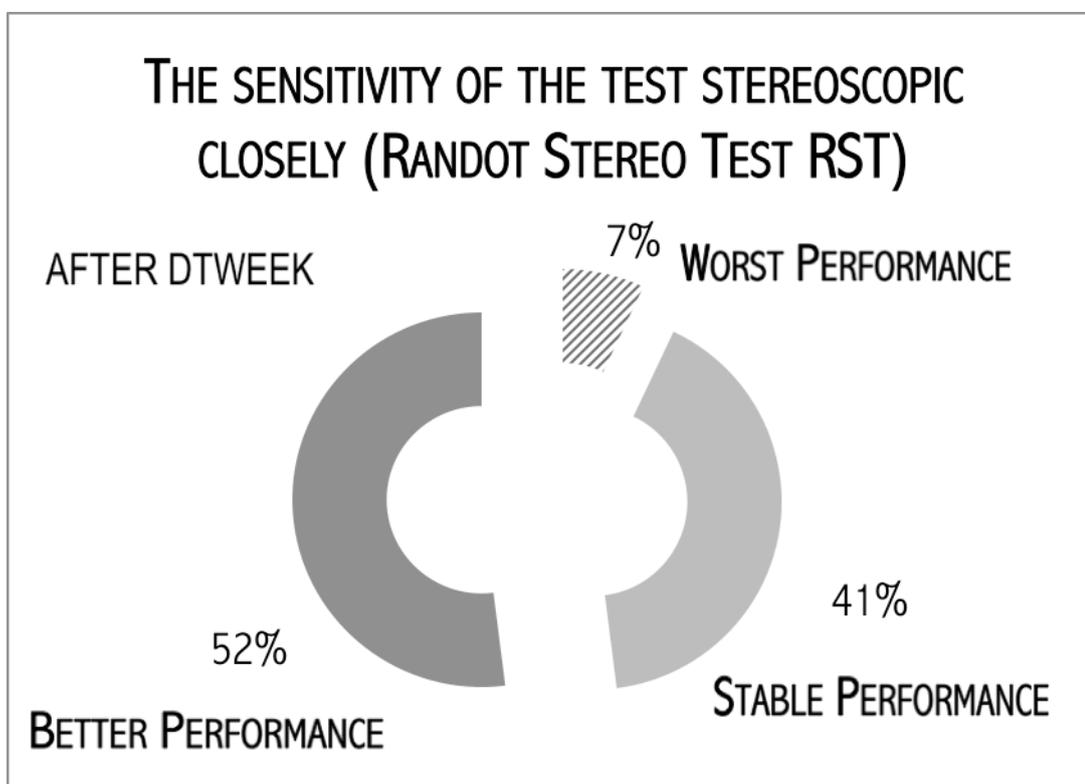
### **Vision Binoculaire - Test of Worth lights**

En ce qui concerne la vision binoculaire en position statique en vision proche, c'est à dire la capacité du système visuel à faire travailler en collaboration les deux yeux, la performance est déjà bonne pour la plupart des sujets de l'échantillon (86%), comme il est normal de l'observer pour la population considérée. **Le chiffre s'améliore dans presque tous les autres cas** ce qui constituent 14% de l'échantillon. En effet, il passe en fin de semaine, d'une valeur déficitaire à une valeur optimale.

### **Sensibilité stéréoscopique en vision proche - Randot Stereo Test (Figure 4.1 - 4.2)**

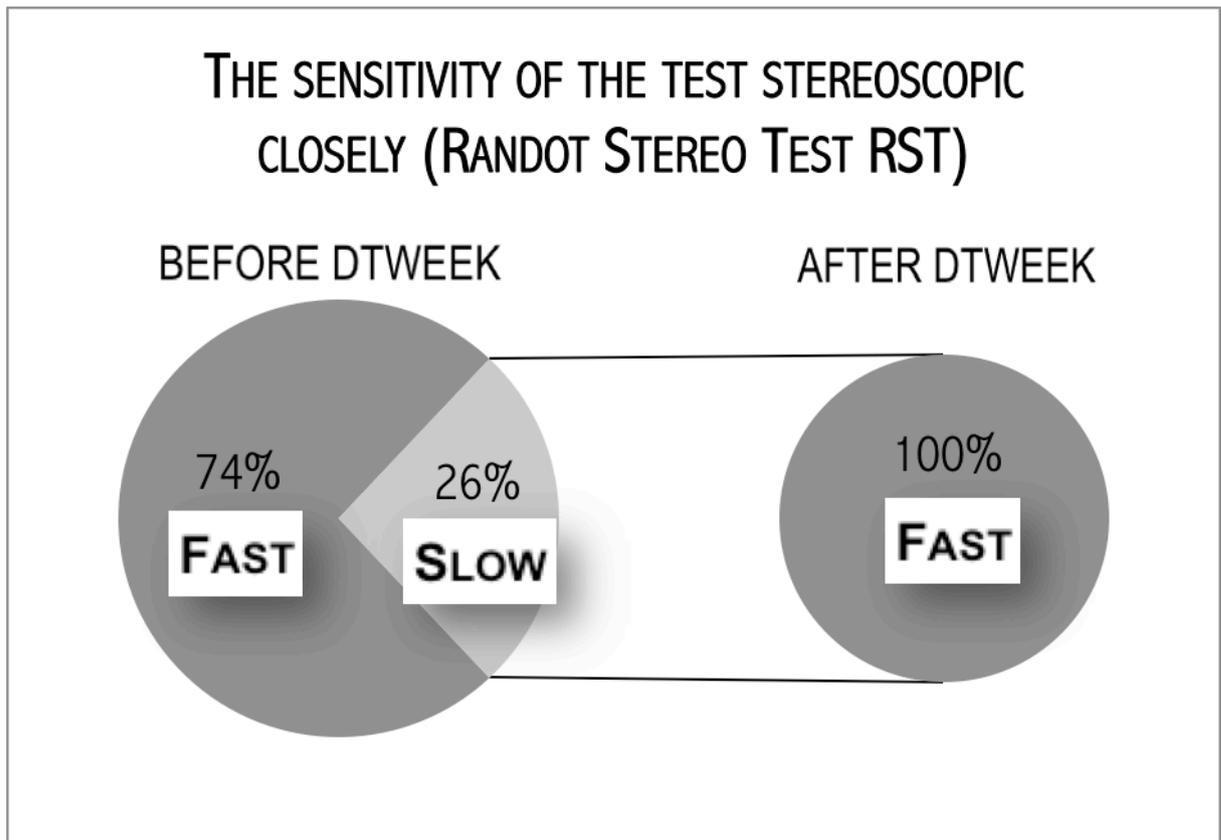
En ce qui concerne la sensibilité au test stéréoscopique, compte tenu des intervalles en secondes d'arc de 20 " - 25 " / 30 " - 40 " / 50 " - 70 ", il y a eu **une amélioration dans**

**52% des cas.** On considère l'amélioration comme un passage d'intervalle de majeur à mineur parmi ceux considérés. La performance est stable dans 41% des cas, alors qu'elle diminue dans 7% de l'échantillon (Figure 4.1).



**Figure n ° 4.1 - La sensibilité du test stéréoscopique en vision proche (Randot Stereo Test RST)**

La donnée relative à la vitesse de perception stéréoscopique, acquise par l'examineur comme rapide ou lente, est déjà rapide pour la plupart des sujets de l'échantillon (74%). **La performance s'améliore dans la totalité des cas plus fragiles (26%)**, passant de lent à rapide. Il nous semble possible de penser qu'une réduction de l'engagement accommodatif peut augmenter la capacité stéréoscopique chez les sujets jeunes ayant une vision binoculaire normale (Figure 4.2).



**Figure n° 4.2 – La sensibilité au Randot Stereo Test RST**

### **Phories horizontales - Technologie Von Graefe**

C'est un test intéressant car il permet d'évaluer l'alignement des yeux, lorsqu'un oeil est temporairement caché. Les résultats n'ont pas montrés des modifications significatifs.

La **quatrième partie**, concernant l'analyse de capacités visuelles spécifiques grâce aux indicateurs de performance, a donné les résultats suivants.

### **Réactivité visuo-motrice (œil – main) à un stimulus visuel à 60 cm (figure 5)**

#### **Description du test**

*But du test.* Enquêter la vitesse de réponse motrice (main-oeil) à la perception de l'apparition d'une point de fixation dans une position fixe à 60 cm des yeux.

*Type de test.* Subjectif.

*Matériel.* Evaluer la réactivité avec le logiciel MOS de Dueffe Tecnovision qui contrôle l'apparence et la disparition de la point de fixation en calculant le temps depuis l'apparition de la point de fixation jusqu'à la pression de la souris.

*Éclairage.* Lumière ambiante.

*Distance d'examen.* Le test est administré à une distance de 60 cm.

*Condition de réfraction.* Compensation optique habituelle à la distance d'examen.

*Mode d'exécution du test.* Le visage du sujet est placé devant le moniteur qui, parmi les différents tests qu'inclut le logiciel, a un fond noir et une point de fixation qui se manifeste à une occurrence de plus en plus fréquente au même endroit. Le sujet est invité à centrer l'attention visuelle sur le point où se trouve la point de fixation et à appuyer immédiatement sur la souris quand elle apparaît. Sur les cinq présentations des mires, la première valeur de réponse est rejetée, considérant qu'il s'agit d'une valeur inexacte car c'est la première fois que la personne effectue le test.

*Valeurs prévisionnelles.* Les valeurs sont comparées en millisecondes au début et à la fin de la semaine. Les valeurs indiquent la vitesse de réponse motrice (oeil - main) pour chaque personne qui effectue le test.

## Résultats

Dans tous les cas, le temps moyen de réponse (mesuré en nombre de 4) est réduit pour chaque participant entre T0 et T1. En calculant la moyenne de toutes les réponses enregistrées, les données sont réduites entre T0 (310ms) et T1 (255ms). **Ce résultat semble indiquer que la réponse visuo-motrice à un stimulus visuel s'améliore.** Cette constatation plaide en faveur d'une meilleure efficacité du système visuo-spatial visuelle-spatiale.

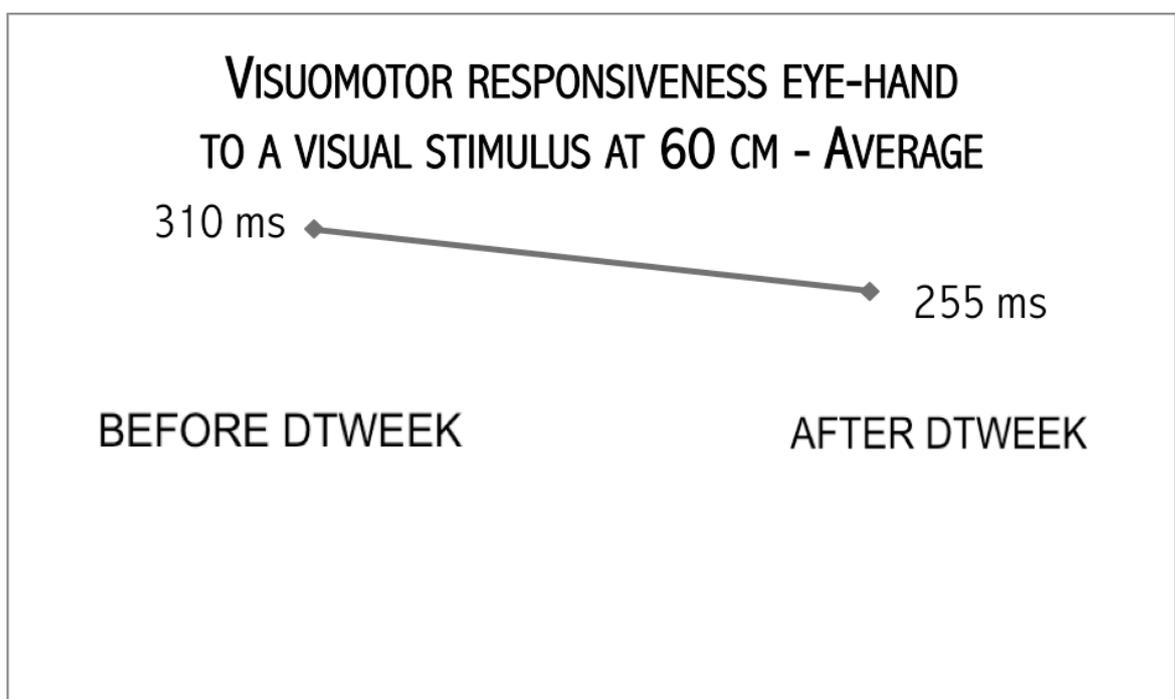


Figure n° 5 - Réactivité visuo-motrice (œil – main) à un stimulus visuel à 60 cm

## Test de perception périphérique en position de lecture (figure 6)

### Description du test

*But du test.* Évaluer le niveau de sensibilisation perceptive visuelle périphérique et l'intégration du champ visuel central et périphérique en utilisant la reconnaissance verbale de lettres de plus en plus en position périphérique à partir d'un point de fixation central.

*Type de test.* Subjectif.

*Matériel.* Table de Mac Donald.

*Éclairage.* Lumière ambiante

*Distance d'examen.* Le test est administré à une distance de 40 cm.

*Condition de réfraction.* Compensation optique habituelle à la distance d'examen.

*Mode d'exécution du test.* Le sujet a une feuille sur la table devant son visage (à une distance de 40cm); sa tête est légèrement courbée. Un point central est imprimé au centre de la table (ou un x) que le sujet est invité à regarder sans bouger les yeux. Autour des lettres sont placées à une distance de plus en plus grande du centre de manière spiralaire. On demande au sujet de regarder la point de fixation au centre de la feuille et de lire attentivement les lettres, à travers l'attention visuelle périphérique (champ périphérique de perception). La fixation du point central sur la feuille par le sujet est assurée par la supervision de l'examineur.

Valeurs prévisionnelles. Reconnaissance immédiate et lecture à voix haute de toutes les lettres sur le papier.

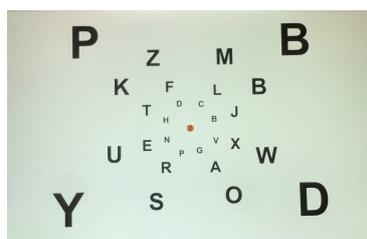
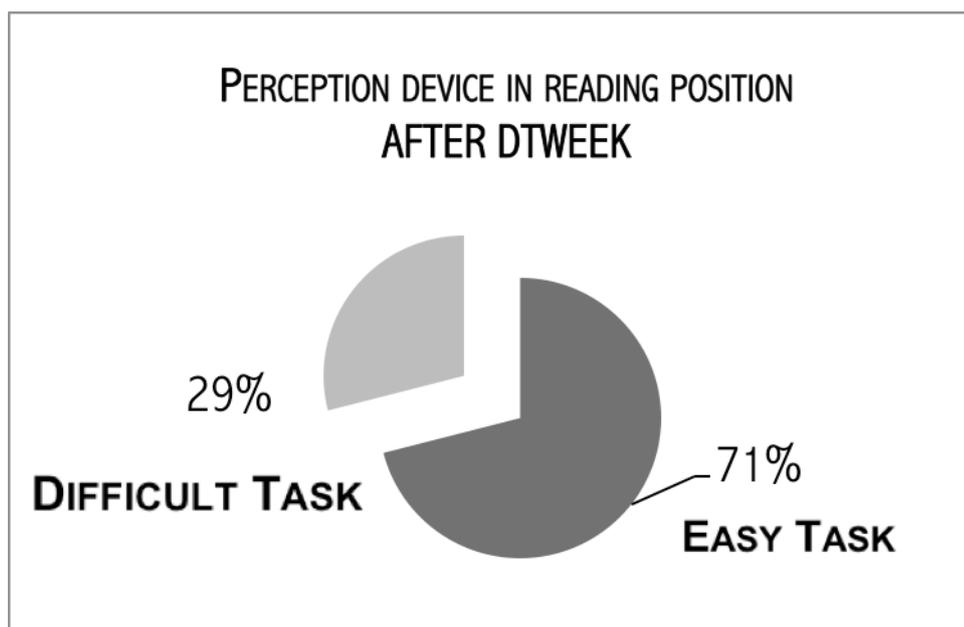
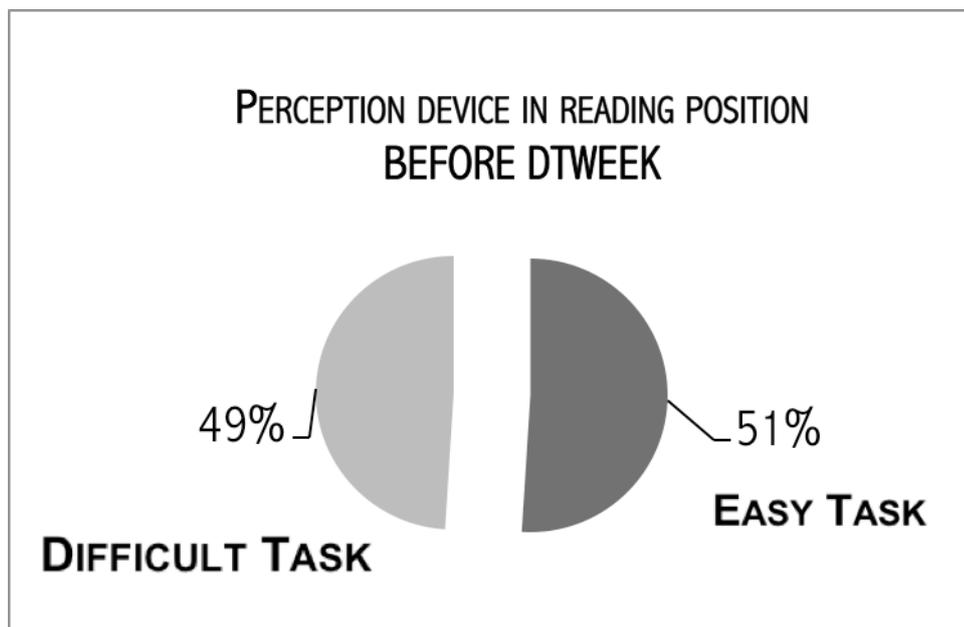


Table de Mac Donald

### Résultats

Au début de la semaine, il est proposé une tâche considérée comme simple à exécuter pour 51% de l'échantillon, après la semaine. Cette tâche est facile pour 71% des sujets, c'est à dire que nous observons une augmentation d'environ 40%. Cette tâche reste difficile pour une partie du groupe, passant de 49% en début à 29% après l'expérience. **Le résultat montre une extension probable de l'efficacité perceptive en termes de vitesse**

**de reconnaissance visuelle.** Il est probable que **l'amélioration des performances soit associée à l'abandon des supports de connexion ou à l'absence de stress pour le système visuel en vision proche.** Un sujet qui utilise systématiquement les nouvelles technologies, et qui par conséquent utilise la vision de près pendant des heures, peut être touché par une réduction de sa perception périphérique en position de lecture. Dans ce cas, le champ visuel, s'il était analysé avec un test traditionnel, serait normal. Cependant, la capacité à prêter attention avec rapidité et efficacité de l'individu est réduite car l'attention visuelle périphérique demande une sollicitation et un entraînement réguliers si non elle s'affaiblit naturellement.



## Table n° 6 - Test de perception périphérique en position de lecture

### Test de vitesse de reconnaissance visuelle centrale (figure 7)

#### Description du test

*But du test.* Évaluer le niveau d'efficacité visuelle perceptive centrale en absence de mouvements de fixation oculaire dans la reconnaissance verbale de caractères individuels qui sont présentés avec la vitesse de 1/10 de seconde en maintenant une position de fixation central

*Type de test.* Subjectif.

*Matériel.* L'outil (Vu-Mate Visualizer) fait apparaître une chaîne numérique dans un écran chaque dixième de seconde. Il est proposé d'augmenter progressivement le nombre de caractères à partir de 2.

*Éclairage.* Lumière ambiante.

*Distance d'examen.* Le test est administré à une distance de 40 cm.

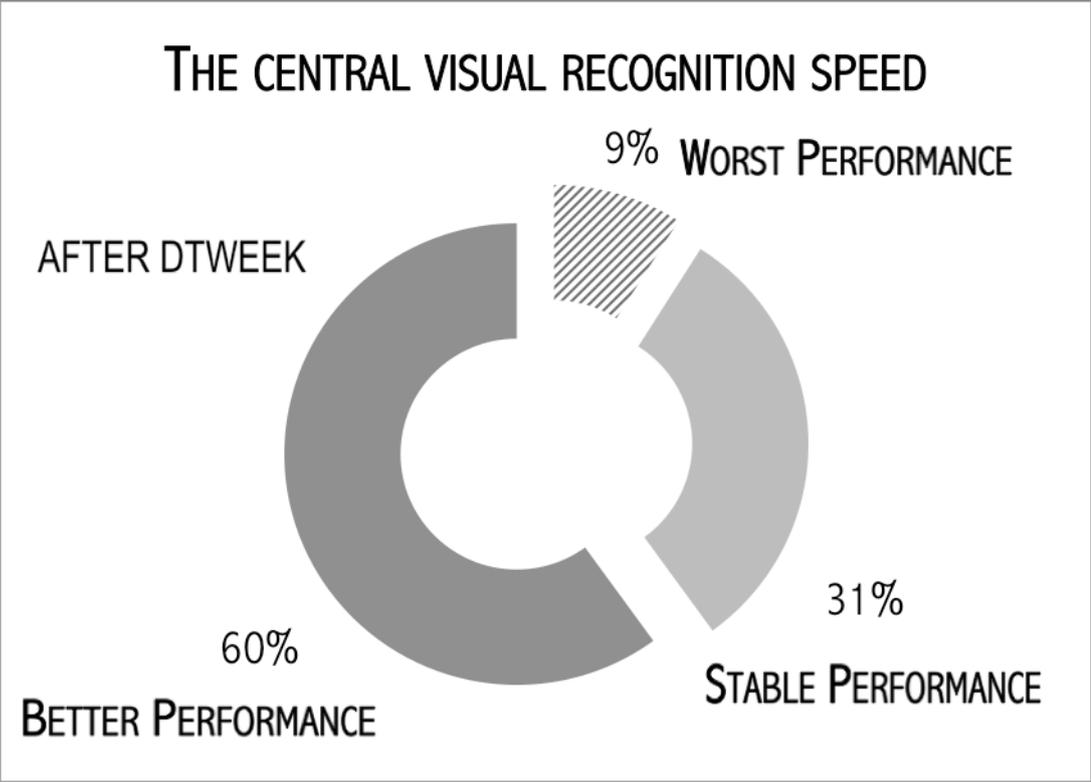
*Condition de réfraction.* Compensation optique habituelle à la distance d'examen.

*Mode d'exécution du test.* Vu-Mate Visualizer est un outil qui affiche, chaque dixième de seconde, une chaîne numérique. Le sujet doit reconnaître (et immédiatement prononcer à haute voix) les chiffres nouvellement affichés. Si le sujet n'arrive pas à nommer les chiffres de la chaîne, la présentation est répétée une deuxième fois. Si l'erreur persiste à la deuxième présentation, le nombre de chiffres de la chaîne est considéré comme le nombre maximal de chiffres que le sujet peut lire au moment du test.

*Valeurs prévisionnelles.* 5 caractères pour le groupe de sujets considérés

#### Résultats

La vitesse de reconnaissance visuelle centrale **s'améliore dans 60% des cas**; elle est stable dans 31% des cas et la performance diminue dans 9% des cas. Toute amélioration, porte sur la capacité à reconnaître une chaîne d'un plus grand nombre de caractères toujours considérés à T0 et T1, les deux moments du dépistage proposé. L'amélioration a été enregistrée selon une modalité dichotomique (OUI / NON).



**Figure n° 7 - Vitesse de reconnaissance visuelle centrale**

## **Test dynamique de fusion binoculaire loin / près** **Test dynamique des lumières Worth (Figure 8)**

### **Description du test**

L'utilisation dynamique du test de Lumières de Worth implique un passage répété de la fixation de loin en proximité, et vice versa, pour un minimum de dix répétitions. Le test vise à étudier la présence de la vision binoculaire normale, en particulier en ce qui concerne sa maintenance, ou sa récupération rapide dans la transition entre les différentes distances.

*But du test.* Évaluer la stabilité de la fusion, la qualité de la vision binoculaire, dans le passage des distances (vision proche et de loin et vice versa)

*Type de test.* Subjectif.

*Matériel.* Les lumières du Test de Worth de loin avec ottotipo MOS Dueffe Tecnovision et en proximité avec la torche Macular Worth, à travers des lunettes anaglyphes.

*Éclairage.* Avec une intensité lumineuse minimale pour assurer l'absence d'indices binoculaires périphériques, de sorte que, avec des filtres anaglyphes, les yeux ne perçoivent pas d'objets dans le champ visuel périphérique. Lorsque le sujet perçoit la diplopie (5 lumières) ou la suppression est en cours (3 ou 2 lumières), le test est immédiatement répété mais dans la lumière ambiante pour étudier si le renfort de fusion périphérique est ou n'est pas capable de restaurer la fusion binoculaire.

*Distance d'examen.* Le test est effectué à une distance de plus de 4 mètres et à une distance de 30 cm pour adultes et à une distance de 20 cm pour l'adolescent (jusqu'à 16 ans).

*Condition de réfraction.* Compensation optique habituelle à la distance d'examen.

*Mode d'exécution du test.* Après avoir placé les filtres anaglyphique sur la compensation optique habituelle du sujet (lunettes ou LAC) et en préférant le filtre rouge devant l'oeil dominant, le test de Worth est présenté à distance et la torche de Worth est positionné de près, aux distances spécifiées. Administrer le test verbalement de la manière suivante: "Combien de lumières voyez-vous sur le mur ou sur l'écran? Ne considérez pas les couleurs." À ce stade, l'objectif est acquérir le nombre de points lumineux perçus par le sujet. Après avoir terminé le test de loin, le sujet est invité à se rapprocher de la torche et on lui demande combien de lumières il voit. Relever le nombre de lumières lumineuses perçues. Si la personne possède VBS ou perçoit quatre lumières à la distance

d'observation, laissez-la maintenir une fixation pendant 2 secondes pour stabiliser la fusion. Ensuite déplacez le regard vers l'autre distance pour revenir immédiatement à la point de fixation précédente. Répétez l'étape de loin et de près et vice-versa 10 fois.

*Valeurs prévisionnelles.* Dans l'administration dynamique du test, les valeurs sont les mêmes que celles du test non dynamique ou la maintenance d'une vision binoculaire.

## Résultats

L'équipe s'est interrogée sur la capacité du système visuel à maintenir la fusion des deux yeux au moment où le sujet est invité à converger rapidement. Ce chiffre est un indicateur d'efficacité. Presque tous les étudiants ont pu réaliser cette tâche. Il y a une partie des personnes (12%) qui n'ont pas pu fusionner les images dans ce mouvement dynamique. Cela indique un élément de faiblesse pour la fonction visuelle dès le départ. Si au dépistage à T0, 12% de l'échantillon est déficient, la convergence de l'anomalie à T1 disparaît dans tous les cas. **Cela suggère que le système, fatigué et tendu au début de la semaine, a réussi à retrouver son élasticité et sa plasticité grâce au repos induit par l'expérience partagée.**

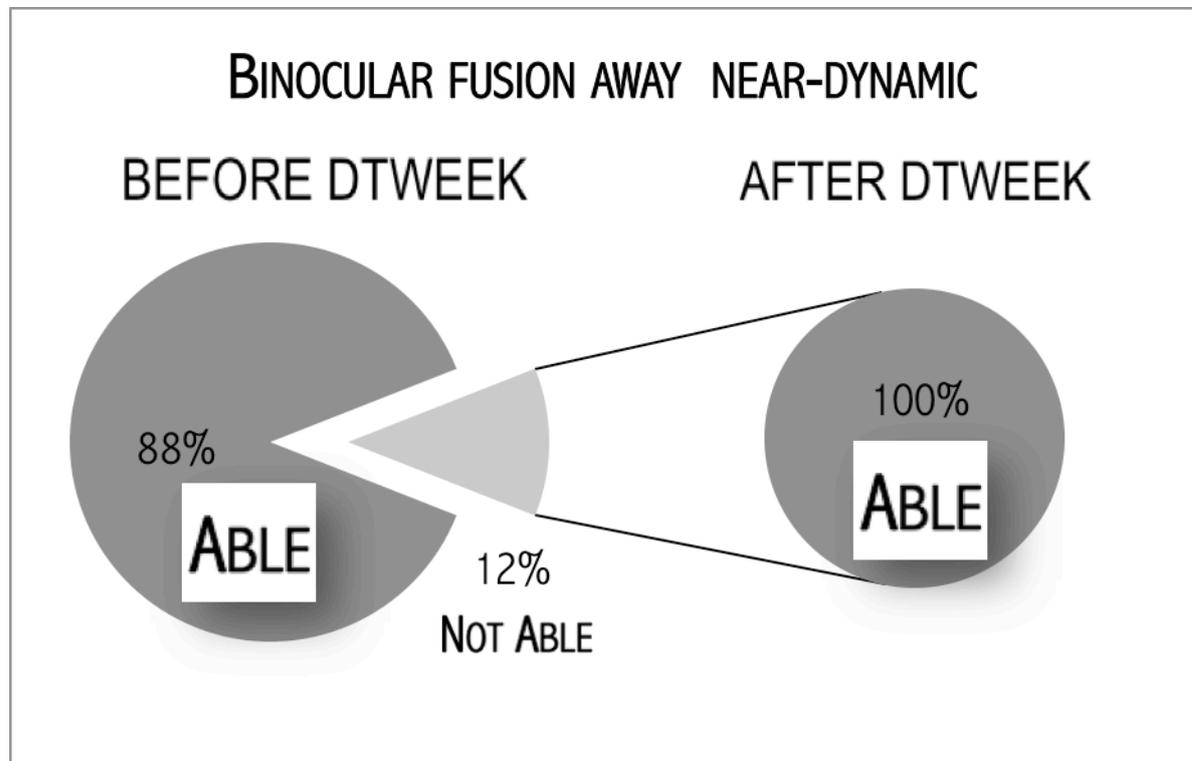


Figure n° 8 - Test dynamique de fusion binoculaire loin / près - Test dynamique des lumières Worth

## Test des mouvements oculaires en lecture (figure 9)

### Description du test

*But du test.* Étudier le niveau d'efficacité perceptive visuelle par les mouvements des yeux (saccades) dans la reconnaissance verbale des lettres individuelles dans des emplacements spécifiques.

*Type de test.* Subjectif.

*Matériel.* Table et métronome.

*Éclairage.* Lumière ambiante

*Distance d'examen.* Le test est administré à une distance de 40 cm.

*Condition de réfraction.* Compensation optique habituelle à la distance d'examen

*Mode d'exécution du test.* À une distance de 40 cm, une feuille de papier A4 est placée sur la table sur laquelle sont imprimés 4 groupes de lettres (à chaque coin de la feuille) de la même taille, contraste et encombrement standardisés. On demande au sujet à chaque battement du métronome de lire un caractère (une lettre) pour chaque groupe de manière progressive et croissante selon une direction Z de lecture. Le nombre de fixations des yeux est enregistré dans une minute et il est demandé au sujet si cette activité a été facile ou difficile. La performance peut être jugée par l'examineur comme rythmique ou arythmique par rapport au métronome. Le rythme correspond à une bonne organisation du système nerveux. Une bonne organisation des mouvements oculaires exprime une bonne efficacité visuelle, mais surtout une bonne performance cognitive liée aux mouvements oculaires

*Valeurs prévisionnelles.* 66 caractères sont lus en une minute pour le groupe des sujets considérés.

### Résultats

Grâce au test qui interroge la compétence des fixations saccadiques dans la reconnaissance verbale de lettres individuelles, l'équipe a considéré la lecture comme un ensemble organisé de mouvements oculaires. Dans ce test, le « rythme », le facteur principal du test, a été considéré comme l'organisateur principal. Le sujet peut lire en déplaçant ses yeux au rythme du métronome. L'intérêt de ce test était d'observer si, à chaque battement du métronome, une fixation du mouvement oculaire correspond à la reconnaissance d'une lettre. À T0, une tâche est effectuée rythmiquement seulement par

50% de l'échantillon. Après l'expérience, 86% du groupe effectuent des tests rythmiquement tandis que 14% continue de reconnaître les lettres de manière non rythmique. **Les éléments détectés permettent de soutenir l'hypothèse selon laquelle il apparaît que, grâce à ce type d'expérience partagée, les sujets plus rigides qui au début n'ont pas la capacité d'exercer la tâche rythmiquement ont acquis une souplesse qui a rendu le système plus rapide, élastique, rapide et donc davantage efficient.**

En outre, environ 21% des adolescents ont à T1 une **amélioration significative de la disjonction des mouvements oculaires par rapport aux mouvements de la tête, c'est à dire que les mouvements oculaires sont indépendants, disjoints des mouvements de la tête pendant la lecture. Cette donnée est synonyme d'une plus grande efficacité et une meilleure intégration visuomotrice posturale à partir d'un commandement visuel qui, dans les activités scolaires cognitives, est le médiateur privilégié d'efficacité.**

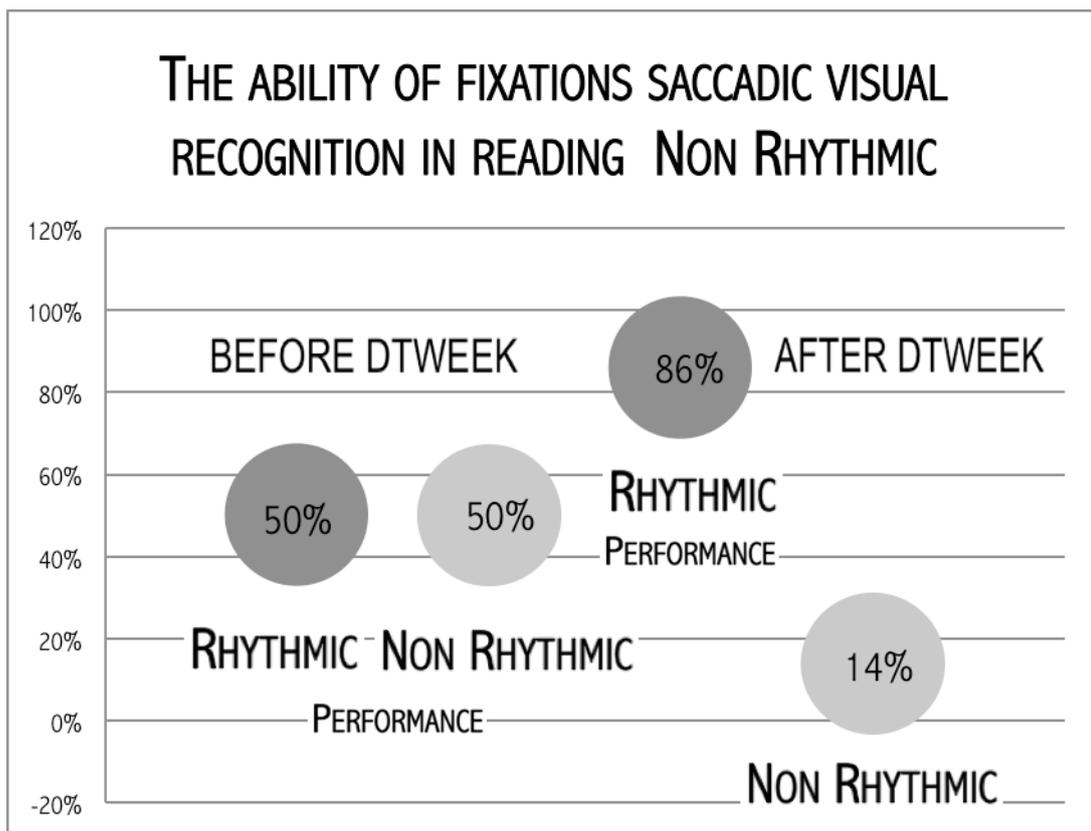


Figure n° 9 - Mouvements oculaires en lecture

## SYNTHESE DE RESULTATS

En ce qui concerne les **test traditionnels**, les données recueillies indiquent que l'acuité visuelle est performante depuis le début, comme nous pouvions nous y attendre-pour la population considérée, la vision binoculaire passe en fin de semaine, d'une valeur déficitaire à une valeur optimale. En ce qui concerne la sensibilité au test stéréoscopique il y a eu une amélioration dans 52% des cas. La donnée relative à la vitesse de perception stéréoscopique, acquise comme rapide ou lente, est déjà rapide pour la plupart des sujets de l'échantillon au début de la semaine. La performance s'améliore dans la totalité des cas plus fragiles passant de lent à rapide à la fin de la semaine.

En ce qui concerne les **test de performance**, la réponse visuo-motrice (œil – main) à un stimulus visuel à 60 cm s'améliore. Le résultat du test de perception périphérique en position de lecture montre une extension de l'efficacité perceptive en termes de vitesse de reconnaissance visuelle. La vitesse de reconnaissance visuelle centrale s'améliore dans 60% des cas. Presque tous les étudiants ont pu réaliser la tâche du test de fusion binoculaire loin / près dynamique. Dans le test qui interroge la compétence des fixations saccadiques dans la reconnaissance verbale de lettres individuelles, la presque totalité des sujets effectuent la performance rythmiquement. Grâce à ce type d'expérience partagée, les sujets plus rigides qui au début n'ont pas la capacité d'exercer la tâche rythmiquement ont acquis une souplesse qui a rendu le système plus rapide, élastique, rapide et donc davantage efficient.

Nous pouvons penser que l'augmentation de la sensibilité et de la vitesse perceptive dans cette population est attribuable à la fonction visuelle qui, fatiguée et rigide au début de la semaine, a été sollicitée différemment et a pu exprimer une partie de son élasticité et de sa plasticité naturelles grâce à l'expérience partagée qui a rendu obligatoire le repos. Le système visuel n'était pas simplement fatigué, mais rigidifié, tendu. Il perdait également sa flexibilité naturelle et a bénéficié de l'élimination du facteur de stress visuel représenté par l'abus de supports de connexion.

