

Phyllis B. Booth • Ann Jernberg

Theraplay

Une thérapie par le jeu
basée sur l'attachement

Préface à l'édition française
de **Phyllis B. Booth**

Traduction de
Françoise Hallet



+ EN LIGNE

- Listes d'activités par âges
- Listes de tâches de la méthode interactive de Marschak



deboeck
SUPÉRIEUR **B**

Avec le soutien de



Theraplay

Une thérapie par le jeu basée
sur l'attachement

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre des pratiques et de théories d'orientation très diversifiées.

Theraplay

Une thérapie par le jeu
basée sur l'attachement

Phyllis B. BOOTH

Ann JERNBERG

Traduit par Françoise HALLET

*Theraplay. Helping Parents and Children, Build Better Relationships,
Through Attachment-Based Play* (3th edition) by Phyllis Booth and Ann Jernberg.

Copyright © by John Wiley & Sons, Inc.
All rights reserved This translation published under license.

Theraplay® is a registered service mark of *The Theraplay®* Institute, 3330 Old Glenview
Road Wilmette, IL 60091.

Avec le soutien de Theraplay France®.
Merci à Virginie Vandenbroucke pour sa collaboration. Pour plus d'information sur
Theraplay France®, consultez le site :
<https://theraplayfrance.fr/>



Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de
spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2023
Fond Jean Pâques, 4 – 1348 Louvain-la-Neuve

2^e édition

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie)
partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le
communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : février 2023
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/018

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-4647-5

*À Ann Jernberg, pionnière géniale de Theraplay,
qui a eu le courage et la sagesse de mettre la théorie
de l'attachement en pratique.*

*Et à tous ceux qui aiment jouer et qui utilisent Theraplay
pour mettre de la joie dans la vie des parents
et des enfants du monde entier.*

Compléments numériques

Vous rencontrerez, dans cet ouvrage, des références à des annexes. Celles-ci vous sont proposées en compléments numériques. Pour les télécharger, rendez-vous à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/346475

Vous y trouverez les documents suivants :

- A. Méthode interactive de Marschak : liste des tâches conseillées
- B. Activités Theraplay par dimensions

Sommaire

Remerciements	9
Préface à la 2 ^e édition française	13
Introduction	17

PREMIÈRE PARTIE

Vue d'ensemble de la méthode Theraplay	25
CHAPITRE 1 Apprendre les bases de la méthode Theraplay	27
CHAPITRE 2 Comprendre la théorie et la recherche qui sont à la base des concepts Theraplay	55
CHAPITRE 3 Observations de la recherche qui confirment l'efficacité de Theraplay	95

DEUXIÈME PARTIE

Stratégies pour une thérapie Theraplay	109
CHAPITRE 4 Structurer une thérapie Theraplay	111
CHAPITRE 5 Travailler avec l'enfant	157
CHAPITRE 6 Travailler avec les parents	195

TROISIÈME PARTIE

Applications spécifiques de Theraplay	243
CHAPITRE 7 Theraplay avec des enfants qui ont des troubles de régulation	245

CHAPITRE 8	Theraplay avec des enfants autistes	273
CHAPITRE 9	Theraplay pour les enfants traumatisés	321
CHAPITRE 10	Theraplay pour les enfants adoptés ou en famille d'accueil	359
CHAPITRE 11	Theraplay pour les adolescents	395
CHAPITRE 12	Theraplay en groupe	429
	Bibliographie	451
	Index	489
	Les auteurs	495
	Les contributeurs	497



Remerciements

Nous restons reconnaissants envers ceux qui ont permis la première édition en développant Theraplay : Ernestine Thomas, dont l'esprit exubérant et la sagesse intuitive, tout comme sa préoccupation d'excellence, nous ont tous conduits à poursuivre la recherche de la perfection de Theraplay ; Charles West, dont l'enthousiasme et la compassion ont guidé ceux qui travaillaient avec lui autant qu'ils ont aidé les enfants qu'il traitait, et qui continue à travailler pour Theraplay, en tant que président du comité directeur du Theraplay Institute ; Terrence Köller, qui continue à nous apporter des conseils solides et des encouragements ; et Theodore Hurst, longtemps président de Worthington, Hurst, and Associates, dont l'intérêt et le soutien ont été constants à travers les années. Il est décédé en 2001 ; il nous manque à tous.

Comme les deux premières éditions, la troisième édition est le résultat des efforts dévoués de nombreux amis et collègues de valeur, de thérapeutes et de formateurs Theraplay, qui ont répondu à ma demande d'aide pour réviser le livre. Même si plusieurs personnes ont contribué à des chapitres spécifiques – et je les remercie chaleureusement pour leur très importante contribution –, ceci n'est pas un livre co-rédigé au sens habituel du terme où les différents chapitres présentent différents points de vue. Ce livre est plutôt le résultat d'une collaboration et de nombreuses personnes ont contribué aux idées aussi bien qu'au texte pour présenter un point de vue unifié. C'est la distillation de la sagesse de toute la famille Theraplay. Nous avons donc de nombreuses personnes à remercier pour leur contribution.

Je remercie particulièrement pour cette nouvelle édition les collègues, amis et familles suivants :

- Sandra Lindaman, dont le paisible soutien et le conseil sage ont été présents à toutes les étapes de l'écriture. Ses idées sur les bases théoriques de Theraplay ont été essentielles au développement du chapitre 2. Elle a aussi écrit le chapitre sur l'autisme ainsi que des parties du chapitre sur l'adoption et les familles d'accueil.
- Jukka Mäkelä, qui a apporté sa grande connaissance de la psychiatrie, de la théorie du développement et de la pratique clinique pour expliquer ce qui rend Theraplay efficace. Lui et ses collègues finlandais

- dévoués utilisent Theraplay de façon imaginative dans de nombreux environnements et contribuent largement à la recherche sur l'efficacité de Theraplay.
- Karen Searcy, une thérapeute Theraplay de la première heure, qui a fourni des contributions de valeur au chapitre sur l'autisme.
 - Reva Shafer, qui a donné son temps, son énergie et son expertise pour développer le chapitre sur l'autisme.
 - Graham Thompson, qui a contribué aux idées de base du chapitre sur le travail avec les adolescents et dont le soutien généreux de Theraplay au fil des ans est grandement apprécié.
 - Jean Crume, qui est toujours disponible pour lire un brouillon, pour suggérer une meilleure organisation et pour être un soutien solide.
 - Vicky Kelly, ancienne présidente de ATTACH¹, qui a donné généreusement de son temps pour partager son expertise sur les effets du traumatisme sur le cerveau et sur la façon de travailler avec les enfants qui ont été maltraités sexuellement. Ses suggestions réfléchies et de valeur nous ont permis de veiller à ce que nos explications soient correctes.
 - Gayle Christensen, superbe directeur exécutif de Theraplay, qui maintient le cap du Theraplay Institute.
 - Kathie Booth Stevens, qui a passé d'innombrables heures à utiliser ses étonnantes compétences d'édition pour organiser et éditer le manuscrit à tous les stades de son développement.
 - Mes deux filles, Alison Booth et Kathie Booth Stevens, qui m'ont apporté encouragement, soutien moral et le grand réconfort et la joie de leur présence dans ma vie.

Finalement mes remerciements aux nombreux amis et collègues à travers le monde qui ont contribué au livre en lisant le manuscrit à divers stades, en m'apportant des exemples de cas, en partageant leur vision et en apportant des suggestions utiles.

Kathy Atlass, Chicago, Illinois ; Susan Bundy-Myrow, West Seneca, New York ; Ishtar Beetham, Albany, Australie de l'Ouest ; Eadaoin Bhreathnach, Belfast, Irlande du Nord ; Rand Coleman, Phoenixville, Pennsylvanie ; Elke Furhmann, Konstanz, Allemagne ; Donna Gates, Gurnee, Illinois ; Brijin Gardner, Parkville, Missouri ; Tracy Hubbard, Mansfield, Nottinghamshire, Grande-Bretagne ; Emily Jernberg, Ann Arbor, Michigan ; Heather Lawrence, Brampton, Ontario ; Elaine Leslie et Nancy Mignon, Rockford, Illinois ; Margaret Mackay, Fergus, Ontario ; Evangeline Munns, King City, Ontario ;

1. Association for the Treatment and Training in the Attachment of Children, www.attach.org.

David Myrow, West Seneca, New York ; Linda Ozier, Winona Lake, Indiana; Margie Rieff, Fairview, Oregon ; Mary Ring, Houston, Texas ; Saara Salo, Helsinki, Finlande ; Angela Siu, Hong Kong ; Mary Talen, Chicago, Illinois ; Kirsi Tuomi, Hyvinkää, Finlande ; Juan Valbuena, Chicago, Illinois, Cheryl Walters, Lancaster, Pennsylvanie ; et les membres suivants de l'équipe de Chaddock : Karen Buckwalter, Thomas Donovan, Michelle Robison et Marlo Winstead, Quincy, Illinois. Beaucoup d'autres personnes ont répondu généreusement à mon appel pour des situations, mais je n'ai pas été capable de les inclure toutes dans le livre.

J'ai eu la chance d'avoir l'aide de Marie McDonough, une étudiante talentueuse, efficace et bien organisée de l'Université de Chicago, qui a ordonné mes dossiers, tapé les transcriptions des séances Theraplay enregistrées, retranscrit le manuscrit chapitre par chapitre, préparé les références et les listes de publications Theraplay ; elle était toujours là quand j'avais besoin d'elle. John Davy, lui aussi étudiant à l'Université de Chicago, a retrouvé à la bibliothèque des montagnes de documents importants sur l'attachement, le développement du cerveau, l'autisme, et beaucoup d'autres sujets pour m'aider à mettre à jour l'ancien matériel.

Nos remerciements spéciaux et les plus chaleureux vont aux nombreux enfants et familles dont nous avons tous tellement appris. Pour préserver la confidentialité des familles présentées dans les situations décrites dans ce livre, tous les noms ont été changés et les détails de leur vie modifiés.

Je suis reconnaissante à Ann Jernberg, qui a osé essayer de nouvelles idées et explorer de nouvelles façons de travailler avec les enfants. Sans elle, Theraplay n'aurait jamais existé. Theraplay est devenu la passion de ma vie et mon engagement et je présente cette troisième édition collaborative avec confiance dans la force permanente et la vitalité de l'approche Theraplay. Avec sa capacité essentielle de mettre de la joie et du sens dans la vie des personnes, il m'a vraiment connectée à une communauté Theraplay mondiale. Je regarde les quarante dernières années avec fierté et je regarde vers l'avant avec espoir pour l'avenir de Theraplay : une force pour le bien, pour la paix et pour le bonheur des familles. J'ai foi dans la nouvelle génération de la famille Theraplay pour continuer à relier les mains et les cœurs autour du monde.

Phyllis B. BOOTH

Préface à la 2^e édition française

Je salue cette nouvelle édition française de *Theraplay : une thérapie par le jeu basée sur l'attachement*, qui répond à une demande accrue du public francophone pour cette introduction à la « méthode Theraplay® »¹, une approche par le jeu dans le cadre de la prise en charge des problèmes relationnels entre parents et enfants. Publié pour la première fois en traduction française en 2014, cet ouvrage a suscité l'intérêt général dans le domaine de l'aide à l'enfance. Cette nouvelle édition (2023) se propose de mettre à disposition du lecteur le texte fondateur de la méthode, c'est-à-dire le manuel de base pour tous ceux qui veulent en savoir plus sur Theraplay et, tout particulièrement, pour ceux qui souhaitent se former à la méthode.

Theraplay a vu le jour au sein du programme « Head Start »² de Chicago, en réponse à un besoin impératif d'un accompagnement psychologique pour un grand nombre d'enfants en bas âge. Nous avons dû créer un programme de traitement efficace à proposer aux enfants dans les centres Head Start. Pour ce faire, nous avons abordé le problème de manière directe et simple en recrutant des jeunes gens dynamiques et attachants pour passer du temps en tête-à-tête avec les enfants en utilisant le modèle d'une parentalité saine qui remettrait en cause la vision négative et angoissée qu'ont ces enfants du monde, tout en les aidant à acquérir une vision positive d'eux-mêmes et des autres dans leur monde.

Ce défi lancé par Head Start est survenu à un moment où l'on s'intéressait de plus en plus à l'attachement et à sa capacité de soutenir un développement sain. Nous avons demandé aux jeunes personnes que nous avions recrutées de s'engager auprès des enfants de la manière dont des parents sains interagissent avec leurs propres enfants. Nous avons suivi le conseil de John Bowlby, selon lequel « le schéma d'interaction adopté par la mère d'un nourrisson sécurise

1. *Theraplay* est la marque déposée de The Theraplay Institute.

2. Programme créé en 1965 aux États-Unis par le Département de la Santé, de l'éducation et des services sociaux et qui fournit une éducation complète, des services d'implication parentale, de santé et de nutrition aux enfants issus de familles à faibles revenus.

constitue un excellent modèle pour le schéma d'intervention thérapeutique » (Bowlby, 1988, p. 126).

Notre approche audacieuse mais simple s'est avérée très efficace. Des enfants craintifs et repliés sur eux-mêmes sont devenus extravertis et capables d'entrer en contact avec les autres ; des enfants en colère et dissipés sont devenus calmes et également capables d'interagir avec les autres avec bonne humeur et aisance.

Au cours des cinquante dernières années, un nombre croissant de recherches ont soutenu et éclairé notre approche. Nous en savons désormais davantage sur la manière dont les interactions positives précoces favorisent un développement socio-émotionnel sain. Nous avons également appris à discerner quel type de parentalité mène à un attachement sécure, comment nous pouvons aider les parents à créer un attachement sécure, ou encore, comment les interactions qui mènent à un attachement sécure affectent le cerveau. De manière globale, nous avons acquis de nouvelles connaissances quant à la façon d'aider les parents à intégrer leurs propres expériences d'attachement à la tâche difficile bien que gratifiante d'élever un enfant, pour que celui-ci se sente en sécurité, réconforté, joyeux et connecté.

En 1979, lors de la publication de la première édition originale de ce livre, Theraplay était alors une méthode de traitement basée sur l'attachement, utilisée depuis déjà 10 ans et couronnée de succès. Ann Jernberg confiait, dans l'introduction de cette édition, que « nous étions impatients de faire connaître notre méthode à un plus grand nombre de personnes, car nous croyions fermement en celle-ci ». Au fur et à mesure que le temps passait et que nous en apprenions davantage sur la science sous-jacente de notre travail, il est devenu nécessaire de réviser l'ouvrage original de Theraplay afin de le mettre à jour. Ann Jernberg est décédée en 1993. C'est ainsi qu'avec un groupe dévoué de collègues de Theraplay, j'ai révisé et mis à jour le livre original, d'abord en 1999, puis en 2010. Chaque nouvelle édition a reflété notre compréhension croissante de tout ce qui gravite autour et résulte de la méthode Theraplay en tant qu'approche basée sur l'attachement pour aider les parents et les enfants à former des relations d'attachement plus sécurisantes.

Parmi les développements qu'a connus notre méthode, on retrouve :

- **Assurer les besoins des très jeunes enfants.** Dès le début, nous avons eu recours à des activités provenant du répertoire des parents de jeunes enfants et nous avons adapté nos interactions au niveau du développement émotionnel de l'enfant plutôt qu'à son âge chronologique. L'amélioration de la compréhension du développement du cerveau et des effets du traumatisme sur le cerveau augmente l'intérêt de s'adresser aux besoins développementaux et émotionnels plus jeunes des enfants avec lesquels nous travaillons.

- **Utiliser le toucher.** Comme une relation d'attachement sécurisante dépend d'un toucher approprié et chaleureux, Theraplay a toujours considéré le toucher comme essentiel pour une thérapie efficace.
- **Valoriser le jeu.** Le jeu reste la pierre angulaire de notre approche. Actuellement, les enfants passent de moins en moins de temps à jouer, et nous prenons de plus en plus conscience des effets négatifs du manque de jeu. Cela nous mène à plaider pour ramener le jeu dans la vie des enfants. L'approche ludique de Theraplay fait partie de l'effort pour rétablir cet équilibre.
- **Intervenir précocement.** Au fur et à mesure que l'importance développementale de la relation interactive précoce entre un enfant et ses parents se précise, il y a une prise de conscience croissante de la nécessité d'interventions précoces. En même temps, beaucoup de thérapeutes ne sont pas préparés à traiter de jeunes enfants. Étant donné que Theraplay est conçu pour assurer les besoins émotionnels précoces, c'est depuis longtemps un modèle idéal pour des interventions précoces.
- **Travailler avec les familles qui ont des enfants adoptés ou en famille d'accueil.** La prise de conscience croissante de la profondeur des problèmes rencontrés par les familles adoptives et d'accueil a conduit à s'intéresser à la façon dont Theraplay peut leur être utile. Theraplay s'adresse à l'enfant comme au parent pour faciliter les interactions nécessaires à la formation d'un attachement sûr.
- **Se centrer sur l'accordage et la régulation.** Suite à d'importantes recherches sur l'effet de la relation mère-enfant sur le développement du cerveau, attachement et régulation sont devenus presque synonymes. Le parent accordé corégule constamment ses interactions avec son bébé, afin qu'il puisse s'autoréguler par la suite. Nous insistons encore davantage sur l'accordage et la régulation dans nos séances et nous aidons les parents à réguler leurs interactions ludiques avec leurs enfants.
- **Augmenter l'implication parentale dans la thérapie.** Une meilleure compréhension de l'importance des attitudes des parents envers l'attachement et envers leur capacité à réfléchir sur leurs propres expériences et sur celles de leur enfant conduit à accentuer encore plus le rôle des parents dans une thérapie Theraplay, à passer plus de temps à les préparer à leur rôle dans la thérapie. Par conséquent, nous expliquons en détail comment nous travaillons avec eux.
- **Redéfinir la structure.** Dès le début de notre travail, nous avons souligné combien il est important que les parents adoptent un solide rôle parental, que nous avons souvent défini simplement par « prendre

leur responsabilité ». Nous développons maintenant une vision plus nuancée de la structure qui apporte une présence fiable, de soutien, qui guide et régule l'expérience de l'enfant et qui maintient la sécurité tout en répondant aux besoins de l'enfant.