## MATERIELS, METHODES ET PROCEDURES POUR L'ANALYSE DE L'EXPERIENCE D DRAMATHERAPIE

### LE CHOIX DE LA METHODE DRAMATHERAPEUTIQUE : EPR EMBODIMENT PROJECTION ROLE

La méthode utilisée a été **EPR Embodiment Projection Rôle**. Ce modèle a été développé par la dramathérapeute britannique Sue Jennings au début des années 1990. Il est basé sur les observations du développement du jeu naturel des enfants de la naissance à l'âge de sept ans. Jennings considère le processus ludique comme un cycle de vie, car les phases peuvent aussi alterner dans un ordre différent et à différents moments de notre expérience. La première étape, l' « **embodiment** », implique l'exploration sensorielle et physique du monde. À l'adolescence, cette phase est particulièrement liée à l'émotion ou à la régulation émotionnelle. L' « **embodiment** » se concentre sur les expériences et sur l'utilisation du corps, y compris le jeu dramatique sensoriel, rythmique et précoce, en utilisant le mouvement et l'exploration de son environnement. Cela peut aider l'adolescent à être plus en contact avec les expériences physiologiques et émotionnelles internes ; à trouver et à pratiquer des stratégies de régulation et d'adaptation internes et externes, souvent sensibles ou basées sur les mouvements (Powell, 2014a) . "Le corps est le principal moyen d'apprentissage, et tout l'apprentissage est secondaire à celui qui a été appris à travers le corps" (Jennings, 2005). La transition vers la prochaine phase de jeu est assistée par l'objet de transition de Winnicott.

La deuxième étape, la **projection**, consiste à jouer avec des choses en dehors de soi et permet à l'enfant de s'engager avec le monde extérieur, en dehors des limites de son corps, en utilisant un large éventail de médias. À l'adolescence, le jeu projectif est lié à l'envoi de messages émotionnels ou à l'expression de l'émotion. (Powell, 2014b). "Le jeu projectif est important pour apprendre comment organiser le monde à l'extérieur et aussi pour pouvoir apporter des réponses imaginatives au monde de la flexibilité et du changement" (Jennings, 1999).

La troisième étape du jeu, le **rôle**, englobe la pièce dramatique et la capacité de jouer d'autres personnages et de créer des événements imaginaires. Il permet à l'enfant de jouer avec des identités réelles et imaginaires, avec une proximité et une distance relationnelle, l'uniformité et la différence. À l'adolescence, le jeu de rôle est lié à la réception de messages émotionnels ou de compréhension émotionnelle. La compréhension émotionnelle exige la pratique de la théorie de l'esprit et de l'empathie pour imaginer et décoder les sentiments de l'autre. Le jeu de rôle, le jeu en étant un autre, offre en soi des

occasions de pratiquer la prise de perspective et de distance. En faisant semblant d'être quelqu'un d'autre, les enfants renforcent leurs capacités d'imagination, de sympathie et de compréhension des émotions des autres. (Powell, 2014c).

À partir de ces considérations, l'équipe a choisi la méthode EPR en ce qui concerne notre expérience de recherche pour trois raisons principales: 1) les sujets considérés étaient des adolescents et le **parallèle possible entre enfance et adolescence** proposé par ce paradigme nous semblait précieux, 2) cette méthode **encourage le développement social et émotionnel** que les supports de connexion informatique peuvent affecter, 3) il nous donne la possibilité d'étudier un **phénomène dramatique à travers le jeu sans aucune intervention invasive**.

#### LE DISPOSITIF DE DRAMATHERAPIE

Pour aider le lecteur de cette thèse dans la compréhension des processus qui soutiennent un parcours dramathérapeutique, les fiches du dispositif sont proposées avant la discussion des résultats. Il s'agit d'une synthèse des contenus proposés de la part des dramathérapeutes tout au long de la semaine partagée.

En ce qui concerne les addictions à Internet, chaque journée a été dédiée à un sujet différent (réseaux sociaux, jeux vidéo, cybersex, etc.)

En ce qui concerne l'approche dramthérapeutique, chaque aspect pathologique a été abordé en parallèle avec une thématique proche et liée à l'adolescence (relation sociales, jeu, image du corps, etc.).

La première journée a été consacrée à la **présentation** des participants, de l'équipe, du programme de la semaine et des contenus proposés. Les adolescents ont été informés du travail sur les addictions à Internet, sur l'existence de ces nouvelles formes de fragilités, tel que le syndrome de Hikikomori, sur la différence entre l'usage et l'abus des objets numériques. Une réflexion a été engagée sur les règles d'un bon usage du réseau et sur les répercussions des comportements d'abus a été partagée.

La deuxième journée a concerné les **réseaux sociaux** et le groupe a traité, en parallèle, la thématique des **relations sociales** et tous leurs enjeux.

La troisième journée a permis aux élèves d'aborder la thématique du jeu et la connaissance des manifestations pathologiques liées au réseau, c'est-à-dire le **jeu pathologique en ligne, le jeu d'argent en ligne, l'addiction aux jeux vidéo**. Le jeu réel

a été exploré en tant que moment de **plaisir** et de **divertissement** authentique pour les participants.

La quatrième journée a été dédiée à l'exploration de tout ce qui concerne le **cybersex** et les répercussions des comportements dangereux liés au partage des **photos** et des contenus **pornographiques**. La thématique abordée en parallèle a été la **relation au corps, le concept d'intimité et la question de l'image du corps** et de soi chez les participants.

La cinquième journée a abordé tout ce qui concerne la **recherche d'informations en ligne** et donc, toujours en parallèle, le concept de recherche et le **désir de découverte** qui anime souvent un **parcours de croissance** vers la maturité adulte.

Chaque journée prévoyait les trois étapes de travail du protocole EPR, c'est-à-dire la phase de l'embodiment, de la projection et des jeux des rôles. A chaque phase, les dramathérapeutes ont proposé des outils de travail (**masques, écriture créative, journal intime**, etc. ) en adéquation avec les objectifs évoqués.

## LES FICHES DU DISPOSITIF DE DRAMATHERAPIE

<b>FICHE DU DISPOSITIF DE DRAMATHERAPIE (DT)</b>						
Dispositif groupal (en co-animation)						
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
7H00/ 9H00	PETITS DEJEUNERS					
9H00/ 12H00	VOYAGE EN BUS ECOLE – FERME ----- TESTS VISUELS	 <b>SOCIAL NETWORKS</b>	 <b>GAME</b>	 <b>SEX</b>	 <b>INFO SURFING</b>	TESTS VISUELS ENTRETIENS D'ÉVALUATION AVEC LES DRAMATHERAPEUTES ----- VOYAGE EN BUS FERME - ECOLE
12H00/ 14H00	REPAS DU MIDI					
14H00/ 16H30						
16H30/ 17H00	PAUSE					
17H00/ 19H00						
19H00/ 21H00	REPAS DU SOIR ET SOIREE ENSEMBLE					

## LES FICHES DU DISPOSITIF DE DRAMATHERAPIE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9 H 0 0 / 1 2 H 0 0	<p style="text-align: center;"><b>PRESENTATION DES PARTICIPANTS ET DE L'EQUIPE, DU PROGRAMME DE LA SEMAINE ET DES CONTENUS PROPOSES</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EMBODIMENT</b> échauffement</p> <p>mise en mouvement du corps + propositions de jeux et d'exercices autour des thématiques suivantes :</p> <p style="text-align: center;"><b>RESEAUX SOCIAUX RELATIONS SOCIALES SE REVELER - SE CACHER</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EMBODIMENT</b> échauffement</p> <p>mise en mouvement du corps + propositions de jeux et d'exercices autour des thématiques suivantes :</p> <p style="text-align: center;"><b>JEU EN LIGNE</b> (JEU D'ARGENT - JEUX VIDEO - ETC) <b>DIVERTISSEMENT PLAISIR</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EMBODIMENT</b> échauffement</p> <p>mise en mouvement du corps + propositions de jeux et d'exercices autour des thématiques suivantes :</p> <p style="text-align: center;"><b>CYBER SEX CORPS INTIMITE IMAGE DU CORPS ET DE SOI</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EMBODIMENT</b> échauffement</p> <p>mise en mouvement du corps + propositions de jeux et d'exercices autour des thématiques suivantes :</p> <p style="text-align: center;"><b>INFO SURFING DESIR DE CONNAISSANCE ET DE DECOUVERTE</b></p>
1 4 H 0 0 / 1 6 H 3 0	<p style="text-align: center;"><b>EMBODIMENT</b> échauffement</p> <p>mise en mouvement du corps + propositions de jeux et exercices pour encourager la connaissance réciproque, des espaces de travail et du groupe.</p>	<p style="text-align: center;"><b>PROJECTION</b> CREATION D'UN MASQUE</p> 	<p style="text-align: center;"><b>PROJECTION</b> ELABORATION D'UN TEXTE PERSONNEL (ECRITURE CREATIVE)</p> 	<p style="text-align: center;"><b>PROJECTION</b> ELABORATION D'UNE MUSIQUE EN ACCORD AVEC LE TEXTE</p> 	<p style="text-align: center;"><b>PROJECTION</b> JOURNAL INTIME</p> <p>TRAVAIL A LA MISE EN SCENE DE L'EXPERIENCE PARTAGEE</p> 
1 7 H 0 0 / 1 9 H 0 0	<p style="text-align: center;"><b>PROJECTION</b> ÉLABORATION D'UN DESSIN A TRAVERS LE SOUVENIR D'UN OBJET D'ENFANCE</p> 	<p style="text-align: center;"><b>RÔLE</b></p> <p>JEUX ET IMPROVISATIONS AVEC LES MASQUES</p> 	<p style="text-align: center;"><b>RÔLE</b></p> <p>LECTURE ET INTERPRETATION DES HISTOIRES PROPOSEES PAR LES DRAMATHERAPEUTES</p> 	<p style="text-align: center;"><b>RÔLE</b></p> <p>ÉLABORATION DE LA MISE EN SCENE DU TEXTE ET DE LA MUSIQUE EN PETITS GROUPES</p> 	<p style="text-align: center;"><b>RÔLE</b></p> <p>MISE EN SCENE DES SCENARI FACE AU GROUPE CLASSE</p> 

## LE CHOIX DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DRAMATHERAPEUTIQUE

L'instrument d'enquête utilisé était l'entrevue sur la perception subjective du changement en dramathérapie (conçu mais non publié par Ba et al., 2004) qui s'est révélé être un outil utile pour la collecte des perceptions subjectives des élèves participant. S'il s'avère important que l'élève prenne part activement à son programme scolaire, il est certainement intéressant d'accorder du temps et un espace pour indiquer ses propres observations, sa perception du changement dans le domaine des expériences psycho-éducatives. Au départ, nous nous sommes interrogés sur la méthode la plus appropriée à utiliser. L'administration d'un questionnaire à choix multiples aurait été certainement plus rapide mais plus dirigé en raison de propositions fermées et donc moins riche en informations singulières. De plus utiliser cet outil pouvait induire l'idée que nous apprécions la tendance à se précipiter et à agir de façon impulsive sans réfléchir efficacement. Pour la compilation individuelle de l'entrevue, nous avons prévu un moment de confrontation avec une des deux dramathérapeutes, choisie à discrétion de l'élève. Cela a permis de vivre l'entrevue comme un véritable moment d'évaluation subjectif et individualisé grâce auquel chaque adolescent semble avoir pu réfléchir de manière autonome, s'est senti libre de verbaliser ses expériences et aussi d'exprimer ses difficultés face à une interlocutrice adulte. Ce dispositif nous a permis d'obtenir plus d'informations parce que, à notre sens, l'étudiant a eu la chance d'exprimer en termes de qualité, et pas seulement de quantité, ses ressentis face à la dramathérapeute avec laquelle chaque adolescent avait établi un lien de confiance. Le thérapeute avait essentiellement une fonction à assurer de support neutre celle de faciliter la compréhension des questions proposées ou pour soutenir et/ou encourager la verbalisation des états émotionnels.

## LA STRUCTURE DE L'ENTREVUE SUR LA PERCEPTION SUBJECTIVE DES CHANGEMENTS RELATIFS A LA PARTICIPATION A L'ATELIER DE DRAMATHERAPIE

La **première partie**, rassemblent les données personnelles du participant que le personnel éducatif a collectées qui comprend des données générales, et des données relatives à la participation aux activités et au projet de mise en scène finale prévu par l'expérience. En ce qui concerne la participation aux activités et au projet de la mise en scène, nous pensons les qualifier en utilisant les adjectifs suivants : rare/ répétitive, mécanique/personnel, inappropriée /appropriée.

La **deuxième partie** concerne l'entrevue elle-même et comprend des questions relatives

aux objectifs de l'expérience c'est-à-dire l'amélioration des capacités relationnelles, le développement des ressources créatives, la prise de conscience de Soi et de son identité psychophysique, la gestion du comportement émotionnel et l'amélioration de l'estime de soi.

L'entrevue est composée de dix questions auxquelles le participant peut répondre de manière ouverte en racontant son expérience personnelle, avant de l'évaluer sur une échelle de 1 à 10. De cette manière, les adolescents étaient libres d'exprimer leur opinion et ainsi recueillir des données-qualitatives.

Les **deux premières questions concernent l'amélioration de la relation**, la première (« Avez-vous constaté une amélioration dans vos relations avec les autres membres du groupe ? ») se réfère aux changements positifs dans la relation **avec les autres participants au groupe**, tandis que la seconde question (« En dehors du groupe, avez-vous noté des changements positifs dans votre relation aux autres ? ») se réfère aux améliorations **dans les relations à l'extérieur du groupe** (par exemple avec les professeurs accompagnateurs). Pour ces deux questions, le score de 0 indique l'absence d'améliorations, les scores de 1 à 4 pointent la présence d'améliorations mineures ou incertaines, les scores de 5 à 8 soulignent des changements constatés et les scores de 9 à 10, la présence de changements positifs consolidés.

Les **trois questions suivantes concernent la prise de conscience de Soi et de son identité psychocorporelle**. La première interrogation (« Avez-vous l'impression de mieux connaître des parties de vous après avoir fréquenté l'atelier de dramathérapie ? ») se réfère à l'impression d'avoir approfondi la **connaissance de parties de soi**. La deuxième (« Avez-vous découvert des aspects de votre personnalité que vous ne pensiez pas avoir, ? ») se réfère à la découverte des aspects de leur **personnalité jamais considérés avant**. Enfin, la troisième question (« Avez-vous l'impression de connaître mieux votre corps ? ») met l'accent sur une **meilleure connaissance de leur corps**. Au niveau quantitatif, la division des scores est identique à celles des demandes précédentes (comme dans toutes les autres questions), changent seulement les entrées qui correspondent à chaque score : le score minimum indique l'absence d'améliorations, ensuite des impressions incertaines et vagues, un score plus élevé indique la présence d'impression d'améliorations certaines mais mal définis, tandis que le score maximum signale la présence certaine d'améliorations.

Les **deux questions qui suivent** (« Dans la vie de tous les jours, avez-vous l'impression de mieux exprimer votre personnalité ? », « Pensez-vous être plus sûr de vous ? » ) ,

**concernent l'amélioration de l'estime de soi.** La **question n°8** (« La participation à l'atelier de dramathérapie et la réalisation de la mise en scène vous ont-elles aidées à mieux gérer vos émotions ? ») concerne la **gestion des émotions** et en particulier de l'**anxiété** en vue de la mise en scène. Comme pour les autres questions il est demandé si grâce au groupe des changements positifs ont été observés.

Les **deux dernières questions** (« Avez-vous utilisé – autrement que par le passé ou de meilleur manière– des méthodes ou des stratégies originales pour résoudre les problèmes de la vie de tous les jours ? », « Avez-vous utilisé – autrement que par le passé ou de meilleur manière des méthodes ou stratégies pour affronter des problèmes significatifs dans votre vie ? ») , sont centrées sur le **développement des ressources créatives**, elles se sont montrées comme les plus difficiles à répondre pour les adolescents. En ce qui concerne les problèmes de la vie quotidienne, ils peuvent répondre ne jamais avoir utilisé des stratégies nouvelles, se rappeler un seul épisode, les avoir utilisées plusieurs fois ou de s'en servir souvent réalisant ainsi le score maximal. Pour la dernière question, cependant, les réponses peuvent varier de l'absence de stratégie originale, à leur présence seulement à un niveau identique, à l'exécution de quelque tentatives pratiques jusqu'à l'utilisation de manière certaine de nouvelles méthodes.

La **troisième partie** de l'entrevue consiste, à l'inverse, en une fiche pour les « remarques », sur laquelle le personnel éducatif peut inscrire tout ce que le participant a signalé lors de l'entrevue.

La **quatrième partie** concerne les notes à prendre en compte afin d'administrer correctement l'entrevue. En particulier les notes concernant la participation à l'activité et au projet de mise en scène.

## RESULTATS ET DISCUSSION DES RESULTATS EN CE QUI CONCERNE L'EXPERIENCE DE DRAMATHERAPIE (FIGURE N°10)

En ce qui concerne la perception subjective des changements en dramathérapie chez les adolescents concernés, les considérations de la première partie portent principalement sur la fréquence et la participation à l'atelier et au projet de la mise en scène finale. La fréquentation n'était pas obligatoire et a été poursuivie par tous les étudiants participants.

**La participation a été, pour tous les adolescents, toujours personnelle et appropriée.**

Voici les résultats obtenus concernant les dix questions proposées par l'outil d'évaluation de l'expérience de dramathérapie (figure n ° 10). Les données du figure correspondent à la moyenne des réponses pour chaque question.

La moyenne des réponses à la première question, qui interroge les changements positifs dans la relation **avec les autres adolescents participants**, correspond à 7,68. Pour la deuxième question, qui se réfère aux améliorations **dans les relations à l'extérieur du groupe d'étudiants**, la moyenne est 7,2. En ce qui concerne donc l'amélioration des **compétences relationnelles et sociales** tous les élèves ont verbalisé une **amélioration significative**. L'amélioration concerne tant les membres de leur classe, que les personnes en dehors de la classe, comme les professeurs, les dramathérapeutes et les responsables administratifs de la structure. Ces scores (tous les deux compris entre 5 et 8) correspondent à **la perception ou à la présence des changements significatifs mais pas encore consolidés dans le temps**. En effet, il est d'usage de penser qu'un changement de comportement peut être considéré comme consolidé quand il est adopté pour une durée significative. Le changement observé n'a été que sur une durée d'une semaine. Avant la discussion des résultats, nous souhaitons rappeler que l'outil d'évaluation que l'équipe a choisi a été conçu pour évaluer un parcours de dramathérapie plus long par rapport à notre expérience. C'est pour cette raison que l'échelle de l'outil fait référence, surtout dans la partie des scores plus élevés, entre 8 et 10, à des changements significatifs et consolidés **dans le temps**. Nous avons beaucoup réfléchi à propos de cette variable temporelle et elle a décidé de ne pas modifier l'échelle dans l'intention d'interroger indirectement la **cohérence et la fiabilité** des données relatées de la part des adolescents. Des scores trop élevés (compris entre 8 et 10) auraient été le résultat d'une réponse impulsive, peu adéquate et peut être une tentative de répondre aux attentes des thérapeutes.

Revenant aux résultats, par rapport à la **conscience de soi** et de **l'identité psychophysique** de chacun, les étudiants constatent en savoir plus sur eux-mêmes, c'est-à-dire de mieux connaître, après l'atelier, des parties de soi (6,68), des aspects de leur personnalité (4,56), de mieux connaître leurs corps (5,06). Tous ces scores indiquent, encore une fois, la présence **d'une impression d'améliorations certaines mais mal définies**. Cela correspond à nouveau à l'hypothèse évoquée dans le paragraphe précédent. Les étudiants relatent le ressenti d'une amélioration certaine mais mal définie. Un score trop élevé (compris entre 8 et 10) qui correspond à un processus de compréhension et d'élaboration exhaustive n'aurait pas pu être une donnée crédible après une semaine.

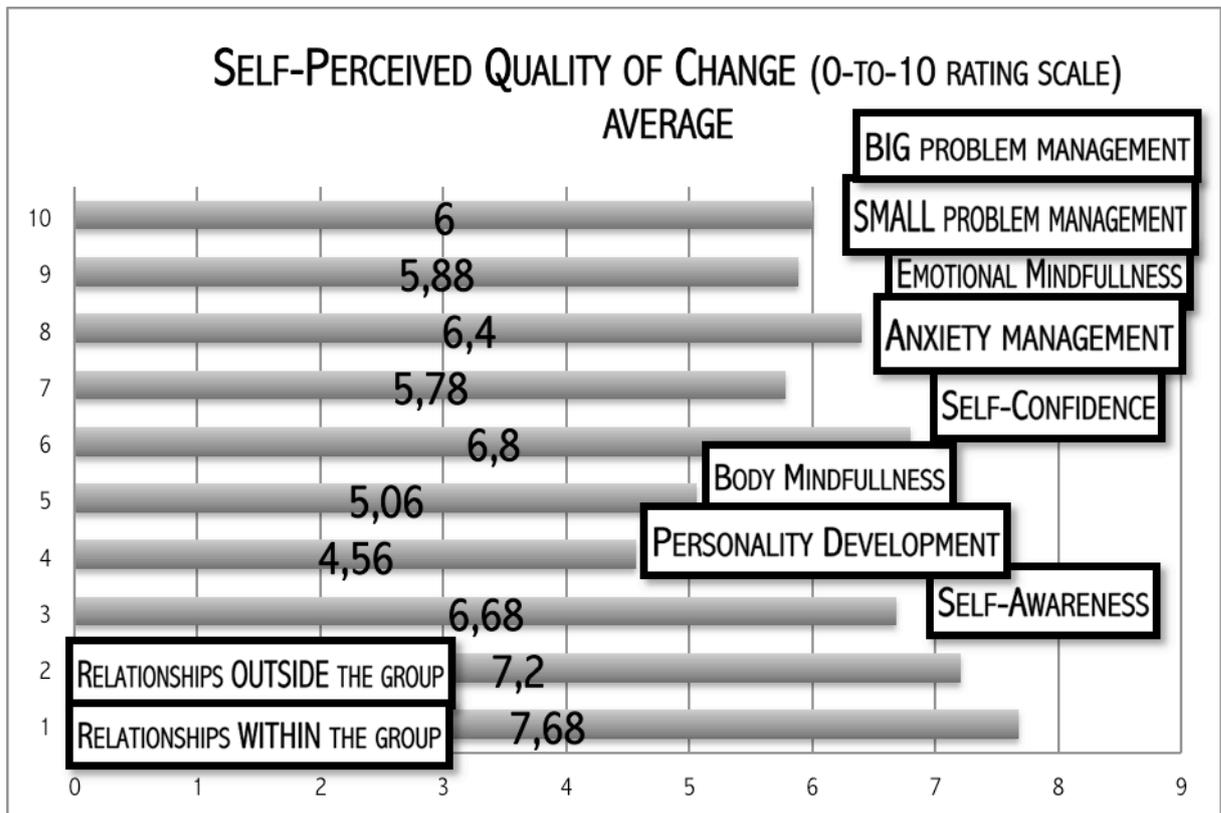
En ce qui concerne l'amélioration de **l'estime de soi**, considérée comme la perception d'une **meilleure expression de leur personnalité et la sensation d'être plus sûr de soi** après l'atelier, la moyenne correspondent à 6,8 et à 5,78.

En ce qui concerne la **gestion de leur comportement émotionnel**, tous les élèves ont verbalisé une amélioration. La moyenne correspond à 6,4. Comme pour les autres questions il est demandé si, grâce au groupe et à l'expérience partagée, des changements positifs ont été observés. **La prudence des réponses de la part des adolescents est encore une fois confirmée.** Ils verbalisent des sensations claires mais encore indéfinies. Les élèves tiennent à préciser verbalement que l'estime de soi était déjà élevée avant l'expérience. Dans le même temps, ils déclarent d'être fiers de leurs compétences et d'avoir vécu l'expérience en profondeur même s'ils ne pouvaient pas toujours comprendre cognitivement le sens de la proposition en dramathérapie.

En ce qui concerne le **développement de ressources créatives**, tous les étudiants ont déclaré une amélioration plus ou moins importante qui correspond à 5,88 et à 6 pour les deux dernières questions. Ces deux dernières questions, centrées sur le **développement des ressources créatives**, se sont montrées comme les plus difficiles à répondre pour les adolescents puisqu'ils ont eu des difficultés à identifier et reconnaître les petites difficultés de tous les jours et à concentrer leur attention sur des problèmes plus importants. Reconnaître leurs propres difficultés a été une opération difficile pour les adolescents. En ce qui concerne la résolution des petits problèmes de la vie quotidienne, ils ont répondu **avoir utilisé des stratégies originales plusieurs fois au cours de l'atelier et, d'un point de vue statistique les données sont peu dispersées.** En ce qui concerne **la résolution des problèmes plus importants, les adolescents relatent l'exécution de quelques tentatives pratiques.** Toutefois, même si la moyenne des réponses correspond au même intervalle, l'écart type est plus évident et **les données sont plus dispersées.** Cette observation plaide encore une fois en faveur de l'hypothèse de la **justesse des réponses** de la part des adolescents puisque on peut imaginer que l'expérience de la résolution des problèmes importants chez les adolescents soit une expérience très différente par rapport aux histoires et aux expériences de chacun.

D'une part, à propos des verbalisations recueillies à travers l'entretien partagé au moment de l'évaluation, l'équipe a constaté que quelqu'un dans le groupe était prêt à entreprendre une activité créative en fin de semaine (cours de danse ou de théâtre) et d'autres étudiants ont proposé d'inclure l'activité théâtrale dans les activités éducatives planifiées dans leur parcours scolaire. Cela nous autorise à penser que cette expérience a pu touchée en profondeur les adolescents. D'autre part ces verbalisations nous interrogent sur la question de la continuité éducative et sur l'importance d'avoir un suivi, qui n'a pas été

possible de réaliser. Le désir de continuer l'expérience créative de la part des adolescents après l'atelier de dramathérapie démontre leur engagement et leur enthousiasme mais aussi leur besoin de continuité, que l'équipe a interprété comme un désir d'approfondir l'expérience mais aussi comme besoin d'être accompagnés plus en profondeur dans le temps.



**Figure n° 10 – réponses à l'entrevue sur la perception subjective des changements en dramathérapie**

## RESUME

### PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure un atelier de dramathérapie pourrait-il être considéré comme une intervention efficace dans la **prévention des addictions à Internet** auprès d'un public **adolescent en voyage scolaire?**

### ELEMENTS INNOVANTS

L'observation et l'analyse des **répercussions physiologiques sur la fonction visuelle** de l'utilisation excessive de smartphones pour les adolescents considérés (évalués avant et après le programme de prévention proposé par des **indicateurs traditionnels et des indicateurs de performance**) et la **réduction sévère de connexion** constituent les éléments de nouveauté de cette expérience.

### HYPOTHESE GENERALE

✓ L'éducation digitale permet de développer les connaissances sur les **facteurs de risques** en ce qui concerne les addictions à Internet, leur **symptomatologie** et les **conséquences des comportements addictifs**.

### HYPOTHESES SPECIFIQUES

✓ La première hypothèse opérationnelle

La réduction des expositions aux écrans constitue une intervention efficace afin d'**améliorer le confort visuel** et donc le **bien-être psychophysique** des adolescents.

✓ La deuxième hypothèse opérationnelle

L'approche dramathérapeutique constitue une intervention efficace afin de **développer** les **ressources créatives** des participants et ce qui **encourage** la prise de conscience de leur **identité psychophysique**.

✓ La troisième hypothèse opérationnelle

considère **l'approche en groupe en dramathérapie**, ce qui permet à la personne d'**améliorer ses capacités relationnelles**, de **mieux gérer son comportement émotif** et **l'estime de soi**

✓ hypothèse vérifiée

✗ hypothèse à vérifier

## DISCUSSION DES RESULTATS EN CE QUI CONCERNE L'ETUDE DE LA FONCTION VISUELLE

En ce qui concerne les données relatives à l'histoire visuelle et médicale, les principaux sujets à discuter correspondent aux **maux de tête**, au phénomène de l'**asthénopie** et à la définition d'**indicateurs précis et fiables**.

**Mal de tête.** Le mal de tête est un phénomène **indirectement** visuel puisqu'il peut être une conséquence d'un comportement visuel et les informations obtenues peuvent orienter la réflexion des chercheurs dans cette direction. Il n'est cependant pas possible de soutenir avec certitude que le mal de tête dans la région frontale ou dans la zone des yeux signalé chez 53% des adolescents interrogés est dû à un abus d'une fonction visuelle, mais les données favorisent certainement une réflexion en ce sens. A ce propos, il y a eu une réduction de 50% de ce type de mal de tête. La présence de maux de tête pour l'équipe a été considérée comme significative de deux aspects : **la corrélation possible avec un problème visuel sur l'état de malaise, résultant d'un engagement visuellement prolongé**; et la possibilité **d'objectiver la présence d'un état d'inconfort symptomatique**. Il était intéressant de constater qu'une grande partie des adolescents soumis à un dépistage gèrent ce malaise avec l'utilisation régulière de médicaments, en ignorant qu'un mal de tête lié à un problème visuel peut facilement s'atténuer voire disparaître par une modification et la recherche d'un comportement et donc d'un confort visuel plus adapté. Il aurait été également utile d'explorer avec eux leurs relation aux médicaments ce groupe, afin de mieux comprendre les critères de consommation des médicaments.

**Asthenopia.** En ce qui concerne le syndrome de fatigue oculaire, au début de la semaine, il y avait une prévalence plus élevée de fatigue oculaire en vision proche plutôt que de loin. **La réduction sévère des activités en vision proche a eu pour conséquence une réduction sévère des symptômes de la fatigue en vision proche ainsi qu'en vision de loin, c'est-à-dire une disparition presque totale (en prévalence) de l'asthénopie.** À notre avis, si ces symptômes peuvent disparaître en si peu de temps **nous indique qu'il ne s'agit pas de symptômes enracinés ni dans le temps ni par la sévérité du symptôme.** Cela nous permet d'affirmer que, bien qu'il s'agisse d'une manifestation chronique de malaise, elle reste encore réversible car quelques jours semblent suffire pour

voir une amélioration grâce à une modification du confort visuel et à un apprentissage différent.

Selon les données recueillies, on peut conclure que les taux élevés de fatigue oculaire et de maux de tête indiquent un état de souffrance corrélée à une surcharge de stress visuel dans le groupe d'adolescents considéré qui est considérablement réduit après la semaine de dramathérapie .

Plus de la moitié des étudiants de l'échantillon considéré, est touchée par des symptômes de fatigue et est incapable de se détendre rapidement.

Cette situation nous questionne sur la **possibilité d'identifier et de définir des indicateurs précis**. La batterie de tests liée aux indicateurs traditionnels a été choisie et administrée pour permettre un bon dialogue avec la communauté scientifique internationale. Malheureusement, les indicateurs traditionnels ne nous permettent pas de reconnaître les éléments de performance, c'est à dire d'efficacité ou inefficacité visuelle, que nous estimons être l'indicateur pertinent pour ce travail. Les tests de performance conçus par l'équipe pour identifier l'efficacité ou l'inefficacité visuelle constituent pour nous l'objet le plus intéressant en termes d'attention scientifique et de réflexion sur ce travail. On peut supposer que les données sont améliorées car la relaxation musculaire perceptive et visuelle, résultant d'une semaine de suspension d'activité en vision proche ou d'un effort visuel mineur a encouragé l'amélioration. **La première hypothèse, qui considère la réduction des expositions aux écrans une intervention efficace afin d'améliorer le confort visuel, a été confirmée.** Si l'on considère les données de performance visuelle, en tenant compte de la participation des élèves à l'activité psychomotrice partagée dans un environnement agréable et enrichissant, **nous pouvons soutenir que tous ces facteurs ont contribué à améliorer le bien-être biopsychosociale des adolescents concernés.**

#### DISCUSSION DES RESULTATS EN CE QUI CONCERNE L'EXPERIENCE DE DRAMATHERAPIE

L'élément du **contexte résidentiel** et **l'absence de connexion à Internet** tout au long de cette expérience constituent une valeur inestimable à notre sens. Cet élément permet aux adolescents impliqués de développer et de vivre une expérience plus significative et efficace (qu'un atelier non résidentiel), en ce qui concerne la réalisation des objectifs éducatifs convenus avec le personnel enseignant. Les participants impliqués dans un système résidentiel adhèrent plus facilement et s'engagent au travers d'une exploration plus rapide des ressources créatives de chacun. Ainsi les participants vivent une

expérience sensorielle, émotionnelle et intensément affective, enrichissante avec les personnes réellement présentes, sans laisser l'espace de la communication virtuelle envahir l'espace de l'expérience partagée. Les croyances et les mythes s'évaporent plus rapidement, ce qui nous a permis de réaliser le travail dans une **atmosphère de confiance et de respect, en dehors des dynamiques de jugement**. En outre, la continuité et le degré d'intensité du travail ont permis de produire des matériaux (masques, œuvre d'art, etc.) facilement accessibles et utiles à la réalisation de la mise en scène finale.

Les participants déclarent avoir amélioré leurs compétences sociales. Ils déclarent également mieux connaître leur corps, ils se sentent plus en mesure de mieux gérer leur comportement émotionnel et d'avoir travaillé efficacement au développement de leurs ressources créatives. C'est pour ces raisons que la deuxième hypothèse qui considère l'approche dramathérapeutique comme une intervention efficace afin de **développer les ressources créatives** des participants et d'encourager la prise de conscience de leur **identité psychophysique, peut être confirmée**.

Il est raisonnable de conclure qu'une semaine de dramathérapie, bien que résidentielle et donc intensive, avec beaucoup d'implication émotionnelle, ne peut pas être suivi d'un changement radical dans tous ces domaines puisque ces éléments constituent des nœuds cruciaux du chemin de croissance et de découverte pendant toute l'adolescence. Toutefois il constitue un point de départ très significatif.

Enfin, les données recueillies, soutiennent l'hypothèse suivante : **l'approche en groupe en dramathérapie, permet à la personne d'améliorer ses capacités relationnelles, de mieux gérer son comportement émotif et d'améliorer l'estime de soi**.

D'un point de vue psycho-éducatif et de formation, ce qui apparaît d'une importance considérable, c'est que **les adolescents perçoivent et verbalisent cette amélioration, de manière cohérente avec les objectifs du travail proposé et en fonction des observations des dramathérapeutes**.

Les résultats relèvent deux considérations importantes: d'une part, les outils choisis (questionnaire, brève discussion ou d'un moment en face à face et partagé avec les dramathérapeutes de l'atelier, etc.) se sont révélés être un **dispositif éducatif efficace pour l'évaluation de l'expérience**. D'autre part, les adolescents, **quand ils participent activement à leur éducation, peuvent être responsables, critiques, cohérents et efficaces dans leur évaluation**. En outre, ces données confirment la capacité des adolescents à **prendre des positions cohérentes et à exprimer leurs propres sentiments** sans banaliser l'importance de la proposition ou répondre selon les attentes de

leurs interlocuteurs, avec un grand **sens des responsabilités** envers eux-mêmes et envers leur travail. Cela désigne la capacité de tout le groupe, malgré son hétérogénéité, à comprendre le sens le plus intime et émotionnel du travail partagé et confirme l'idée que le théâtre peut être un outil psycho-éducatif efficace, un art capable de questionner et d'atteindre la sensibilité de chacun tout en proposant un espace entre le réel et l'imaginaire, un espace transitionnel pour explorer en toute sécurité et dans le plaisir des modes relationnels diversifiés.

## CONCLUSIONS

En conclusion, la recherche montre à la fois l'**améliorations dans le domaine des tests de performance visuelle**, conçus pour explorer l'efficacité ou l'inefficacité visuelle, et **des améliorations des données en lien avec le domaine de la dramathérapie**.

**Nous considérons toujours la fonction visuelle comme l'état perceptif observable et mesurable par les capacités visuelles.** Il nous semble raisonnable de soutenir que **l'augmentation de la sensibilité et de la vitesse perceptive** dans ce groupe d'adolescents est attribuable à notre sens à la fonction visuelle qui, fatiguée et rigide au début de la semaine, a pu retrouver une partie de son élasticité et de sa plasticité naturelles. Le système visuel, après l'expérience, semble de nouveau trouver sa souplesse naturelle. En effet, il était soumis à des facteurs de stress visuels en raison de l'utilisation abusive des technologies de l'information (smartphones, tablettes et PC) et de l'effort visuel sollicité par les activités scolaires. Il est plausible de supposer que la réduction d'accès à Internet est à l'origine des améliorations de la fonction visuelle.

**L'intention des auteurs n'est pas d'établir des corrélations directes entre l'utilisation intentionnelle de la dramathérapie et les paramètres optiques.** Cette corrélation directe ne pouvait pas se produire en raison de trois variables influentes: la première variable est l'utilisation réduite des dispositifs de connexion, la deuxième est la méthodologie pédagogique différente par rapport au contexte scolaire et enfin, la troisième est l'environnement perceptif.

Par conséquent, il semble possible de soutenir que tous ces facteurs ont contribué à explorer et à soutenir une **nouvelle plasticité et élasticité perceptive, émotionnelle et relationnelle** qui semble correspondre à l'état de **bien-être** signalé et observé par les participants à l'étude. Cette étude fait l'objet d'un article qui a été soumis au Journal « Frontiers in Education ». Dans quelle mesure la dramathérapie elle-même contribue à cette amélioration est un sujet à explorer dans d'autres études. Nous espérons néanmoins

que cette approche interdisciplinaire de recherche stimulera de nouvelles et plus approfondies perspectives de recherche.





**Title:**

**LINK BETWEEN INTERNET CONNECTION HABITS AND VISUAL FUNCTION AMONG ITALIAN TEENAGERS: MULTIPLE BENEFITS THROUGH ONE WEEK OF DRAMATHERAPY (DT).**

**Author names and affiliations:**

**Authors:** Elisabetta Denti <sup>A-C\*</sup>, Maurizio Giannelli <sup>B\*</sup>; Bianca Spadolini <sup>C\*</sup>, Zoï Kapoula <sup>A\*</sup>

**Affiliations:**

- A) IRIS Team, Physiopathology of vision and binocular control, FR3636, CNRS, UFR Biomedical, University Paris Descartes, 45 rue des Saints Pères, 75006 Paris, France. Phone: +33 (0) 142 86 33 23 e-mail: [zoi.kapoula@parisdescartes.fr](mailto:zoi.kapoula@parisdescartes.fr);
- B) Istituto Scientifico Intervision, via Paolo Lomazzo 5, 20154 Milan, Italy. e-mail: [maurizio.giannelli@intervisionitalia.com](mailto:maurizio.giannelli@intervisionitalia.com);
- C) Università degli Studi di Roma3 – Facoltà di Scienze della Formazione, Via Milazzo 11/B Rome, Italy. e-mail: [bianca.spadolini@uniroma3.it](mailto:bianca.spadolini@uniroma3.it);

**Corresponding author:**

Elisabetta Denti - **Present/permanent address:** via Giacomo Balla, 2 – 20151 Milan, Italy. Phone: +39 349 71 50 121 e-mail: [elisabettadenti@yahoo.it](mailto:elisabettadenti@yahoo.it)

**Grant information:** This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

**Research highlights:**

1. Introduction and project presentation (material and methods, participants, measures)
2. Procedure and exclusion criteria. 1<sup>st</sup> axis: visual skills. 2<sup>nd</sup> axis: dramatherapy.
3. Results of the analysis of the impact on visual function and of the DT experience.
4. Discussion: deterioration and improvement of visual function and benefits of DT.
5. Correlations and conclusions: visual and biopsychosocial health improvement.

The article is organized as follows:

## **ABSTRACT**

## **INTRODUCTION**

## **PARTICIPANTS**

## **MATERIALS, METHODS AND PROCEDURES**

### **First section: procedure about visual skills**

The first part of the screening: general and specific observations

The second part of the screening: visual and medical history

The third part of the screening: analysis of specific visual abilities

### **Second section: procedure in dramatherapy**

The Embodiment-Projection-Role (EPR) paradigm

The choice of the assessment instrument

The survey instrument: the interview on the subjective perception of change in dramatherapy structure

## **RESULTS**

### **First section: effects on visual function (Table 1 – 2 – 3.1 – 3.2 – 3.3)**

#### **Traditional indicators:**

Visual acuity AV near and far

Binocular Single Vision VBS - Test of Worth lights

Closely sensitivity stereoscopic - Randot Stereo Test (Table 4.1 – 4.2)

Horizontal phoria - Von Graefe Technique

#### **Performance indicators:**

Visuomotor responsiveness eye-hand to a visual stimulus at 60 cm (Table 5)

Peripheral perception test in reading position (Table 6)

Central visual recognition speed (Table 7)

Dynamic binocular fusion far/near - Dynamic test of Worth lights (Table 8)

Fixations and saccadic visual recognition in reading (Table 9)

### **Second section: the interview results of evaluation of dramatherapy experience (Table 10)**

## **DISCUSSION**

**First section: deterioration and improvement of visual function**

**Second section: benefits of dramatherapy**

## **CONCLUSIONS**

**Correlation between first and second section: visual and biopsychosocial health improvement after the experience.**

## **ABSTRACT**

This article has been equally developed in two sections. On one part the scientific investigation on Internet Gaming Disorder, which is the observation and analysis of the **physiological repercussions on the visual function of excessive use of smartphones** with the adolescents considered (evaluated before and after the prevention program proposed through traditional and performance indicators); on the other hand the psychoeducative reflection regarding a **prevention program through dramatherapy**. The increase of sensitivity and perceptual speed in this group of **125 Italian adolescents** is attributable to the visual system that, tired and stiff at the beginning of the week, was able to express some of its natural elasticity and plasticity through the experience of shared dramatherapy. The visual system, which has taken advantage of the elimination of visual stressors represented by the abuse of information technology (smartphones, tablets and PCs) and the drastic reduction of school near visual effort, solicited through dramatherapy, has again found its natural flexibility. Therefore, it seems possible to argue that all these factors have contributed to explore and support a newfound **perceptive, emotional and relational plasticity and elasticity**, which seems to correspond to the state of well-being reported and observed.

**Key words:** dramatherapy; Internet Gaming Disorder; visual function; Italian teenagers; prevention program

## **INTRODUCTION**

In May 2013, the Scientific Committee APA (American Psychiatric Association) introduced the **Internet Gaming Disorder** in the latest version of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), in the chapter devoted to research areas still to examine in depth. The field of Internet addiction is an extremely tangled and complex border that represents a nerve node discussion in part of the international scientific community. Although Young provided the first description of symptoms 20 years ago, the terminology used by the authors reflects the absence of scientific consensus. The prevalence in this review has not yet been established. In addition, there is still no classification of subtypes of the disorder. According to some authors (Griffiths and Wood, in 2000), from a theoretical point of view, the Internet Gaming Disorder represents a specific type of addictive events such as cybersex, net compulsions (eg: gambling, shopping), search information, and online gaming. Clinically, the addictive use is characterized by the inability to control the use of behaviour when a real addiction sets in (Romo et al., 2012). The enslavement, intolerance to frustration, isolation, neglect of previously invested activities (social, sports,

family), invasion of psychic life and suffering of the caregivers, are the most obvious symptoms. A continuing need to remain connected to, either to get pleasure from or for a reduction of discomfort (tension) is manifested (Inserm, 2014). Voracious consumers and clever users of new technologies, the new generation is particularly at risk of developing these dependencies.

A **prevention project** dedicated to this subject and aimed at a group of young Italians is the subject of study and reflection in this article. It has been equally developed in two parts: on one hand the scientific investigation on Internet Gaming Disorder, which is the observation and analysis of the physiological repercussions on visual function of the excessive use of smartphones in the adolescents considered; on the other hand the psychoeducative reflection regarding the arts therapies and in particular the development and evaluation of new intervention protocols in artistic mediation, through expressive therapies, and particularly through dramatherapy for a preventing purpose. The British Association of Dramatherapists defines dramatherapy as “the intentional use of healing aspects of drama and theatre as the therapeutic process. It is a method of working and playing that uses action methods to facilitate creativity, imagination, learning, insight and growth” (2016). The North American Drama Therapy Association considers drama therapy as “an active, experiential approach to facilitating change. Through storytelling, projective play, purposeful improvisation, and performance, participants are invited to rehearse desired behaviours, practice being in relationship, expand and find flexibility between life roles, and perform the change they wish to be and see in the world” (2016). The research project was developed and implemented through Intervision Scientific Institute of Milan. The development of the data was done in collaboration with the Laboratory of Pathophysiology of Vision and Binocular Motricity FR3636 CNRS - Paris Descartes University Biomedical UFR. The experience was achieved through the project “Nuova Learning Week” of the Lombardy Region. Participants came from adherent schools (that is Pavia I.S.S. A. Cairoli, Milan I.S.S. L. Lagrange, Milan I.S.S. L. Galvani) through the collaboration between the Cultural Association Giovio15 Milan and the Centro Servizi Formazione Pavia, in partnership with the University of Studies of Pavia –Department of Brain and Behavioural Sciences - Psychology. Here we introduce a multi-level research approach, combining a prevention program based on dramatherapy, drastic reduction of Internet connection and the investigation of visual function. The research is divided into two sections: - the observation and analysis of **physiological effects on visual function** caused by excessive use of smartphones in evaluated adolescent subjects; and - the development and evaluation of preventive intervention protocol through **dramatherapy**. As far as the first section is concerned, the motivation hypothesis of this study is to test the quality of visual function in adolescents according to their use of internet evaluated before and after the prevention program described above, which involved one week of drastic reduction of access to smartphones. As far as the second section is concerned, which is the elaboration and evaluation of new

intervention protocols through dramatherapy, in the field of prevention and management of the Internet Gaming Disorder, the dramatherapy approach is considered for two important aspects: the **recovery and reclamation of the body and sensory experience** (size altered in the virtual experience facing the monitors) and the possibility to expose the person to a gaming experience through a **shared transitional space** (Winnicott, 2006). In our view, the stage represents the appropriate mediation between the virtual space of the abuse and real space of existence since it could represent the possibility of sharing an intermediate experience between the internal, subjective space and the external and real one (Winnicott, 2006). The game is the propulsive engine of the educational experience. The playful activity includes psychological, educational and academic aspects of fundamental importance, since it stimulates the formation of personality, learning the rules and integration. To share an intensive week of DT: 1) improves concentration; 2) reduces absenteeism; 3) encourages independence and creativity; 4) allows development in an emotional, intense and rewarding dynamic group; 5) reduces the feeling of judgment; 6) through sharing, enables the consolidation of relationships within the class. The used was the **EPR Embodiment Projection Role** (Jennings).

## **PARTICIPANTS**

The research was conducted in a sample that aimed at representing the Italian teenager population. The study included 125 students aged between 15 and 19 years old. All subjects gave written informed consent in accordance with the Declaration of Helsinki. The population was heterogenic. The 125 adolescents were divided into 5 mixed groups (male and female) of 25 participants each. The 125 adolescents involved (5 groups of 25 participants  $M18 \pm 2$  heterogeneous population) took part in an intensive week (MON/SAT) of dramatherapy. On Monday morning and on Saturday morning of each week the test batteries (dramatherapy and visual skills) were administered by the same professionals each time. Students could not use their smartphones during the day. Internet connection was not provided between 9:00 a.m. and 7:00 p.m. The students had access to the network in the evening, after completing the group work.

## **MATERIALS, METHODS AND PROCEDURES**

This study was carried out in accordance with the recommendations of the following guidelines:

1. Classificazione delle disfunzioni accommodative e di vergenza by American Optometric Association • 243 N. Lindbergh Blvd. • St. Louis, MO 63141
2. Protocollo d'esame Jet Program by Jet Program International srl • 71 via Grazioli • Trento, IT 38122, by the committee Comitato scientifico di Istituto Scientifico Intervision - Milano, area Visione Provider ECM n.751 • Ministero della Salute • Italy' with written informed consent from all subjects.

All subjects and all the parents/legal guardians of non-adult research participants gave written informed consent. The protocol was approved by the 'Comitato scientifico di Istituto Scientifico Intervision - Milano, area Visione Provider ECM n.751 • Ministero della Salute • Italy and by Riccardo Aduasio for the CSF Centro Servizio Formazione di Pavia'.

The description of the materials, methods and procedures, as well as the research, is based on two sections: - observation and analysis of physiological effects on visual function caused by excessive use of smartphones in adolescent subjects considered, and - development and evaluation of preventive intervention protocol through dramatherapy. According to the existing literature we predicted improvement of psychological wellbeing after the one-week prevention program.

### **First section: procedure about visual skills**

Before beginning the experience of dramatherapy, each participating student was subject to a screening test done by a team coordinated by a professional optometrist, expert on visual dysfunctions, optometry professor and professor of ergonomics and prevention, who had in turn coordinated beforehand with his reference team consisting of an orthoptist and an eye doctor. Screening consists of three parts: general and specific observation, visual and medical history, and analysis of specific visual abilities. The first part of the screening: general and specific observations. Screening involves a general and specific observational survey. Gait disorders, a potential dependence on physical guardian and obvious asymmetry of the orbits, were considered. The examiner focused his attention on those postural abnormalities or in the phenotype that signify the presence of some alterations that might lead to or support the presence of any visual fatigue regardless of use / abuse of computer aids. When, during the initial observation and anamnesis, any problems were found such as strabismus operations, outcomes of facial trauma with orbital interest, congenital malformations, systemic diseases, etc. that could significantly affect the visual function, eye condition and / or visual previous physiotherapy and / or occlusion, the subject was excluded from the sample in order to ensure the homogeneity of the group. The second part of the screening: visual and medical history. The interview also aims to highlight a minimum of master data that concerns the school and the personal health history, which may be related to potential visual problems. Particular attention was paid to medical history on the presence of eyestrain, or eye fatigue syndrome or lack of visual force. In this respect, sought indicators related to the alteration of the **sharpness** also in commissioning steps in focus from near and far and the alteration of **comfort**. It investigated both the area of the far and the near one. It also investigated the possible presence of headache as a symptom of a visual problem, and in any case as a state of discomfort. The location of the headache, the onset mode, and the duration can often be correlated to the visual commitment. The professionals, investigating these factors, have found how this

sample of adolescents suffers from headaches and how to manage this malaise. Following this phase it is the quality of use, in ergonomic terms, and amount, considered in terms of time of use, of the favourite access media used by the adolescents that have been investigated. History and ergonomic were investigated by the same professional for all the participants. Such data collection, if well conducted through intuition skills and sufficient clinical experience, represents a valuable time to make the subsequent semeiological examination (examination of the signs) whose progress depends not only on the experience of the team of examiners, but also on the precision of the medical survey. (Giannelli, 2012a). The third part of the screening: analysis of specific visual abilities The analysis of specific visual abilities has been made by the collaborators of the coordinator. The reliability, repeatability and comparability of a visual examination largely depend on the correctness of the method with which the tests are performed. The administration of the test methods has been agreed through the dedicated team meetings (Giannelli, 2012b). Each individual test was administered by a different expert employee who always remained the same for all groups. This choice was made in order to eliminate any prior variable that could favour factors, which could then disturb the results and therefore the conclusions. The hypothesis was that the experience of dramatherapy week could have a positive effect on visual function and in particular on those visual skills potentially tired or over-stressed by a commitment to study closely and by the use / abuse of smartphones which is always located less than 25 cm from the eyes. In relation to this sample and the type of experience proposed that would involve suspending the use of informatical aids for 10 continuous hours each day (from 9.00 a.m. to 7.00 p.m.) and the suspension of close school visual commitment, it became evident that the traditional battery of ophthalmologic and orthoptic tests would not have been able to detect elements that concerned the visual efficiency where gross alterations were absent. Therefore visual performance indicators were used, in addition to traditional visual indicators known by the international scientific community. In the attachments an in-depth description of each step of visual traditional indicators screening and visual-perception performance tests is proposed.

## **Second section: procedure in dramatherapy**

The DT method used was the EPR embodiment projection role (Jennings). The Embodiment-Projection-Role (EPR) paradigm was developed by British dramatherapist Jennings in the early 1990s. It is based on observations of children's natural play development from birth to age seven but Jennings also considers it a life-long cycle, as the phases can also alternate in a different order and in different times from our experience. The first stage, Embodiment, involves sensory and physical exploration of the world. In adolescence the embodiment play is especially related to experiencing emotion or emotion regulation. Embodiment play focuses on experiences within and using the body, including sensory, rhythmic, and early

dramatic play, using movement and exploring one's environment. It can help the adolescent become more in touch with internal physiological and emotional experiences, and find and practice both internal and external regulation and coping strategies, which are often sensory or movement based (Powell, 2014a). "The body is the primary means of learning, and all learning is secondary to that first learned through the body," (Jennings, 2005). The transition to the next play phase is assisted by Winnicott's transitional object. The second stage, Projection play, involves play with things outside of oneself and it allows the child to engage with the external world, outside the boundaries of his or her body, using a wide range of media. In adolescence, projective play is related to sending emotional messages, or emotion expression. (Powell, 2014b). "Projective play is important for learning how we organise the world outside, and also to be able to have imaginative responses to the world of flexibility and change" (Jennings, 1999). The third stage of play, Role, encompasses dramatic play, and the ability to take on other personas and create imaginary events. It allows the child to play with real and imaginary identities, with relational closeness and distance, sameness and difference. In adolescence roleplay is related to receiving emotional messages, or emotional understanding. Emotional understanding requires practicing theory of mind and empathy in imagining and decoding another's feelings. Role-play, playing at being another, inherently provides opportunities to practice perspective taking. Through pretending to be someone else, children strengthen their abilities to role reverse, empathize, and understand others' emotions. (Powell, 2014c). Starting from these considerations the team has chosen the EPR method for three main reasons: 1) the subjects considered were adolescents and the parallel between the development between childhood and adolescence proposed by this paradigm seemed precious, 2) this method encourages social and emotional development that tablets and smartphones may affect, 3) it give us the possibility to study a dramatic phenomenon through play without any directive or invasive intervention

The choice of the assessment instrument The survey instrument used was the interview on the subjective perception of change in dramatherapy (designed but non published by Ba et al. 2004) which proved to be a useful tool for the collection of subjective perceptions of students participating in expressive activity, as well as the collection of the observations of the workshop conductors. If it is important that the student is an active part of his/her school curriculum, it is also certainly interesting to give space to his/her observations, his/her perception of change in the field of psycho-educational experiences like these. Initially we wondered what could be the most suitable method to use. The administration of a questionnaire would definitely be faster but poorer with information if we had used a rapid build tool, encouraging the tendency to rush ahead and to act impulsively without thinking effectively. To the independent compilation of the interview, a moment of face-to-face confrontation is still followed with one of the two dramatherapist, chosen at the discretion of the student. This has allowed living the interview as a real moment of subjective and individualized assessment in which every teenager seems

to have been able to think independently and then he/she felt free to tell his/her experiences and also to express his/her difficulties facing the interlocutor. This method allowed us to get more information because the student had a chance to express in terms of quality, not just quantity with the workshop conductor with whom he had formed a bond of greater confidence. The operator acts as a neutral support function to facilitate the understanding of the questions when you need them or encourage verbalization of emotional states. The survey instrument: the interview on the subjective perception of change in dramatherapy structure Interview on the subjective perception of changes of participation in the laboratory of dramatherapy consists of four parts: the first part, which is compiled by the laboratory leaders, collects personal data of the student. In addition to these general data of the student, in this first part the group data are also entered with the frequency to it (in terms of hours in the week), the student's participation in the activities and to the performance project. For each of these entries a 0 to 3 scale is given, where the frequency can be indicated as sporadic (0), discontinuous on all week (1), continuous with discontinuous phases (2) or continuous (3). In the compilation of this table it must be remembered that the continuous with discontinuous phases frequency concerns those students who have always attended the group but, for various reasons (mainly health reasons), at certain times were forced to abandon it. As for the participation in the activities and performance project, we can indicate it as poor, repetitive and mechanical, personnel but not appropriate or personnel and appropriate. The second part is the real interview and includes questions that relate to the overall rehabilitation objectives of the dramatherapy laboratory, ie, the improvement of social skills, the development of creative resources, the realization of one's self and his/her own psychophysical identity, the management of the emotional components and the enhancement of self-esteem. The interview consists of ten questions which the student can respond to openly telling his/her own experience, and finally evaluate it on a scale of 0 to 10. In this way, students have enjoyed the opportunity to express their opinion also in qualitative terms. Questions 1-2. The first two questions relate to the improvement of the relationship; the first ("Have you noticed improvements in the relationship with the other members of the group?"), refers to the positive changes in the relationship with the other participants of the group-class, while the second question ("Outside the group, have you noticed positive changes in relation to others? ") refers to improvements in relation to the outside of the group (teachers / conductors of the laboratory / students who do not belong to their class group). For both applications, a score of 0 indicates the absence of improvements, from 1 to 4 the presence of slight improvements or doubts, from 5 to 8 the inconstant presence, while from 9 to 10 the presence of consolidated positive changes. Questions 3-4-5. The following three questions concern the taking of one's own self consciousness and psychorporeal own identity; the first ("Do you feel like you know yourself better after this period of dramatherapy workshop attendance?") refers to the impression of having thorough knowledge of self-parts, the second ("Have you

discovered parts of yourself that you did not know you had?") to discover aspects of personality never considered before and the third ("Do you have the impression of knowing more about your body?") focuses on a better knowledge of their bodies. At the quantitative level, the division of the scores is equal to that of the above questions; what changes are the voices that correspond to each score: the minimum score indicates no improvement, followed by uncertain and vague impressions. A higher score indicates improvement impressions decided but ill defined, while the highest score indicates the presence of certain improvements. Questions 6-7. The two questions that follow ("In every day life outside the laboratory, do you have the impression of expressing your personality better?", "Do you think you're more sure of yourself?") concern the raising of the level of self-esteem. Question 8 ("Participating in the laboratory of dramatherapy and the realization of the show have helped you manage your emotions better?") considers the management of emotions and, in particular, anxiety ahead of the final performance. As for the other questions you are asked if, thanks to the group, positive changes were noted. Questions 9-10. The last two questions ("You used - unlike in the past, or more - original methods or strategies to solve everyday problems?", "Have you used - unlike in the past, or more - original methods or strategies to address significant problems in your life?") focused on the development of creative resources. As for the problems of everyday life, the students could answer that he/she has never used new strategies, to remember a single episode, to have them used sometimes or by marking the highest score, to use often for new and original methods. In the last question, however, the answers could vary from the absence of original strategies, to their presence only at idetico level or the conduct of some practical attempts to use in a certain and sure way of new methods. To answer these questions it was necessary that the students considered their experience before the shared week. The third part of the interview is a statement for the "notes", where the operator can mark all that the student reports during the interview. The fourth part deals with the notes to be taken into account to properly administer the interview, in particular regarding the frequency and participation in the activities and performance project (what to consider in compiling the table). The reflections about the results of the dramatherapy scale were crossed with the reflections about the results of the visual function. We always consider visual function, as the perceptual state that is measured by visual abilities. The authors' intention is not to establish direct correlations between the intentional use of dramatherapy and optical parameters. This could not happen because of three influential variables: one is the diminished use of devices on the web, the second is the didactic mode through dramatherapy, the third is the perceptive environment. We anyway hope that such research approach will stimulate further investigation.

## RESULTS

The article proposes a first section in which the results of the analysis of the impact on visual function are proposed, and a second section in which the data related to the compilation of the semi-structured interview are given to the group as an evaluation tool related to the experience of dramatherapy.

### **First section: effects on visual function (Table 1 – 2 – 3.1 – 3.2 – 3.3)**

The first part, related to general and specific observation of the subject examined, did not result in the exclusion of a person in accordance with the previously announced criteria, ensuring the homogeneity of the group.

The second part, related to the visual and health anamnesis of the subjects, was investigated with a particular emphasis on the fatigue from far and near and **headaches**. Such attention has permitted us to record the data for the presence and location of the headaches and investigate the management of this symptom. The initial interview was of great help to deepen the location, time of onset, intensity and frequency of discomfort or pain, thus orienting the subsequent reflection. Data showed that 53% of the adolescents considered suffer from headaches reported in the frontal area and eye area before the week of dramatherapy, following which this same figure drops to 26% with a reduction of 50% (!). The pain felt in the occipital, temporal and ubiquitous region do not vary in their position. The percentage of adolescents who do not suffer from a total headache increases from 33% before to 60% after the shared week (Table n°1). Among adolescents who suffer from headaches at the beginning of the week, 20% refers to those who manage this discomfort by taking medication. 20% thinks that the headaches stop in a short time. 25% solves the symptom stopping near vision, while 35% does so by going to sleep (Table n° 2). Next to this phase the quality has been investigated, in ergonomic terms, and the amount, understood in terms of time of use, of the access media favourite by the boys. The girls who make up 52.8% of the sample considered, on average spend 1.5 hours in front of the TV (distant vision) and declare that they actively use the web via smartphone, tablet or PC (near vision) on average 7.5 hours a day. The boys who represent 47.2% of the sample spend 7 hours actively connected via smartphone, tablet or PC (near vision) and the time spent watching television increases to a couple of hours (distant vision). The excess of smartphone use corresponds, in terms of visual function, to precise fatigue symptoms with difficulty to relax the accommodative system that could be called accommodative overtone. The indicators concerned the alteration of sharpness and alteration of comfort, or the discomfort or eyestrain which can be translated as visual fatigue syndrome. These indicators (clarity and comfort) characterize the disorder and it seems obvious that the more altered they are the more likely we are in a disturbing dimension. As regards to the **asthenopia**, there is a prevalence of ocular closely, rather than from a distance, fatigue. To the drastic reduction in the use of near vision during the week (activities of study and use of connection) a drastic

reduction of close visual fatigue symptoms, as well as from a distance, corresponded, that is a disappearance of asthenopia (in prevalence). In fact the number of symptoms related to asthenopia syndrome before and after the experience of dramatherapy has been considered. At the beginning of dramatherapy week 42.2% of adolescents suffer from asthenopia, both for distant and near vision. At the end of dramatherapy week the percentage drops to 7.70% for the distant vision and to 9.60% for the near vision (Table n° 3.1). The number of symptoms reported by adolescents is reduced by 82.5% with regard to the distant vision, and 78 % with respect to near vision. The researchers investigated different symptom areas. The tables n°3.2 – n°3.3 show the quality of the reduction percentage. Among the 44.2% of people who suffered asthenopia in distant vision, 48% reveals one symptom, 35% suffers from at least two symptoms, 13% suffers from three symptoms and 4% reveals four major symptoms. These percentages drop to 9%, 4%, 0%, 4% (Table n° 3.2). Moreover in near vision 22% reveals one symptom, 22% suffers at least from two symptoms, 26% suffers from three symptoms and 13% and 17% reveals four and five major symptoms. These percentages drop to 9%, 9%, 0%, 4%, 0% (Table n° 3.3).

The third part related to the analysis of **specific visual abilities through traditional indicators** generated the data presented below.

Visual acuity AV near and far

Correlating the history with visual acuity from far away, before and after the dramatherapy week, doesn't appear to be significant. As regards to the acuity of close values they remained unchanged. This is not an exhaustive investigation of this aspect. As for the acuity to close, the data collected were excellent from the start, as it is normal to expect in not impaired young people, and have not changed.

Vision Binocular Single - Test of Worth lights

As regards the single binocular vision (VBS) in a static position closely, or the ability of the visual system to have the two eyes working together, the figure is already good for most of the sample (86%), as it is normal to expect in the population considered. The figure improves in almost all of the other cases which constitute 14% of the sample passing, at the end of the week, from a deficit value to optimal (VBS) for the 10%, with the exception of a 4% where the figure does not improve or worsens.

Closely sensitivity stereoscopic - Randot Stereo Test (Table 4.1 – 4.2)

As for the closely sensitivity of the test stereoscopic considering the intervals in seconds of arc 20 " - 25 " / 30 " - 40 " / 50 " - 70 " there was an improvement in 52% of the cases, understood as a passage of interval from larger to more or less sensitivity among the considered intervals. The figure is steady in 41%, while it decreases in 7% of the sample. The figure relating to the stereoscopic perception speed acquired by the examiner as fast or slow, is already fast and remains so for most of the sample (74%). The figure improves in the totality of the most fragile cases (26%), going from being slow to being fast. It seems

possible to consider that a likely reduction of accommodative commitment may increase the stereoscopic feeling fine in young subjects with normal VBS and transparent ocular media.

Horizontal phoria - Von Graefe Technique It's an interesting test because it allows you to observe and understand the trend of visual sections to assume the position in a relaxed state when they are not concentrated but it doesn't appear to be significant.

The fourth part concerning the analysis of **specific visual abilities through the performance indicators** produced the following results.

Visuomotor responsiveness eye-hand to a visual stimulus at 60 cm (Table 5)

In all cases, the average time of response (measured in number of 4) is reduced for each participant between T0 and T1. By calculating the average of all responses recorded, data is reduced between T0 (310ms) and T1 (255ms). This figure would venture the hypothesis that, as a result of the experience of this program, the visual-motor response to a visual stimulus and thus the performance to that effect improves. This finding argues in favour of a better system efficiency stimulus-response from a visual-spatial perspective.

Peripheral perception test in reading position (Table 6)

From being an easy task to run for 51% of the first sample, after it passes to 71%, an increase of almost 40%. It also appears to be a difficult task for part of the group, passing from 49% before to 29% after the experience. The result shows a likely extension of perceptual efficiency in terms of visual recognition speed. It is likely to expect that the improvement of performance is associated with the non use of smartphone or the non abuse of the visual system from up close. A subject that makes consistent use of this new technology, and therefore prefers near vision for hours, may have reduced the peripheral perception in the reading position. In this case the visual field, when analysed with a traditional test, would be normal. The ability to be careful with speed and efficiency to what the subject has around would be reduced because the peripheral visual attention is a perceptual function neither exercised nor neglected.

Central visual recognition speed (Table 7)

It improves in 60% of cases; it is stable in 31% of cases and decreased in 9%. With improvement it means the ability to recognize a string with a larger number of characters always considered like T0 and T1, the two moments of the proposed screening. The improvement was only registered (YES / NO). We believe that the increase of sensitivity and perceptual speed in this population is attributable to the visual feature that, tired and stiff at the beginning of the week, was able to express some of its natural elasticity and plasticity through the shared experience. The visual system was not simply fatigued but it was also losing its natural flexibility and has benefitted from the elimination of the visual stressor represented by the abuse of information technology.

#### Dynamic binocular fusion far/near - Dynamic test of Worth lights (Table 8)

The team is interrogated with respect to the visual system ability to maintain the fusion of the two eyes in the moment in which the subject is invited to converge quickly. This figure is an indicator of efficiency. Almost all the students were able to support this task. There is a portion of people (12%) that is not able to fuse the images in this trivial dynamic movement. This constitutes an element of weakness for the visual function. If at T0 screening 12% of the sample is deficient, at T1 anomaly convergence disappears in all cases. This suggests that the system, tired and stiff at the beginning of the week, managed to regain its elasticity and plasticity through the shared experience. Also in this case the visual system was losing its natural flexibility.

#### Fixations and saccadic visual recognition in reading (Table 9)

Through the skill test of saccadic fixations in the verbal recognition of individual letters in specific locations that simulate the direction of reading in our society, the team started from the idea that reading is an organized set of eye movements and in this test the 'rhythm' factor was posed as the main organizer. The subject may be able to read his eyes moving to the metronome rhythm and we wanted to investigate whether at every beat of the metronome an eye movement fixation and a verbal recognition of a character could be matched. At T0 a task is performed rhythmically only by 50% of the sample. Following the experience, 86% of the group carries out tests rhythmically while 14% continues to recognize characters in a disrhythmic manner. The elements detected allow to support the hypothesis according to which it appears that through this type of shared experience, the more rigid subjects who at the beginning did not have the capacity to perform the task rhythmically, have acquired a flexibility that has made the system faster, elastic, quick and therefore functional. In addition, about 21% of adolescents have at T1 a significant improvement of the disjunction of eye movements from those of the head, thus expressing greater efficiency and better postural visuomotor integration from a visual command, which in cognitive school activities is the privileged mediator of efficiency.

#### **Second section: the interview results of evaluation of dramatherapy experience (Table 10)**

As for the second line of research, considerations primarily relate to the frequency and **participation** in the workshop and the performance project. Attendance was not mandatory and was continued for all participating students. The participation was always personal and appropriate.

Below are the results collected relating to the semistructured interview areas proposed in the conclusion of dramatherapy week (Table n°10).

As for the improvement of **social skills** (both with members of their group-class and with people outside the group-class such as students belonging to other sections, professors and lab conductors), all students

have verbalized a very significant improvement. Compared to the power of **self-consciousness and psychophysics identity**, students verbalize to know more about themselves, especially when there is no real knowledge / awareness of one's physical identity at the beginning of the experience. Regarding the improvement of the degree of **self-esteem**, students specify verbally to enjoy self-esteem already high before the experience. At the same time they report being proud of their skills and to have lived the experience deeply even though they could not always grasp the meaning of the cognitively dramatherapeutical proposal. On the management of their **emotional behaviour**, all students have verbalized a fairly significant improvement. Regarding the development of **creative resources**, all students have declared more or less significant improvement. Someone in the group was willing to undertake a creative activity at the end of the week (dance classes or theatre) and other students proposed to include theatrical activity as planned educational activities within their school career.

## DISCUSSION

### **First section: deterioration and improvement of visual function**

As far as, the data related to the near visual and sanitary history are concerned, the main topics to be discussed refer to headache, the asthenopia phenomenon and the definition of precise indicators of such diseases.

**Headache.** The headache is an indirectly visual phenomenon as it may be a consequence of a visual behaviour, but one cannot claim that it is so absolute in spite of the data, and the information obtained can direct the reflection of the researchers in this direction. Secondly, it is not possible to unequivocally claim that the headache in the frontal region or eye area reported in 53% of the surveyed adolescents is due to an abuse of a close visual function, but the data certainly favour a reflection in this sense; in fact there has been a reduction of 50% of this type of headache. The presence of headache for the team was considered significant in two respects: the possible correlation with a visual problem on the state of fatigue / discomfort resulting from visually extended commitment; and the possibility to objectify the presence of a state of symptomatic discomfort in relation to headache. It was interesting to establish that a large part of the adolescents subject of screening manage this malaise with the regular use of medicines, ignoring that a headache related to a visual problem is easily solved with a more correct visual behaviour. It would be useful to closely observe this group, to understand the criteria of selfadministration in the assumption of medicines and the resulting possible abuse better.

**Asthenopia.** As for eye strain, eye fatigue syndrome, at the beginning of the week there was a higher prevalence of eye fatigue close rather than from afar. The drastic reduction of the activities to close resulted in a drastic reduction of fatigue symptoms in the near vision as well as in distant vision, ie an

almost total disappearance (predominantly) of asthenopia. In our view, these symptoms may disappear in such a short time because there are not rooted symptoms. This allows us to state that although it is a chronic manifestation of unease it is still reversible in a few days through a visual style and different learning. According to the data collected and the necessary premises, it can be concluded that the high rates of eye strain and headaches indicate a state of suffering correlated to an overload of visual stress in the group of adolescents considered which is reduced drastically after the week of dramatherapy. More than half of the students of the sample considered involved symptoms of fatigue and inability to relax the accommodation quickly. This situation is defined as accommodative overtone but we must pose a question about the possibility of identifying and defining precise indicators.

The battery of tests related to **traditional indicators** was administered to have a good dialogue with the international scientific community. Unfortunately they do not allow us to recognize items that address visual efficiency that we believe to be the relevant indicator for this work. Since it is necessary to highlight the presence and the possible variability of certain visual skills normally involved in school learning, the **performance tests** designed to identify the visual efficiency or inefficiency, constitute for us the most interesting role of scientific attention and reflection about this work. It can be assumed that the data is improved since the visual perceptual muscle relaxation resulting from a week of suspension of close vision activities or the minor visual accommodation and convergence efforts has encouraged the improvement. If we consider the visual performance data, together with the consideration of the involvement of students/adolescents in psychomotor activity shared in a pleasant and rewarding environment, we can argue that all these factors have contributed to improve the welfare of the biopsychosocial entities.

### **Second section: benefits of dramatherapy**

The element of the residential part of the theatre workshops constitutes an added value. This element allows adolescents involved to develop and live a more meaningful and effective experience (compared to a non-residential workshop), for the achievement of educational goals that were agreed with the teaching staff. The participants involved in a **residential system** adhere more easily to the location, the residential encourages a more rapid exploration of the creative resources of each, it allows participants to live a sensory, emotional and intensely affective experience, valid and rewarding beyond school context of belonging. It also allows to undermine faster beliefs and myths, letting you to perform the work in an atmosphere of trust and respect, outside of judgment dynamics. In addition, the continuity and the degree of intensity of the work made it possible to produce multimedia materials (masks-video-photobook etc.) readily available at the conclusion, in line with the project goals and the realization of a staged play at the conclusion of each workshop.

### **Discussion of semi-structured interview results to review experience of dramatherapy.**

From a psycho-educational and training point of view what is of substantial consideration is the fact that adolescents perceive and verbalize this improvement, in a consistent manner with the objectives of the proposed work and in line with the observations of the dramatherapist, the conductors of the experience.

The results related before argue in favour of two important considerations: first, that the selfadministered semi-structured interview, followed by a brief discussion or confrontation with the conductors of the laboratory, proved to be an **effective educational methodology** for evaluation of the experience. It confirms the effectiveness of methodological assumptions made by the team.

The second is that teenagers, when they feel they are an active part of their education, are able to be **critical, coherent and effective** in their evaluation. Participants report that they have improved their **social skills**. They also declare to know their **body** better, they feel more able to manage their **emotional behaviour better**, and to have worked effectively to the development of their **creative resources**. Instead they declare that they haven't significantly improved the knowledge of their **personality** and there have been no substantial changes in **self-esteem**. It's reasonable to believe that a week of laboratory, although residential and therefore intensive and with much emotional involvement, cannot support a radical change in the areas of personality and self-esteem because they constitute the crucial nodes of the path of growth and discovery of the entire adolescence. Furthermore these data confirm the ability of adolescents to take consistent positions and express the veracity of their own feelings without trivializing the significance of the proposal or respond according to the expectations of their stakeholders, but declaring with great sense of responsibility towards themselves and towards their work. This denotes the ability of the whole group, despite its heterogeneity, to understand the most intimate and emotional sense of shared work and confirms the idea that the theater can be an effective psychoeducational tool, an art capable of questioning and reach the sensitivity of one and all.