- **Redéfinir la résistance.** Toute tentative de créer un changement peut conduire à une résistance à un moment de la thérapie. Nous faisons maintenant très soigneusement la distinction entre la résistance qui vient d'une hésitation à abandonner l'ancien mode de fonctionnement et la résistance qui vient de la panique ou de la peur. En augmentant notre sensibilité à l'état d'excitation et d'anxiété de l'enfant, nous connaissons moins d'épisodes de comportements incontrôlables. Notre approche de base est d'apporter le niveau de contenance et de calme qui peut maintenir un enfant en sécurité. Pour calmer un enfant effrayé, nous réduisons les stimulations, nous veillons à ce qu'il se sente en sécurité et nous restons près de lui pour garder un contact sensible.
- **Traiter le trauma complexe.** Conscients des avancées de la recherche sur les effets neurologiques de la négligence, de la maltraitance et du traumatisme, nous sommes plus réactifs et efficaces avec les enfants qui ont souffert de trauma complexe. L'utilisation par Theraplay d'activités concrètes, rythmiques et apaisantes, qui aident un enfant à former une relation sécurisante avec son soignant, peut être le premier pas pour aider l'enfant à élaborer le traumatisme.
- **Des exemples.** Nous apportons beaucoup d'exemples de l'application de Theraplay à un grand nombre de problèmes et à un nombre croissant d'environnements dans le monde entier.

Par ailleurs, cette nouvelle édition a été amendée de quelques mises à jour. La bibliographie a été augmentée et actualisée à la lumière des nouvelles publications dans le domaine, tant en langue originale qu'en traduction française. En outre, la traduction de certains concepts centraux de la méthode a été revue afin de rendre plus fidèlement leur sens original. Ainsi, le terme « engagement » a été remplacé par « *engagement* », « *nurture* » par « *nurture* » (le terme anglais étant communément utilisé dans le jargon) et « émulation » par « défi ».

Notre espoir pour cette nouvelle édition est qu'elle apporte une guidance et un soutien actualisés pour la pratique de Theraplay et que cette méthode soit encore plus largement et efficacement utilisée.

Phyllis B. Booth
Chicago, Illinois, janvier 2023

Introduction

Theraplay est une méthode thérapeutique agréable et amusante, centrée sur la relation ; elle est interactive, physique et plaisante. Ses principes sont basés sur la théorie de l'attachement et son modèle se trouve dans les interactions accordées entre les parents et leurs enfants : le genre d'interaction qui conduit à un attachement sécure et à une bonne santé mentale pour toute la vie. C'est une approche intensive, de courte durée qui implique activement les parents dans les séances avec leurs enfants pour créer une relation parent-enfant finement accordée. L'efficacité de Theraplay provient de l'utilisation du jeu basé sur l'attachement pour assurer les besoins des familles perturbées. Theraplay est admirablement adapté à ces besoins.

En préparant ce livre, j'ai été frappée par les plaintes de nombreux médias concernant les défis auxquels les enfants et les familles d'aujourd'hui doivent faire face. D'un côté, ils disent que, dans les familles riches et de la classe moyenne, il y a trop d'indulgence matérielle, trop de choix offerts, trop de contrôle du vécu des enfants, trop d'accent sur la réussite intellectuelle, trop peu d'occasions de contacts interpersonnels, pas assez de soutien des adultes, et pas assez de temps pour jouer. Dans nos banlieues, d'autre part, les défis sont la délinquance, la pauvreté et la drogue. Beaucoup d'enfants grandissent dans des familles pauvres, négligentes, touchées par la drogue, dans lesquelles ils doivent se débrouiller seuls, affamés, sans amour et misérables. Pour ces deux groupes, le monde tel qu'ils le voient à la télévision est un endroit violent et effrayant : les familles sont bombardées de scènes de guerre et de désastres naturels.

Les enfants dans ces deux environnements n'ont pas l'occasion de se détendre sur les genoux de Papa pendant qu'il leur lit leur livre préféré, de jouer à se bousculer avec Maman, de faire un câlin avec Grand-mère tout en mangeant du lait et des biscuits. Quand est-ce qu'un enfant peut trouver un moment de calme pour partager ses craintes, sa tristesse ou sa joie dans les bras de quelqu'un qu'il aime ? Où un enfant peut-il aller avec les autres enfants du quartier grimper aux arbres, construire des forts ou creuser des trous pour se cacher ? Il manque aux enfants d'aujourd'hui le monde magique de l'enfance.

Même si les deux groupes d'enfants ont, en apparence, des expériences très différentes, ils ont un commun dénominateur sous-jacent : dans les deux cas,

leurs parents, pour des raisons très différentes, sont incapables de valoriser, soigner et soutenir le développement du vrai soi de l'enfant. Le parent occupé, pressé réagit à l'image qu'il a en tête de l'enfant comme un adulte qui réussit dans sa carrière. En le poussant, en organisant ses activités et en allant d'un lieu à l'autre, il ne voit pas et n'est pas attentif aux besoins de l'enfant qu'il devrait soigner pour lui permettre de grandir. Il ne voit pas l'enfant tel qu'il est maintenant ni ce qu'il peut devenir.

Le parent de l'enfant négligé est aussi, à cause de ses propres difficultés et de ses ressources limitées, incapable de voir son enfant tel qu'il est réellement. Manquant de soutien et de respect de ses besoins, l'enfant devient prématurément autonome, déconnecté et méfiant. Il ne sait pas comment jouer, et il n'a pas envie de l'apprendre.

1. L'apport de Theraplay

L'approche Theraplay basée sur la relation est conçue tout particulièrement pour aider ces familles troublées à communiquer et à s'impliquer mutuellement. Ses interactions amusantes aident les parents et les enfants à devenir physiquement et émotionnellement proches. Son accent sur l'accordage et l'empathie permet aux familles de créer un lien authentique et sensible à travers lequel ils peuvent arriver à se connaître et à prendre soin l'un de l'autre, et à s'aimer et à se chérir l'un l'autre. Dans les interactions accordées et empathiques, l'enfant obtient un vrai sens de lui et le parent voit l'enfant tel qu'il est.

Theraplay aide les parents à réagir aux besoins de leur enfant plutôt que de lui imposer leurs propres idées de ce que ces besoins devraient être. Nous aidons les parents à donner la guidance, le sentiment de sécurité et la régulation qui conduisent à la sécurité et à la confiance. Nous les aidons à réagir au besoin de leur enfant de réconfort, de *nurture* et de soutien pour créer une base de sécurité à partir de laquelle l'enfant peut être lancé dans le monde, tout équipé avec les compétences pour y naviguer, toujours certain qu'il peut retourner à son port d'attache pour se réconforter et refaire le plein quand il en a besoin. Et finalement, nous encourageons des jeux entre parents et enfants qui nourrissent la possibilité d'être toute sa vie en relation harmonieuse et joyeuse avec les autres. Ce jeu précoce, parent-enfant, prépare l'enfant à trouver sa place dans le monde des relations. Il apprend des compétences importantes comme prendre son tour, s'adapter au rythme de l'autre, coopérer et se faire des amis. Il apprend que le monde est un lieu passionnant à explorer. Il développe un sentiment de respect et d'émerveillement devant le monde et est libre de l'explorer et d'apprendre.

1.1. Les débuts de Theraplay

En 1967, Ann Jernberg a accepté la tâche difficile de directrice des services psychologiques du nouveau programme Head Start¹ de Chicago. Son mandat était de localiser les enfants qui avaient besoin de services psychologiques et de les envoyer dans les centres thérapeutiques existants. Pendant la première année, son équipe et elle ont identifié plusieurs centaines d'enfants qui avaient besoin d'aide. Quand nous avons cherché des ressources thérapeutiques dans la zone de Chicago, nous avons découvert qu'il était impossible de trouver une prise en charge efficace même pour quelques enfants. Une thérapie pour enfant, quand elle était disponible, était longue et coûteuse, et les quelques centres thérapeutiques existants se trouvaient loin des familles qui en avaient besoin.

Nous étions dans une situation critique. Nous devons trouver un traitement pour ces enfants, mais aucun n'était disponible. Nous avons rapidement compris que nous allions devoir créer un programme nous-mêmes, un programme qui offrirait un traitement directement à l'enfant et qui serait efficace en peu de temps. De plus, étant donné l'urgence, il fallait qu'il soit facile à comprendre et à utiliser par des travailleurs de santé mentale relativement inexpérimentés. Cela avait donc du sens d'utiliser les modes amusants d'interaction qui viennent naturellement aux adultes qui s'occupent d'enfants et qui apprécient cela. Toujours pleine de ressources, Ann Jernberg a pris comme modèle les interactions parent-enfant et a emprunté des éléments au travail de Austin DesLauriers (1962, DesLauriers et Carlson, 1969) et de Viola Brody (1978, 1993) pour développer cette nouvelle approche.