### **CONCLUSIONS**

#### **Correlation between first and second section: visual and biopsychosocial health improvement after the experience.**

Currently, the research can show the indirect correlation between the improvements in the field of performance tests designed to identify efficiency or visual inefficiency, and the improving data concerning the areas of the relationship, body awareness, the ability to effectively manage their own emotions and the feeling of having explored more and rediscovered their creativity. It seems possible to consider that the increase of sensitivity and perceptual speed in this group of people is attributable to the visual feature that,

tired and stiff at the beginning of the week, was able to express some of its natural elasticity and plasticity through the experience of shared dramatherapy . The visual system, which has taken advantage of the elimination of the visual stressor represented by the abuse of information technology (smartphones, tablets and PCs) and the drastic reduction of school near visual effort, solicited through a dramatherapeutical methodology, has found its natural flexibility. Therefore it seems possible to argue that all these factors have contributed to explore and support a **newfound perceptive, emotional and relational plasticity and elasticity** which seems to correspond to the state of well-being observed and reported

## Attachments

1. Percentages and localization of headaches
2. Management of headaches
3. Asthenopia: visual fatigue syndrome
4. The sensitivity of the test stereoscopic closely (Randot Stereo Test RDT)
5. Visuomotor responsiveness eye-hand to a visual stimulus to 60 cm
6. Perception device in reading position
7. The central visual recognition speed
8. Binocular fusion - Dynamic test of Worth lights
9. The ability of fixations saccadic visual recognition in reading
10. Dramatherapy test answers
11. Test of the four lights of Worth - Single static binocular fusion VBS closely
12. Stereoscopic Sensitivity Test Closely (Randot Stereo Test RDT)
13. Von Graefe technology for horizontal heterophoria quantification test
14. Test of visual-motorial eye-hand response speed to a visual stimulus at 60 cm
15. Peripheral perception test in the reading position
16. Test of the central visual recognition speed
17. Test of Worth lights - single binocular fusion VBS far-near dynamically
18. Test with the metronome. Saccadic fixations

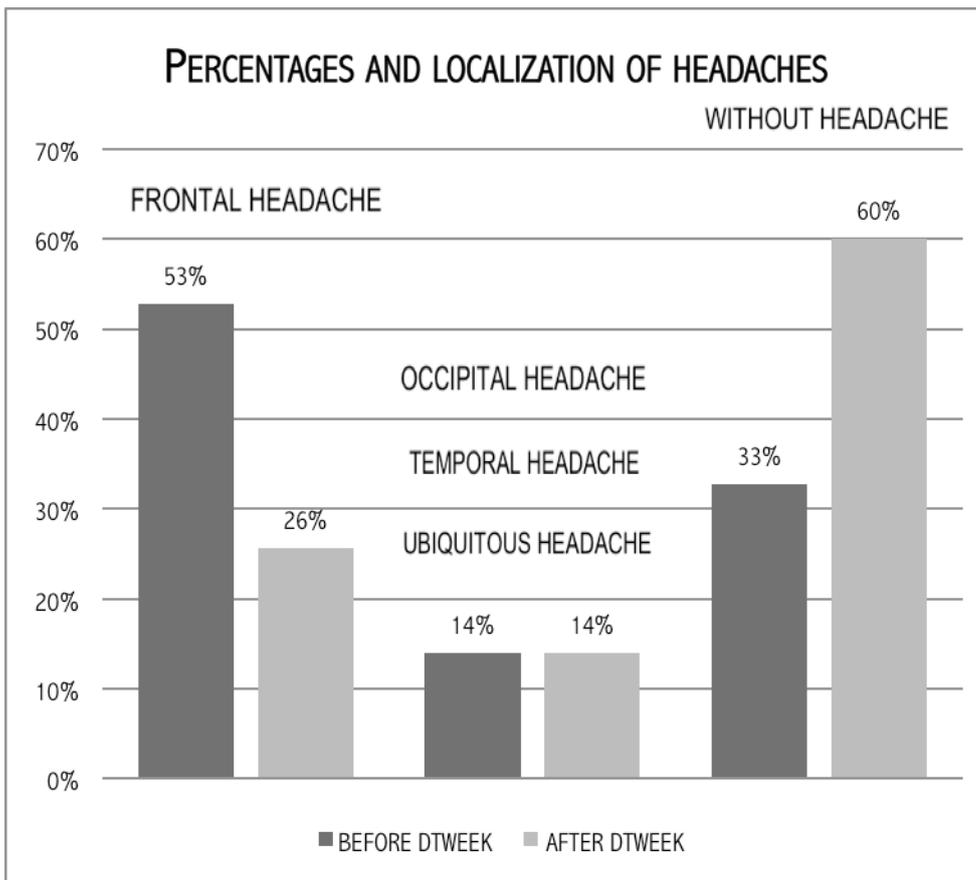


Table n° 1 - Percentages and localization of headaches

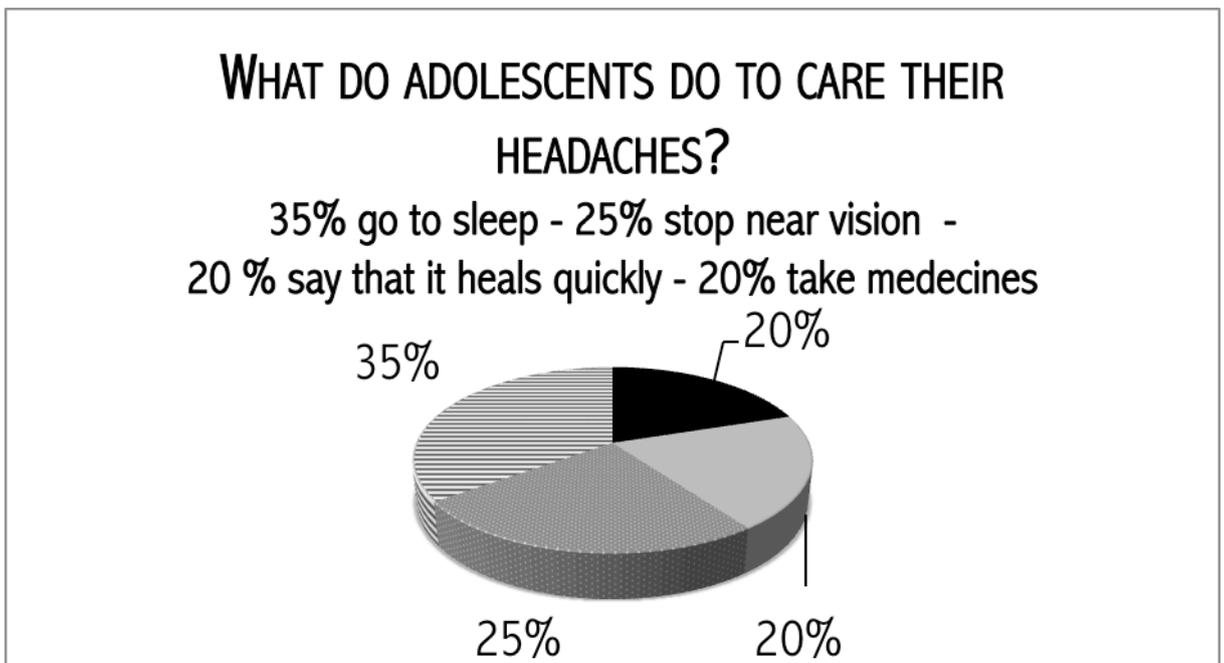
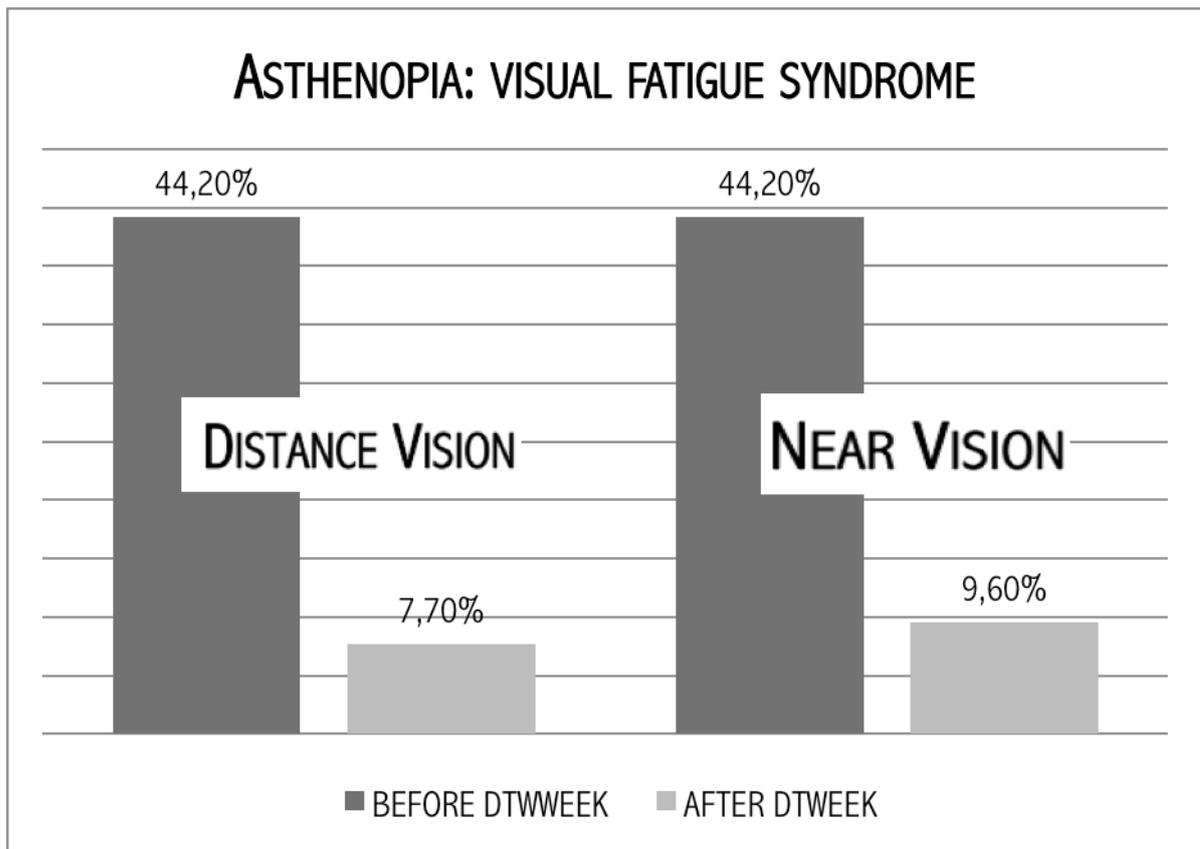


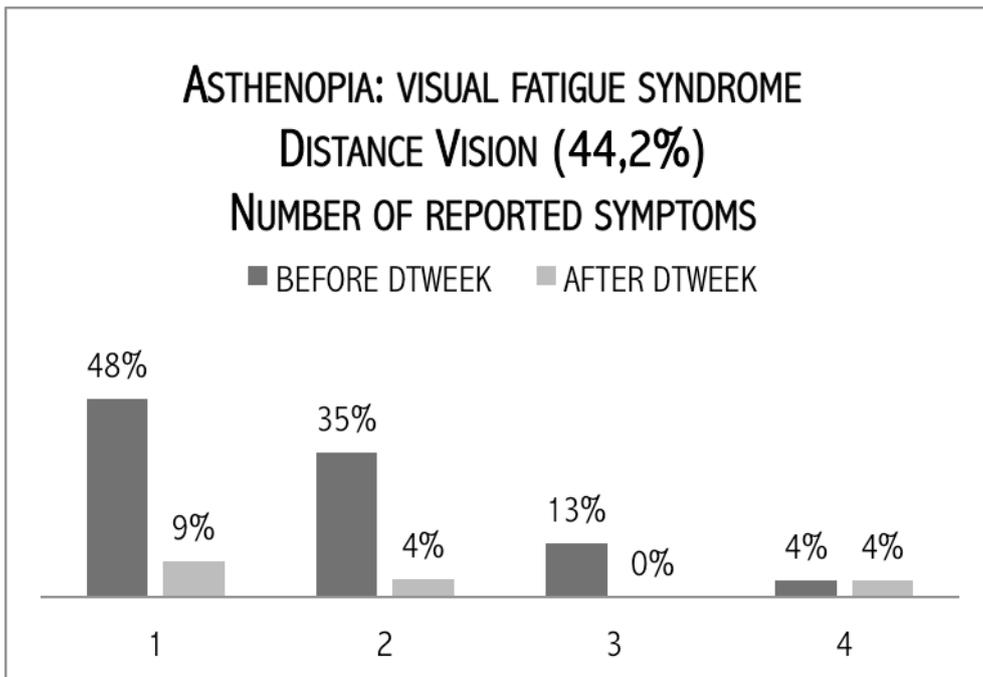
Table n° 2 - Management of headaches



**Table n° 3.1 – Asthenopia: visual fatigue syndrome**

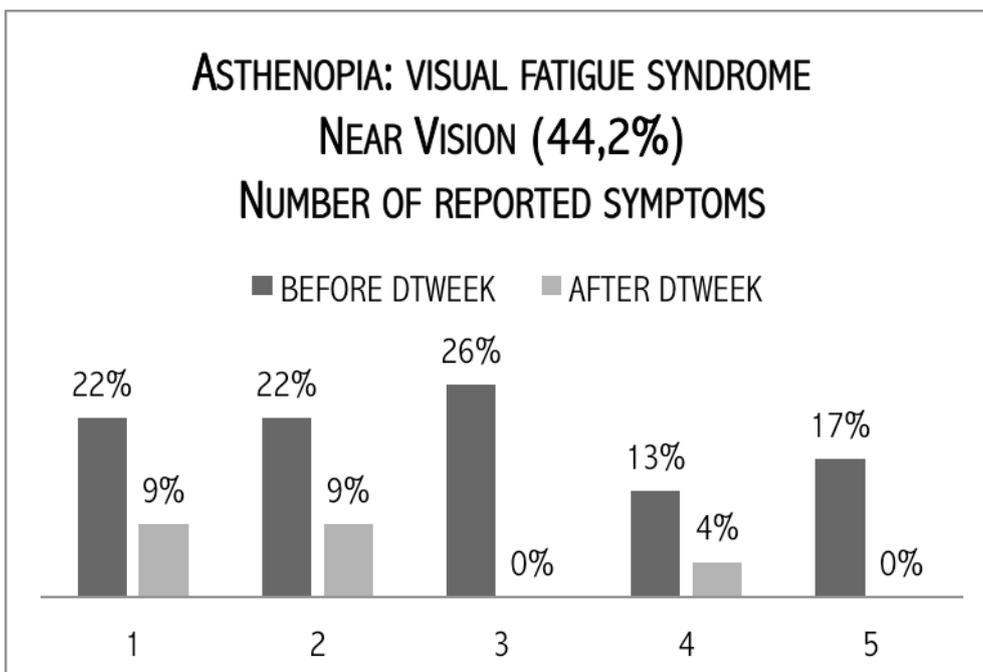
At the beginning of dramatherapy week 42,2% of adolescents suffer asthenopia, both distance and near vision.

At the end of dramatherapy week the percentage drops to 7,70% for the distance vision and to 9,60% for the near vision



**Table n° 3.2 – Asthenopia: visual fatigue syndrome in distance vision**

Among the 44.2% of people who suffered asthenopia in distance vision 48% reveal one symptom, 35% suffer at least two symptoms, 13% suffer three symptoms and 4% reveals four major symptoms. These percentages drop to 9%, 4 %, 0%, 4%.



**Table n° 3.3 – Asthenopia: visual fatigue syndrome in near vision**

Moreover in near vision 22% reveals one symptom, 22% suffer at least two symptoms, 26% suffer three symptoms and 13% and 17% reveals four and five major symptoms. These percentages drop to 9%, 9 %, 0%, 4%, 0%.

### **Visual acuity AV near and far**

The rational inquiry concerning this finding lies in the physiology of focus. At a time when a person must focus on a 30 / 40 cm object, or must accommodate the focus, the accommodation requires the contraction of internal eye muscles which quickly return to their place of origin, if the activity closely is reasonably alternating an activity from a distance. At a time when the subject focuses on the visual function closely for a long period of time, without interruption, the accommodation is kept active in a relatively static way and may produce a slowing of the process of focusing from far or even a failure of sharpness from afar. The figure of AV far could be susceptible to change because if an excess of accommodation maintained under static and prolonged way reduces the ease of sharpening recovery from afar, it is plausible to think that a reduction in effort allows the accommodative system to relax to the advantage of clarity, when this function was impaired by a short time.

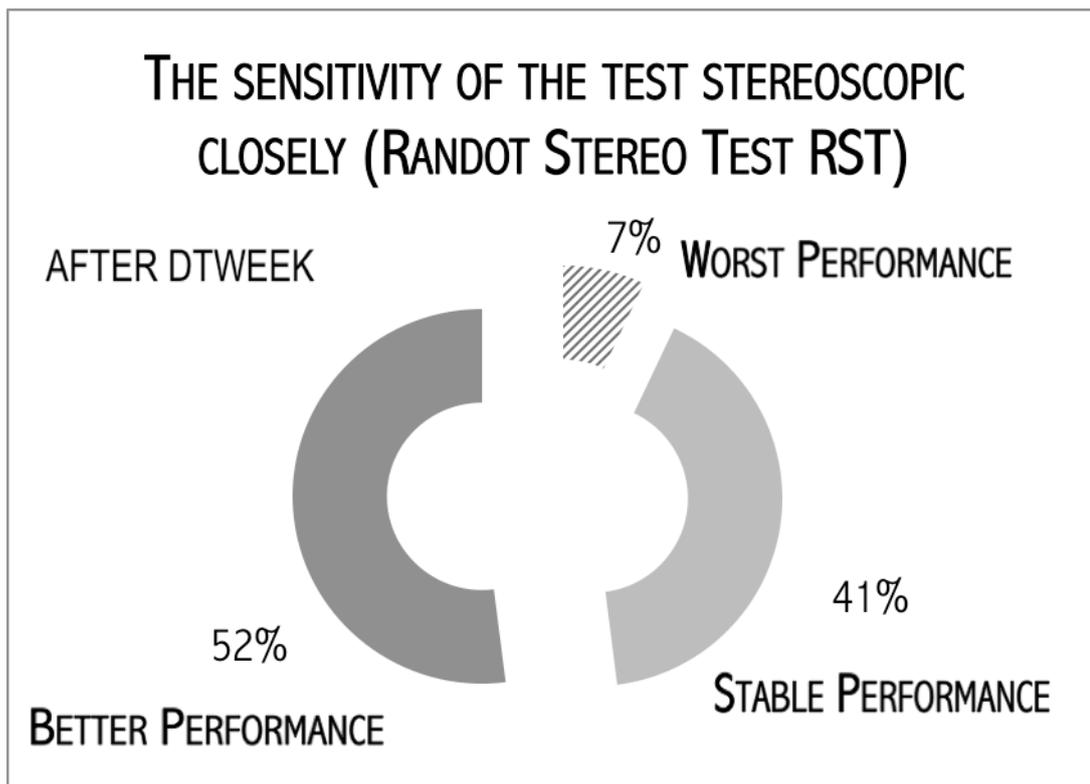


Table n° 4.1 - The sensitivity of the test stereoscopic closely (Randot Stereo Test RST)

As for the closely sensitivity of the stereoscopic test (Randot Stereo Test) the intervals considered in seconds of arc 20 " - 25 " / 30 " - 40 " / 50 " - 70 " there was an improvement in 52% of cases, understood as a passage of interval from larger to more or less sensitivity among the considered intervals. The figure is steady in 41%, while decreases in 7% of the sample.

## THE SENSITIVITY OF THE TEST STEREOSCOPIC CLOSELY (RANDOT STEREO TEST RST)

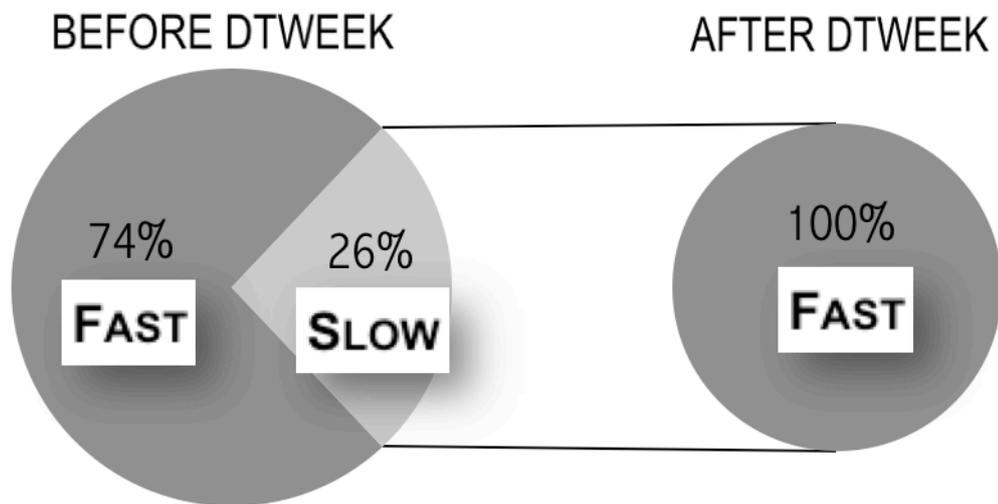


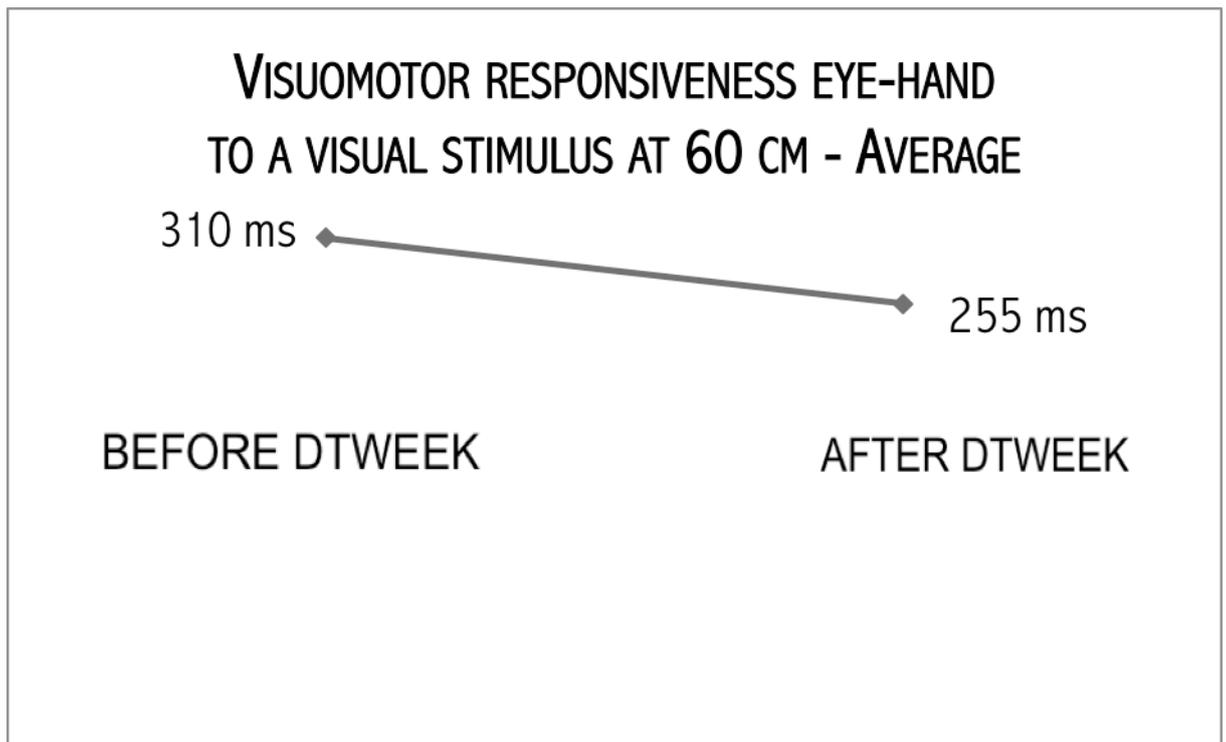
Table n° 4.2 - The sensitivity of the test stereoscopic closely (Randot Stereo Test RST)

The figure relating to the stereoscopic perception speed acquired by the examiner as fast or slow, is already fast and remains so for most of the sample (74%). The figure improves in the totality of the most fragile cases (26%), going from being slow to being fast.

It seems possible to consider that a likely reduction of accommodative commitment may increase the stereoscopic feeling fine in young subjects with normal VBS and transparent ocular media.

### Vision Binocular Single - Test of Worth lights

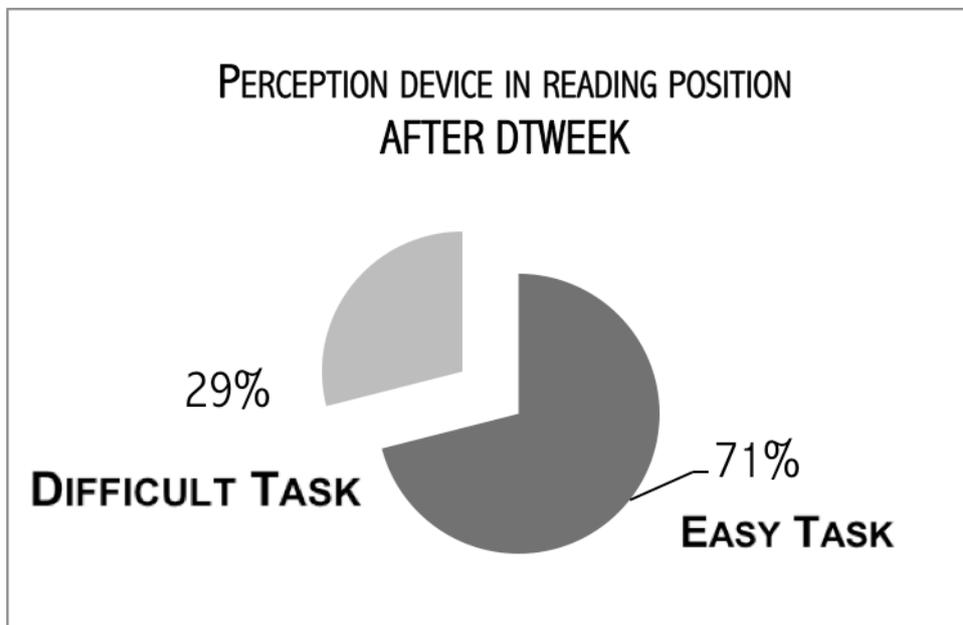
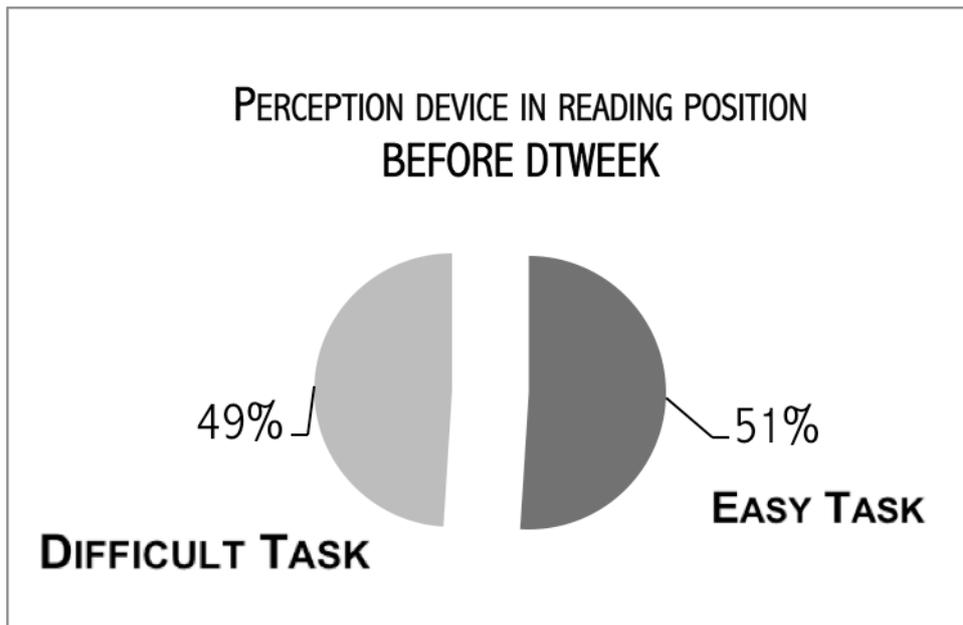
As regards the single binocular vision (VBS) in a static position closely, or the ability of the visual system to have the two eyes work together, the figure is already good for most of the sample (86%), as it is likely to expect for the population considered. The figure improves in almost all the other cases which constitute 14% of the sample passing, at the end of the week, from a deficit value to optimal (VBS) for the 10%, with the exception of a 4% where the figure does not improve or worsens.



**Table n° 5 - Visuomotor responsiveness eye-hand to a visual stimulus to 60 cm**

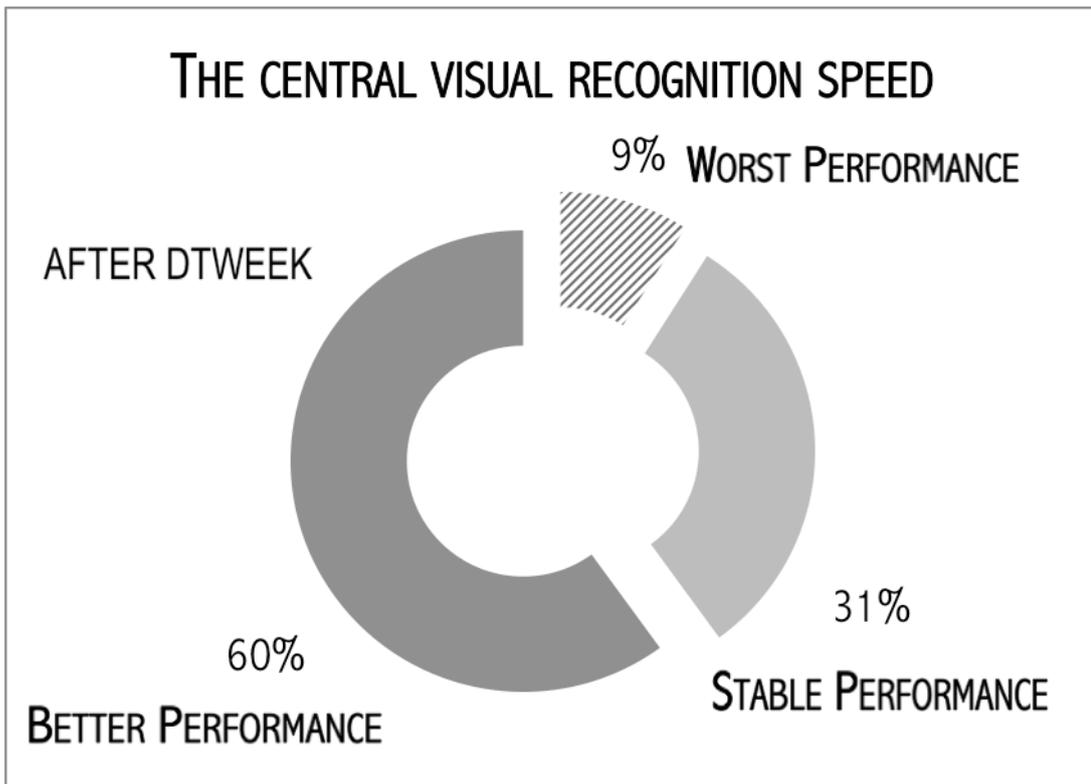
In all cases, the average time of response (measured in number of 4) is reduced for each participant between T0 and T1.

By calculating the average of all responses, recorded data is reduced between T0 (310ms) and T1 (255ms)



**Table n° 6 - Perception device in reading position**

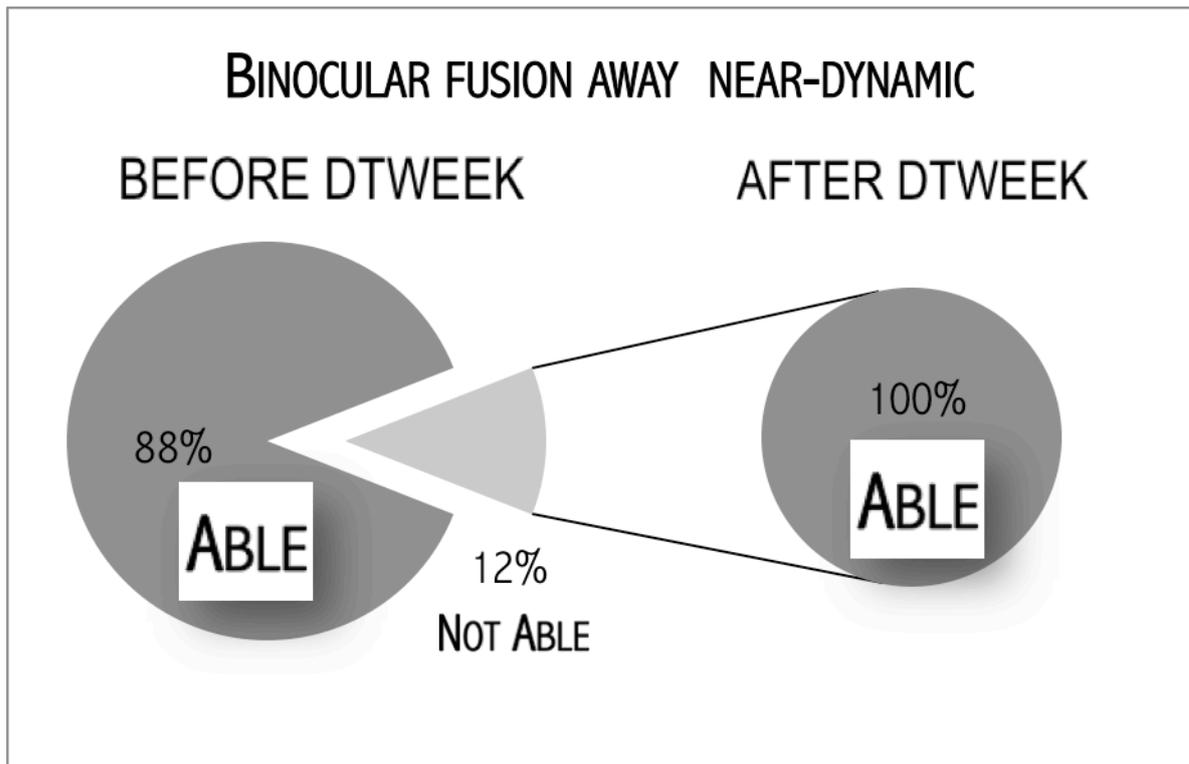
From being an easy task to run for 51% of the sample first, after it passes to 71%, an increase of almost 40%. It also appears to be a difficult task for a part of the group passing from 49% before to 29% after the experience.



**Table n° 7 - The central visual recognition speed**

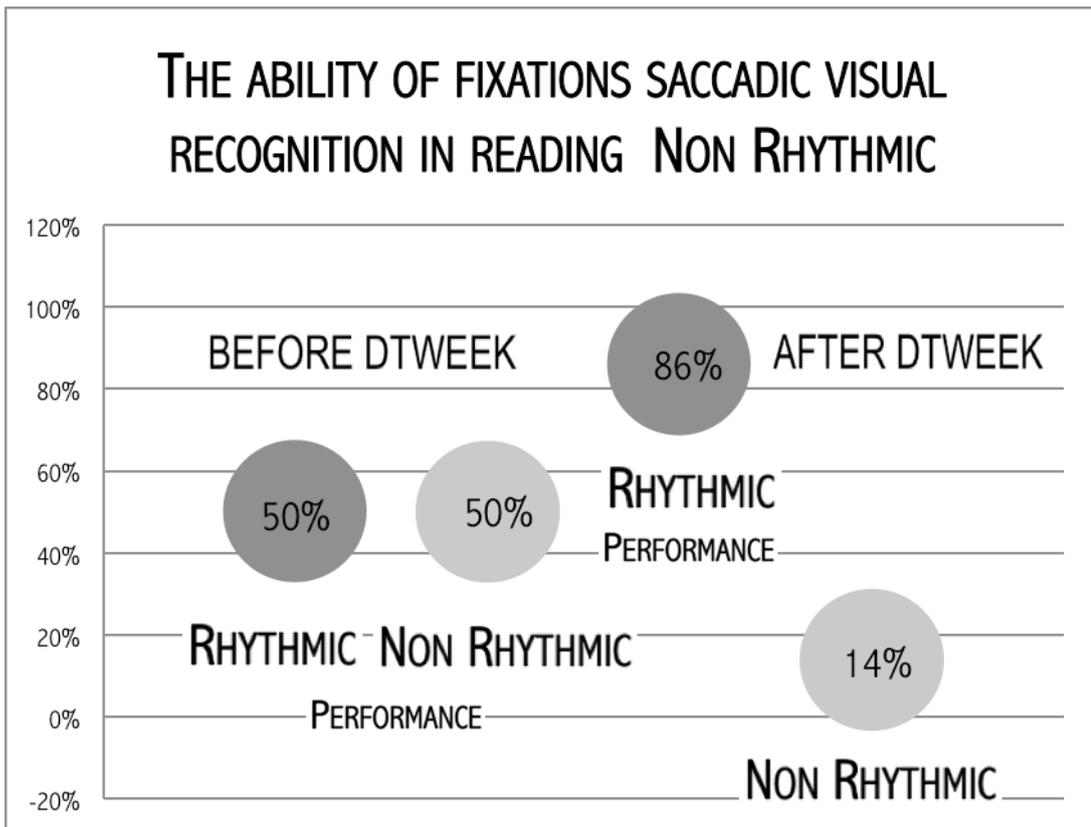
Improves in 60% of cases, it is stable in 31% of cases and decreased in 9%. With improvement allows the ability to recognize a string with a larger number of characters considered always as T0 and T1, the two moments of the proposed screening.

The improvement was only registered (YES / NO).



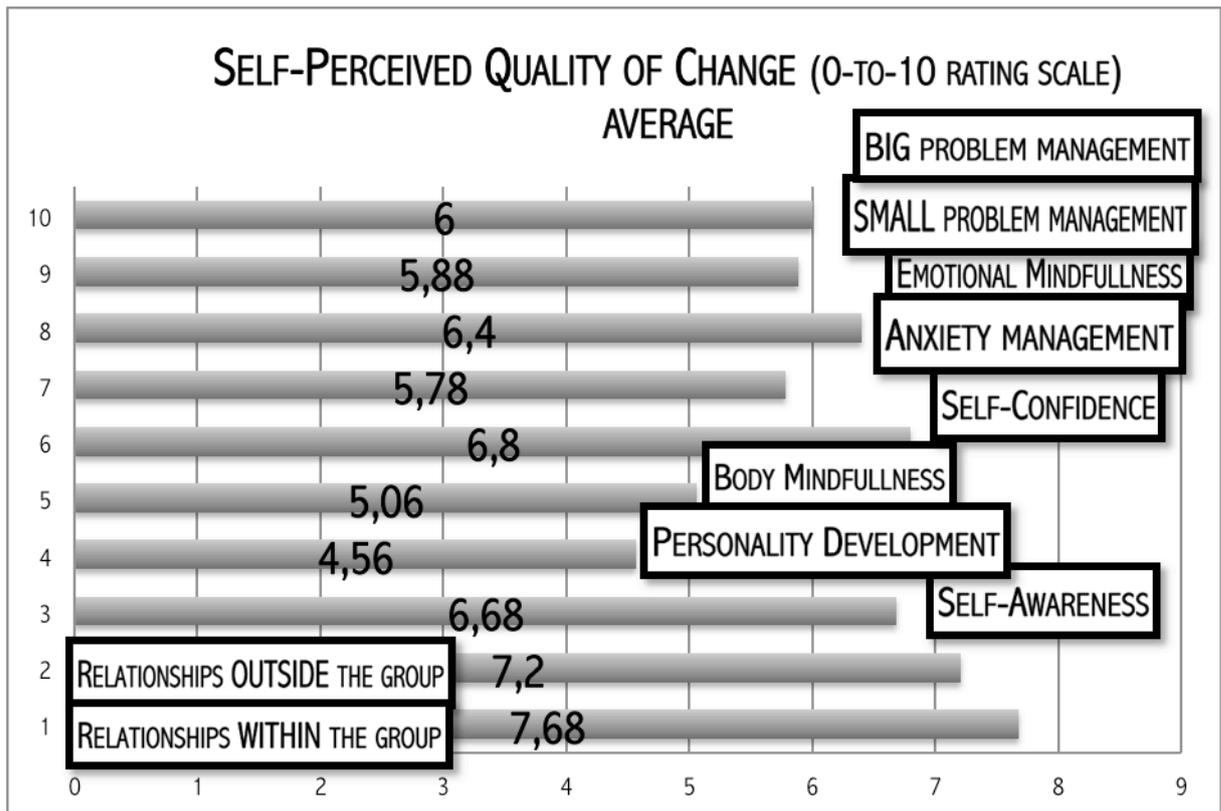
**Table n° 8 - Binocular fusion - Dynamic test of Worth lights**

The team is interrogated with respect to the visual system ability to maintain the fusion of the two eyes in the moment in which the subject is invited to converge quickly. This figure is an indicator of efficiency. Almost all of the sample is able to support this task. There is however a portion of people (12%) who are not able to fuse the images in this trivial dynamic movement. This constitutes an element of weakness for the visual function. If at T0 screening 12% of the sample is deficient, at T1 anomaly convergence disappears in all cases.



**Table n° 9 - The ability of fixations saccadic visual recognition in reading**

At T0 is a task performed rhythmically only by 50% of the sample. Following the experience, 86% of the group carries out tests rhythmically while 14% continue to recognize characters in a disrhythmic manner.



**Table n° 10 - Dramatherapy test answers**

<b>Table n°11 Test of the four lights of Worth - Single static binocular fusion VBS closely.</b>	
	It's a test that investigates the single binocular vision (VBS), which, if present, assumes the fusion of the images. The test for near is commonly carried out by means of a torch with macular aims.
	Purpose of the test. To assess the presence of binocular fusion and its stability and establish the presence or absence of suspension or unilateral and / or altering withdrawal.
	Type of test. Subjective
	Material. Test of the lights of Worth and anaglyph glasses of red / green colour. Near, the torch has small lights so as to ensure a macular stimulus.
	Lighting. With a minimum intensity of light such that, wearing filters, the subject cannot perceive any object of the peripheral visual field, thereby ensuring the absence of peripheral binocular clues that could encourage VBS.
	Examination distance. The test was administered closely in reading position.
	Refractive condition. habitual optical compensation with the examination distance
	Mode of the test execution. After placing the anaglyph filters on the usual optical compensation of the subject (glasses or LAC if present) and preferring red filter in front of the dominant eye, the Worth test is shown. The test was verbally

administered through the following manner: "How many lights do you see around? Do not consider the colours. " Check the number of bright aims perceived by the subject.

Forecast values. The perception of four lights indicates the presence of a normal binocular fusion and single and flat fusion (that is, not stereoscopic); in case of impaired perceptual response (vision of 2, 3 or 5 lights) verify the colour of points seen and confirm the presence of diplopia with the red filter test. When the subject perceives five lights, to understand the relative positions of the red and green colour mire, ask the subject to fix one of the two groups of mires (the two red lights or the three green ones) and have the position of those not observed in space indicated.

Perceptual responses. Normal framework: the perception of four bright spots: single binocular vision. Altered framework: a) if there is suppression: perception of two red lights or three green ones b) if there is suspension: intermittent perception of four, three or two lights depending on whether the suspension is dependent on a single eye or both alternating. If there is no fusion: Perception of 5 distinct and unplug lights, two red and three green. The absence of suspension is detected by the constant perception of five distinct lights which highlights the presence of diplopia during the execution of the test.

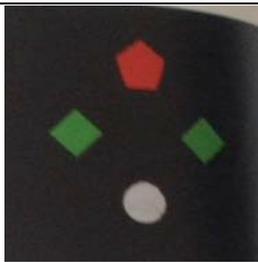


Figure n°1 – Mira Four Lights of Worth (Giannelli, 2012c)

### Table n°12 Stereoscopic Sensitivity Test Closely (Randot Stereo Test RDT)

The stereopsis is the perception of depth and the spatial position of the objects observed and, consequently, of their three-dimensionality. The stereoscopic perception of a single object is the perception of its volumetric relief.

Purpose of the test. To investigate the presence of the volumetric relief perception of mires, as an expression of the highest degree of binocular proximal distance collaboration.

Type of test. Subjective

Material. Polarized glasses and Randot Stereo Test (RDT).

Lighting. Ambient light.

Examination distance. The test is administered as close at the standard distance of 40 cm.

Refractive condition. Habitual optical compensation with the examination distance.

Mode of the test execution. Have the polarized glasses worn and deliver RDT test by placing it at the examination standard distance primary position closely. The height is the one normally used by the subject during reading. Start from the recognition of peripheral stereopsis (500" and 250") with geometric shapes positioned in the right panel. This is the most reliable part of the whole test because the remaining parts contain monocular depth cues. Then proceed to the evaluation of stereoscopic depth perception sensitivity through the perception of relief of Wirth hoops, lozenges located on the left panel. It is important to explain the examinee the perception that relief should have. The perception of the circles from n. 1 to n.6 is possible even in monocular because they present little differences. In the circles of the second column (from n. 5 to n. 10) the perception of relief is no longer clear. The circles from n. 7 to n. 10 are more important for the stereoscopic feeling that gets to test up to 20" of arc, that correspond to the normal value. The examiner recorded the data concerning the speed of perception understood as fast or slow.

Forecast values. Perceptual responses. Normal framework. In situations of visual acuity closely that solve the 2DW clearly, there must be three-dimensional perception both of all geometric shapes of peripheral stereopsis, and the perception of the relief as far as the circle ten of Wirth corresponding at least 20 " (arc seconds). Framework altered the most accurate stereoscopic deficit indicator is the lack of relief perception of the figures corresponding to the peripheral stereopsis, b) in case of difficulty of perception of peripheral stereopsis direct the gaze of the subject on the left pane of the page where there is the vertical inscription: "R + L"; the absence of one of the two letters corresponds to the eye in suppression: the lack of the letter "R" - Right, right eye suppression; lack of the letter "L" - Left, left eye suppression. The "+" sign is the superposition of horizontal and vertical lines perceived each with a single eye so that it is possible that the subject perceives both "R" and "L" but has difficulty in perceiving the cross. In the presence of fixation disparity, without deletion, the alignment of the vertical line with respect to the horizontal one will be inaccurate. The subject may report fluctuation of one of the two lines, or both, and report the perception of a "T" lying down and oriented in the two directions (depending on the direction of the fixation disparity).

c) Some people, although representing a peripheral stereopsis and a normo binocular acuity closely, may have difficulty in perception from the sixth circle of Wirth (stereo sensitivity in the fifth circle: 70"). In the presence of peripheral stereopsis it is possible to argue that the subject possesses stereopsis, but it is not thin, or that the stereoscopic sense is not developed with a good feeling. When the perception stops at the fifth Wirth circle together with the absence of peripheral perception, it is common to be in a clinical condition of small angle strabismus (generally of esodeviation) and in Harmonic Abnormal Retinal Correspondence.

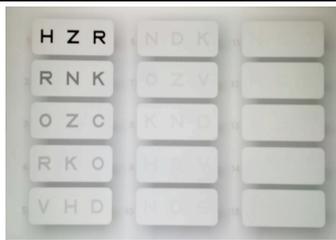


Figure n°2 (Giannelli, 2012d) Italian MOS device which is a technological standard established by DueffeTecnovision.

**Table n°13 Von Graefe technology for horizontal heterophoria quantification test.**

If we consider heterophoria as the position (of rest) that the eyes spontaneously assume when not in action mechanisms that maintain active binocular image fusion, and that its investigation reveals the tendency of the eye to deviate from the primary position right forward so that the visual system must constantly compensate for this trend to ensure alignment of the two eyes, the Von Graefe test or dissociating tests with vertical base prism is one of the tests for the evaluation and quantification of the horizontal heterophoria entity. It is the most widely used phoria test in a traditional visual exam.

Purpose of the test. Quantify the possible horizontal heterophoria. At the same time it allows us to ensure the absence of suppression by detecting the presence of diplopia.

Type of test. Subjective.

Material. Mira morfoscopica (letters or numbers) 'prisma da 8 dp' e la mira morfoscopica è il test di 'foriametro-disparometro Intervision' distribuito da COI Vision.

In free space. 8DP high based prism from a distance and closely to obtain the dissociation, and horizontal basis prisms for the following quantification of phoria. To assess the heteropic state closely with the use of standard progressive lenses (distance 39cm) the Foriametro-Disparometro Intervision™ is used - C.O.I. The Foriametro-Disparometro can also be used in the evaluation of each foria thereby avoiding the use of prisms for its quantification.

Lighting. ambient light depending on the luminance that makes manifest the visual discomfort.

Examination distance. The test is administered as close at the standard of 39 cm distance.

Examination distance. Far and near and / or at the customary distance and working direction.

Refractive condition. Habitual optical compensation at the examination distance.

Observation mira. Vertical line of letters with acuity lower than 0.2 vs the best one perceived.

Mode of the test execution. The subject is invited to keep both eyes open and aim fix the mire indicated (Foriametro-Disparometro Intervision). The prism is placed with the high base on the dominant eye. In the absence of suppression the

subject will report seeing two aims. It then determines their mutual position. The misalignment of the mire is compensated with the anteposition of prisms congruent to the same.

Forecast values. Absence of suppression and ipophoria. The foria values measured are all acceptable as they inform the tendency of the visual system to misalign the visual axis.

**Table n°14 Test of visual-motorial eye-hand response speed to a visual stimulus at 60 cm**

Forecast values. Comparing values in milliseconds between and after the week. The values inform motor response speed (visuomotor hand-eye) for each person who performs the tests.

Purpose of the test. Investigate the response motor speed eye-hand to the perception of the appearance of a mire in a fixed position at 60 cm from your eyes.

Type of test. Subjective.

Material. Monitor with software MOS of Dueffe Tecnovision that controls the appearance and disappearance of the mire by calculating the time elapsed from the onset to the pressure of the mouse.

Lighting. Ambient light.

Examination distance. The test is administered closely at the distance of 60 cm.

Refractive condition. Habitual optical compensation at the examination distance.

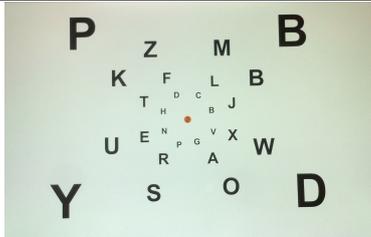
Mode of the test execution. The subject's face is placed in front of the monitor that, among the various tests implemented in software, has a black background and a mire to increasingly random occurrence in the same place. The subject is asked to center the visual focus on the point where the mire is, and press the mouse to its immediate appearance. Of the five presentations of the mires the first response value is discarded, considering it an inaccurate value because it is the first time that the person performs the test.

Forecast values. Values are compared in milliseconds between the scale at the beginning and that at the end of the week. The values inform on motor response speed (visuomotor hand eye) for each person who performs the test.

**Table n° 15 Peripheral perception test in the reading position**

Purpose of the test. Investigate the level of visual perceptual peripheral awareness and integration of the central and peripheral visual field using the verbal recognition of individual letters in more and more peripheral positions from a central fixation aim.

Type of test. Subjective.

Material. Table of Mac Donald.
Lighting. Ambient light.
Examination distance. The test is administered closely at the standard distance of 40 cm.
Refractive condition. Habitual optical compensation at the examination distance.
Mode of the test execution. The subject has a sheet on the table in front of his/her face (at a distance of 40cm) with his/her head slightly bent. A central point is printed at the center of the table (or an x) which the subject is prompted to stare at without moving his eyes. Around the central X spiral letters are placed at a greater and greater distance from the center. The subject is asked to stare at the mire in the centre of the paper and read carefully the letters around, through the peripheral visual attention (peripheral field of perception). The fixing of the central point of the sheet by the subject is ensured by the examiner's supervision.
Forecast values. Immediate recognition and reading of all of the characters on the paper.

Figure n°4

<b>Table n° 16 Test of the central visual recognition speed</b>
Purpose of the test. Investigate the level of the central perceptive visual efficiency in the absence of ocular fixation movements in the verbal recognition of individual letters in a central fixation position which are presented with the speed of 1/10 of second.
Type of test. Subjective.
Material. Tool that makes a numeric string appear in one screen every tenth of a second. It is proposed gradually increasing the number of characters starting from 2.
Lighting. Ambient light.
Examination distance. The test is administered at the standard distance of 40 cm.
Refractive condition. Habitual optical compensation with the examination distance.

Mode of the test execution. Through Vu-Mate Visualizer, a tool that pops up every tenth of a second a numeric string, the subject must recognize and immediately pronounce aloud the newly displayed digits. If the subject is wrong in naming the figures of the string, it is repeated a second time. If the error persists at the second presentation the number of digits of the string is considered to be the maximum number of digits the subject is able to read at the time of the test.

Forecast values. 5 characters for the age group and the group of subjects considered.

**Table n° 17 Test of Worth lights - single binocular fusion VBS far-near dynamically.**

The dynamic use of the Worth Lights test involves repeated passage of fixation from far to near, and vice versa, for a minimum of ten repetitions. The test is always aimed to investigate the presence of single binocular vision (VBS) then of binocular fusion, with particular reference to its maintenance, or to its rapid recovery in the transition between the different distances of use of the look.

Purpose of the test. Assess the stability of fusion, then the quality of binocular vision, in the passage near-far and vice versa.

Type of test. Subjective.

Material. Test of Worth lights from far with ottotipo MOS Dueffe Tecnovision and from near with macular Worth torch, through anaglyph glasses. For far and near the mire is similar to the one of the non-dynamic test.

Lighting. With such minimum light intensity to ensure the absence of peripheral binocular clues such that, with anaglyph filters, the eyes cannot perceive objects in the peripheral visual field, so as to ensure the absence of peripheral binocular clues. When the subject perceives diplopia (5 lights) or suppression incurs (3 or 2 lights), the test is immediately repeated but in ambient light to investigate if the peripheral fusion reinforcement is or is not able to restore binocular fusion (VBS) obtaining a single binocular vision response.

Examination distance. The test is performed from far at a distance of more than 4 metres and from near at a distance of 30 cm for the adult and 20 cm distance for the adolescent (aged up to 16 years).

Refractive condition. Habitual optical compensation with the examination distance.

Mode of the text execution. After placing the anaglyph filters on the usual optical compensation of the subject (glasses or LAC) and preferring the red filter in front of the dominant eye, the Worth test is presented from a distance and the Worth torch is positioned closely at the over specified distances. Administer the test verbally in the following manner: "How many lights do you see on the wall or on the screen? Do not consider the colours. " At this point to acquire the number of luminous mires acquired by the subject. After completing the test from far invite the user to move his/her eyes closely on

the torch and again ask how many lights he/she sees. Acquire the number of luminous mires perceived. If the person owns VBS or perceives four lights at the observation distance, let him/her maintain fixation for 2 seconds to stabilize the fusion and re-invite him/her to shift the gaze to the other distance to come back immediately to the previous mire. Repeat the far-close step and vice-versa 10 times. In the case of progressive lenses adoption or if this products was already in use, but it was not our case, lay the lights of Worth close at a distance of  $39 + 3\text{cm}$ . On the vertical plane put the mire-test in the bottom position with an angle such that the observation through the progressive lens is in the area of near vision.

Forecast values. In the dynamic administration of the test the forecast values are the same as those of the non-dynamic test or the maintenance of a binocular single vision.

**Table n° 18 Test with the metronome. Saccadic fixations.**

Purpose of the test. Investigate the level of visual perceptual motor efficiency through eye movements (saccades) of fixation in the verbal recognition of individual letters in specific locations.

Type of test. Subjective.

Material. Paper board under described (see test execution methods) and metronome.

Lighting. Ambient light.

Examination distance. The test is administered at the standard distance of 40 cm.

Refractive condition. Habitual optical compensation with the examination distance.

Mode of the test execution. To the attention of the subject, at a distance of 40 cm, an A4 sheet of paper is placed on the table on which 4 groups of letters are printed (at the corners of the sheet) with the same size, contrast and crowding of a certain standardized size. The subject is asked at every beat of the metronome to read a character (a letter) for each group in a progressive and growing way according to a Z direction of reading. The number of eye fixations is recorded in one minute and the subject is asked if this activity was easy or difficult. The performance can be judged by the examiner as rhythmic or disrhythmic compared to the metronome. The rhythm corresponds to a good organization of the nervous system. A good organization of ocular movements expresses a good visual efficiency but above all a good cognitive performance related to ocular movements.

Forecast values. 66 characters read in a minute for the age group and the subjects considered.

## **Bibliography and web references:**

Giannelli M., Giannelli L., Moro G. (2014 a-b-). *Esame visivo efficace. Una codifica dell'esame visivo per la gestione quotidiana dei problemi.* Ed. Medical Books. (a. p.35; b. p.29; c. pp.76-77; d. pp.83-84)

Griffiths and Wood (2000). Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. *J. Gambl. Stud.* 16, 199–225

Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM) (2014). *Expertise collective: Conduites addictives chez les adolescents—usages, prévention et accompagnement: principaux constats et recommandations.* (Introduction pp. XV-XX)

Jennings S. (1999), *Introduction to developmental playtherapy: Playing and health.* London, UK. Jessica Kingsley Publishers, LTD p. 57.

Jennings S. (2005), *Embodiment-projection-role: A developmental model for the play therapy method.* In C. E. Schaefer, J. McCormick, & A. J. Ohnogi (Eds.), *International handbook of play therapy: Advances in assessment, theory, research, and practice.* Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. (p. 67).

Margaret A. Powell (2014 a. b. c.). *Using the Embodiment-Projection-Role Paradigm within Drama Therapy to Develop Affective Social Competence in Children.* Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts (Creative Arts Therapies) Concordia University Montreal, QC, Canada (a. pp. 52-53; b. pp. 54-55; c. pp. 55-56-57) [http://spectrum.library.concordia.ca/979072/1/Powell\\_MA\\_F2014.pdf](http://spectrum.library.concordia.ca/979072/1/Powell_MA_F2014.pdf)

Romo L., Bioulac S., Michel G., Kern L. *La dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet.* Dunod, 2012 (pp.)

Winnicott D. (1971). *Playing and Reality* Tavistock Publications,(Chapter 1).

Badth (2016) <http://badth.org.uk/home>

Nadta (2016) <http://www.nadta.org/what-is-drama-therapy.html>

## **Acknowledgements:**

Maurizio Giannelli, Intervision Scientific Istitution.

Francesca Sangalli, Associazione Gioivo 15 Milan, Italy.

Riccardo Aduasio, Livilla Bottinelli, CSF Centro Servizi Formazione Pavia, Italy.

Anna Assannelli, Fabrizio Beretta, Domenico Cucinotta, Tiziana Terraneo - IIS Luigi Galvani Milan, Italy.

Adele Anna Posa, Elisabetta Oggioni, Giuseppe Lugarà - IIS Lagrange Milan, Italy.

Lucia Dorigo, Claudio Boccalari - IIS Adelaide Cairoli Pavia, Italy.



**CINQUIEME PARTIE**  
**CADRE EXPERIMENTAL**

**EXPERIENCE CLINIQUE :**  
**LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS**  
**AUX JEUX VIDEO EN DRAMATHERAPIE**  
**2014 – 2016**



## **LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS**

### **AVEC OU SANS SUBSTANCES EN DRAMATHERAPIE**

Cette thèse explore deux dimensions : l'approche psycho éducative et préventive, traitée dans le chapitre précédent, et la **dynamique clinique de la prise en charge** des addictions à Internet auprès d'un public adolescent. Pour que le lecteur puisse comprendre la démarche qui a permis aussi l'exploration du tableau clinique, il faut faire, encore une fois, un préambule concernant les expériences professionnelles de la doctorante qui travaille en tant que dramathérapeute en psychiatrie à Milan, notamment avec des personnes atteintes du syndrome d'Asperger et des personnes addictives.

Notre pratique clinique nous a obligées, en tant que professionnelles, à considérer les nouvelles formes d'addiction, qui apparaîtraient dans notre pratique clinique quotidienne, comme des nouvelles frontières à explorer. **Les jeunes atteints d'autisme semblent être attirés et captivés par les écrans** et la considération de cette captation virtuelle ne peut plus attendre, à notre sens. La réflexion clinique et la prise en charge de ces patients doit avancer. De plus, **l'usage abusif des écrans semble être désormais devenue un confort relationnel plutôt qu'un symptôme de déséquilibre**. La captation des écrans ressemble énormément dans ses manifestations à l'univers de la **toxicomanie**. Notre expérience clinique et notre curiosité professionnelle constituent les raisons pour laquelle l'intérêt pour le sujet de cette thèse, c'est à dire l'addiction à Internet, s'est développé.

Le chapitre qui suit présente alors deux expériences différentes: un atelier de dramathérapie adressé à des adolescents et des jeunes adultes Asperger, addictifs aux jeux vidéo, et un atelier de dramathérapie adressé à des adolescents et des jeunes adultes, souffrant d'addiction aux substances. La prise en compte de l'univers perceptif de l'autisme et celui de la toxicomanie, nous semblent intéressante pour enrichir et approfondir la réflexion qui concerne les addictions sans substances. Notre intention ainsi que notre objectif, tendent à l'ouverture du regard clinique face aux comorbidités possibles qui caractérisent la pratique clinique de notre champ d'étude. La **population** des deux expériences citées inclus aussi de jeunes adultes mais il faut rappeler au lecteur qu'il s'agit toujours de personnes avec une maturité socio-affective moins solide par

rapport à la population générale. C'est pour cette raison que les auteurs de cette thèse considèrent ces groupes de travail comme groupes homogènes.

## **LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX JEUX VIDEO AVEC LA DRAMATHERAPIE**

### LE SYNDROME D'ASPERGER

Il nous semble intéressant de partager les réflexions à propos de ce syndrome puisque ce dernier représente à notre avis une population particulièrement exposée au risque de développer une addiction à Internet et aux jeux vidéo.

Le DSM IV, publié en 1994, définissait l'autisme et ses troubles associés comme des « troubles envahissants du développement » (TED). Dans la quatrième version du manuel, la catégorie des troubles envahissants du développement comportait cinq sous-types de l'autisme : les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance, les troubles envahissants du développement non spécifiés (TED non spécifié) ainsi que le syndrome de Rett. Dans le DSM V, cette définition a été remplacée par le terme de « troubles du spectre autistique » (TSA), lesquels sont inclus dans une catégorie plus vaste de « troubles neurodéveloppementaux ». Le DSM V ne fait pas la distinction entre ces différents sous-types mais spécifie plutôt 3 degrés de sévérité des symptômes ainsi que le niveau de soutien nécessaire.

Dans le DSMV, seules deux catégories de symptômes subsistent :

- a. Les « troubles de la communication sociale » (problèmes sociaux et de communication)
- b. Les « comportements restreints et répétitifs ». La « sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels », fait désormais partie de la catégorie des « comportements répétitifs ».

Le syndrome d'Asperger se caractérise par une altération des interactions sociales (semblable à celle observée dans l'autisme), associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Mais contrairement à l'autisme, il ne s'accompagne pas de troubles du langage ou du développement cognitif.

Le lecteur pourra apprécier la clarté d'un extrait du blog « Les tribulations d'une Aspergirl »<sup>11</sup> qui illustrent les préoccupations et les conditions de la vie d'une personne atteinte du syndrome d'asperger. Ce blog représente un exemple des centaines des tentatives de la part des personnes Asperger d'utiliser le réseau comme un espace de communication et de bonne information afin que les personnes puissent se reconnaître et demander de l'aide ou mieux comprendre les manifestations et les comportements évoqués.

« Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger peuvent avoir des **difficultés à se mettre en lien avec l'autre donc à entretenir des amitiés**. Ils ne peuvent pas entrer en relation se connecter avec leurs pairs en raison d'un manque de compétences sociales. Pour eux, il peut être difficile de parler à d'autres enfants ou de participer à des activités de groupes. Par conséquent, il est courant d'observer un certain niveau de frustration, car malgré leur désir de se faire des amis, ils en sont incapables.

Les enfants qui souffrent du syndrome d'Asperger peuvent être atteints de **mutisme sélectif**. Cela se produit quand ils ne parlent librement qu'avec les personnes autour desquelles ils sont à l'aise, et ne parlent pas du tout aux étrangers. Le mutisme sélectif apparaît plus souvent à l'école et en public. Certains enfants refusent de parler à qui que ce soit à partir d'un très jeune âge. Cette condition peut disparaître spontanément ou alors peut nécessiter une thérapie.

Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ont de la peine à **exprimer de l'empathie à l'égard des autres**. Même s'ils peuvent réagir de façon appropriée face aux situations qui affectent les autres, ils ne peuvent cependant pas comprendre réellement pourquoi quelqu'un d'autre éprouverait de la peine par exemple. Cela peut être dû au fait qu'au cours de leur enfance, ces patients atteints du Syndrome d'Asperger jouaient sans doute de manière trop brutale et agressive avec leurs pairs, ou avaient l'habitude de dire des choses cruelles sans se rendre compte, que cela pouvait blesser l'autre personne.

Ceux qui souffrent du syndrome d'Asperger ont du mal à **maintenir un contact visuel** avec les personnes avec qui/lesquelles ils communiquent. Certains pensent que cette condition est provoquée par un manque de confiance. D'autres disent qu'établir un contact visuel les rendrait très mal à l'aise, et pourrait même être douloureux. Il y a aussi

---

<sup>11</sup> Available at <http://les-tribulations-dune-aspergirl.com/>

la théorie d'après laquelle les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ne réalisent pas combien le contact visuel est important dans la communication sociale.

L'idée que les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ne sont pas passionnées est complètement fautive. Ils **peuvent devenir très actifs socialement** et se lier d'amitiés. D'autres peuvent essayer de s'entourer de gens, ce qui leur permet d'avoir beaucoup de connaissances proches, sans toutefois approfondir le lien. Cela peut être lié à la façon dont ils sympathisent avec les autres. Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger pourraient ne pas montrer d'autres signes extérieurs de cette maladie, mais le dysfonctionnement de leur comportement social est un élément clé.

Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ne s'en sortent pas toujours en milieu scolaire (absence de déficience intellectuelle), ceci serait dû au fait qu'ils manquent d'intérêt pour certaines activités sociales. Peu attirés par la relation avec les autres, ils préféreraient **jouer à des jeux vidéo, faire du dessin**. Toute activité en l'absence de l'autre semble élever leurs esprits et ils y trouvent un grand réconfort. Lorsqu'ils sont obligés d'interrompre les projets qui les passionnent ou quand ils sont confrontés à l'échec, ils peuvent sombrer dans la dépression. Nourrir les intérêts chez ces enfants est donc très important pour leur assurer un soutien émotionnel et mental.

Les personnes atteintes du Syndrome d'Asperger ont des **routines quotidiennes précises**, et lorsqu'on essaie d'interrompre ou de changer leurs horaires ou leurs activités, ils peuvent devenir très irritables. Leurs rituels les aident à gérer leur anxiété. Heureusement, la majorité d'entre nous fonctionnent également à base de routines.

Un des symptômes du syndrome d'Asperger est l'**interprétation littérale** de tout ce qui est dit. En d'autres termes, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger peuvent ne pas comprendre le sarcasme, l'ironie ... Ils considèrent comme vrai tout ce que tout le monde dit. L'idée d'après laquelle les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ne comprennent pas l'humour est erronée. En réalité, ces personnes peuvent être les personnes les plus drôles jamais rencontrées. Dès qu'elles se rendent compte de leur erreur d'interprétation littérale, elles ont besoin d'une explication claire afin de comprendre la vraie signification des choses.

Les personnes atteintes du syndrome d'Asperger **peuvent avoir des difficultés à contrôler leur motricité globale et fine**. Les problèmes moteurs peuvent se manifester par une mauvaise écriture causée par une mauvaise coordination entre l'œil et la main ».

Ainsi, à partir de toutes ces considérations, le Spazio Nautilus de Milan, une institution milanaise qui prend en charge personnes atteintes d'autisme, a décidé de proposer, entre autres, une activité de dramathérapie qui apparaît comme une activité thérapeutique adaptée, dont est responsable le doctorant en charge de cette thèse.

#### OBJECTIFS DU GROUPE

Les objectifs de l'atelier de dramathérapie sont les suivants : créer, à travers le contact relationnel, un **groupe des pairs**, à savoir l'existence d'un groupe de référence pour chacun des participants en contrecarrant la tendance de certains à un **retrait social**, promouvoir la connaissance de leur **corps**, la prise de conscience de leur propre identité physique, entrer en contact, sentir, connaître et reconnaître leurs **émotions**, améliorer les **capacités relationnelles et expressives** de chacun, entraîner la **concentration** afin de finaliser, en fonction des objectifs communs, leurs propres ressources créatives, promouvoir et encourager à travers l'art de l'improvisation spontanée et en manière indirecte, le **partage** des histoires, des désirs et des passions, utiliser l'espace scénique comme un espace potentiel à travers lequel improviser des scènes variées afin de comprendre **les mécanismes sociaux et les règles qui sous-tendent certains comportements / situations sociales**, créer et s'accorder sur un **système de règles** partagées, créer et s'accorder sur une **ritualité constructive** (par exemple: un exercice d'ouverture et de clôture de la séance toujours le même) afin que le rituel puisse devenir un point de départ pour entrer en contact et partager l'expérience, l'amélioration de l'**estime de soi** de chaque protagoniste et acteur participant est souvent le résultat de la possibilité d'être en mesure de participer et d'apporter une contribution personnelle à la réalisation d'une pièce partagée sur scène.

C'est à l'intérieur de ce panorama institutionnel qu'une proposition clinique, adressée à un groupe d'adolescents Asperger **addictif aux jeux vidéo**, a été mise en place.

## LA PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION AUX JEUX VIDEO CHEZ DES ADOLESCENTS

### ASPERGER AVEC LA DRAMATHERAPIE

ENTRE ECRAN VIRTUEL ET ESPACE REEL : « ... et si on jouait réellement ensemble ? »

LA RECHERCHE DE LA DIMENSION TRANSITIONNELLE DU JEU DANS L'ATELIER DE DRAMATHERAPIE AVEC DES ADOLESCENTS SOUFFRANT D'ADDICTION AUX JEUX EN LIGNE.

#### LE PROJET

A partir de toutes les considérations cliniques citées au-dessus, un projet clinique à visée thérapeutique a permis de proposer à **13 adolescents Asperger addictifs aux jeux vidéo**, d'âge compris entre 11 et 20 ans, un atelier de dramathérapie. Cette expérience a été réalisée en collaboration avec le Spazio Nautilus de Milan, le centre ESC Team et l'atelier de dramathérapie de l'Université des Etudes de Milan (Unità Operativa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Luigi Sacco di Milano).

#### PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure le jeu théâtral pourrait-il **réduire des comportements addictifs** chez les personnes souffrant de pathologies addictives aux jeux vidéo?

#### HYPOTHESES

##### Hypothèse générale

L'espace thérapeutique de l'atelier de dramathérapie peut aider les personnes atteintes d'addictions aux jeux vidéo à avoir accès à la **dimension transitionnelle du jeu, à la qualité du jouer ensemble et à plusieurs dans le monde physique réel.**

##### Hypothèses opérationnelles

Un protocole exploratoire de dramathérapie adressé aux personnes souffrant de pathologies addictives aux jeux vidéo a été mis en place au sein de l'institution dans laquelle nous promovons cet atelier. Cette nouvelle proposition thérapeutique substitue le travail de construction du personnage théâtral avec **le travail d'élaboration et de création de l'Avatar**. L'Avatar sera dessiné en papier et présenté aux autres. Chaque participant va donc interpréter son Avatar dans les jeux et les exercices théâtraux proposés. Pendant les séances, l'Avatar du joueur sera de plus en plus précisé

(caractéristiques physiques, voix, etc.) selon le désir et les verbalisations du patient avec le travail du corps.

La **première hypothèse opérationnelle** reconnaît donc le travail d'élaboration et/ou de **création de l'Avatar** à travers le travail du corps comme un instrument thérapeutique pour promouvoir la **prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psychophysique de la reconnaissance des besoins physiologiques et corporels de la personne.**

Ce protocole exploratoire prévoit dans un premier temps la participation du patient à un parcours de séances individuelles dans le but d'être ensuite inséré dans un parcours en groupe.

La **deuxième hypothèse opérationnelle** considère l'expérience du jeu partagé dans la relation émotive et affective au thérapeute, ce qui permet à la personne de **rétablir ou d'initier ou rétablir une relation de confiance avec l'autre et d'avoir accès à la qualité du jouer ensemble.**

La **troisième hypothèse opérationnelle** considère la deuxième phase du travail, l'approche en groupe, ce qui permet à la personne **d'avoir accès à la qualité du jouer à plusieurs à travers une expérience corporelle partagée.**

#### OBJECTIFS

Les objectifs généraux sont **l'amélioration et le développement des capacités relationnelles; le développement des capacités créatives; la prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psycho-physique; une meilleure gestion de leurs propres émotions; l'augmentation de l'estime de soi.**

Les objectifs spécifiques de l'atelier sont la **définition et la différenciation entre espace virtuel, espace mental imaginaire, espace scénique illusoire et espace réel existentiel; la réduction des comportements addictifs; la reconnaissance des besoins physiologiques de l'organisme; le partage physique et corporel de l'expression et de la communication interpersonnelle.**

La spécificité de cette proposition thérapeutique correspond au travail de discussion, d'élaboration et de construction de l'Avatar, avec la technique de l'improvisation. A chaque séance, les participants abordent avec des exercices corporels les habilités physiques (force – agilité - vitesse) et les habilités du caractère (courage – noblesse d'âme – méchanceté), les habilités spirituelles (sensibilité particulières – pouvoirs magiques). Travailler les images sous-jacentes avec les improvisations permet d'explorer les objectifs personnels et les aspirations du personnage (désirs – émotions – états d'âme), d'évoquer l'expérience de jeu en ligne et explorer l'imaginaire des participants et leurs capacités créatives. Les exercices d'écriture créative, le support du cahier de bord personnel, le jeu théâtral sur scène peuvent favoriser l'accès à la symbolisation et l'élaboration de l'expérience vécue.

## METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

### Le plan expérimental

Notre protocole d'intervention comprend deux phases de travail distinctes:

la première phase comprend l'évaluation psycho-diagnostique approfondie de chaque patient participant au projet sous la forme d'un entretien ouvert avec le psychiatre psychothérapeute, directeur clinique de l'institution; un entretien d'évaluation de la part d'une psychologue clinicienne qui comprend l'administration des tests **IAT (*Internet Addiction Test*)** de K. Young<sup>12</sup> et/ou **UADI (*Uso, Abuso e Dipendenza da Internet*)** C. Del Miglio, A. Gamba, T. Cantelmi ; une ou plusieurs séances de dramathérapie individuelle avec le dramathérapeute de l'institution et doctorant en charge de cette thèse.

La participation active du patient est encouragée grâce à un moment d'autoévaluation qui prévoit la passation du test **PVP (*Problem Video Game Playing*)** de Tejero Salguero et Bersabé Moràn (2002), l'un des seuls questionnaires portant sur l'utilisation problématique du jeu vidéo à la fois en ligne et hors ligne. Il s'agit d'un outil constitué de 9 items pour lesquels sont proposées les réponses dichotomiques « oui » et « non ». Il a été nécessaire de traduire l'échelle PVP n'étant pas validé ni en français ni en italien pour une population adolescente ou adulte. Un score total élevé est l'indication d'un possible problème lié à une pratique excessive du jeu vidéo.

---

<sup>12</sup> Available at <http://www.globaladdiction.org/dldocs/GLOBALADDICTION-Scales-InternetAddictionTest.pdf>

### Le terrain clinique

Suite à la première phase d'évaluation psycho-diagnostique, la deuxième phase se déroule de la manière suivante. L'équipe soignante pluridisciplinaire, à travers l'analyse des besoins du patient, formule un plan d'intervention thérapeutique qui peut comprendre une prise en charge pharmacologique, un parcours de psychothérapie, un programme de réhabilitation cognitive et/ou de réhabilitation émotive - affective. La dramathérapie constitue souvent le cœur de la prise en charge.

Comme il vient d'être décrit dans la partie dédiée aux hypothèses opérationnelles de cette thèse, le protocole de dramathérapie prévoit au début la participation du patient à une séance ou à un parcours des séances individuelles pour ensuite être inséré dans un parcours de groupe de dramathérapie.

### Le recueil de données

Le recueil de données pendant le parcours de dramathérapie est constitué à partir d'enregistrements vidéo de chaque séance. L'analyse des données se déroule pendant le parcours thérapeutique du patient grâce aux réunions d'équipe et aux supervisions cliniques proposées par l'institution. Nous demandons au patient pris en charge de suivre les indications cliniques suggérées par l'équipe soignante. Il n'est pas demandé au patient d'arrêter complètement son expérience de jeu virtuel pendant la prise en charge. Par contre, le patient s'engage à réduire le temps de connexion et à remplir un « carnet de bord » face à l'écran avant, pendant et après l'expérience du jeu vidéo dans sa vie quotidienne et pendant le parcours de dramathérapie. Ce type de recueil de données permet à notre avis d'acquérir des informations très importantes qui seront discutées pendant les entretiens non dirigés du patient avec la/le psychologue de l'institution. La personne avec cet outil thérapeutique peut décrire librement ses cognitions (pensées), ses émotions, ses ressentis et ses comportements à trois moments relatifs au jeu : avant, pendant et après. Le psychologue utilise des formulations et des relances sous forme de questions ouvertes pour faciliter l'émergence des idées. Les contenus de paroles des participants sont enregistrés et retranscrits par écrit.

Pour aider le lecteur de cette thèse dans la compréhension de cette analyse et des processus qui soutiennent un parcours dramathérapeutique, la fiche du dispositif est proposée avant la discussion des études de cas.

## FICHE DU DISPOSITIF DE DRAMATHERAPIE

### **Dispositif groupal – 75 minutes (en co-animation)**

- Temps des nouvelles : 10 minutes
- Échauffement et jeux théâtraux : 20 minutes

(à chaque séance un aspect typiquement présent dans les jeux de rôle en ligne sera évoqué pour être en suite discuté en groupe et improvisé sur scène)

- le participant joue avec son propre Avatar

1<sup>ère</sup> séance : habilités physiques (force – agilité - vitesse)

2<sup>ème</sup> séance : habilités du caractère (courage – noblesse d’âme – méchanceté)

3<sup>ème</sup> séance : habilités spirituelles (sensibilité particulières – pouvoirs magiques)

4<sup>ème</sup> séance : objectifs personnels et aspiration du personnage (désirs – émotions – états d’âme)

- le participant choisit de jouer avec un autre Avatar – différent du sien.