Dans son travail avec les enfants autistes, DesLauriers incorporait des idées du travail récemment publié de Bowlby sur l'attachement (1969). Il mettait l'accent sur l'intrusion et l'intimité entre l'enfant et le thérapeute par un contact direct corporel et oculaire, tout en se centrant sur l'ici et maintenant et en ignorant les fantasmes. Dans son travail avec les enfants émotionnellement perturbés, Viola Brody se centrait sur la relation chaleureuse entre le thérapeute et l'enfant, par le toucher, des bercements et des chansons, ainsi qu'un maintien physique. Au fur et à mesure de la mise au point du traitement,

-
1. **Head Start** est un programme du Département de la Santé, de l'Éducation et des Services Sociaux des États-Unis d'Amérique, qui offre une éducation complète, des services de participation parentale, de santé et de nutrition, aux familles à faibles revenus et à leurs enfants. Ce programme a été créé en 1965 sous forme de cours de rattrapage pour permettre aux enfants pauvres d'entrer à l'école maternelle. C'est le programme qui a la plus grande longévité parmi ceux destinés à régler la pauvreté systémique aux États-Unis. En 2005, plus de 22 millions d'enfants d'âge préscolaire avaient participé au programme *Head Start*. Les services ont été apportés par 1.604 programmes différents opérant dans plus de 48.000 classes réparties dans chaque État. Le personnel est composé d'environ 212.000 personnes salariées et de plus d'un million de bénévoles.

Ernestine Thomas, une des premières étudiantes de Viola Brody, a contribué à un des aspects les plus importants de Theraplay : un accent fort, affirmatif et plein d'espoir sur la santé de l'enfant, son potentiel et sa force.

Avec ce modèle en tête, nous avons rassemblé tous ceux que nous pouvions trouver qui avaient une expérience de travail avec les enfants, y compris des mères Head Start, des étudiants et des professionnels de la thérapie infantile. Nous avons cherché des personnes ayant la capacité d'entrer en contact avec des enfants de façon dynamique, ludique, des personnes dévouées à les aider à réaliser tout leur potentiel. En relativement peu de temps, nous avons commencé à former et superviser un groupe de travailleurs de la santé mentale qui allait dans les écoles travailler individuellement et intensivement (deux ou trois fois par semaine) avec les enfants qui avaient besoin d'aide. Il est rapidement apparu que ce que nous faisions fonctionnait. Des enfants tristes, repliés sur eux-mêmes s'animaient ; des enfants agressifs, colériques se calmaient et devenaient plus coopérants.

Quand nous avons rencontré de la résistance de la part des directeurs d'école, des enseignants, des travailleurs sociaux et du personnel Head Start, à cause de nos manières peu orthodoxes de travailler, Ann Jernberg a réalisé deux films pour démontrer l'efficacité de notre travail : *Here I Am* (Jernberg, Hurst et Lyman, 1969) et *There He Goes* (Jernberg, Hurst et Lyman, 1975). Avec ces films, nous avons présenté notre nouvelle méthode dans tout le système Head Start, et nous avons obtenu progressivement l'acceptation et finalement la complète reconnaissance de notre travail.

En 1970, alors que nous cherchions un nom pour cette méthode thérapeutique ludique, tellement différente de la thérapie traditionnelle par le jeu, Charles Lyman, cinéaste de *Here I Am*, a suggéré le nom *Theraplay*. Le Theraplay Institute a été créé en 1971 et les premiers cours de Theraplay pour professionnels de la santé mentale ont été donnés la même année. En mars 1972, Theraplay a été inscrit dans un plan Health, Education and Welfare (HEW) pour le programme Head Start de Chicago. En 1976, pour protéger l'intégrité de la méthode Theraplay, nous avons enregistré son nom comme une marque de service, l'équivalent d'un copyright ou d'une marque commerciale.

Voyant notre succès avec les enfants Head Start, des enseignants, des parents et des travailleurs sociaux ont commencé à nous envoyer des enfants pour une thérapie en privé. Rapidement, des séances Theraplay ont eu lieu non seulement dans les classes Head Start, mais aussi dans un lieu thérapeutique Theraplay, à Chicago aussi. Au début des années 1980, nous avons commencé à former des personnes dans d'autres centres aux États-Unis et au Canada. Theraplay est maintenant utilisé dans vingt-neuf pays différents. Il y a des associations Theraplay en Finlande et en Allemagne.

Après le décès d'Ann Jernberg en 1993, il est devenu urgent de donner au Theraplay Institute une base plus sûre. En 1995, nous l'avons fait agréer

comme centre de formation, de thérapie et de consultation, sans but lucratif. Nous nous sommes centrés sur la formation comme moyen le plus efficace de répandre les idées Theraplay. Notre mission est de « construire des familles solides avec des enfants et des adultes en bonne santé émotionnelle par la formation, la thérapie, le plaidoyer et la recherche Theraplay. »

Même si Theraplay continue à être utilisé dans les programmes Head Start, il s'est aussi étendu dans un grand nombre de lieux, dont des programmes d'intervention précoce, des crèches et des écoles maternelles, des thérapies à domicile, des agences de placement familial et d'adoption, des centres pour mères adolescentes, des centres thérapeutiques résidentiels, des centres de placement familial à long terme et des centres de jour pour personnes âgées. Voici quelques exemples de populations particulières et de lieux aux États-Unis où Theraplay a été ou est utilisé : pour les enfants sourds de parents entendants, pour les victimes de l'ouragan Katrina dans les écoles publiques, pour les adolescents dans les écoles, les centres résidentiels et les centres pour délinquants juvéniles, dans les camps d'été pour familles d'enfants autistes, pour les familles qui sont à risque de déchéance parentale, dans les abris pour SDF et dans les centres d'accueil pour victimes de violence familiale, et dans les programmes d'intervention précoce à domicile.

L'application de Theraplay à l'étranger a été largement répandue et créative. Il a été utilisé avec les enfants traumatisés par la guerre de Bosnie, avec les enfants et les familles dévastés par le tsunami au Sri Lanka, avec les enfants des orphelinats de Russie et de Lituanie et dans les villages SOS en Finlande, avec les orphelins du sida et les enfants des rues du Botswana, avec les familles pauvres d'Argentine. Il a été utilisé avec succès dans de nombreux lieux et avec des populations très variées en Corée du Sud pour renforcer l'estime de soi et le fonctionnement socio-émotionnel, par exemple, des enfants d'écoles maternelles, des enfants qui vivent dans des institutions pour cause de maltraitance dans leur famille biologique, des adolescents fugueurs, des enfants avec un retard de développement, des enfants autistes et des enfants à l'attachement insécure.

1.2. Les concepts de base de Theraplay

En cherchant à reproduire la grande variété d'interactions qui se produisent dans les interactions parent-enfant, nous avons extrait quelques principes qui sont les concepts de base de Theraplay. Ce sont les caractéristiques qui définissent une bonne relation parent-enfant. Les relations qui partagent ces qualités mènent à un développement socio-émotionnel équilibré.

Theraplay est :

- interactif et basé sur les relations,
- une expérience directe, dans l'ici et maintenant,
- guidé par l'adulte,

- réactif, accordé, empathique et réflexif,
- conçu pour le développement préverbal, social du cerveau droit,
- multisensoriel, incluant le toucher,
- ludique.

Dans le chapitre 2, nous reprenons ces idées et envisageons la théorie et la recherche qui soutiennent chacun des aspects de notre travail.

2. À qui s'adresse ce livre

Ce livre s'adresse à ceux qui offrent directement des services aux enfants et aux familles qui ont des problèmes d'attachement et des problèmes relationnels : psychologues et psychiatres, assistants sociaux, conseillers, thérapeutes familiaux, thérapeutes par le jeu, infirmières pédiatriques, puéricultrices, enseignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, professionnels de l'adoption et de la post-adoption, spécialistes de la petite enfance et du développement. Ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention primaire et de l'intervention précoce, et, en particulier, ceux qui travaillent en éducation pour des programmes de parentalité, trouveront ici une approche utile pour éviter des problèmes ultérieurs et réduire les problèmes de santé mentale. Les administrateurs de santé mentale ou les programmes d'éducation spéciale et les agences le trouveront aussi utile. Comme Theraplay n'est pas seulement un ensemble de techniques, mais une manière globale d'entrer en contact avec les enfants d'une façon positive, ludique et enrichissante, ce livre sera utile pour les parents, les grands-parents, les enseignants et aussi pour un public plus large de lecteurs.