1<sup>ère</sup> séance – bis / 5<sup>ème</sup> séance: habilités physiques (force – agilité - vitesse)

2<sup>ème</sup> séance – bis / 6<sup>ème</sup> séance: habilités du caractère (courage – noblesse d’âme – méchanceté)

3<sup>ème</sup> séance – bis / 7<sup>ème</sup> séance: habilité spirituelles (sensibilité particulières – pouvoirs magiques)

4<sup>ème</sup> séance – bis / 8<sup>ème</sup> séance: objectifs personnels et aspiration du personnage (désirs – émotions – états d’âme)

- Création de la trame et du scénario - Préparation des improvisations (à deux ou en trio): 5 minutes
- Jeu scénique - improvisation sur scène (à deux ou en trio): 10 minutes
- Temps parole : 5 minutes
- Cahier d'écriture (en solo) – élaboration de l’expérience de jeu : 15 minutes
- Relaxation: 10 minutes

## L'ANALYSE DES RESULTATS

Les adolescents participant à cette deuxième expérience thérapeutique (avant de commencer le travail dans l'atelier) ont d'abord participé à deux phases de travail, c'est à dire une première phase d'évaluation psycho diagnostique approfondie (l'administration des certains tests - IAT *Internet Addiction Test* - UADI *Uso, Abuso e Dipendenza da Internet* et PVP *Problem Video Game Playing* avec des entretiens avec les psychologues ou les psychiatres de l'institution) et une deuxième phase d'acceptation de prise en charge, grâce au partage d'un programme dans lequel la dramathérapie constitue souvent le cœur du parcours thérapeutique.

Cette première phase d'évaluation, à notre avis très importante, a représenté pour les participants et évidemment pour leurs familles, un stress important.

C'est pour cette raison que le recueil de données pendant le parcours de dramathérapie a été assuré grâce aux enregistrements vidéo et non pas par l'administration des tests ou des questionnaires à remplir aux participants. Il n'a pas été possible (et à mon avis cela a été très judicieux de la part des soignants) d'exposer le groupe à une analyse quantitative directe de l'expérience thérapeutique. Cependant les adolescents se sont engagés à remplir un « carnet de bord » personnel à travers lequel ils notaient leurs pensées, leurs états d'âme, leurs émotions et leurs ressentis afin de favoriser la prise de conscience de processus thérapeutique. A partir des l'enregistrements vidéo des séances et l'analyse des corpus consignés dans les cahiers de bord, l'analyse non directive et qualitative de l'expérience a été réalisée à partir de l'étude du contenu visuel et verbal des enregistrements vidéos et des textes écrits dans les carnets de bord.

Les études de cas proposés ensuite illustrent le résultat de cette analyse.

## ÉTUDES DE CAS

### *Présentation du cas clinique de E.*

E. est adressé à la consultation par ses parents. Il a 16 ans. Il a été reconnu porteur du syndrome d'Asperger à l'âge de 12 ans. Ses parents sont mariés. E a une sœur âgée de 18 ans. La famille semble être aujourd'hui très affectueuse et très accueillante. Les parents de E. ont pris la décision de commencer un parcours thérapeutique de soutien à la parentalité quand le diagnostic a été posé. La mère de E. réfère qu'à l'époque elle était complètement épuisée par les obsessions et les comportements bizarres de son fils : l'attention et la tension familiales étaient complètement tournées sur E. « Le niveau de stress était intolérable avant la prise en charge » relate le père de E. A travers cette thérapie de couple un nouvel équilibre familial a été retrouvé. Ainsi une prise en charge médico – sociale plus importante a été possible. Grâce à la médiation de l'équipe soignante, les grands-parents ont pu aider leurs fils (les parents de E.) dans l'accompagnement de E.

A l'entretien E. arrive en retard (« comme d'habitude » – relate sa sœur) et il s'excuse exagérément de son comportement qui est apparu depuis quelques mois : une utilisation excessive des jeux vidéo en ligne. La connexion à Internet est présentée comme la cause de son isolement social et de la perte de ses intérêts qu'il a abandonnés pour d'autres activités à son avis plus intéressantes (les jeux vidéo). Cependant on observe un ensemble de symptômes dépressifs associés, que E. sous-estime. La famille indique que les comportements obsessionnels et la rigidité ont toujours caractérisé la personnalité de E.

E. a un ordinateur dans sa chambre depuis 4 ans et depuis une année celui-ci est connecté à Internet. Le facteur à l'origine de la demande de consultation a été l'augmentation du temps passé devant l'ordinateur lors des vacances précédant la consultation, estimé à 8-10 heures par jour par la famille.

Dans la première phase de consultation, à la suite de l'entretien d'évaluation qui comprend l'administration des test IAT (*Internet Addiction Test*) de K. Young et/ou UADI (*Uso, Abuso e Dipendenza da Internet*) de C. Del Miglio, A. Gamba, T. Cantelmi] une psychologue clinicienne a posé le diagnostic de consommation excessive de jeux vidéo associé au syndrome d'Asperger, déjà diagnostiquée précédemment. Il a été proposé à E. un parcours des séances de dramathérapie individuelles, dans l'idée d'intégrer un groupe de dramathérapie concernant les jeux vidéo.

Nous avons demandé à E. d'effectuer une auto-évaluation du temps passé en ligne. E. était et reste réticent à cet aspect de la prise en charge. Il a été nécessaire de demander à sa sœur et à ses parents de nous aider dans l'évaluation de cette variable. La famille relate une réduction du temps passé en ligne de la part de E. mais cette perception subjective n'a pas encore été vérifiée.

### ***Evolution du parcours de dramathérapie de E.***

E. intègre le groupe de dramathérapie en octobre 2012. Une fois par semaine, il participe à l'atelier de dramathérapie et il maintient, pour toute la période de fréquentation du groupe, une présence constante. Il participe aux rencontres activement. Il comprend et il respecte les règles des exercices mais vis-à-vis des autres membres du groupe, il maintient une attitude de distance, parfois d'infériorité ou d'incapacité, induite en partie par ses difficultés expressives.

Au début de l'atelier, pendant les brèves représentations des personnages proposés, à la fin des séances, il n'arrive pas à collaborer activement avec les autres participants mais il reste quand même dans une dimension de participation émotive et reste dans une écoute profonde qui lui permet d'être sincèrement accueilli de la part des autres participants au groupe. Par contre sa rigidité et ses stéréotypies entraînent régulièrement un rejet par le groupe puis une exclusion sociale.

E. arrive à jouer et à élaborer son propre Avatar au cours de l'atelier. Il décrit dans son cahier de bord son *Musha Gundam* : ses habilités physiques (« force – endurance – vitesse »), les habilités de son caractère (« il est très en colère – il est intransigeant parce que il ne veut pas être dérangé par les autres »), et les objectifs personnels et les aspirations du personnage (« détruire les autres – gagner ses missions »). E. n'arrive pas à décrire les habilités spirituelles de son Avatar.

Au fur et à mesure que le groupe travaille à la construction d'une mission en groupe pendant la rencontre des différents Avatar sur scène E. joue avec son personnage et donc avec les autres sur scène. Il verbalise souvent à la fin de la séance qu'il s' « amuse énormément ». Il arrive aussi à faire une proposition : il demande aux thérapeutes et aux autres participants de construire ensemble les armes des personnages. Cela a donné lieu à une longue discussion d'équipe et la proposition a été accueillie. Cela a été l'occasion de nous interroger sur le cadre de cet atelier. En effet, les objets sont souvent imaginés (et pas physiquement présents) pour encourager la symbolisation de l'expérience et promouvoir le développement des capacités d'imagination des participants. En

accueillant la proposition de E. cela nous a conduit à établir de nouvelles règles dans l'atelier en raison du danger potentiel que présente l'introduction de ces armes dans la réalité physique de l'atelier. Les improvisations proposées par les participants sont en effet souvent très agressives et très vivantes sur le plan de la participation et de la présence scénique d'un point de vue physique et corporel. Les armes ont été construites dans d'autres ateliers avec l'aide des collègues professionnels plus compétents que nous. Cette fabrication hors atelier permis de créer du lien entre les différents ateliers proposés par l'institution.

Grâce à la participation aux improvisations E. **a reconnu son engagement corporel** et verbalisé la « fatica fisica ma anche morale » ( traduction : la fatigue physique mais aussi morale) de son personnage. Si l'on pense à la difficulté des personnes addictives aux jeux vidéo d'être à l'écoute de leur propre corps et à reconnaître ses leurs propres besoins physiologiques, ces résultats semblent aller dans le sens de nos hypothèses. La première hypothèse opérationnelle de cet étude, qui reconnaît le travail d'élaboration de l'Avatar grâce au travail du corps comme un instrument thérapeutique pour promouvoir la prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psychophysique et la reconnaissance des besoins physiologiques et corporels de la personne, semble confirmée.

Grâce à la mise en scène d'un scénario en groupe et au temps de parole toujours proposé à la fin de chaque séance, l'Avatar de E. a compris que son Avatar « non è così cattivo come pensava » (traduction: l'Avatar n'est pas si méchant comme il croyait) et que son Avatar « poteva condividere le sue missioni con degli amici » (traduction: son Avatar pouvait partager des missions avec des amis). **Partager une mission pour E. correspond à la possibilité de partager une expérience émotive.** Ces verbalisations et son attitude de plus en plus participative en groupe nous permettent de penser que le dispositif proposé peut être considéré comme un outil efficace pour atteindre cet objectif. La deuxième et la troisième hypothèse opérationnelle, qui considèrent l'expérience du jeu partagé dans la relation émotive et affective au thérapeute, ce qui permet à la personne de rétablir une relation de confiance avec l'autre et d'avoir accès à la qualité du jouer ensemble, et l'approche en groupe, ce qui permet à la personne d'avoir accès à la qualité du jouer à plusieurs grâce à une expérience corporelle partagée, peuvent alors à notre avis être considérées comme valides.

### *Présentation du cas clinique de F.*

F. est adressé à la consultation par son médecin généraliste. Il a 19 ans. L'équipe soignante a posé le diagnostic de syndrome d'Asperger mais le cas clinique est complexe. Les hypothèses ont été nombreuses : syndrome maniaco-dépressif - trouble de l'humeur bipolaire – dérangement de la personnalité – psychose induite par substances psychoactives et/ou drogues. La symptomatologie psychique d'ensemble est plutôt sévère.

F. a été adopté à l'âge de trois ans. Ses parents sont séparés depuis cinq ans. Au moment de la prise en charge, la relation conjugale est particulièrement difficile à cause de la procédure de divorce encore en cours.

A l'entretien, on relève une anxiété relevant d'une phobie sociale et des traits de personnalité très agressifs. Son vocabulaire est très vulgaire. Il est apparu depuis l'âge de 16 ans un trouble oppositionnel avec provocation. Les résultats scolaires, quoique F. soit très intelligent, sont en chute libre. Il a abandonné l'idée de s'inscrire à l'université à cause de son anxiété sociale et de ses symptômes dépressifs. Il a arrêté les activités sportives précédemment aimées (judo et karaté) et a la tendance à s'isoler, à moins côtoyer ses cousins et ses amis. De façon concomitante est apparue une consommation excessive de jeux vidéo.

F. a un ordinateur dans sa chambre depuis l'âge de 14 ans et tous les appareils de connexion et électroniques possibles et imaginables. Il dépense tout son argent dans ces achats en ligne et il n'arrive plus à sortir avec les amis et ses cousins à cause du manque d'argent pour les activités qu'ils lui proposent. Le facteur précipitant la demande de consultation fut le comportement agressif et les réactions anxieuses et psychophysiologiques suite à la déconnexion d'un jeu vidéo de la part de la mère de F. devant l'ordinateur pendant les vacances précédant la consultation.

Dans la première phase de consultation, l'entretien d'évaluation de la part d'une psychologue clinicienne [qui comprend l'administration des tests IAT (*Internet Addiction Test*) de K. Young et/ou UADI (*Uso, Abuso e Dipendenza da Internet*) de C. Del Miglio, A. Gamba, T. Cantelmi] a conclu au diagnostic de consommation excessive de jeux vidéo associé au syndrome d'Asperger. Il fut proposé à F. un parcours des séances de dramathérapie individuelles, pour ensuite intégrer un groupe de dramathérapie concernant les jeux vidéo avec le dramathérapeute de l'institution et le doctorant en charge de cette thèse. Durant la prise en charge, E. devait également effectuer une auto-évaluation du

temps passé en ligne. E. était réticent à cet aspect de la prise en charge. A partir du mois d'Avril 2013, c'est-à-dire au bout de six mois, F. a décidé de suspendre complètement ses activités de jeu en ligne.

### ***Evolution du parcours de dramathérapie de F.***

Le patient entre dans le groupe de dramathérapie en septembre 2012. Une fois par semaine, il participe à l'atelier de dramathérapie et il fréquente régulièrement le groupe. Il participe aux rencontres activement. Il comprend mais il ne respecte pas les règles des exercices et vis-à-vis des autres membres du groupe il maintient une attitude de supériorité, sûrement induite en partie par ses capacités expressives qui le rendent à l'aise dans l'activité. Cette attitude de supériorité le conduit à s'éloigner souvent du groupe et de sortir souvent du cadre thérapeutique proposé et masque sa difficulté à se mettre en lien avec les autres (attitude de prestance).

Au début de l'atelier, pendant les brèves représentations du personnage proposé, à la fin des séances, il ne semble pas capable de collaborer avec les autres participants pour la réalisation de la scène finale dans une dimension d'écoute et de comparaison et il tente à centraliser l'attention des thérapeutes sur lui, en préférant des situations de monologues plutôt que la possibilité d'un dialogue entre personnages à l'intérieur de la même scène. Au cours de plusieurs séances, il propose au groupe de longs monologues articulés qu'il préparait chez lui, afin de décrire précisément les caractéristiques de son Avatar, mais aussi d'obtenir l'appréciation de ses dons artistiques et de son agilité performative de la part du thérapeute et du groupe.

E. arrive à élaborer son propre Avatar au cours de l'atelier. Il décrit dans son cahier de bord son *Guerra (Guère)*: ses habilités physiques (« force – endurance – résilience »), les habilités de son caractère (« il est fidèle, taciturne et déterminé »), les objectifs personnels et les aspirations du personnage (« sucer les vies de ses adversaires – absorber les énergies nécessaires pour gagner ses missions »). F. comme E. n'arrive pas à décrire les habilités spirituelles de son Avatar.

Au fur et à mesure que le groupe travaille à la réalisation d'un scénario il n'arrive jamais à jouer sur scène avec ses copains. F. finalement décide de ne pas participer au scénario en groupe réalisé en groupe (déjà évoqué dans la discussion du cas clinique de E.), à cause de la présence d'un autre garçon, appartenant au groupe, qu'il jugeait "mal élevé et impoli" car il avait tendance à centraliser l'attention du groupe sur lui, en ayant une attitude d'inadéquation et de non respect vers les autres participants. F. a accepté la

proposition du thérapeute de ne pas participer activement sur scène mais en même temps de devenir le responsable des armes du groupe et des musiques à préparer pour ce scénario. Grâce à ce rôle F. a pu se rassurer et participer activement « à distance » à travers la médiation d'un engagement partiel.

Après une supervision clinique, le thérapeute du groupe a décidé de proposer la participation scénique de F. avec l'aide du doctorant en charge de cette thèse dans l'intention thérapeutique qui considère l'expérience du jeu partagé dans la relation émotive et affective au thérapeute, ce qui permet à la personne de rétablir une relation de confiance avec l'autre et d'avoir accès à la qualité du jouer ensemble. F. a accepté cette proposition. Dans la relation avec F. le travail d'élaboration des angoisses typiques d'un processus de séparation et d'individuation chez l'adolescent est palpable. Toutes les émotions qui se cachent derrière ce processus (c'est à dire la peur, l'agressivité, la culpabilité, la tristesse, le sentiment de la perte, du plein et du vide, d'impuissance, etc.) appartiennent aux discours de F. pendant les verbalisations, qu'on a pu réécouter avec l'aide des enregistrements vidéo de chaque séance. F. a rempli son cahier de bord d'images et de dessins très coléreux. Les parents relatent que F. à partir du mois d'Avril 2013 a décidé de **suspendre complètement ses activités de jeu en ligne** et à partir du mois de Mai 2013 il a commencé un cours de bandes dessinées. Les verbalisations de F., son attitude de plus en plus respectueuse des règles en groupe et ses comportements dehors de l'atelier nous permettent de considérer le dispositif proposé comme un outil efficace.

## LES AVATARS DE E. ET DE F.



Avatar de E. : Musha Gundam



Avatar de F. : Guerra

### *Evolution du parcours en groupe*

Il nous semble intéressant de partager une brève réflexion avec le lecteur de cette thèse aussi en ce qui concerne l'évolution du parcours en groupe qui a été élaboré à partir des ressentis des thérapeutes, des observations cliniques et des enregistrements des séances.

Le groupe a toujours compris et respecté les **règles** de l'atelier. Tous les participants ont adhéré à la proposition avec enthousiasme à toutes les séances proposées. Cela a permis d'établir, à notre sens, un cadre rassurant, rituel et créatif.

En ce qui concerne les objectifs généraux : **l'amélioration et le développement des capacités relationnelles**; le développement des **capacités créatives** et **une meilleure gestion des émotions** de la part des participants; il nous semble que cette proposition thérapeutique a aidé les participants à explorer et améliorer ces dimensions. **La communication interpersonnelle, verbale et non verbale**, a été efficace.

A propos des objectifs spécifiques de l'atelier, c'est-à-dire la **définition et la différenciation entre espace virtuel, espace mental imaginaire, espace scénique illusoire et espace réel existentiel**, il nous semble que cet atelier a aidé les participants à

trouver un espace physique; de jeu transitionnel, auquel il n'avait pas accès auparavant. Cet espace a représenté pour chacun la possibilité d'entrer en relation et de se connecter avec leurs propres pairs malgré le manque de compétences sociales et leurs **difficultés à se mettre en lien avec l'autre**. Les participants sont devenus toujours plus actifs socialement au fur et à mesure que le travail de construction de l'Avatar avançait. Les difficultés majeures ont été rencontrées en ce qui concerne la partie dédiée à la caractérisation des habiletés spirituelles des Avatars. Cet aspect est, à notre avis, cohérent avec la difficulté des sujets atteints du syndrome d'Asperger à symboliser ou à comprendre la proposition et à proposer des contenus, au-delà de l'**interprétation littérale** des consignes et des contenus concrets et palpables.

De plus, **la réduction des comportements addictifs** a été relatée par tous les parents des participants. Le groupe a travaillé avec continuité sur **la reconnaissance des besoins physiologiques de l'organisme; le partage physique et corporel de l'expression** et nombreuses ont été les verbalisations à propos des sensations corporelles.

En ce qui concerne la **prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psycho-physique** chez les participants et **l'augmentation de l'estime de soi**, il nous semble que le travail partagé a permis l'ouverture à cette perspective mais ces objectifs, enfin de l'atelier, même en considérant la durée du parcours, restent des horizons encore à conquérir. Il faut ajouter, que tous les participants, à la conclusion de l'expérience centrée sur la construction de l'Avatar, ont pris la décision de continuer le travail et d'intégrer le groupe de dramathérapie de l'institution. Le groupe auquel ils ont tous accepté de participer n'était pas centré sur les jeux vidéo. Ils participent encore aujourd'hui à l'atelier de dramathérapie et on peut soutenir l'idée, et donc confirmer l'hypothèse, selon laquelle prendre partie à un parcours dramathérapeutique en groupe avec succès peut permettre d'améliorer le sentiment de réussite et l'estime de chacun.

## RESUME

### PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure le jeu théâtral pourrait-il **réduire des comportements addictifs chez les adolescents souffrant de pathologies addictives aux jeux vidéo?**

### ELEMENTS INNOVANTS

Cette nouvelle proposition thérapeutique substitue le travail de construction du personnage théâtral, normalement prévu dans le parcours de dramathérapie, avec **le travail d'élaboration/ de la création de l'Avatar**. Pendant les séances, l'Avatar du joueur sera de plus en plus précisé (caractéristiques physiques, voix, etc.) selon le désir et les verbalisations du patient avec le travail du corps.

### HYPOTHESE GENERALE

✓ L'espace thérapeutique de l'atelier de dramathérapie peut aider les personnes atteintes d'addictions aux jeux vidéo à avoir accès à la **dimension transitionnelle du jeu, à la qualité du jouer ensemble et à plusieurs dans le monde physique réel.**

### HYPOTHESES SPECIFIQUES

✓ La première hypothèse opérationnelle reconnaît donc le travail d'élaboration et/ou de création de l'Avatar à travers le travail du corps comme un instrument thérapeutique pour promouvoir la **prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psychophysique et de la reconnaissance des besoins physiologiques et corporels de la personne.**

✓ La deuxième hypothèse opérationnelle considère l'expérience du **jeu partagé dans la relation émotive et affective au thérapeute**, ce qui permet à la personne de rétablir ou d'initier une relation de confiance avec l'autre et d'avoir accès à la **qualité du jouer ensemble.**

✓ La troisième hypothèse opérationnelle considère la deuxième phase du travail, **l'approche en groupe, ce qui permet à la personne d'avoir accès à la qualité du jouer à plusieurs à travers une expérience corporelle partagée.**

- ✓ hypothèse vérifiée
- ✗ hypothèse à vérifier

## SYNTHESE, LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'EXPERIENCE

Nous interroger à propos de la thématique évoquée, c'est-à-dire dans quelle mesure un atelier de dramathérapie pourrait réduire des comportements addictifs chez les adolescents et les jeunes adultes souffrant de pathologies addictives aux jeux vidéo, a été une expérience passionnante et enrichissante pour l'expérience et les réflexions partagées par rapport aux hypothèses formulées.

La **première hypothèse opérationnelle** qui reconnaît le travail d'élaboration et/ou de création de l'Avatar à travers le travail du corps comme un élément innovant et un instrument thérapeutique pour promouvoir la prise de conscience de la reconnaissance des besoins physiologiques et corporels de la personne, a été confirmé par les verbalisations des participants. Cela constitue, à notre sens, le premier pas qui favorise la prise de conscience de soi et de sa propre identité psychophysique tout au long du parcours dramathérapeutique.

La **deuxième hypothèse opérationnelle**, qui considère l'expérience du jeu partagé dans la relation émotive et affective au thérapeute, ce qui permet à la personne de rétablir ou d'initier une relation de confiance avec l'autre et d'avoir accès à la qualité du jouer ensemble, a été confirmée. Tous les adolescents qui ont participé aux séances individuelles ont ensuite pris la décision d'adhérer à l'atelier en groupe. L'expérience du jeu en groupe a été une expérience vivante. Les corps des participants étaient tous, physiquement et émotionnellement, engagés dans le mouvement du jeu des missions partagées. Cela plaide en faveur de la **troisième hypothèse opérationnelle** qui considère la deuxième phase du travail, l'approche en groupe, ce qui permet à la personne d'avoir accès à la qualité du jouer à plusieurs à travers une expérience corporelle partagée.

L'**hypothèse générale** selon laquelle l'espace thérapeutique de l'atelier de dramathérapie peut aider les personnes atteintes d'addiction aux jeux vidéo à avoir accès à la dimension transitionnelle du jeu, à la qualité du jouer ensemble et à plusieurs dans le monde physique réel semble donc être confirmé. De plus, la **réduction** de temps de connexion et de jeu en ligne a été relevée par tous les parents des participants. Ce résultat, représente pour nous, une des données plus importantes car fiables.

Par rapport aux objectifs de l'atelier, déjà évoqués dans la discussion de l'évolution du parcours en groupe, il nous semble cohérent de soutenir que la proposition thérapeutique a permis d'ouvrir la perspective vers tous ces perspectives de travail.

La principale limite de l'expérience décrite correspond à la méthodologie de la recherche. Une analyse quantitative des données n'a pas pu être réalisée. En raison d'un temps trop court, seule une analyse qualitative à partir des réflexions qui concernent les études de cas proposés ont été élaborées à partir des échanges avec les participants dans le cadre de réunions d'équipe entre professionnels. Le nombre des données peut être considéré comme léger. Toutefois les réflexions, les limites jusqu'ici décrites et les perspectives de l'expérience ont été discutées avec d'autres professionnels qui ont pu partager notre intérêt pendant deux interventions de la doctorante, dans le cadre de la 34<sup>ème</sup> conférence annuelle NADTA, c'est à dire the annual conference NADTA « **Knowledge through performance: arts based research and drama therapy** » en septembre 2013, à **Montréal, QC, Canada** et pendant le premier congrès international dédié aux addictions à Internet, c'est à dire the 1st International Congress on Internet Addiction Disorders « **Prepararsi al Presente** », au mois de mars 2014, à **Milan en Italie**.

Au delà de toutes ces considérations cliniques l'expérience est devenue un parcours réellement amusant et une authentique expérience de **plaisir**. Cet élément nous a beaucoup interrogé sur la question du plaisir. Les réunions institutionnelles et les supervisions ont représenté pour nous un espace de partage et de réflexion à travers lequel l'équipe a pu réfléchir sur comment promouvoir un parcours de soin et de prise en charge d'une autre qualité, car souvent considéré comme un moment de souffrance. En effet, pour nous, un parcours de jeu doit, à notre avis, être nécessairement amusant. Concrètement, il s'agissait de comprendre comment créer un équilibre entre la réduction d'une conduite addictive, la dimension du plaisir et un parcours thérapeutique, suffisamment ludique en dramathérapie, à travers l'activité ludique en dramathérapie, pour compenser le manque et la frustration.

*Comment proposer un parcours suffisamment attrayant pour qu'il soit capable d'interroger en profondeur l'adolescent et puisse encourager et soutenir la difficulté du changement tout au long du parcours thérapeutique ?*

Les perspectives découlent directement des réflexions évoquées précédemment. En effet, l'équipe a décidé de proposer, en ce qui concerne la prise en charge des addictions, un atelier de dramathérapie adressé à un public adolescent centré sur la possibilité d'explorer la dimension du plaisir. Le plaisir peut à notre sens représenter le

**point commun d'équilibre** entre les conduites addictives et la spécificité de la proposition thérapeutique en dramathérapie. Notre curiosité nous a porté à interroger le champ de la toxicomanie pour vérifier également l'hypothèse selon laquelle l'expérience du jeu en dramathérapie peut représenter (ou pas) la possibilité d'explorer l'univers du plaisir et du divertissement chez les adolescents et les jeunes adultes souffrant des pathologies addictives aux substances ou aux jeux vidéo. La partie suivante, qui conclut cette thèse, propose donc un nouveau projet à ce sujet qui sera réalisé à partir du mois d'octobre 2017. Les données déjà recueillies peuvent aider le lecteur à comprendre la perspective de notre future recherche et pourraient l'objet d'une publication internationale.



**EXPERIENCE CLINIQUE :**  
**LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS**  
**AUX SUBSTANCES EN DRAMATHERAPIE**  
**2017 - 2018**



## LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES

### AVEC LA DRAMATHERAPIE

#### L'ADDICTION AUX SUBSTANCES

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'addiction comme "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements". Selon l'OMS la toxicomanie se caractérise par une envie irrépressible de consommer le produit, la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance, ainsi que par le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire – quels que soient les signes de destruction physique ou psychique et les conséquences néfastes sur la vie quotidienne, sur le plan émotif, social et économique.

Il existe un **débat très vivant au niveau international** en ce qui concerne **la relation entre les addictions aux substances et les addictions sans substances** à propos des mécanismes physiologiques, psychologiques et sociaux qui organisent ces conduites. Ce qui nous semble intéressant dans le cadre professionnel de cette thèse est la tentative d'ouvrir notre réflexion jusqu'ici partagée en ce qui concerne la **recherche de sensations, l'anhédonie et la dimension du plaisir** chez les adolescents et jeunes adultes ayant des conduites addictives.

La littérature plus récente sur le plaisir psychopathologique reconnaît deux composantes principales du phénomène : un plaisir anticipatoire (« **je veux** », vouloir) et un plaisir consommatoire (« **j'aime** », goût) (Berridge KC, Robinson TE 1998 - Schultz W. 2007). Le plaisir anticipatoire est lié au plaisir pour les activités futures, alors que le plaisir consommatoire est étroitement lié à la satisfaction, la réalisation d'un désir, l'expérience liée à un certain moment et en réponse à un stimulus positif spécifique. (A. Rossi et al. 2011). Les études précliniques de neurobiologie ont confirmé cette distinction en mettant en corrélation les deux types de plaisir à différents neurotransmetteurs et des circuits neuronaux, en particulier la dopamine pour le plaisir anticipatoire et des peptides neuro-opioïdes pour ce consommatoire (Treadway MT, Zald DH, 2011). En 2006, Gard et al. ont développé l'expérience temporelle de l'échelle de plaisance (TEPS), une échelle auto-administrée, composée de 18 items, pour mesurer deux composantes chez les personnes en bonne santé et chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques. La particularité de TEPS est que jusqu'à présent, aucune autre échelle n'avait mis l'accent ni sur le plaisir,

ni sur la double nature de cette construction, mais plutôt sur l'incapacité à éprouver du plaisir (anhédonie).

C'est à partir de toutes ces considérations que nous avons décidé de monter un projet de dramathérapie, adressé à des personnes avec un problème de toxicomanie, afin de les aider à explorer la dimension du **plaisir**, à travers l'espace potentielle et transitionnelle de l'atelier. Ce projet aura lieu au mois de Septembre 2017.

## LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS CHEZ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES TOXICOMANES AVEC LA DRAMATHERAPIE

LA RECHERCHE DE LA DIMENSION DU PLAISIR ANTICIPATOIRE DANS L'ATELIER DE DRAMATHERAPIE AVEC DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES SOUFFRANT D'ADDICTION AUX SUBSTANCES.

### LE PROJET

Il s'agit d'un atelier de dramathérapie auprès des 13 adolescents et jeunes adultes, d'âge compris entre 18 et 25 ans, avec un diagnostic de toxicomanie.

### LA PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure le jeu théâtral pourrait-il aider à **explorer la dimension du plaisir (anticipatoire et consommatoire)** chez les personnes souffrant de pathologies addictives aux substances?

### LES HYPOTHESES

#### Hypothèse générale

Les personnes souffrant des addictions aux substances préfèrent la dimension du plaisir consommatoire et ont des difficultés à **explorer la dimension du plaisir anticipatoire et elles ont des difficultés à explorer la dimension du plaisir anticipatoire.**

#### Hypothèses opérationnelles

Un protocole de dramathérapie adressé aux personnes souffrant des pathologies addictives a été mis en place au sein de l'institution dans laquelle nous promouvons ce projet de recherche. Cette nouvelle proposition thérapeutique expose la personne à l'exploration à travers le corps de la dimension du plaisir. La première hypothèse opérationnelle considère **l'espace thérapeutique de l'atelier de dramathérapie comme l'outil qui peut aider les addictifs aux substances à avoir accès à la dimension transitionnelle du jeu, à la qualité du jouer ensemble et à plusieurs, favorisant l'exploration de la dimension du plaisir anticipatoire.** La deuxième hypothèse opérationnelle considère l'exploration de la dimension du plaisir ce qui peut aider les addictifs aux substances à **rétablir un rapport de respect et confiance avec leur corps.**

## OBJECTIFS

Les objectifs généraux sont **l'amélioration et le développement des capacités relationnelles; le développement des capacités créatives; la prise de conscience des parties de soi et de sa propre identité psycho-physique; une meilleure gestion de ses propres émotions; l'augmentation de l'estime de soi.**

Les objectifs spécifiques de l'atelier sont **l'exploration de la dimension du plaisir (anticipatoire et consommatoire) et la réduction des comportements addictifs.**

## METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

### Le plan expérimental

Notre protocole de prise en charge institutionnelle comprend deux phases de travail différentes. La première phase comprend l'évaluation psycho diagnostique et psychopharmacologique approfondie de chaque patient participant au projet à travers une **période d'hospitalisation** dans la clinique de soin privée casa di Cura Le Betulle<sup>13</sup>. Pendant l'hospitalisation à la personne sont proposés des entretiens ouvert avec les psychiatres psychothérapeutes et le directeur clinique de l'institution; des entretiens d'évaluation psycho diagnostiques de la part des psychologues cliniciennes et l'administration des test (**MMPI – Rorschach – TAT – ADULT, etc.**). Une condition de bonne compensation psychopathologique permet l'accès du patient, suite à la période d'hospitalisation, aux structures communautaires ou au CATT de Milan<sup>14</sup>.

### Le terrain clinique

Après la première phase d'évaluation psychodiagnostique, la deuxième phase se déroule. L'équipe soignante pluridisciplinaire, à travers l'analyse des besoins du patient, formule un **plan d'intervention thérapeutique** qui peut comprendre une prise en charge médicamenteuse, un parcours de psychothérapie, un programme de réhabilitation cognitive et/ou de réhabilitation émotive - affective.

Parmi plusieurs propositions thérapeutiques, le patient peut choisir, en accord avec

---

<sup>13</sup> <http://www.casadicuralebetulle.com/abuso-e-dipendenza-da-sostanze-stupefacenti-e-farmaci/>

<sup>14</sup> <http://www.gruppoginestra.it/it/strutture/il-centro-terapeutico-diurno/>

l'équipe soignante, de participer aux ateliers d'arts thérapies, et donc à l'atelier de dramathérapie. La participation peut donc être choisie par le patient ou encouragée de la part de l'institution. Dans tous les cas, la participation reste **libre** et les règles d'engagement, que le patient doit respecter, sont le respect des règles institutionnelles, c'est-à-dire : **pas de violence ni physique, ni verbale, pas de consommation, pas de relations sexuelles entre membres participants**. Tous les ateliers demandent aux patients participant de respecter la règle de la **confidentialité**. Pour participer ils s'engagent à ne parler que d'eux mêmes, en dehors d'une dynamique de jugement, et à être gardien de leurs limites. Ces règles visent à leur donner l'idée que travailler sur soi, demande un certain courage, de connaître ses fragilités et ses limites à ne pas dépasser et donc de se respecter. Si chaque participant peut être gardien de ses limites, ou s'engage à l'être, animé par cette intention, le groupe peut, à notre sens, devenir un objet contenant et rassurant.

Grâce à la liberté donnée aux patients qui fait appel à leur sens de responsabilité envers leur parcours de soin, la prise en charge pour chacun peut être vraiment individualisée. C'est pour cette raison que différents parcours de prise en charge se réalisent. Grâce à la présence de cette autonomie, et afin que le projet puisse faire l'objet d'une publication internationale, trois groupes de patients ont été constitués :

1. un groupe de patients toxicomanes en traitement pharmacologique ;
2. un groupe de patients toxicomanes en traitement pharmacologique et en thérapie comportementale dialectique (DBT Dialectical Behaviour Therapy) ;
3. **un groupe de patients toxicomanes en traitement pharmacologique, en thérapie comportementale dialectique (DBT Dialectical Behaviour Therapy) et adhérant à un parcours de thérapie expressive (dramathérapie)**

Le dernier groupe évoqué sera l'objet d'étude principale de notre projet.

Comme il vient d'être décrit dans la partie dédiée aux hypothèses opérationnelles de ce travail, le protocole de dramathérapie prévoit donc l'exposition de la personne au protocole d'exploration du plaisir (anticipatoire et consommatoire)

Le recueil des données

Le recueil des données pour les trois groupes est assuré à travers la proposition de la version italienne du test **Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS)** avant la prise en charge et après trois mois de prise en charge (To – T1).

Le recueil des données pendant le parcours de dramathérapie est assuré avec l'enregistrement vidéo de chaque séance. L'analyse des données recueillies pendant le parcours thérapeutique du patient est faite au cours de réunions d'équipe et grâce aux supervisions cliniques proposées par l'institution. Nous demandons au patient pris en charge de suivre les indications cliniques suggérées par l'équipe soignante. Il est également demandé au patient comme objectif partagé, d'arrêter complètement son expérience de consommation pendant et après la prise en charge. Le patient s'engage à respecter les règles de la structure et (pour les participants à l'expérience de dramathérapie) on leur demande de remplir un « carnet de bord » face aux expériences liées au plaisir, pendant leur vie quotidienne et pendant le parcours de dramathérapie. Ce type de recueil de données permet à notre avis d'obtenir des informations très importantes qui seront discutées pendant les entretiens non dirigés périodiques du patient avec la/le psychologue ou la dramathérapeute de l'institution. La personne à l'aide de cet outil thérapeutique peut décrire librement ses pensées, ses émotions, ses ressentis et ses comportements à trois moments relatifs au plaisir : avant, pendant et après. Le psychologue utilise des formulations et des relances sous forme de questions ouvertes pour faciliter l'émergence des idées et leur expression. Les contenus de paroles des participants sont enregistrés par écrit.

#### L'ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats définitifs, élaborés d'un point de vue qualitatif et quantitatif, pourront faire l'objet d'une publication à venir.

## RESUME

### PROBLEMATIQUE

Dans quelle mesure le jeu théâtral pourrait-il aider à **explorer la dimension du plaisir (anticipatoire et consommatoire)** chez les adolescents souffrant de **pathologies addictives aux substances**?

### ELEMENTS INNOVANTS

Un protocole de dramathérapie adressé aux personnes souffrant de **pathologies addictives** a été mis en place au sein de l'institution dans laquelle nous promovons ce projet de recherche. Cette nouvelle proposition thérapeutique expose la personne à **exploration à travers le corps de la dimension du plaisir**. Cet aspect constitue l'élément de nouveauté de cette expérience.

### HYPOTHESE GENERALE

✗ Les personnes souffrant d'addictions aux substances **préfèrent la dimension du plaisir consommatoire et ont des difficultés à explorer la dimension du plaisir anticipatoire.**

### HYPOTHESES SPECIFIQUES

✗ L'espace thérapeutique de l'atelier de dramathérapie peut aider les addictifs aux substances à avoir accès à la **dimension transitionnelle du jeu, à la qualité du jouer ensemble et à plusieurs**, favorisant **l'exploration de la dimension du plaisir anticipatoire.**

✗ L'exploration de la dimension du plaisir peut aider les addictifs aux substances à **rétablir un rapport de respect et confiance avec leur corps.**

✓ hypothèse vérifiée

✗ hypothèse à vérifier

LES PERSPECTIVES DES EXPERIENCES CLINIQUES ET DE PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ADDICTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES SOUFFRANT D'UN FRANC PROBLEME D'ADDICTION.

La synthèse des résultats et les limites de l'étude seront discutées en fin d'expérience. Toutefois ce dernier projet clinique représente déjà une des perspectives de recherche à discuter. A propos des problématiques, il y a une sorte de ligne de **continuité**, que l'on retrouve dans toutes les expériences évoquées. Toutefois, un lecteur attentif peut apprécier un **changement de perspective** même dans la problématique des différentes expériences proposées. Si au début de ce parcours d'étude, la doctorante se questionnait sur les conditions requises pour qu'un atelier de dramathérapie puisse être considéré comme une intervention efficace pour **prévenir ou réduire** les comportements addictifs, à la fin du parcours, le questionnement s'est transformé en la question suivante : dans quelle mesure, le jeu en dramathérapie, pourrait-il aider à **explorer** la dimension du plaisir ?

Explorer l'univers des conduites addictives, en tant que professionnelle, après 10 ans de pratique professionnelle, a été une expérience bouleversante et l'occasion d'un questionnement personnel profond et permanent. Le partage de la souffrance, en ce qui concerne notre champs d'étude et de travail, interroge notre cadre et nos propositions thérapeutiques en tant que professionnelles, ainsi que nos propres fragilité et nos propres limites personnelles.

Au fur et à mesure que ce parcours personnelle et professionnelle se déroulait, à travers tous les regards des adolescents rencontrés, nous avons saisi rapidement que la tentative de contrôler un comportement addictif, sans proposer quelque chose de motivant était risqué et voué à l'échec. Proposer aux jeunes d'explorer la dimension du plaisir ensemble, en présence d'autres jeunes, était une piste intéressante et bien difficile car parsemée d'embûches malgré la puissance contenue dans cette proposition que nous connaissions. De proposer d'adhérer au projet de se mettre à la recherche du plaisir, dans sa simplicité, signe l'ouverture de notre regard clinique. L'espace de jeu transitionnel est l'élément clé qui à notre avis, permet d'agir et de prendre conscience de cette ouverture.

**SYNTHESE  
LIMITES  
PERSPECTIVES**



## SYNTHESE

Comme il a déjà été évoqué dans l'introduction de cette thèse, et comme le DSM V suggère, il est évident la nécessité de développer les réflexions et les recherches scientifiques dans le domaine des addictions à Internet. Une des considérations plus simples mais plus évidentes de ce travail, fait référence au choix du sujet de recherche : un panorama inexploré par rapport à d'autres champs d'étude. Cette thèse décrit en effet un problème en émergence et la proposition d'une approche possible face à ces nouvelles formes d'addiction par la médiation de la dramathérapie. Explorer ce **nouveau champ d'étude** a été un parcours de découverte étonnant en tant que chercheurs. La curiosité et l'exploration de l'inconnu ont été les deux variables qui ont caractérisé notre démarche tout au long de ce formidable parcours universitaire.

Traitant la thématique des addictions à Internet et aux jeux vidéo, nous avons décidé d'adresser nos efforts à la population la plus susceptible d'être concernée par ce sujet, c'est à dire les **nouvelles générations d'adolescents** à travers des expériences de prévention en contextes scolaires et périscolaires et de prise en charge pour des adolescents atteints d'un franc problème d'addiction. Accompagner des adolescents, souvent incapable de reconnaître leurs formes de fragilité et de souffrance, a été une expérience complexe. L'accompagnement de cette phase de vie nécessite des ressources humaines et des compétences professionnelles adéquates. L'**interdisciplinarité** de ce travail a été une ressource précieuse pour comprendre et réfléchir à la complexité de ce panorama.

Choisir les auteurs, les concepts et les théories à utiliser comme supports à l'interprétation des résultats des recherches, ou encore comme modèles pour ensuite établir des protocoles de prévention et de prise en charge efficace, face à une thématique si nouvelle et une population si complexe, a été une opération complexe.

D'un point de vue théorique nous avons choisi de considérer l'**espace transitionnel** de **Winnicott** et sa conception du **jeu**, comme postulat autour duquel développer notre démarche. Le choix opéré a été, à notre sens, judicieux. De plus, la recherche de la

dimension transitionnelle du jeu aujourd'hui semble correspondre à un besoin profond, parfois oublié, dans un monde en connexion constant où tout semble être présent à chaque instant dans la vie des individus et tout est enregistré à travers les supports numériques.

En même temps, une contribution à mon avis très importante, nous a été offerte par Mélanie Klein qui considère l'activité imaginative guidée par l'imagination et le jeu, ce qui permet d'élaborer le processus d'individuation et de séparation chez l'enfant et chez l'adolescent. Le pouvoir de l'**imagination** a été le moteur propulsif des expériences citées.

Ensuite, nous avons développé notre démarche autour des réflexions des auteurs tels que Stora et Tisseron en ce qui concerne la **relation à l'image** et de manière plus générale, les **phénomènes de captation dans l'addiction au virtuel** : les contributions de ces auteurs nous ont permis de réfléchir en profondeur à notre positionnement en tant que dramathérapeute par rapport à la dynamique de la relation avec une population adolescente. L'équipe a retrouvé ce que ces auteurs soutiennent : le virtuel renvoie aux aspirations des adolescents en tant que désir et sentiment d'**immersion, plaisir d'interactivité** et de recherche de la **rencontre avec l'autre**. De plus, l'adolescence renvoie au virtuel dans l'**éventail** des choix qu'elle propose. Les mondes virtuels représentent une possibilité de pouvoir agir sur une sorte de « pâte à modeler » numérique. A partir de ces postulats et après une expérience d'étude si riche, il nous semble judicieux de conclure que la **valence transitionnelle des objets numériques est superposable à la valence transitionnelle des ateliers de dramathérapie**. Toutefois si dans le virtuel ce processus passe à travers un **refus du corporel**, dans la réalité de l'atelier ce processus prend naissance et se développe **à travers le corps**. En ce qui concerne l'approche dramathérapeutique les réflexions proposées pour la première fois par Milner et en suite développées par Roussillon (1991), qui définiraient le **corps du thérapeute** comme **medium malléable** avec ses caractéristiques (c'est à dire l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et enfin l'animation propre) ont été précieux pour faire face à des adolescents qui ont interrogé la **flexibilité de notre cadre et par conséquent sa solidité**. Dans le cadre de cette démarche doctorale le dramathérapeute nous avons rencontré, à travers les expériences de prévention et de prise en charge évoquées, **3236 adolescents**. Les adolescents ont accepté de pleurer ensemble partageant ainsi d'authentiques moments émotionnellement forts. La flexibilité de notre cadre et notre posture en tant que professionnels malléables, a peut-être permis

aux adolescents de contacter leur fragilité la plus intime dans un sentiment de grande confiance.

Grâce aux réflexions de tous ces auteurs, les expériences de prévention et de prise en charge adressés aux adolescents, traitées dans le cadre de cette thèse, ont pu voir le jour après de nombreuses discussions sur leur mise en place.

Ce travail de thèse permet de mieux comprendre le processus dramathérapeutique en ce qui concerne la prévention et la prise en charge des addictions à Internet et aux jeux vidéo. L'**analyse qualitative et quantitative** des résultats des expériences décrites est un aspect important pour tester les hypothèses générales et spécifiques de chaque expérience ont été considérées comme valides.

Plus spécifiquement en ce qui concerne notre **expérience psychopédagogique de prévention**, on peut soutenir que la semaine éducative permet de développer, chez les adolescents interrogés, les connaissances sur les **facteurs de risques** en ce qui concerne les addictions à Internet, leur **symptomatologie** et les **conséquences des comportements addictifs**. L'utilisation de **phénomènes transitionnels**, tels que l'**espace** et le **jeu** d'un atelier de dramathérapie dans la prévention des addictions à Internet, pour travailler les enjeux entre réel et virtuel, peut être considérée une stratégie innovatrice et efficace.

L'approche dramathérapeutique, centrée sur la différenciation des espaces, permet la **définition et la différenciation entre espace réel et espace virtuel** chez les adolescents.

L'observation et l'analyse des **répercussions physiologiques sur la fonction visuelle** de l'utilisation excessive des objet numériques pour les adolescents considérés (évalués avant et après le programme de prévention proposé par des **indicateurs traditionnels et des indicateurs de performance**) ont permis le partage de réflexions plus intéressantes les unes que les autres. Il est à noter que les indicateurs traditionnels ne nous permettent pas de repérer et donc de mesurer les éléments en terme de performance. En effet, il nous semble plus pertinent de parler en terme d'efficacité ou d'inefficacité visuelle, comme un des indicateurs pertinent pour ce travail. Les tests de performance conçus par Maurizio Giannelli, pour identifier l'efficacité ou l'inefficacité visuelle, constituent pour nous l'objet qui nous a demandé du temps et une grande attention pour respecter des critères scientifiques en ce qui concerne la réflexion physiologique de ce travail.

Il est important **d'identifier et de définir des indicateurs précis** pour faciliter

l'**interdisciplinarité** dans la communauté scientifique internationale. Dans tous les cas, **l'hypothèse, qui considère la réduction des expositions aux écrans comme une intervention efficace afin d'améliorer le confort visuel, a été confirmée.**

Nous pouvons penser que l'augmentation de la sensibilité et de la vitesse perceptive dans cette population est attribuable à la fonction visuelle qui, fatiguée et rigide au début de la semaine, a été sollicitée différemment et a pu exprimer une partie de son élasticité et de sa plasticité naturelles grâce à l'expérience partagée qui a rendu obligatoire le repos. Le système visuel n'était pas simplement fatigué, mais rigidifié, tendu. Il perdait également sa flexibilité naturelle et a bénéficié de l'élimination du facteur de stress visuel représenté par l'abus de supports de connexion.

De la même façon les **capacités relationnels** du groupe se modifient positivement.

Il est plausible de penser que le phénomène physiologique amène à des améliorations à plusieurs niveaux et correspond à la perception chez les adolescents d'un nouveau équilibre psychosocial. Si l'on considère les données de la performance visuelle, en tenant compte de la participation des élèves à l'activité psychomotrice de dramathérapie partagée, **nous pouvons soutenir que tous ces facteurs ont contribué à améliorer le bien-être biopsychosocial des adolescents concernés.** Cette approche, combinant l'exploration de la fonction visuelle et la dramthérapie, a été stimulant et nous espérons qu'elle stimulera d'autres recherches approfondies pluridisciplinaires sur le lien entre phénomène physiologique et psychosociale.

En ce qui concerne notre **expérience clinique de prise en charge**, le jeu théâtral permet de supporter la frustration et aux différents symptômes de manque liée à la **réduction des comportements addictifs chez les adolescents souffrant de pathologies addictives aux jeux vidéo.** Nous ajoutons que **le plaisir du jeu dramathérapeutique encourage et soutient les participants dans ce passage qui peut s'avérer difficile.** En effet, l'espace thérapeutique de l'atelier de dramathérapie peut aider les personnes atteintes d'addictions à avoir accès à la **dimension transitionnelle du jeu, à la qualité du jouer ensemble et à plusieurs dans le monde physique réel.** Le travail du corps peut promouvoir la **prise de conscience de l'identité psychophysique** à travers la reconnaissance des **besoins physiologiques et corporels** chez la personne. Les adolescents, dans toutes les expériences proposées, ont pu voir se développer leurs **ressources créatives**, améliorer leurs **capacités relationnelles**, et ont appris à mieux gérer leur **comportement émotif en présence de l'autre.**

## LIMITES

Cependant, nous considérons que le nombre des données reste encore trop faible. Les variables de chaque étude étaient nombreuses et les contrôler est devenu rapidement une opération difficile, parfois impossible. Comme il a été évoqué dans l'introduction de cette thèse, bien que la cinquième version du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ait récemment reconnu en ce qui concerne les addictions sans substances, le *Internet Gaming Disorder* comme une pathologie à part entière, les données de recherche sont trop récentes et n'ont pas la maturité de celles publiées dans d'autres champs cliniques. Les données sur les trajectoires d'évolution dans le temps des habitudes d'utilisation d'Internet par exemple sont rares : nous n'avons pas encore vu vieillir ces consommateurs excessifs. Notre étude, par exemple, n'a pas pu proposer un suivi dans les temps.

## PERSPECTIVES

Les **perspectives** découlent directement des limites évoquées précédemment. Des études complémentaires sont absolument nécessaires pour apporter plus de précisions sur la prévention et surtout sur la prise en charge de ces nouveaux types de pathologies. Il serait par exemple intéressant d'adresser le même protocole de prise en charge à d'autres publics (enfant – adulte Asperger), où encore approfondir cette recherche avec les adolescents avec d'autres médiations thérapeutiques ou, comme il a déjà été évoqué, vérifier l'efficacité de ce protocole dans le temps.

Ces résultats doivent attirer l'attention des cliniciens sur les conséquences des conduites addictives chez les adolescents et manière plus générale, sur les manifestations comportementales en ce qui concerne l'utilisation des nouvelles technologies dans la vie des individus. Cette digitalisation touche en effet tous les groupes d'âge et les diverses couches socio-économiques. La fréquentation de l'univers virtuel se révèle actuellement presque un *sine qua non* pour l'intégration sociale des individus et pour le fonctionnement des collectivités. Internet constitue un accélérateur hyperbolique d'évolution, un instrument de connexion prothétique qui permet à notre cerveau de réaliser des opérations toujours plus nombreuses et donc complexes, grâce à des gestes de plus en plus simples. L'approche des nouvelles technologies constitue à notre avis, une source inépuisable de connaissances et de découvertes, à ne pas diaboliser, mais au contraire à explorer avec une intelligente curiosité et un sens critique aiguisé. Le risque cependant dans cette promesse de simplicité, est celui d'oublier le plaisir de prendre le temps d'écouter notre corps et nos cinq sens. Le réseau devrait, à notre avis, être utilisé avec sagesse pour pouvoir avoir un impact positif sur la vie, les études, le travail et les relations. Il est important que nous ayons les instruments nécessaires pour « habiter » l'espace virtuel, savoir comment les apprivoiser et en profiter en évitant excès ou usages impropres. Il est alors important que tous les partenaires éducatifs sachent transmettre aux jeunes les véritables potentialités et les risques du réseau afin que les nouvelles générations puissent avoir une meilleure connaissance de l'usage des nouveaux médias.





## **BIBLIOGRAPHIE**



Anderson C A, Dill K E, *Video Games and Aggressive Thoughts, Feelings, and Behavior in the Laboratory and in Life*, « Journal of Personality and Social Psychology » 2000, Vol. 78, No. 4, 772-790

Anderson C A, *An update on the effects of playing violent video games*, « Journal of Adolescence » 2004, 27, 113-122

Anderson C A, Sakamoto A, Gentile D A, Ihori N, Shibuya S Y, Naito M et al, *Longitudinal effects of violent video games on aggression in Japan and United States*, « Pediatrics », 2008, 122 (5) 1067-1072

Attigui P, *Jeu, transfert et psychose.: De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, psychisme, 2012,199

Arfi L, *Hyperactivité et jeux vidéo : étude comparative entre population d'enfants hyperactifs et une population d'enfants témoins*, Thèse de Docteur en médecine, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 2004

Ba G, *Strumenti e tecniche di riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2002, 287

Barkoviak M. China makes Internet addiction an official disorder. Daily Tech. 2012. Available at <http://www.dailytech.com/China+Makes+Internet+Addiction+an+Official+Disorder/article13403.htm>

Berridge KC, Robinson TE. *What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience?* «Brain Research Reviews» 1998; 28, 309-69.

Block J J *Issues for DSM-V: Internet addiction*. "Am. J. Psychiatry" 2008, 165 306–307

Bourdon M, Gautier J, Rocher B, Bouju G, *Les addictions sans drogues : prévenir et traiter*, Masson, Paris, 2012, 18, 142-146

Byun S, Ruffini C, Mills J E, Douglas A C, Niang M, Stepchenkova S, et al. *Internet addiction: metasyntesis of 1996–2006 quantitative research*. “Cyberpsychol. Behav”. 2009, 12 203–207

Brand M., Laier C. et Young K, *Internet addiction: coping styles, expectancies, and treatment implications* « Frontiers in Psychology » 2014

Brenner V, *Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse, and addiction: the first 90 days of the Internet usage survey*. “Psychol.” Rep. 80 879–882

Browne K D, Hamilton Giachritsis C, *The influence of violent media on children and adolescents : a public- health approach*, « Lancet » 2005, 365, 702-710

Brun A, *Médiations thérapeutiques et langage du corps* Le Carnet PSY 2010/1, n° 141

Callois R., *Les yeux et les hommes*, Paris, Gallimard, 1967 [1. ed., 1958] 94 - 168

Cally R, *Internet marketing surconsommation et addictions comportementales* «Le Journal des psychologues» 2012; 299:60-66

Caplan S E, *Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument*, “Comput. Hum. Behav”. 2002, 18 553–575

Cash H, Rae C D, Steel A H, Winkler A, *Internet addiction: a brief summary of research and practice*. “Curr. Psychiatry Rev”. 2012, 8 292–298

Davis R A, *A cognitive-behavioral model of pathological Internet use*. “Comput. Hum. Behav”. 2001, 17 187–195

Demetrio, *L'età adulta. Teorie dell'identità e pedagogie dello sviluppo*, Carocci, 2003

Deng Y X, Hu M, Hu G Q, Wang L S, Sun Z Q, *An investigation on the prevalence of Internet addiction disorder in middle school students of Hunan province*, 2007, 28, 445-448

Del Miglio C, Gamba A, Cantelmi T, *Costruzione e validazione preliminare di uno strumento (U.A.D.I.) per la rilevazione delle variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di internet / Internet-related psychological and psychopathological variables: construction and preliminary validation of the U.A.D.I. survey* «Italian Journal of Psychopathology» 2001, 3

Dong G, Lu Q, Zhou H, Zhao X *Impulse inhibition in people with Internet addiction disorder: electrophysiological evidence from a Go/NoGo study*. “Neurosci. Lett” 2010, 485 138–142

Dong G, Lu Q, Zhou H, Zhao X, *Precursor or sequela: pathological disorders in people with internet addiction disorder*. 2011, *PLoS ONE* 6:e14703

Dong G, Shen Y, Huang J, Du X, *Impaired error-monitoring function in people with internet addiction disorder: an event-related fMRI study*. “Eur. Addict. Res.” 2013, 19 269–275

Dong G, Huang J, Du X, *Enhanced reward sensitivity and decreased loss sensitivity in Internet addicts: An fMRI study during a guessing task*, «J Psychiatr Res », 2011, 45; 1525-1529

Du W, Liu J, Gao X, Li L, Li X, Zhang Y, Zhou S., *Functional magnetic resonance imaging of brain of college students with internet addiction*, 2011; 36(8) : 744-9. doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2011.08.008.

Engelhardt C R, Bartholow B D, Saults J S, *Violent and non violent video games differentially affect physical aggression for individuals high vs. Low in dispositional anger*, « Aggressive Behaviou » 2011, 37 (6) 539-546

Farrar K, Krcmar M, Norwak K L, *Contextual features of violent video games, mental models and aggression*, « Journal of Communication » 2006, 56(2), 387-405

Ferguson C, Rueda S, *The Hitman study : violent video game exposure effects on aggressive behaviour, hostile feelings, and depression*, « European Psychologist », 2010, 15(2), 99-108

Fisher C, *Getting plugged in an overview of Internet addiction*. « J Paediatr Child Health », 2010, 46: 557-9

Franken IHA, *Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches*, «Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry», 2003, 27: 563-579

Gentile D, *Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: a national study*, « Psychol Sci», 2009

Giannelli M., Giannelli L, Moro G, *Esame visivo efficace. Una codifica dell'esame visivo per la gestione quotidiana dei problemi*. Ed. Medical Books, 2012, a. 35; b. 29; c. 76-77; d. 83-84.

Giovannelli P., Magnotti, Ba G., *La Teatro Terapia: il teatro della mente nel teatro del corpo*, in *Strumenti e Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*, Franco Angeli ed., Milano, 2003, 324-350.

Golse B, Marty F, Velea D, *L'internet dépendance : une nouvelle forme de toxicomanie ?* «Carnet/Psy» 2017, n°40; 25-33

Greitemeyer T, Osswal S, *Playng prosocial video games increases the accessibility of prosocial thought*, « J Soc Psychol» 2011, 151 (2), 121-128

Griffiths, M. and R. T. Wood, *Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet* « J Gambl Stud », 2000, 16(2-3): 199-225

Groos K, *The play of man*, New York, Appleton, 1901, 135

Grunberger B, *Le narcissisme*, Paris, Payot, 1993

Han D H, Lee Y S, Na C, Ahn J Y, Chung U S, Daniel M A, Haws C A, Renshaw P F, *The effect of methylphenidate in Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*, *Compr Psychiatry*, 2009, 50, 251-256

Han DH, Bolo N, Daniels MA, Arenella L, Lyoo IK, Renshaw PF, *Brain activity and desire for Internet video game play*, « comprehensive psychiatry», 2011

Huizinga J, *Homo ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu*, Paris, Gallimard, 2011 [1. ed., 1951], 38

Hong S-B, Zalesky A, Cocchi L, Fornito A, Choi E-J, Kim H-H, et al. (2013b). Decreased functional brain connectivity in adolescents with internet addiction. *PLoS ONE* 8:e57831 10.1371/journal.pone.0057831

Hou H, Jia S, Hu S, Fan R, Sun W, Sun T, et al. *Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder*. “J. Biomed. Biotechnol”. 2012, 854524

Johansson A, Götestam K G, *Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years)*. *Scand. J. Psychol.* 2004, 45 223–229

Kardefelt-Winther D, *A conceptual and methodological critique of internet addiction research: towards a model of compensatory internet use*. “Comput. Hum. Behav”. 2014, 31 351–354

Kim H K, Davis K E, *Toward a comprehensive theory of problematic Internet use: evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of Internet activities*. “Comput. Hum. Behav”. 2009, 25, 490–500

Kim S H, Baik S-H, Park C S, Kim S J, Choi S W, Kim S E *Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction* “Neuroreport” 2011, 22, 407–411

Knowles M S, *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge, 1980

Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM), *Expertise collective: Conduites addictives chez les adolescents—usages, prévention et accompagnement: principaux constats et recommandations*, 2014 Introduction pp. XV-XX

Jennings S, *Introduction to developmental playtherapy: Playing and health*. London, UK. Jessica Kingsley Publishers, LTD, 1999, 57.

Jennings S, *Embodiment-projection-role: a developmental model for the play therapy method*, 2005 In C. E. Schaefer, J. McCormick, & A. J. Ohnogi (Eds.), *International handbook of play therapy: Advances in assessment, theory, research, and practice*, 65-76. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Kim E J, Namkoong K, Ku T, Kim S J, *The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits*, « *European Psychiatry* » 23, 3, 212-218

Ko C-H, Liu G-C, Yen J-Y, Chen CY, Yen CF, Chen CS, *Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects*, « *Addiction Biology* », 2011

Ko C.H., Liu G.C., Hsiao S. Yen JY, Yang MJ, Lin WC, Yen CF, Chen CS., *Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction*, « *J Psychiatr Res* », 2009, 43(7):739-747.

Lam L T, Peng Z W, Mai J C, Jing J, *Factors associated with Internet addiction among adolescents*, « *Cyberpsychol Behav* » 2009, 12, 551-5

Larousse, Définition du jeu, Dictionnaires de français Larousse, 2017. Available at <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeu/44887>

Le Diberder A et F, *L'univers des jeux vidéo*, Paris, La Découverte, 1998

Lo S K, Wang CC, Fang W, Physical Interpersonal Relationships and Social Anxiety among Online Game Players “*CyberPsychology & Behavior*” February 2005, 8(1): 15-20

Markey P M, Markey C N, *Vulnerability to violent video games : a review and integration of personality research*, « Review of General Psychology, 2010, 142 (2), 82-91

Marras, Thèse de Doctorat en Fondamenti e Metodi delle Scienze Sociali e del Servizio Sociale XX Ciclo Università degli Studi di Sassari, *La persona nella sua irriducibile unicità. Dal mondo greco alla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, fino all'età contemporanea*, 8-11

Meerkerk G J, Van Den Eijnden R J J M, Franken I H A, Garretsen H F L. *Is compulsive Internet use related to sensitivity to reward and punishment, and impulsivity?* “Comput. Human Behav”. 2010, 26, 729–735

Meerkerk G J, Van Den Eijnden R J J M, Garretsen H F L, *Predicting compulsive Internet use: it's all about sex!* “Cyberpsychol. Behav”, 2006, 9, 95

Meerkerk G J, Van Den Eijnden R J J M, Vermulst A A, Garretsen H F L, *The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties.* “Cyberpsychol. Behav”. 2009, 12, 1–6

Milner M, *Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole*, tr. fr. « Revue française de psychanalyse », 1979, n° 5-6, repris in B. Chouvier (eds), Matière à symbolisation, Art, création et psychanalyse, Paris, Delachaux et Niestlé, 1998.

Peng W, Liu M, Mou Y, *Do aggressive people play violent computers games in a more aggressive way? Individuale difference and idiosyncratic game-playng experience*, « Cyber Psychology & Behaviour, 2008, 11 (2), 157-161

Piaget J, *La formazione del simbolo nel fanciullo. Imitazione, gioco e sogno. Immagine e rappresentazione*, La Nuova Italia, 1979, 159

Poli R, Agrimi E, Internet Addiction Disorder: Prevalence in an Italian Student Population. "Nordic Journal of Psychiatry", 2012, 66, 55-59.

Pontes H M, Griffiths M D, Patrão I M, *Internet addiction and loneliness among children and adolescents in the education setting: an empirical pilot study*. "Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport" 2014, 32, 91–98.

Potenza M.N., *Should addictive disorders include non-substance related conditions?* *Addiction*, 2006, 101:142–151

Powell M A, *Affective Social Competence in Children*. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts (Creative Arts Therapies) Concordia University Montreal, QC, Canada 2014 (a. 52-53; b. 54-55; c. 55-56-57)

Powell M A, *Using the Embodiment-Projection-Role Paradigm within Drama Therapy to Develop Psychiatry*, 2014 a. b. c. 52:88–95

Purty P, Hembram M, Chaudhury S, *Internet addiction: current implications*. "Rinpas J." 2014, 3284–298.

Rehbein F, Kleimann M, Mossle T, *Prevalence and risk factor of video game dependency in adolescence : results of German nationwide survey*, « Cyberpsychology, Behaviour, and Social Networking » 2010, 13 (3), 269-277

Romo L, Bioulac S, Michel G, Kern L, *La dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet*, Dunod, 2012

Rossi A., et al. Il piacere anticipatorio e consumatorio: uno studio di validazione della versione italiana della *Temporal Experience of Pleasure Scale*, «Giornale italiano di psicopatologia» 2011;17, 323

Ruggieri V, *L'identità in psicologia e teatro. Analisi psicofisiologica della struttura dell'io*, Magi ed., 2011, 132 -187 - 273

Roussillon R, *Le medium malléable*, «Paradoxes et situations limites de la psychanalyse», PUF, 1991

Serpelloni, *Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*, 2012

Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, U. M. et al., *Psychiatric features of individuals with problematic internet use*, «Journal of Affective Disorders», 2000, 57(1):267–272.

Schultz W, *Multiple dopamine functions at different time courses*. «Ann Rev Neurosci» 2007; 30, 259-88

Schmit S, Chauchard E, Chabrol H, Sejourne N, *Evaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes*, «L'encéphale», 2011, 37, 217-223

Stanley Hall G, *Adolescence: its Psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, New York, D. Appleton and Company, 1904, 76

Stern D N, *Le monde interpersonnel du nourisson*, PUF, 1987, 56

Stora M, *Addiction au virtuel, Le jeu vidéo*, «Adolescence», 2004, 22, 1, 67-75

Stora M, Missonier S, Tisseron S, *L'enfant au risque du virtuel*, Dunod, 2006, 122

Sun DL, Chen ZJ, Ma N, Zhang XC, Fu XM, Zhang DR, *Decision-making and prepotent response inhibition functions in excessive internet users*, CNS spectrums, 2009, 14(2):75–81.

Tejeiro, R. A. and R. M. Bersabe-Moran, *Measuring problem video game playing in adolescents* *Addiction* 97, 2002, 1601-1606

Tisseron, *Les interactions précoces au risque des jeux vidéo*, available at <http://www.sergetisseron.com/blog/les-interactions-precoces-au> , 2008.

Tisseron S, *Jeux vidéo : entre nouvelle culture et séductions de la « dyade numérique »*, « *Psychotropes* », 2009/1, Vol. 15, 2009, 21 – 40.

Tisseron S, *L'ado et ses avatars*, *Adolescence*, 2009/3, n° 69, Tome 27, « Avatar et mondes virtuels », Paris, PUF, L'Esprit du temps, 2009, 591 – 600.

Tisseron S, *L'avatar, voie royale de la thérapie, entre espace potentiel et déni*, *Adolescence*, 2009/3, n° 69, Tome 27, « Avatar et mondes virtuels », Paris, PUF, L'Esprit du temps, 2009, 721 – 731.

Tisseron S, *Clinique du virtuel : rêvasser, rêver ou imaginer*. «*Adolescence*», 2012, Mar 1;n° 79(1):145–57.

Tonioni F, Mazza M, Autullo G, Cappelluti R, Catalano V, Marano G, et al. *Is Internet addiction a psychopathological condition distinct from pathological gambling?* “*Addict. Behav*”. 2014, 391052–1056

Treadway MT, Zald DH, *Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience*, «*Neurosci Biobehav Rev*» 2011;35:537-55.

Turkle, S, *Technology and human vulnerability. A conversation with MIT's Sherry Turkle*, « *Harv Bus Rev* » 2003; 81(9): 43-50, 131.

Viganò C, Facchini D, Denti E, Magnotti R, Diamare S, Volpe U, *Le arti terapie nel contesto della riabilitazione psichiatrica in Italia: una rassegna critica*, “*Psichiatria e Psicoterapia*”, 2016, 4

Vigotsky LS, *Lo sviluppo somatopsichico del bambino*, Ed. Riuniti, 2010 Vigotsky LS, *Lo sviluppo somatopsichico del bambino*, Ed. Riuniti, 2010, 76 – 89 - 143

Weinstein A, Lejoyeux M, *Internet addiction or excessive internet use*, « Am J Drug Alcohol Abuse», 2010, 36. 277-283

Widyanto L, McMurrin M, *The psychometric properties of the Internet Addiction Test*. “Cyberpsychol. Behav”. 2004, 7 443–450

Winnicott D, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975 [1. ed., 1971], 75 - 134

Young K, *Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder*. « Cyberpsychol Behav», 1998, 1:237- 244

Young K S, *Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype*. “Psychol. Rep”. 1996, 79:899–902

Young K S, *Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction – and a Winning Strategy for Recovery*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1998.

Young K S, *Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences*. “Am. Behav”. 2004, Sci. 48 402–415

Young K S, *Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications*. “Cyberpsychol. Behav”. 2007, 10 671–679

Young K S, *CBT-IA: the first treatment model to address Internet addiction*. J. Cogn. Ther. 2011a 25 304–312

Young K S *Clinical assessment of Internet-addicted clients in Internet Addiction: a Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*, eds Young K.S., Nabuco De Abreu C., editors. (Hoboken, N.J: John Wiley & Sons; ), 2011b. 19–34.

Young K S *Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients*. “J. Behav. Addict”. 2013 2 209–215

Young K S, Pistner M, O’Mara J, Buchanan J, *Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium*. “Cyberpsychol. Behav”.1999, 2 475–479

Young K S, Yue X D, Ying L *Prevalence estimates and etiologic models of internet addiction* in “*Internet Addiction*”, eds Young K. S., Abreu C. N., editors. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2011, 3–18.

Yuan K, Qin W, Liu Y, Tian J, *Internet addiction Neuroimaging findings*, «Communicative & Integrative Biology», 2011, 4:6, 637-639.

Zhou Y, Lin F-C, Du Y-S, Qin L-D, Zhao Z-M, Xu J-R, Lei H *Gray matter abnormalities in Internet addiction: a voxel-based morphometry study*. “Eur. J. Radiol”, 2011, 79 92–95

## **ANNEXES**



## LE ARTI-TERAPIE NEL CONTESTO DELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE IN ITALIA: UNA RASSEGNA CRITICA

Umberto Volpe, Diana Facchini, Roberta Magnotti, Sara Diamare,  
Elisabetta Denti, Caterina A. Viganò

### Introduzione

Il concetto di "arte-terapia" è stato, nel tempo, sviluppato e rimodellato in molti e differenti modi ed è stato spesso associato a varie espressioni anglosassoni quali "creative art therapies" o "expressive therapies". Seguendo una recente formulazione della *British Association of Art Therapists*, l'arte-terapia può essere convenientemente definita come una "forma di psicoterapia che impiega il mezzo artistico come modalità primaria di comunicazione" (Waller 1991). Tale definizione, tuttavia, predilige una concettualizzazione dell'arte-terapia intesa come "art in therapy" (l'arte rappresenta un mezzo espressivo, emotivamente immediato, da collocare all'interno di un percorso psicoterapeutico più strutturato), a scapito della concettualizzazione nota come "art as therapy" (ovvero, l'arte come forma di terapia risocializzante e facilitante l'espressione emotiva *per sé*), ancor oggi ampiamente rappresentata nell'ambito della riabilitazione psichiatrica (Edwards 2004).

In realtà, la complessa e reciproca dialettica tra arte e psichiatria ha rappresentato per molti secoli l'oggetto di indagine di molti studiosi. Già nell'antica cultura greca era da tempo diffusa l'idea che l'arte rappresentasse un naturale compendio alla medicina nell'alleviare le sofferenze umane. Non a caso nella Grecia antica si collocavano i teatri in prossimità dei tempi dedicati ad Asclepio (dio greco della medicina) il cui santuario era dedicato alla guarigione dei malati, svolgendo di fatto funzioni di ospedale della regione, e nei teatri i riti di guarigione promuovevano processi "catartici", secondo i dettami della medicina ippocratica (Gladding 1992). Il rapporto tra arte e psichiatria tuttavia inizia ad articolarsi in modo più compiuto solo nel XIX secolo, quando la stessa psichiatria muove i suoi primi passi come disciplina autonoma. Fin dall'inizio dell'800, i principi di Philippe Pinel si diffondono in Europa e favoriscono l'introduzione dell'espressione artistica come parte integrante del cosiddetto "trattamento morale". Intorno alla seconda metà dell'ottocento, vari psichiatri Europei iniziarono altresì a interrogarsi sul lavoro artistico degli "alienati" come possibile veicolo comunicativo privilegiato di alcuni aspetti della "degenerazione mentale" (Naumburg 1953). Sarà però solo il secolo successivo, con la diffusione delle teorie psicoanalitiche relative al rapporto tra produzione artistica e meccanismi inconsci, a portare da un lato all'impiego sempre più assiduo dei simboli artistici (soprattutto grafici) come elemento diagnostico aggiuntivo e, dall'altro, a promuovere un uso "terapeutico" dell'espressione artistica (Bedoni e Tosatti 2000, MacGregor 1989). L'espressione "art-therapy" viene compiutamente utilizzata per la prima volta nel 1942 (Hill

SOTTOMESSO MAGGIO 2016, ACCETTATO DICEMBRE 2016

1945) ma già negli anni a cavallo tra le due guerre mondiali, prevalentemente nei paesi anglosassoni, si diffonde in modo stabile e organico l'impiego dell'arte-terapia intesa in senso moderno come efficace supporto alle prassi riabilitative. In tal senso, appare cruciale altresì il contributo che la corrente filosofica e artistica del Surrealismo ha apportato nel definire le relazioni tra creazione artistica e processi psicologici. Fin dalla prima formulazione del *Manifest sur Surrealisme* di André Breton (Breton 1962), il processo creativo alla base dell'espressione artistica viene ridefinito dai surrealisti come prodotto di "forze inconscie personali" più che della "ragione"; non sorprende pertanto che molti artisti surrealisti incoraggiarono e sostennero i primi tentativi di riavvicinare l'espressione artistica alla sofferenza psicologica, recandosi essi stessi negli ospedali psichiatrici e lavorando direttamente con pazienti, per lo più psicotici, già negli anni successivi alla prima guerra mondiale (Hogan 2001).

In Italia, l'arte-terapia ha conosciuto una diffusione sostanzialmente bimodale. Un iniziale interesse verso l'uso delle arti in psichiatria in Italia si colloca alla fine dei conflitti mondiali e ha sostanzialmente seguito, nel contesto degli ospedali psichiatrici, l'orientamento internazionale dominato dalla corrente di pensiero psicoanalitica, riconoscendo al proprio interno la centralità della comunicazione non-verbale in grado di trascendere la limitazione verbali e cinetiche dei pazienti, promuovendo l'espressione emotiva e la facilitazione dei processi creativi, la crucialità dei processi transferali, il rinforzo del ruolo dell'empatia e della relazione terapeutica, la promozione della consapevolezza di sé e della malattia, nonché il reinvestimento verso spinte più costruttive (Freeman RD e Freeman I 1956).

Nelle successive decadi del XX secolo, in Italia si sono diffusi differenti approcci arte-terapeutici, sulla base di evidenze empiriche (sebbene non sistematicamente raccolte e a volte tutt'altro che metodologicamente ineccepibili) relative al buon impatto sui processi di risocializzazione e i costi contenuti. Tuttavia, dopo la graduale chiusura degli ospedali psichiatrici, il parallelo spostamento verso paradigmi di psichiatria orientata alla comunità, la revisione critica dei paradigmi psicoanalitici, associata a una applicazione indiscriminata (o, più spesso, inappropriata) di tali tecniche hanno probabilmente determinato una deriva che ha trascinato le arti-terapie, come altri approcci riabilitativi, sempre più verso l'intrattenimento e sempre meno verso una vera e propria riabilitazione psichiatrica (Saraceno 1995, Ba 2003).

Tuttavia, al passaggio nel terzo millennio, l'impiego dell'arte nella riabilitazione psichiatrica ha conosciuto un nuovo impulso, legato a un maggior rigore metodologico e all'accumulo di crescenti evidenze scientifiche. Dopo le iniziali indagini relative alla semplice soddisfazione degli utenti coinvolti in programmi di arte-terapia, sono stati condotti vari studi randomizzati e controllati a dimostrare l'efficacia di tali approcci riabilitativi come trattamento aggiuntivo, soprattutto per le psicosi funzionali (Crawford e Patterson 2007). Questo secondo picco di interesse verso l'applicazione delle discipline artistiche alla riabilitazione psichiatrica non è stato solo associato a un maggior rigore metodologico nel documentare l'efficacia di tali approcci, con valutazioni di esito standardizzate e riproducibili, ma anche e soprattutto mediante l'applicazione di modelli di riferimento non più esclusivamente psicoanalitici (si sono diffusi molti approcci di orientamento cognitivo, narrativo, sistemico-relazionale, centrato sulla persona, etc.), l'estensione a popolazioni (non più solo pazienti con psicosi croniche, ma pazienti con varie diagnosi psichiatriche, spesso con una storia recente di malattia e differenti livelli di gravità) e setting differenti (soprattutto,

le strutture psichiatriche territoriali e le residenze a carattere riabilitativo, in programmi a breve nonché lungo termine) (Beveridge 2001).