Nous avons cherché à rendre les directives pour une thérapie Theraplay facilement compréhensibles et nous sommes sûrs qu'un grand nombre d'idées peuvent être utilement incorporées dans le répertoire de tout thérapeute expérimenté. Mais nous ne pensons pas qu'on puisse être un véritable thérapeute Theraplay rien qu'en lisant ce livre. Il est indispensable que tous les thérapeutes Theraplay suivent notre formation structurée et en plus un programme pratique de travail supervisé. Malgré son apparente simplicité et son côté naturel et intuitif, Theraplay n'est pas une méthode facile à apprendre. Il y a de nombreuses subtilités nécessaires pour réagir de façon appropriée aux besoins de chaque enfant et de chaque parent. Apprendre la méthode prend du temps et implique des cours intensifs et une supervision qui sont disponibles au Theraplay Institute de Chicago et dans nos deux centres internationaux en Finlande et en Allemagne. Toutes nos formations sont reprises sur notre site web ainsi que les conditions requises pour obtenir le titre de thérapeute Theraplay : www.theraplay.org.

3. Organisation du livre

Le livre est divisé en trois parties. La première présente une vue d'ensemble de la méthode Theraplay et ses fondements dans la recherche. Le premier chapitre détaille la structure du traitement et décrit comment nous utilisons les quatre dimensions Theraplay de *structure*, *engagement*, *nurture* et *défi* pour adapter le traitement aux besoins de chaque enfant ; il explique comment les concepts essentiels de Theraplay sont liés à ces quatre dimensions ; il identifie l'origine des problèmes d'attachement ou de relation qui amènent l'enfant en thérapie Theraplay ; et il discute des situations pour lesquelles il ne faut pas utiliser Theraplay. Le chapitre 2 décrit la théorie et la recherche qui éclairent et soutiennent les concepts essentiels de la thérapie Theraplay. Le chapitre 3 présente les recherches sur l'efficacité de Theraplay.

La deuxième partie décrit des stratégies de thérapie Theraplay et est conçue comme un guide pratique. Le chapitre 4 décrit comment structurer un traitement Theraplay, comment planifier les séquences d'une séance Theraplay, et comment les séances sont organisées autour des besoins particuliers de l'enfant pour la structure, pour l'engagement, pour le *nurture* et pour le défi. Le chapitre 5 envisage les questions auxquelles le thérapeute Theraplay fait face en travaillant avec l'enfant : comment le traitement évolue dans le temps, et comment il doit être adapté aux besoins individuels de l'enfant et de la famille, comment gérer la résistance et les comportements difficiles de l'enfant, et comment reconnaître et éviter l'utilisation inappropriée des expériences contre-transférentielles. Il se termine par une liste de directives pratiques pour le thérapeute. Le chapitre 6 décrit comment nous préparons les parents, notamment à leur rôle dans les séances, et comment nous les aidons à mieux répondre aux besoins de leur enfant. Il décrit aussi comment nous leur apprenons à continuer l'approche Theraplay avec leur enfant à la maison.

La troisième partie montre comment nous adaptons le traitement aux besoins des enfants avec divers problèmes comportementaux, émotionnels et relationnels. Le chapitre 7 concerne l'utilisation de Theraplay pour les enfants qui ont des problèmes de régulation et d'intégration sensorielle. Le chapitre 8 décrit comment utiliser Theraplay pour aider les enfants présentant des troubles du spectre autistique. Le chapitre 9 décrit comment Theraplay peut être adapté pour assurer les besoins des enfants qui souffrent de traumatismes complexes. Le chapitre 10 présente les principes de base pour utiliser Theraplay avec des enfants placés en famille d'accueil ou d'adoption. Le chapitre 11 décrit comment adapter Theraplay au travail avec des adolescents. Le chapitre 12 va au-delà du traitement individuel pour expliquer comment les modes relationnels positifs et ludiques de Theraplay peuvent être appliqués à des groupes.

PREMIÈRE PARTIE

Vue d'ensemble de la méthode Theraplay

Le premier chapitre de la première partie présente une vue d'ensemble de la méthode Theraplay. Le deuxième chapitre passe en revue la littérature théorique et de recherche qui informe et soutient les concepts essentiels de Theraplay. Le troisième chapitre est une revue de la recherche sur l'efficacité de la thérapie Theraplay.

CHAPITRE 1

Apprendre les bases de la méthode Theraplay

Phyllis B. Booth

Theraplay est une méthode thérapeutique ludique, attrayante, centrée sur la relation, une méthode interactive, physique, personnelle et amusante. Ses principes sont basés sur la théorie de l'attachement et son modèle est la relation accordée entre les parents et leur enfant : le type d'interaction qui mène à un attachement sécure et à une bonne santé mentale pour toute la vie¹. C'est une approche intensive, de relativement courte durée, qui implique activement les parents dans des séances avec leur enfant pour accorder finement la relation parent-enfant. L'objectif est de renforcer l'attachement, d'augmenter l'autorégulation, de favoriser la confiance et l'engagement joyeux et de permettre aux parents de continuer par eux-mêmes les interactions favorisant la santé développées pendant les séances thérapeutiques.

Dans ce chapitre, nous présentons la méthode Theraplay et nous donnons une brève description du processus global. Pour cela nous allons parler :

- du type de problème auquel Theraplay s'adresse,
- de la logistique et du processus global, y compris la transcription d'une première séance Theraplay,
- de la façon dont Theraplay reproduit la relation parent-nourrisson,

1. Bowlby (1988, p. 126) note que « le mode d'interaction adopté par la mère d'un nourrisson sécure fournit un excellent modèle pour le mode d'intervention thérapeutique » qu'il prône.

- des concepts essentiels de Theraplay,
- de la façon d'utiliser les dimensions Theraplay pour planifier une thérapie,
- des raisons pour lesquelles Theraplay peut être nécessaire,
- des situations pour lesquelles Theraplay n'est pas le traitement de choix.

1. Vue d'ensemble du processus

La relation parent-enfant est au centre de Theraplay. Notre modèle thérapeutique est basé sur la recherche en attachement qui démontre que des soins sensibles et réactifs et des échanges ludiques nourrissent le cerveau de l'enfant, forment des représentations internes positives de soi et des autres, et ont un impact sur le comportement et les sentiments pendant toute la vie. L'objectif de la thérapie est de créer (ou d'accorder finement) une relation sécurisée, accordée et joyeuse entre un enfant et son ou ses principaux donneurs de soins. Quand aucun parent n'est disponible, par exemple dans le cas d'un enfant placé en institution, l'objectif est de créer une relation proche avec un membre particulier du personnel ou avec le thérapeute Theraplay. Pour les enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme ou d'autres problèmes développementaux, l'objectif est de s'occuper des difficultés d'interaction sociale associées. Dans tous les cas, nous amenons l'enfant et ses parents ensemble en séance pour développer et pratiquer les interactions ludiques, accordées et réactives qui caractérisent une relation sécurisée².

L'objectif de la thérapie est d'établir ou d'ajuster une relation émotionnelle de confiance entre l'enfant et ses parents ; ceci entraînera un changement positif du modèle interne opérationnel que l'enfant a de lui-même et de ce qu'il peut attendre dans les échanges avec ses parents. Le modèle interne opérationnel que les parents ont d'eux-mêmes et de leur état d'esprit en ce qui concerne leur enfant deviendra aussi plus positif. L'enfant améliorera sa capacité d'autorégulation grâce à l'accordage et à la modulation de ses états d'excitation par son donneur de soins. Cela réduira les problèmes de comportement qui l'ont amené en thérapie³. Plus important, le traitement aura tous les résultats positifs associés à un attachement sécurisé : optimisme et estime de soi élevée, capacité d'être en empathie et de s'entendre avec les autres, et santé mentale durable.

-
2. Nous utilisons le terme « parent » ou « parents » dans tout le livre pour faire référence à tous les soignants, y compris les parents biologiques, les parents adoptifs et les parents d'accueil. Puisque l'idée est que les deux parents soient impliqués dans une thérapie Theraplay, nous utiliserons généralement le pluriel même si nous savons qu'il y a des moments où un seul parent est impliqué.
 3. Sroufe et coll. (2005, pp. 66-67) a montré que les enfants avec « un passé d'attachement sécurisé acceptent mieux les limites et les directives de leurs parents... à cause de leur confiance dans la sensibilité du parent ».

Même si la plupart des enfants qui viennent en thérapie ont dépassé le stade du nourrisson, ils ont encore besoin des éléments facilement reconnaissables d'une bonne relation parent-nourrisson : accordage, réaction empathique à leurs besoins, toucher nourrissant, contact oculaire et échanges ludiques. À travers ces expériences, les enfants apprennent qui ils sont et ce qu'est leur monde. Ils identifient les personnes importantes dans leur monde, généralement leurs parents, et ils découvrent à quel point ceux-ci sont disponibles et sensibles. Les êtres humains ont ces besoins essentiels tout au long de leur vie : de la compagnie, un accordage, la corégulation des affects, un sentiment de valeur et ressentir de la joie auprès d'une autre personne.

Dans Theraplay, il y a un accent explicite sur la santé et la force des familles. Le message optimiste du thérapeute communique à l'enfant comme aux parents qu'il y a de l'espoir dans leur relation. Dans les séances de thérapie, l'enfant en arrive à se voir, dans le miroir des yeux de ses parents, comme aimable, capable, valorisé et agréable à vivre.

2. Qui peut en bénéficier ?

Theraplay est une thérapie efficace pour des enfants de tous âges, de la petite enfance à l'adolescence, mais il est le plus souvent pratiqué avec des enfants de 18 mois à 12 ans. Le chapitre 11 décrit comment il peut être adapté aux adolescents. Il a été adapté pour le travail individuel et en groupe et aussi pour le travail avec les personnes âgées.

Theraplay est efficace pour un grand nombre de difficultés sociales, pour des défis émotionnels et des problèmes développementaux et comportementaux. Ceci comprend des comportements internalisants comme le repli sur soi, la dépression, la crainte ou la timidité, des comportements externalisants comme le passage à l'acte, la colère et l'absence de compliance, ainsi que des problèmes de relation et d'attachement. Theraplay s'est aussi révélé utile pour des problèmes relationnels associés à des difficultés de régulation, pour l'autisme, les retards de développement et les handicaps physiques.

Comme il se centre sur la formation de l'attachement et l'amélioration des relations, Theraplay a été utilisé avec succès pendant de nombreuses années avec des familles d'accueil et des familles adoptives. Il est idéalement adapté pour aider les parents à comprendre et à répondre aux besoins d'un enfant qui a un passé de traumatisme et de ruptures relationnelles et pour aider les familles et les enfants à former un nouvel attachement. Theraplay a aussi été utile avec des familles biologiques à risque du fait de facteurs comme la pauvreté, l'inexpérience, la toxicomanie, la violence urbaine et familiale, les difficultés mentales et physiques, et le manque de bon parentage dans l'enfance des parents. Les familles avec de bonnes compétences parentales peuvent aussi trouver Theraplay utile pour les enfants dont les problèmes comportementaux

proviennent de stressseurs comme le divorce, la naissance d'un nouveau bébé, le tempérament difficile de l'enfant, un mauvais accordage entre le tempérament du parent et de l'enfant ou des séparations dues à la maladie.

Comme approche d'un parentage positif, empathique et ciblé, Theraplay a été utilisé dans des programmes de prévention et d'intervention précoce pour renforcer la relation parent-enfant en présence de facteurs de risques ou de stress de la vie quotidienne.

Theraplay se pratique dans différents lieux : dans des écoles, à domicile, dans des services de santé mentale ambulatoires, dans des hôpitaux, dans des centres de traitement résidentiel, dans des centres pour sans-abri, et en pratique privée.

3. Logistique

Nous allons maintenant examiner brièvement la logistique et la séquence typique de la thérapie avant de décrire une séance Theraplay. Dans le chapitre 4, nous décrirons le processus plus en détail.

PARTICIPANTS. Une thérapie Theraplay inclut les parents ou les soignants principaux dans les séances. L'idéal est d'avoir deux thérapeutes : l'un qui travaille avec l'enfant et l'autre, le thérapeute interprète⁴, qui travaille avec les parents. Quand il n'y a qu'un seul thérapeute, il mène les séances avec l'enfant et inclut les parents dans les activités dès qu'il juge que les parents et l'enfant sont prêts. Il rencontre les parents séparément pour répondre à leurs questions, pour discuter de ce qui se passe en séance avec l'enfant et pour les préparer à leur rôle dans les séances.

LIEU. La salle Theraplay est un endroit simple, fonctionnel et confortable. Des grands coussins de sol, ou un fauteuil-sac, et des petits coussins doux suggèrent que c'est un endroit où on peut se détendre et s'amuser. Idéalement, il y a une pièce d'observation avec un miroir sans tain derrière lequel les parents et le thérapeute interprète peuvent observer et discuter de ce qui se passe pendant la séance de l'enfant. Si ce n'est pas possible, un système vidéo ou une connexion sans fil peut relier la salle Theraplay avec une autre pièce qui sert de lieu d'observation. Dans beaucoup d'endroits cependant, comme dans les écoles, en pratique privée et à domicile, il n'est pas possible de disposer d'une pièce d'observation et d'un thérapeute interprète. Le chapitre 4 explique comment coordonner le travail de deux thérapeutes ainsi que la façon d'assurer les deux rôles quand on travaille seul.

4. L'appellation « thérapeute interprète » est un raccourci pour décrire l'étendue de la relation de collaboration que nous établissons avec les parents. Dans le chapitre 6, nous décrivons cette fonction en détail. Il s'agit d'aider les parents à observer et à réfléchir sur les expériences de l'enfant et sur leurs propres expériences, ainsi que des les guider pendant les séances.

NOMBRE ET DURÉE DES SÉANCES. Une thérapie Theraplay classique comprend de 18 à 24 séances. Ceci comprend une période d'évaluation de trois ou quatre séances ; le traitement proprement dit et une période de suivi de quatre à six séances espacées sur un an. Pour des cas plus complexes, la durée de la thérapie ira de six mois à un an. Les séances Theraplay durent trente à quarante-cinq minutes et ont généralement lieu une fois par semaine.

4. Le déroulement d'une thérapie Theraplay

Voici les trois étapes du processus thérapeutique : évaluation, thérapie et suivi.

ÉVALUATION. La procédure d'évaluation Theraplay comprend les éléments suivants :

- Des questionnaires standardisés sur les comportements de l'enfant et les attitudes des parents. Ils sont généralement complétés par les parents avant l'entretien d'anamnèse.
- Un premier entretien d'anamnèse avec les parents, pendant lequel nous commençons à découvrir le passé et le fonctionnement actuel de la famille. L'enfant n'est pas présent lors de cet entretien.
- Une évaluation de la relation de l'enfant avec chaque parent en utilisant la Méthode Interactive de Marschak (MIM) (Marschak, 1960, 1967 ; Marschak et Call, 1966 ; Booth, Christensen et Lindaman, 2005), une technique d'observation structurée conçue pour évaluer la qualité et la nature de la relation entre un enfant et chacun de ses soignants.
- Une séance de feed-back avec les parents qui ont été impliqués dans les séances MIM. Lors de cette rencontre, nous présentons notre évaluation initiale du problème et montrons des passages des séances MIM enregistrées sur vidéo pour illustrer des points particuliers. Si nous recommandons une thérapie Theraplay et si les parents veulent aller plus loin, nous négocions alors un accord pour un nombre limité de séances en fonction de la gravité du problème présenté.

THÉRAPIE. Les séances Theraplay sont conçues pour être agréables et amusantes. Le thérapeute approche chaque séance avec un plan basé sur une compréhension des besoins de cet enfant en particulier. À chaque moment des échanges avec l'enfant, le thérapeute adapte son plan et accorde ses actions aux réactions de l'enfant. Les activités dans chaque séance sont alternativement dynamiques et calmes ; les séances se terminent généralement par une activité calme de *nurture*, avec de la nourriture et des chansons.

La première séance commence par une salutation joyeuse et un effort actif pour faire connaissance, pendant lesquels le thérapeute « vérifie » les

caractéristiques importantes de l'enfant. Il peut vérifier la couleur de ses yeux, compter ses taches de rousseur et voir jusqu'où il peut sauter ou lancer.

Bien que chaque enfant réagisse à sa façon à l'expérience de jouer avec son nouveau thérapeute, la plupart des enfants suivent la même séquence, allant d'une acceptation hésitante à une phase de résistance et finalement à une participation enthousiaste. Nous décrivons les six phases de la thérapie dans le chapitre 5.

En fonction des besoins de l'enfant, les parents peuvent être présents dans la salle Theraplay dès le début ou peuvent observer leur enfant et son thérapeute depuis la pièce d'observation. Ils sont guidés dans leur observation par le thérapeute interprète, dont le rôle est d'aider les parents à comprendre ce qui se passe et de les préparer à rejoindre leur enfant dans la salle Theraplay. Quand il n'y a qu'un seul thérapeute, il rencontre les parents séparément à un autre moment pour discuter de la séance. Dans les dernières séances, les parents entrent dans la salle de thérapie pour interagir avec leur enfant sous la guidance du thérapeute Theraplay. Une fois qu'ils ont une certaine expérience des activités en séance, les parents reçoivent des « devoirs » : essayer quelques-unes des activités à la maison entre les séances. Le chapitre 6 décrit comment nous travaillons avec les parents.

La séance finale est une fête très gaie lors de laquelle les forces et les réalisations de l'enfant sont célébrées. L'accent est mis fortement sur le fait que l'enfant et ses parents sont capables de s'apprécier l'un l'autre.

À la fin de la thérapie, les parents remplissent de nouveau des questionnaires standardisés et la MIM est répétée pour évaluer les résultats du traitement.

SÉANCES DE CONTRÔLE. Des séances de contrôle sont prévues chaque mois pendant les trois premiers mois, et puis une fois par trimestre pendant un an. Ces séances suivent les modalités des séances de la deuxième moitié de la thérapie ; les parents participent à la deuxième moitié de chaque séance. Avant la séance, les parents ont la possibilité de discuter des problèmes ou questions qui ont surgi depuis la dernière séance. Quand ils viennent dans la salle Theraplay, ils peuvent présenter les nouvelles activités qu'ils ont appréciées avec leur enfant.