Non sorprende, pertanto, che nella recente revisione delle linee-guida per il trattamento della schizofrenia il *National Collaborating Centre for Mental Health* abbia riconfermato che le “art-therapies” rappresentino, a oggi, uno degli strumenti raccomandati per promuovere (unitamente a una psicoterapia strutturata) la guarigione dei pazienti con schizofrenia, specie se di età giovane e con prevalenti sintomi affettivi e/o negativi (notoriamente poco sensibili all’azione dei farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione) (UK National Collaborating Centre for Mental Health 2010).

Sebbene le evidenze a oggi disponibili (Simpson e Keen 2011, Crawford et al. 2010, Roberts et al. 2007, Hanevik et al. 2013, Shiou-Fang et al. 2013) non consentano ancora di chiarire definitivamente il ruolo e l’impatto delle arti-terapie nella riabilitazione psichiatrica, appare utile illustrare lo *status artis* in tale ambito del sapere psichiatrico nel nostro Paese. Più specificamente, questa rassegna si propone come obiettivo quello di fornire una sintesi critica dei concetti di base, degli attuali paradigmi applicativi e delle esperienze ed evidenze disponibili relativamente all’impiego delle arti-terapie più praticate in Italia e riconosciute a livello internazionale ovvero, la riabilitazione mediante le arti grafiche, la musicoterapia, la danza-movimento-terapia e la teatro-terapia.

#### 4. Teatro-terapia

La terapia espressiva a mediazione teatrale può essere definita come quella disciplina riabilitativa che utilizza mezzi e tecniche teatrali per scopi diagnostici (il coinvolgimento nella realtà teatrale spesso consente di acquisire informazioni uniche sul soggetto coinvolto) e terapeutici (in genere, all’interno di un più ampio progetto individualizzato), al fine di promuovere la salute mentale e facilitare la crescita personale (Brodzinski 2010).

La riabilitazione psicosociale in Italia ha da sempre considerato le terapie espressive, tra cui l’approccio espressivo a mediazione teatrale, con uno sguardo di profondo interesse incoraggiandone ogni forma d’espressione al fine di approfondirne l’esperienza per poter replicare e perfezionare i linguaggi acquisiti (Ba et al. 2006).

Tuttavia, per introdurre compiutamente la trattazione della terapia espressiva a mediazione teatrale, è probabilmente necessaria una premessa che consenta al lettore di orientarsi meglio

tra i concetti di “teatro-terapia” e “dramma-terapia”: essi vengono spesso usati in modo intercambiabile, ma ciascuno dei due termini è associato a sfumature differenti rispetto alle caratteristiche preventive, educative, terapeutiche e sociali dell’intervento riabilitativo a mediazione teatrale.

Oggi la terapia espressiva a mediazione teatrale è praticata in molti contesti psichiatrici, in molti paesi del mondo anche se quelli anglosassoni hanno da tempo messo in opera percorsi di formazioni accademica d’eccellenza in tale ambito. Non sorprende pertanto che, a livello internazionale, l’approccio terapeutico a mediazione teatrale sia generalmente noto con il nome di *drama therapy*. Nel nostro paese, non si è ancora riusciti a costruire un’identità comune per l’approccio terapeutico a mediazione teatrale e pertanto convivono sostanzialmente due approcci alla terapia espressiva a mediazione teatrale. La Federazione Italiana Teatroterapia (FIT; Federazione Italiana Teatroterapia 2016) si definisce come “un’associazione di professionisti che si rivolgono a diversi ambiti sociali (...) che si prendono cura e sostengono persone con disagio psichico e fisico, utilizzando laboratori di teatro a mediazione corporea e di spontaneità, per educare alla percezione, migliorare il rapporto con se stessi, facendo emergere il proprio potenziale umano”. La Società Professionale Italiana di Drammaterapia SPID (Società Professionale di Drammaterapia 2016) definisce la drammaterapia come “terapia artistica basata sulle arti drammatiche e applicata a contesti clinici, educativi e sociali, formativi e dello sviluppo personale, sia in assetto individuale sia di gruppo”.

Al di là delle differenze in termini di impianto teorico e di paradigmi applicativi, esistono anche obiettivi comuni ai diversi approcci terapia espressiva a mediazione teatrale, riassunti nella **tabella 8**. Sia la FIT che la SPID riservano la propria pratica a uno specifico profilo professionale (il “teatro-terapeuta” e il “dramma-terapeuta”, rispettivamente), la cui qualifica richiede precisi requisiti formativi e il rispetto di un codice etico. I differenti campi di applicazione della terapia espressiva a mediazione teatrale in psichiatria sono comuni a differenti approcci e includono la prevenzione primaria e secondaria del disagio psico-sociale, la riabilitazione delle disabilità sia fisiche che psichiche, la crescita del benessere individuale e di gruppo, la promozione della comunicazione sociale (Emanuel 1994). Allo scopo di rendere più fruibile al lettore questo elaborato, di qui in avanti verrà utilizzato sempre il termine “dramatherapy” (DT) per designare i differenti approcci di riabilitazione espressiva a mediazione teatrale, atteso che tale termine rappresenta al momento quello con cui la terapia espressiva a mediazione teatrale è meglio nota nel mondo.

**Tabella 8.** *Obiettivi della terapia espressiva a mediazione teatrale in psichiatria*

• promozione dell’intrinseco aspetto curativo dell’arte teatrale ponendo l’attenzione sugli aspetti sani della persona
• sviluppo della creatività drammatica incoraggiando l’intuizione, la metafora, l’immaginazione
• “fare pratica” di competenze sociali e relazionali attraverso la drammatizzazione
• stimolo della comunicazione attraverso voce e dramma
• facilitazione dell’elaborazione di istanze problematiche attraverso la “distanza drammatica”

La DT è stata studiata in psichiatria per i suoi effetti positivi nella comprensione di se stessi, dei propri sentimenti, motivazioni e comportamenti, per la capacità di far esperire ai pazienti ruoli differenti e per la possibilità di far avvenire un confronto tra il mondo esterno e il mondo interno del paziente (Jones 2011); in genere, il *setting* è di gruppo e il ruolo del conduttore è cruciale nel creare la giusta motivazione, nonché un ambiente sicuro che faciliti l'espressione emotiva.

Uno studio realizzato per valutare le opinioni di utenti con disturbi mentali gravi sull'esperienza del laboratorio teatrale ha rivelato che i partecipanti all'attività hanno attribuito un valore speciale alla versatilità e alla flessibilità di questa attività riabilitativa (Bielafńska et al. 1991).

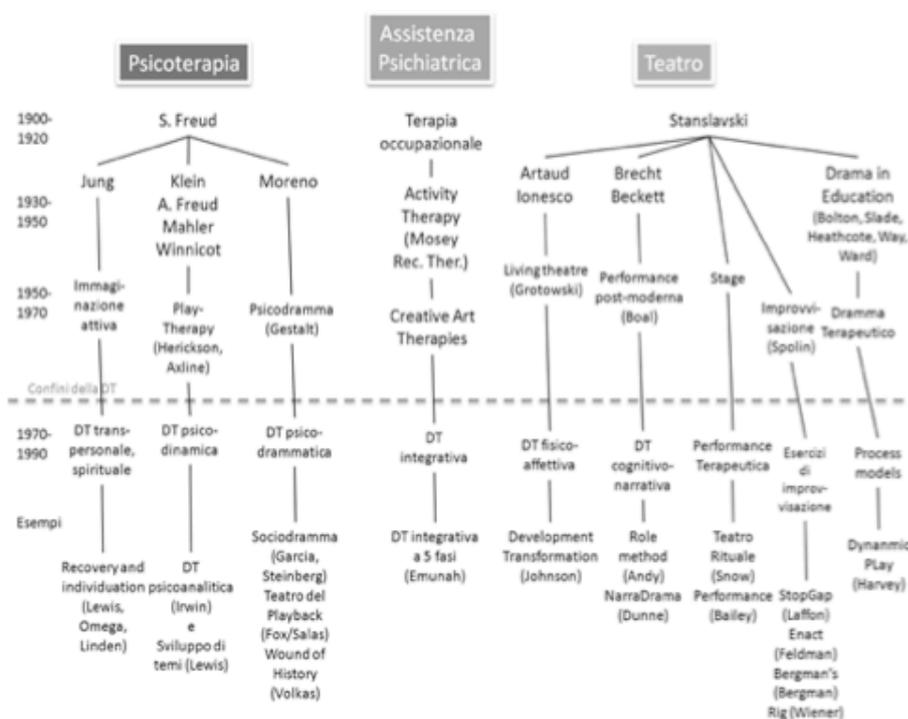
Nella prassi della DT, esiste un'ampia gamma di possibilità d'intervento nell'ambito della fragilità mentale. Parlare di tecniche espressive, e in particolare di intervento terapeutico riabilitativo a mediazione teatrale, significa entrare nell'ambito della medicina "non convenzionale", che guarda all'essere umano nella sua globalità, dove non esiste separazione tra corpo e mente ma invece continuità, rapporto e scambio continui. L'elemento che rende possibile agire e intervenire su questa continuità è l'uso dell'espressività e della creatività attraverso la corporeità e il "gioco serio" del teatro (Orioli 2007).

La matrice psichiatrica della DT è di ispirazione psicoanalitica e nasce dai contributi di S. Freud, di C.G. Jung, M. Klein ma soprattutto di Donald W. Winnicott, che per primo attirò l'attenzione sullo "spazio transizionale" del gioco, elemento sostanziale dell'approccio clinico in DT, che rappresenta il motore propulsivo dell'esperienza educativa, riabilitativa e terapeutica (Winnicott 1974). L'attività ludica nella DT include aspetti psicologici, educativi, formativi d'importanza fondamentale, poiché stimola la formazione della personalità, l'apprendimento delle regole, oltre che l'interazione e l'integrazione di parti di sé durante un processo condiviso. Il gioco permette e incoraggia la mente del partecipante a perfezionare abilità mentali quali l'immaginazione, la capacità di distinguere e differenziare realtà e finzione, favorisce le possibilità di confrontarsi e di comunicare, il riconoscimento delle proprie emozioni e sostiene il partecipante nella gestione della responsabilità attraverso l'assunzione di un ruolo condiviso. Quanto all'esperienza scenica in sé, l'approccio di DT si avvale di tecniche specifiche e della comunicazione non-verbale. Ciò consente di riscaldare e lavorare sul e attraverso corpo, voce e gioco privilegiando la spontaneità e l'improvvisazione (Giovannelli et al. 2006). Tuttavia, in alcuni setting, si cura anche la messa in scena e si usano tecniche che riguardano sia la rappresentazione che l'elaborazione dei vissuti che l'accompagnano in cui si privilegia la comunicazione verbale. In tal senso, la cornice di riferimento generale della DT è senz'altro il moderno "teatro antropologico", che privilegia il lavoro dell'attore su se stesso, sui propri vissuti, sulle proprie emozioni e si ricollega al lavoro e ai metodi di Konstantin Stanislavskij, di Jerzy Grotowski, di Victor Turner e, in Italia, del salentino Eugenio Barba (fondatore dell'*International School of Theatre Anthropology*, nel 1979), anche se attinge a testi di tutte le epoche teatrali, dal teatro greco al teatro shakespeariano, dalla commedia dell'arte al teatro contemporaneo (Schechner 1985). Nell'ambito di questo orientamento, la dimensione della corporeità (attraverso l'esercizio della funzione dello sguardo, dell'ascolto e la partecipazione del corpo e della voce) appare centrale e ampiamente valorizzata, anche mettendo in secondo piano elementi caratteristici del genere teatrale tradizionale, come

il testo, la musica, la dizione, la scenografia, i costumi. Tutti gli elementi teatrali rappresentano strumenti utili al conduttore e al gruppo per perseguire gli obiettivi concordati attraverso il percorso condiviso. La DT presta particolare attenzione al tempo e allo spazio, considerandoli al centro della relazione non soltanto come variabili oggettive reali, quanto piuttosto come esperienze soggettive e condivise al fine di ricostruire un rapporto basato sull'accettazione di sé e dell'altro, con il fine di riappropriarsi di un vissuto relazionale valido e gratificante che è a fondamento del processo terapeutico intero.

I primi tentativi concreti di avvicinare il processo drammatico alla psicoterapia a scopo catartico e terapeutico si devono alla figura di Jacob L. Moreno, l'inventore del cosiddetto "psicodramma" in ambito dichiaratamente psicoanalitico (Ba 2014). Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, il campo della DT si è notevolmente espanso e arricchito di molte e differenti forme terapeutiche a mediazione teatrale; pertanto, anche se la DT ha origini storiche relativamente recenti, il suo sviluppo risulta essere abbastanza complesso. Nella **figura 1**, viene raffigurata una schematizzazione che illustra lo sviluppo della DT dalle sue radici (risalenti agli inizi del

**Figura 1.** Sviluppo storico della "drama therapy" (DT)



modificata da: David Read Johnson, Renee Emunah 2009

'900) sino ai giorni nostri, che riprende la valida concettualizzazione proposta originalmente da Johnson e Emunah (Johnson e Emunah 2009). Oggi esistono in Italia differenti discipline ricollegabili alla DT e che s'intrecciano all'approccio terapeutico a mediazione teatrale:

- a) Comicoterapia e Clownterapia, termini con cui si definiscono tipi di assistenza centrati sull'impiego del circo e del teatro di strada in contesti sanitari particolarmente complessi. L'obiettivo in questi casi non è semplicemente ridere o far ridere ma è sempre trovare una "metafora terapeutica" che permetta un cambiamento, suggerisca una strada per l'elaborazione della sofferenza fisica o psichica alla persona coinvolta.
- b) Playback Theatre che rappresenta una forma d'improvvisazione teatrale in cui un gruppo sociale racconta eventi reali della propria vita e poi li osserva rappresentati da una compagnia di performers specializzati accompagnati da una rappresentazione musicale. Tale tecnica si articola attraverso una speciale collaborazione e sinergia tra i performers (attori, musicista in scena e conduttore, chiamato direttore) e il pubblico.

Psicodramma, già citato, è più propriamente una psicoterapia di gruppo che ricorre al gioco drammatico libero e mira a sviluppare attivamente la spontaneità dei soggetti. L'essenza di questa terapia consiste nella verbalizzazione e nella rappresentazione dei vissuti personali, mediante le improvvisazioni sceniche fino al compimento del processo catartico e alla sua analisi, operata da uno psicoterapeuta, "direttore del gioco".

Teatro di Figura: arte teatrale che utilizza burattini, marionette, pupazzi, ombre, oggetti, come protagonisti dello spettacolo teatrale e segni di un linguaggio fortemente visivo e sensoriale. Si definisce attraverso un'azione teatrale specifica e il contributo corposo dei manufatti a essa necessari, appunto le "figure". Tra le tecniche più famose ci sono i burattini a guanto, o a bastone (*marotte*), le marionette a fili o a bastone (pupi), i fantocci e i pupazzi, gli oggetti, le ombre e le silhouette. In questo caso spesso la costruzione dei materiali costituisce parte integrante del percorso riabilitativo.

Le evidenze disponibili nella letteratura scientifica sull'applicazione delle terapie espressive a mediazione teatrale in psichiatria riguardano per lo più gruppi di pazienti con psicosi schizofreniche (Ruddy e Dent-Brown 2007) e pazienti con demenza di Alzheimer (van Dijk et al. 2012); recenti esperienze, anche italiane, segnalano la possibilità di effettuare un laboratorio di DT con altre tipologie di pazienti quali quelle affette da disturbi alimentari, anche in regime di ricovero ospedaliero, allo scopo di ridurre i meccanismi di difesa, mitigare alcuni sintomi specifici e migliorare la qualità di vita, sempre con un approccio centrato sul paziente (Pellicciari et al. 2013).

Un atelier terapeutico a mediazione teatrale è proponibile in differenti contesti, con finalità prevalentemente ludico-ricreative (allo scopo di incrementare la coesione sociale di differenti gruppi), con finalità preventiva (ovvero con uno scopo prettamente pedagogico ed educativo) o più dichiaratamente clinica (ovvero con scopo terapeutico/riabilitativo). Tuttavia, in ambito clinico, affinché si possa realizzare una proposta di cura efficace, il partecipante affetto da patologia psichiatrica grave deve necessariamente godere di uno stato di buon compenso psicopatologico da alcuni mesi, ovvero che la patologia psichiatrica non abbia coinvolto radicalmente l'ambito della sfera identitaria. È importante cioè che il terapeuta di DT valuti che sussistano i presupposti clinici affinché il paziente possa gradualmente avere accesso alla sfera del "come se" e sia in grado di

assumere ruoli diversi dal proprio, senza che questo meccanismo cagioni eccessiva sofferenza al protagonista.

Gli obiettivi “generali” della proposta riabilitativa della DT sono comuni anche ad altre forme di arte-terapia (e riguardano il miglioramento delle capacità relazionali, lo sviluppo delle capacità creative, la presa di coscienza della propria identità psicofisica, una migliore gestione delle emozioni, l’innalzamento del livello di autostima) mentre gli obiettivi “specifici” propri della proposta teatrale convergono sulla definizione e differenziazione tra spazio mentale, spazio scenico del “come se” e spazio reale esistenziale, con un’attenzione privilegiata all’espressione e all’integrazione di parti di sé attraverso la voce e il corpo. In sostanza, gli unici requisiti richiesti all’interno di un laboratorio di DT sono, oltre a una certa stabilità clinica, il desiderio di partecipare e la disponibilità del rispetto reciproco e delle regole del gruppo. E’ importante che il desiderio e la possibilità di partecipazione siano costruiti insieme al paziente per evitare qualunque forma di costrizione che possa violare l’esperienza di un atto così intimo e profondo come quello di mettere a nudo la propria esperienza affettiva ed emotiva più profonda.

Ad oggi, le evidenze scientifiche disponibili sull’applicazione della DT sono ancora esigue. In una recente revisione sistematica Cochrane dei dati scientifici sull’impiego della DT in pazienti affetti da psicosi schizofreniche e altri disturbi dello spettro, gli autori hanno esaminato 210 articoli per trovare solo 5 studi di buona qualità sull’argomento: essi, pur rilevando che la DT possa indurre alcuni benefici (soprattutto rispetto all’espressione emotiva, senza che richieda particolari disposizioni né una profonda consapevolezza di malattia), hanno constatato che gli studi impiegavano metodologie di DT diverse ed erano stati realizzati in *setting* molto differenti; in accordo con tali evidenze, non è possibile al momento definire con chiarezza limiti e indicazioni della DT per la riabilitazione psicosociale e appaiono necessari ulteriori studi controllati sull’argomento.

## 6. Conclusioni

Questa rapida esposizione di tecniche che affondano il loro ruolo terapeutico nell’antichità ma che si sono modernizzate tanto da tornare a essere oggetto di studio come evidenziato nella parte introduttiva, non può chiudersi senza un breve riferimento alla formazione dei terapeuti/terapisti che operano nei servizi di salute mentale. Le arti-terapie non sono improvvisazione, cosa come la riabilitazione non è improvvisazione e approssimazione. Esiste ancora molta confusione fra gli operatori fra come sia una tecnica espressiva artistica e un più semplice intervento di socializzazione oppure occupazionale durante il quale ricorrere a mezzi sonori, canto, disegno, produrre manufatti ad esempio dipingere ceramiche. Interventi questi che pure hanno una loro dignità ma non sono definibili “espressivi” e che spesso sono condotti da operatori senza una formazione specifica nelle arti-terapie o almeno in psicoterapia. Una recente survey sulle attività riabilitative condotta dalla Società Italiana di Riabilitazione Psichiatrica (SIRP) nei servizi di salute mentale del territorio nazionale ha confermato tale confusione, rivelando che spesso i pazienti con disturbi mentali erano avviati ad attività quali canto, pittura, decorazione, produzione di manufatti o ad attività genericamente socializzanti (ad esempio, karaoke) che venivano tuttavia classificate come “arti terapie” nella registrazione effettuata, mentre attività strutturate di gruppo

condotte da terapeuti formati specificamente venivano erroneamente registrati come “attività socializzanti gruppal”. Un altro dato che emerge, seppur grezzo e in corso di elaborazione, è la frequenza delle tecniche espressive fra tutte quelle segnalate dai centri che hanno collaborato (677 centri, per un totale di 3553 attività valutate). Sul territorio nazionale, esse rappresentano circa il 8,5% delle tecniche usate. In un ordine gerarchico di frequenza esse si collocano al quarto posto fra tutte le tipologie indagate. Certo ci sono regioni con maggiore tradizione formativa e maggiore esperienza nelle arti-terapie, e quindi una maggior presenza nei servizi di terapeuti/terapisti formati, come in Lombardia, dove rappresentano il 10,2% delle attività (Viganò et al. 2012). Si conferma anche con questi dati molto grezzi derivati dalla Survey SIRP la persistenza di questa tradizione italiana anche se ad oggi poco compare nella letteratura psichiatrica più usualmente consultabile nelle banche dati internazionali.

## Riassunto

**Parole chiave:** arte-terapia, riabilitazione psicosociale, psichiatria, psicosi, arte

Il rapporto tra arte e psichiatria ha una lunga storia ma inizia a essere riconosciuto in modo specifico nei setting di salute mentale solo nel XIX secolo, per poi consolidarsi con l'avvento delle psicoterapie che riconoscono un ruolo centrale alla comunicazione non verbale nel processo terapeutico. Le arti-terapie si configurano oggi come forme di psicoterapia che impiegano differenti mezzi artistici (pittura, danza, teatro, musica etc.) come modalità comunicative espressive e ricettive. In Italia, nell'ultimo secolo si è verificata una crescente diffusione delle arti-terapie anche come tecniche riabilitative. Sebbene le evidenze empiriche a oggi disponibili suggeriscano un ruolo di rilievo per le arti-terapie in psichiatria, soprattutto nei pazienti con psicosi in cui prevalgono i sintomi negativi, non sembra ancora definitivamente chiarito il ruolo e l'impatto delle arti-terapie nella riabilitazione psichiatrica. Per tali motivi, appare cogente illustrare lo *status artis* della riabilitazione psichiatrica mediante le principali e più riconosciute tecniche di arte-terapia (ovvero, la riabilitazione mediante le arti grafiche, la musicoterapia, la danza-movimento-terapia e la teatro-terapia) in Italia. Questa rassegna si propone come obiettivo quello di fornire una sintesi critica dei concetti di base, dei principali paradigmi applicativi e delle esperienze disponibili circa l'impiego delle arti-terapie in Italia

## ART-THERAPIES WITHIN THE CONTEXT OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN ITALY: A CRITICAL REVIEW

### Abstract

**Key words:** art-therapy, psychosocial rehabilitation, psychiatry, psychosis, art

The relationship between art and psychiatry is a long-standing one, although a specific role of art-therapy in psychiatric settings began to be specifically recognized only in the XIX century and then consolidated with the advent of psychotherapies that recognized a central role of nonverbal communication within the therapeutic process. The art-therapies are currently conceptualized as forms of psychotherapy employing artistic media (painting, dance, theatre, music etc.) as an expressive and receptive communication modalities. In Italy, along the XX century there has been a growing diffusion of art-therapies as rehabilitation techniques. Although the currently available empirical evidence suggests a relevant role for art-therapies in psychiatry, especially for patients with psychosis and prevailing negative symptoms, it is still unclear the role and

impact of art-therapies in psychiatric rehabilitation. For these reasons, it seems timely to illustrate the *status artis* of psychiatric rehabilitation employing graphic arts, music therapy, dance-movement therapy and drama therapy in Italy. This review aimed to provide a critical overview of the basic concepts of art-therapy, to elucidate the current rehabilitative paradigms and to review the available evidence related to the use of the most practiced art-therapy in Italy.

## Bibliografia

- Adler J (2002). *Offering from the Conscious Body: The Discipline of Authentic Movement*. Inner Traditions, Rochester.
- Adorisio A, Garcia M (2008). *Danzamovimentoterapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana*. MaGi, Roma.
- Aissen-Crewett M (1987). Esthetic training of the elderly with special reference to the therapeutic effects of pictorial creative activities. *Z Geronto* 20, 5, 314-317.
- Ba G (2003). *Strumenti e tecniche della Riabilitazione Psichiatrica*. FrancoAngeli, Milano.
- Ba G, Magnotti R (2002). Tecniche di intervento in un atelier di arteterapia. In M Rabboni (a cura di) *I colori della mente. Art brut e arteterapia contro lo stigma della psicosi*. Marsilio, Venezia.
- Ba G, Viganò C (1996). L'arte terapia nel percorso riabilitativo del paziente psicotico. In: *Quaderni di Castel Ivano: "La riabilitazione in Psichiatria"*, pp. 32-34. LitoDeltaEds, Strigno (Trento).
- Ba G, Magnotti R, Olivani F, Viganò C (2006). Le tecniche espressive in riabilitazione psichiatrica. In C Bellazzecca, M Peserico, M Rabboni (a cura di) *Curare con le arti. Neuroscienze e tecniche espressive*, pp. 43-50. Eds Update international congress, Milano.
- Bedoni G, Tosatti B (2000). *Arte e psichiatria. Uno sguardo sottile*. Mazzotta, Milano.
- Bellia V (2007). *Se la cura è una danza - La metodologia espressivo-relazionale nella danzaterapia*. Franco Angeli, Milano.
- Benenzon RO (1998). *Manuale di Musicoterapia*. Borla, Roma.
- Benenzon RO, de Gainza VH, Wagner G (2006). *La nuova Musicoterapia*. Il Minotauro, Roma.
- Bentivoglio L (1985). *La danza contemporanea*. Longanesi, Milano.
- Beveridge A (2001). A disquieting feeling of strangeness? the art of the mentally ill. *J R Soc Med* 94, 595-599.
- Bielańska A, Cechnicki A, Budzyna-Dawidowski P (1991). Drama therapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients: our impressions. *Am J Psychother* 45, 4, 566-575.
- Breton A (1962). *Premiere Manifest*. In A Breton (a cura di) *Manifests sur Surrealisme*. Pauvert, Parigi.
- Brodzinski E (2010). *Theatre in health and care*. Palgrave-MacMillan, New York.
- Bruscia KE (2010). *Definire la Musicoterapia*. Ismez, Roma.
- Chace M (1975). Marian Chase: Her papers. In Chaiklin H (ed). American Dance Therapy Association, Columbia, MD.
- Crawford MJ, Patterson S (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evid Based Mental Health* 10, 69-70.
- Crawford MJ, Killapsy H, Kalaitzaki E, Barrett B, Byford S, Patterson S, Soteriosu T, O'Neill F, Clayton K, Maratos A, Barnes RT, Osborn D, Johson T, King M, Tyrer P, Waller D (2010). The MATISSE Study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 10-65.
- de Mille A (1991). *Martha. The Life and Work of Martha Graham*. Random House, New York.
- Di Franco G (2001). *Le voci dell'emozione*. Ismez, Roma.
- Di Franco G (2002). *Un modello per la formazione in musicoterapia*. Isfom, Napoli.
- Diamare S (2001). Danzamovimentoterapia: la visione unitaria agita. In *Atti del Convegno della Società Italiana Medicina Psicosomatica*, Milano.
- Diamare S (2015). Effectiveness evaluation of training courses on non-verbal communication with 'Dance-Movement-Therapy' techniques for healthcare operators' promotion of wellbeing and resilience. *Rivista di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*.

- Donarelli Z (2007). Danzamovimentoterapia per la salute mentale: gruppi a confronto. In V Bellia (a cura di) *Se la cura è una danza*. Franco Angeli, Milano.
- Edwards D (2004). *Art therapy*. Sage, London.
- Ekman SL, Palo Bengtsson L, Winblad B (1998). Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 65, 6, 545-554.
- Emunah R (1994). *Acting for real - Drama therapy: Process, technique, and performance*. Routledge, New York.
- European Association of Dance Movement Therapy (2015). Glossary. *Disponibile all'indirizzo: <http://www.eadmt.com/doc/DEFINITIONS-4.pdf>*.
- Federazione Italiana Teatroterapia (2016). *Disponibile all'indirizzo web: <http://www.fedteatroterapia.it/>*
- François C, Grau-Sánchez J, Duarte E, Rodriguez-Fornells A (2015). Musical training as an alternative and effective method for neuro-education and neuro-rehabilitation. *Front Psychol* 6, 475.
- Freeman RD, Freeman I (1956). Art therapy in a total treatment plan. *J Nerv Ment Dis* 124, 421-425.
- Fux M (2006). *Cos'è la danzaterapia? Il metodo Maria Fux -Intervista con Betina M. Bensignor*. Del Cerro, Pisa.
- Gallese V (2005). Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4, 23-48.
- Gamna G, Bortino R (1982). *Attività espressive e terapie psichiatriche*. Minerva Medica, Torino.
- Giovanelli P, Vigano C, Bielli A, Ba G (2006). Dal gioco creativo alla costruzione del personaggio: percorsi di TeatroTerapia con il paziente psichiatrico grave. In C Bellazzecca, M Peserico, M Rabboni (a cura di) *Curare con le arti. Neuroscienze e tecniche espressive*, pp. 117-122. Eds Update international Congress, Milano.
- Gladding S (1992). *Counseling as an art: The creative arts in counseling*. American Counseling Association, Alessandria.
- Goldman E (1994). *As others see us – Body movement and the art of successful communication*. Routledge, New York/London.
- Hanevik H, Hestad K, Lien L, Stube Teglbjaerg H, Danbolt LH (2013). Expressive art therapy for psychosis: a multiple case study. *The Art in Psychotherapy* 40, 312-321.
- Hanna JL (1995). The power of dance: health and healing. *J Altern Complement Med* 1, 4, 323-331.
- Hannemann BT (2006). Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively? *Gerontology* 52, 1, 59-65.
- Heber L (1993). Dance movement: a therapeutic program for psychiatric clients. *Perspect Psychiatr Care* 29, 2, 22-29.
- Hill A (1945). *Art versus illness: A story of art therapy*. Allen & Unwin, Londra.
- Hogan S (2001). *Healing Arts: The History of Art Therapy*. Kingsley, Londra.
- Johnson DR, Emunah R (2009). *Current Approach in Drama Therapy*. Charles Thomas Publisher LTD, Springfield, Illinois.
- Jones P (2011). *Drama as Therapy - Theory, practise and research (volume 1)*. Routledge, New York.
- Jung CG (1974). *I fenomeni occulti (o Psicologia e patologia dei cosiddetti fenomeni occulti)*. Boringhieri, Torino.
- Kramer E (1977). *Arte come terapia dell'infanzia*. La Nuova Italia, Firenze.
- Krauss RM, Chen Y, Chawla P (2000). Nonverbal behavior and nonverbal communication: What do conversational hand gestures tell us? *Advances in Experimental Social Psychology* 1, 2, 389-450.
- Laban R (2009). *La danza moderna educativa*. Ephemeria, Macerata.
- Lecourt E (1996). *Analisi di gruppo e musicoterapia*. Cittadella, Assisi.
- Levy FJ (1988). *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. The American Alliance for Health, Physical Education, Reston.
- Lorenzetti LM (1995). *La dimensione estetica dell'esperienza*. Franco Angeli, Milano.
- MacGregor JM (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton University Press, Princeton.
- Magnotti R, Vigano C, Ba G (2007). Arteterapia e formazione lungo i percorsi della memoria. *L'altro –*

- Rivista della SIFIP 3, 36-41.
- Meekums B (2002). *Dance Movement Therapy: a Creative Psychotherapeutic Approach*. Sage, Londra.
- Naumburg M (1953). *Psychoneurotic art: Its function in psychotherapy*. Grune & Stratton, New York.
- Naumburg M (1966). *Dinamically oriented Art Therapy. Its principles and practice, illustrated with three case studies*. Grune&Stratton, New York.
- Orff G (1990). *Key Concepts in the Orff Music Therapy: Definitions and Examples*. Schott Music, Londra.
- Orioli W (2007). *Il gioco serio del teatro*. Macro Edizioni, Cesena.
- Pellicciari A, Rossi F, Iero L, Di Pietro E, Verrotti A, Franzoni E (2013). Drama therapy and eating disorders: a historical perspective and an overview of a Bolognese project for adolescents. *J Altern Complement Med* 19, 7, 607-12.
- Petrella F (2000). Premessa. In G Bedoni, B Tosatti (a cura di) *Arte e Psichiatria - Uno sguardo sottile*. Mazzotta, Milano.
- Prinzhorn H (1991). *L'arte dei folli*. Associazione Culturale Mimesis, Milano.
- Ravelin T, Kylmä J, Korhonen T (2006). Dance in mental health nursing: a hybrid concept analysis. *Issues Ment Health Nurs* 27, 3, 307-317.
- Recalcati M (2009). *Melanconia e creazione in Vincent Van Gogh*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Reich W (1973). *Analisi del carattere*. Sugarco, Milano.
- Rizzolatti G, Craighero L (2004). The mirror-neuron system. *Ann Rev Neurosci* 27, 169-192.
- Roberts G, Somers J, Dawe J, Passy R, Mays C, Carr G, Shiesr D, Smith J. On the edge: a drama based mental health education programme on early psychosis for schools. *Early Intervention in Psychiatry* 1, 168-176.
- Ruddy RA, Dent-Brown K (2007). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 24, 1, CD005378.
- Ruyter NLC (1996). The Delsarte Heritage. *Dance Research* 14, 1, 62-74.
- Sachs C (1980). *Storia della danza*. Il Saggiatore, Milano.
- Saraceno B (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Etas, Milano.
- Scardovelli M (1999). *Musica e trasformazione*. Borla, Roma.
- Schechner R (1985). *Between Theater and Anthropology*. University of Pennsylvania Press.
- Schneider Adams L (1993). *Art and psychoanalysis*. Harper Collins, New York.
- Shiou-Fang L, Chi Hiu Kao L, HueiChuan S, Tsung CH, Shun CY, Shu-Chuan C (2013). Effect of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patients with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine* 21, 682-688.
- Simpson K, Keen D (2011). Music Intervention for children with autism: narrative review of literature. *J Autism Dev Disorder* 41, 1507-1514.
- Società Professionale di Drammaterapia, 2016. *Disponibile all'indirizzo web: <http://www.spid-drammaterapia.it/>*
- Strassel JK, Cherkin DC, Steuten L, Sherman KJ, Vrijhoef HJ (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Alternative therapies in Health and Medicine* 17, 3, 50-59.
- UK National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, Londra.
- Van Dijk AM, van Weert JC, Dröes RM (2012). Does theatre improve the quality of life of people with dementia? *Int Psychogeriatr* 24, 3, 367-81.
- Viganò C, Borghetti S, Casamenti R, Borsani S, Goffredi A, Parabiaghi A, Riso P, Tomasoni L, Truzoli R, Amatulli A (2012). "Indagine sulle attività riabilitative in Lombardia. Un progetto della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale sezione regionale SIRP-Lo". *Errepiesse* VI, 2, 3-17.
- Waller D (1991). *Becoming a profession: A history of art therapy 1940-82*. Routledge, London.
- Wheeler Barbara L (1996). 8th World Congress of Music Therapy, 2nd International Congress of the World Federation of Music Therapy, Hamburg, Germany, July 14-20, - Interview with Prof. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt. *Voices: A World Forum for Music Therapy, [S.l.]*, v. 11, n. 2, jun. 2011

*Umberto Volpe et al.*

Winnicott D (1985). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Giunti, Milano.

Winnicott DW (1974). *Gioco e realtà*. Armando, Roma.

Wikström BM (2000). Visual art dialogues with elderly persons: effects on perceived life situation. *J Nurs Manag* 8, 1, 31-37.

Umberto Volpe<sup>1</sup>, Diana Facchini<sup>2</sup>, Roberta Magnotti<sup>3</sup>, Sara Diamare<sup>4</sup>, Elisabetta Denti<sup>5</sup>,  
Caterina A. Viganò<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, Napoli;

<sup>2</sup>ISFOM (Istituto formazione musicoterapia), Napoli;

<sup>3</sup>Dipartimento Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli studi di Milano

<sup>4</sup>U.O.C. Controllo Qualità, ASL Napoli 1 Centro;

<sup>5</sup>Università Paris Descartes, Parigi

**Corrispondenza**

Caterina Viganò

E-mail: [caterina.vigano@unimi.it](mailto:caterina.vigano@unimi.it)



## **SUGGESTIONS**



“Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, mi sono reso conto che il dolore e la sofferenza emotiva servivano a ricordarmi che stavo vivendo in contrasto con i miei valori. Oggi so che questa si chiama **autenticità**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, ho capito quanto fosse offensivo voler imporre a qualcun altro i miei desideri, pur sapendo che i tempi non erano maturi e la persona non era pronta, anche se quella persona ero io. Oggi so che questo si chiama **rispetto**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, ho smesso di desiderare una vita diversa e ho compreso che le sfide che stavo affrontando erano un invito a migliorarmi. Oggi so che questa si chiama **maturità**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, ho capito che in ogni circostanza ero al posto giusto e al momento giusto e che tutto ciò che mi accadeva aveva un preciso significato. Da allora ho imparato ad essere sereno. Oggi so che questa si chiama **fiducia in sé stessi**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, non ho più rinunciato al mio tempo libero e ho smesso di fantasticare troppo su grandiosi progetti futuri. Oggi faccio solo ciò che mi procura gioia e felicità, ciò che mi appassiona e mi rende allegro, e lo faccio a modo mio, rispettando i miei tempi. Oggi so che questa si chiama **semplicità**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, mi sono liberato di tutto ciò che metteva a rischio la mia salute: cibi, persone, oggetti, situazioni e qualsiasi cosa che mi trascinasse verso il basso allontanandomi da me stesso. All'inizio lo chiamavo “sano egoismo”, ma oggi so che questo si chiama **amor proprio**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, ho smesso di voler avere sempre ragione. E così facendo ho commesso meno errori. Oggi so che questa si chiama **umiltà**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, mi sono rifiutato di continuare a vivere nel passato e di preoccuparmi del futuro. Oggi ho imparato a vivere nel momento presente, l'unico istante che davvero conta. Oggi so che questo si chiama **benessere**.

Quando ho cominciato ad amarmi davvero e ad amare, mi sono reso conto che il mio Pensiero può rendermi miserabile e malato. Ma quando ho imparato a farlo dialogare con il mio cuore, l'intelletto è diventato il mio migliore alleato. Oggi so che questa si chiama **saggezza**.

Non dobbiamo temere i contrasti, i conflitti e i problemi che abbiamo con noi stessi e con gli altri perché perfino le stelle, a volte, si scontrano fra loro dando origine a nuovi mondi.

Oggi so che questa si chiama **vita**.”



« welcome to the real world ».

The Matrix, Morpheus