THERAPLAY EN PRATIQUE ***Un aperçu de la thérapie***

Cet exemple d'une séance Theraplay montre comment le jeu est utilisé pour créer une relation plus intime parent-enfant à travers l'accordage à l'enfant et la guidance de la dyade dans des activités simples et interactives. Après la transcription de la séance, nous décrivons comment le thérapeute interprète travaille avec les parents.

Sara, 7 ans et 3 mois, a été adoptée à l'âge de 3 ans après avoir souffert de négligence importante dans sa famille de naissance. Quand Sara est arrivée chez ses parents adoptifs, elle s'inquiétait de savoir s'il y avait suffisamment à manger. Elle évitait l'intimité et les câlins avec ses parents, mais cherchait parfois un contact indiscriminé avec des

étrangers. Au moment des séances Theraplay, Sara présente des périodes de compliance mêlées à des épisodes de hurlements, de morsures et de coups de pied aux autres à la maison et à l'école. Elle se dispute souvent avec ses parents et fait l'inverse de ce que les adultes lui demandent. Elle arbore souvent une mimique distante ou négative que ses parents interprètent comme : elle est malheureuse ou elle s'ennuie. Elle est gênée par diverses expériences sensorielles comme des bruits intenses ou les étiquettes et les coutures de ses vêtements. Ses parents voudraient que Sara leur fasse confiance et accepte leur amour ; ils voudraient aussi être aidés à faire face à ses comportements provocateurs.

Pendant l'entretien initial d'anamnèse, les parents de Sara parlent de leurs préoccupations et donnent des informations sur son passé pour que les thérapeutes puissent en savoir plus sur l'origine et la signification du problème actuel. Suite à cet entretien, Sara et chacun de ses parents sont observés jouant ensemble dans une séance structurée de MIM. Pendant cette séance, le besoin de Sara de connaître les règles et de prendre le contrôle de chaque situation est évident. Ses affects vont de timide ou calme à moyennement autoritaire avec des sourires et des gloussements exagérés et quelques expressions négatives discrètes. Elle est mal à l'aise pour accepter le *nurture* de ses parents. Elle s'inquiète de ses performances et se critique activement. Les parents sont aimants et gais. Ils posent souvent des questions, donnent des choix et engagent la conversation avec Sara d'une façon qui semble renforcer son rôle de « petit adulte ». À partir d'un désir sincère que Sara soit plus heureuse, ils cherchent à se centrer sur les affects positifs et soulignent combien elle fait bien les tâches plutôt que de reconnaître ses difficultés et ses expressions d'émotions négatives.

En se basant sur l'entretien et les interactions observées, le plan de traitement suivant est développé :

- donner à Sara de multiples expériences d'accordage à ses émotions positives et négatives,
- aider Sara à laisser ses parents lui donner de la structure et de la sécurité,
- aider Sara à accepter l'apaisement, le *nurture* réconfortant de ses parents,
- se centrer sur des expériences ludiques de coopération plutôt que sur les performances,
- aider les parents à donner ces expériences et à développer une compréhension plus profonde des réactions et des comportements de Sara.

Thérapeute et enfant

La mère de Sara participe à la première séance avec Sara et le thérapeute Theraplay pendant que son père observe avec la thérapeute interprète derrière le miroir sans tain. La décision d'inclure un parent dès le début a été prise à la fois à cause de l'histoire de l'adoption de Sara et parce que la famille vit dans un autre état et que les parents seront donc seuls après une courte période de thérapie Theraplay.

Dans cette transcription de la première séance Theraplay de Sara, la description des actions est écrite entre parenthèses ; les inférences à propos de la signification ou de l'intention sont entre crochets et en italiques. Un point d'interrogation indique la nature temporaire de l'inférence, qui doit être confirmée ou infirmée par d'autres observations.

Sara, sa mère et sa thérapeute, Margaret, sont debout à l'entrée de la salle de thérapie. Cette salle comporte un tapis de sol et des grands coussins disposés en fauteuils pour Sara et sa maman. Margaret tient deux casquettes de bébé en main et s'agenouille devant Sara.

MARGARET : Tu veux le tigre ou le léopard ?

SARA : (Sourit timidement et regarde sa mère.) Le tigre.

MARGARET : Je pensais bien que c'était celui-là que tu voudrais. OK, nous allons le mettre sur ta tête. (Sara sourit.) Je vais en mettre une sur la tête de Maman aussi. Oh, vous êtes superbes toutes les deux. Maintenant donne la main à Maman et à moi, nous allons marcher vers les coussins sans laisser tomber les casquettes. (Margaret les prend par la main et les conduit vers les coussins lentement et soigneusement.) OK, Maman, vous restez là et vous tendez vos mains. Sara, secoue ta tête et fais tomber ta casquette dans les mains de Maman quand j'aurai compté jusqu'à trois... 1... 2... 3.

MAMAN : Je l'ai !

MARGARET : Maintenant Sara, tends tes mains et Maman, faites tomber la vôtre. Tu l'as eue ! Maintenant nous nous asseyons ici. (Elle les aide à s'asseoir sur les coussins l'une à côté de l'autre.)

MARGARET : Maintenant, je n'ai pas eu l'occasion de faire cela avec vous. (Sara se redresse, tendant impatiemment les mains.) C'est bien. (Sara et Margaret à leur tour laissent tomber et attrapent les casquettes. Sara fait tomber la sienne un peu avant le 3.) *[Excitée ? Légèrement opposante ?]*

MARGARET : *[Change de tâche pour changer le style et réengager.]* Est-ce que tu penses que tu peux le faire avec les deux ?

SARA : Les empiler ?

MARGARET : Oui, c'est cela, tu as bien compris ce que je voulais dire. (Empile les deux casquettes sur la tête de Sara.) Tourne la tête pour que Maman puisse voir sa fille. (Maman et Sara se regardent avec un large sourire.) OK, tu as les yeux bleus et le signal sera « bleu »... vert... noir... brun... BLEU. (À la mère.) Votre fille a aussi de grandes oreilles !

MARGARET : (Prend quelque chose dans son sac.) J'ai quelque chose ici.

SARA : Oooh ! (S'attend à quelque chose d'agréable.)

MARGARET : Nous allons jouer six ou sept jeux. Est-ce que tu aimes les bulles ? (Sara hoche la tête.) Oh, je suis bien contente.

MARGARET : Toi et Maman préparez-vous à les faire éclater en frappant dans vos mains. (Fait une démonstration avec ses mains.)

SARA : Je peux me lever ? (Saute sur ses pieds.)

MARGARET : Nous allons essayer debout et assise. *[C'est plus important de maintenir l'intérêt que d'insister sur le fait de s'asseoir, bien que ce soit plus calme assis]*

Sara rit et saute en faisant éclater les bulles vigoureusement avec ses mains ; sa maman fait éclater les bulles perdues. Une bulle atterrit sur la tête de Sara et y reste un moment.

MARGARET : *[Voyant une occasion de contact entre la mère et l'enfant.]* Penche-toi Sara, il y en avait une ici. (Touche sa tête.) Maman, touchez ses cheveux. Vous sentez ? C'est mouillé. (Maman tapote les cheveux de Sara.) Je me demande si vous pourriez les éclater entre vos mains, une de Sara et une de Maman. (Prend une main de chacune et les met ensemble ; elles essaient, c'est difficile à coordonner.) C'est un peu difficile, non ? *[Trouve une raison pour rapprocher la mère et la fille.]* Je pense que je connais une meilleure façon. Sara, assieds-toi sur les genoux de Maman et regarde-moi. Maman, mettez vos mains au-dessus de celles de Sara et faites-les bouger, oh, c'est mieux. (Sara se couche contre la poitrine de sa mère et rit.)

MAMAN : Nous pouvons attraper beaucoup de bulles comme cela. (Elles se penchent ensemble et font éclater toutes les bulles ; toutes les deux ont un grand sourire.)

MARGARET : C'était vraiment bien, j'aime bien la façon dont vous travaillez ensemble, une vraie équipe, une vraie équipe. (Sara reste assise sur les genoux de sa mère, regarde Margaret avec impatience.) *[Sara a accepté la proximité de sa mère en étant impliquée dans le jeu et reste sur ses genoux après la fin de l'activité.]*

MARGARET : Sara, nous allons faire une pile de mains, mets ta main droite sur la mienne, puis je mets ma main sur la tienne, et nous montons. (Sara commence à mettre ses mains sans faire attention.) Oui, il y a une drôle de façon de le faire. (Margaret montre une façon rapide et comique.) Je veux voir si nous pouvons aller plus haut pour nous voir par en dessous.

SARA : OK. (Elles réussissent à le faire et se regardent l'une l'autre par en dessous.)

MARGARET : Maintenant tourne-toi et assieds-toi sur mes genoux pour que tu puisses le faire avec Maman, ce serait bien. (Sara approuve et se met en face de sa mère.) Maman, voyez si vous pouvez aller suffisamment haut pour voir Sara par en dessous.

MAMAN : Oh, elle est cachée... maintenant je te vois ! *[Elles semblent ravies de se « trouver ».]*
Après plusieurs parties, Margaret décide qu'il est temps de proposer une activité de *nurture*. Elle prend un flacon de lotion dans son sac. Sara émet un son aigu et fronce les sourcils. Margaret s'arrête et la regarde.

MARGARET : Dis donc, ça me fait penser... lotion... ça va te... berk ! Tu n'aimes pas beaucoup la lotion, je me trompe ? *[Elle veut vérifier toutes les réactions de Sara.]*

SARA : Non, j'aime bien la lotion. (Avec une politesse exagérée.) *[Inquiète d'avoir commis une faute en réagissant à la lotion ?]*

Margaret décide de présenter la lotion d'une façon amusante avant d'essayer un *nurture* direct.

MARGARET : Maman, mettez un peu de lotion sur les mains de Sara mais sans l'étaler. Maintenant, faites encore cette pile de mains, ça va être glissant ! *[Après un moment de jeu, Margaret décide que Sara pourrait tolérer un soin direct.]* Maman, vous étalez la lotion sur une des mains de Sara d'abord puis je m'occuperai de l'autre.

SARA : (Regarde ses mains sur lesquelles la lotion est étalée.) Elles étaient sèches.

MAMAN : Oui, elles étaient très rouges et très sèches en hiver. (Tapote doucement les mains de Sara.) Mais maintenant tu as des mains très douces.

MARGARET : Voyons s'il y a encore des endroits secs. (Elles regardent toutes les trois les mains et les bras de Sara et trouvent des marques rouges et des points de beauté.) Maman, avez-vous vu ce point de beauté spécial ? Certaines personnes en ont et d'autres non. Laissez-moi vous donner encore un peu de lotion, Maman. Nous mettons de la lotion sur les points de beauté parce que c'est amusant et doux. Vous pouvez les compter en en mettant.

MAMAN : (Maman se penche sur Sara et regarde soigneusement ses bras, mettant de la lotion sur les points de beauté en les comptant. Sara étend ses bras vers Maman et compte aussi et leurs voix deviennent un murmure synchronisé.) Un, deux, trois, quatre, maintenant l'autre bras...

SARA : Treize !

MARGARET : J'ai vu que tu as une égratignure. Nous ne mettons de la lotion que là où c'est agréable, et nous pouvons tourner autour de l'égratignure. (Quand elles ont fini, Maman et Margaret redescendent chacune une des manches de Sara.)

MARGARET : J'ai une autre chose à faire. Est-ce que tu souffles bien ?

SARA : Ouais ! Bon... parfois non. *[Inquiète de ses compétences, des attentes des adultes ?]*

MARGARET : Bien, ça arrive à tout le monde. Voici ce que nous allons faire. (Se penche, mains en coupe devant son visage.) Mets tes mains ainsi et je vais souffler ça vers toi. (Souffle une boule d'ouate dans les mains de Sara.)

SARA : (Attrape et renvoie la boule avec force, rit.)

MARGARET : Aucun doute, c'était très fort. (Sara rit et glousse ; elles se renvoient quelques fois la boule en soufflant.) Maman, je vais vous l'envoyer et nous allons tourner. (Sara se déplace avec empressement pour faire face à sa mère et à Margaret.)

MAMAN : (Plusieurs des envois de Maman sont trop forts et roulent hors des mains de Sara.) Je n'arrive pas à le faire moins fort.

MARGARET : Maman, vous n'avez pas eu d'entraînement. Vous savez, ce n'est pas grave, c'est pour s'amuser. (Elles se renvoient la boule pendant sept tours, puis de nouveau six tours dans l'autre sens.) Encore un tour puis nous ferons autre chose. (Sara hoche la tête, acceptant le changement d'activité.)

MARGARET : Nous allons faire une empreinte de main avec toi et Maman. Demain quand Papa viendra, il ajoutera son empreinte et vous pourrez l'emporter à la maison. Voici comment nous allons faire. Cette fois nous utilisons la lotion comme de la peinture. (Applique de la lotion sur la paume tendue de Sara et place sa main au-dessus d'une feuille de papier de dessin foncée.) Maintenant Maman, poussez doucement la main de Sara vers le bas pour que ça fasse une belle empreinte. (Sara commence à pousser sa main aussi. Margaret la retient.) Nous pouvons le faire, Sara. *[Sara commence à s'en occuper elle-même, mais Margaret lui montre que les adultes peuvent prendre soin d'elle.]* Maintenant Maman, aidez-la à faire pénétrer la lotion. Maintenant nous avons besoin d'une main de Maman. (Margaret peint la main de la mère pendant que Sara regarde.) Maman a une belle grosse main de maman, bonne pour prendre soin de sa fille. (Sara la pousse sur la feuille. Margaret répand de la fécule de maïs sur les empreintes et secoue la feuille ; la fécule colle sur la lotion et les empreintes sont bien visibles.) Voilà votre photo !

MAMAN : Oh c'est vraiment beau !

MARGARET : Une dernière chose avant de terminer.

La dernière partie inclut de nourrir l'enfant. Margaret a préparé un petit sac avec deux sortes de biscuits, qui ont déjà été utilisés lors de l'évaluation, et une bouteille d'eau avec un bouchon comme un biberon.

MARGARET : J'ai encore des biscuits de l'autre fois. (Sara regarde le sac d'un air perplexe.) Oh, tu es surprise que je les aie mélangés ? (Sara hoche la tête.) *[Une autre occasion de lire les signaux de Sara, de vérifier ses réactions ; dans ce cas elle ne rejetait pas nécessairement les biscuits, mais était peut-être surprise qu'ils aient l'air différent.]*

MARGARET : Je sais que Sara est une grande fille et qu'elle pourrait manger cela toute seule, mais nous allons faire un jeu spécial, nous aimons bien nous occuper de Sara et lui donner à manger. (Sara met une main devant sa figure.) « Eehh ! ». (Le ton de Margaret s'accorde au mouvement, une expression de « voyez-vous cela ? ») Maman, choisissez celui que vous pensez que Sara aimera, mettez-le dans sa bouche et voyons si elle croque fort. (Sara mâche vigoureusement et dit qu'elle ne peut pas l'entendre.) OK, j'en donne un à Maman et voyons si tu peux l'entendre. (Sara dit qu'elle ne fait pas beaucoup de bruit.) *[On dirait que Sara accepte d'être nourrie mais n'accepte pas toute l'expérience.]*

Sara, ferme les yeux et vois si tu peux dire quel biscuit Maman te donne. *[Margaret veut essayer une autre façon de donner à manger à Sara qui interrompra le déni.]* (Sara est contente de bien deviner.)

MAMAN : Est-ce que je lui en donne un autre ? *[Hésitante, elle semble demander la permission à Margaret.]*

MARGARET : Bien sûr, Maman ; vous ne devez même pas lui demander, vous savez quand elle est prête. Vous savez ce qui ferait beaucoup de bruit... deux biscuits. (La mère donne à Sara deux puis trois biscuits en même temps ; toutes sont d'accord pour trouver que le bruit est plus fort. Puis Sara attrape la bouteille d'eau et boit.) Maintenant tu as soif. (Margaret donne un biscuit à Maman et Sara en même temps.) Maintenant, écoutez bien, préparez vos oreilles et fermez votre bouche ensemble. (Elles rient toutes. Sara prend la bouteille.)

MARGARET : Attends un peu. Voyons si Maman peut la tenir pour toi. (La mère tient la bouteille et donne une gorgée à boire à Sara.) Tu en veux encore ? (Sara hoche la tête, accepte plusieurs gorgées, soupire à la fin ; Margaret imite son soupir.) J'ai entendu ce « aaaaah ! ». Maman, donnez encore à boire à Sara. (Sara lève la main pour prendre la bouteille puis la laisse retomber et permet à sa mère de lui donner à boire ; puis elle essaie une fois de plus de prendre la bouteille.) C'est le travail de Maman. (Sara le permet.)

MARGARET : Nous avons une chanson que nous chantons à la fin des jeux. C'est la chanson « Brille », mais nous allons parler de Sara ainsi :

Brille, brille petite étoile,

Quelle petite fille spéciale !

Beaux cheveux bruns et joues toutes douces

Grands yeux bleus qui nous regardent.

Brille, brille petite étoile,

Quelle petite fille spéciale !

(Sara regarde sa mère plusieurs fois pendant que Margaret chante.) Pourquoi ne le chanterions-nous pas ensemble une fois et puis nous le ferons encore la prochaine fois. (Margaret et la mère chantent. Sara regarde Margaret et pousse sur ses paupières.)

SARA : Quand je fais ça, tu as deux têtes. *[Elle évite l'intimité de la chanson en détournant son attention et celle de Margaret ?]*

MARGARET : Quand tu pousses sur ton œil tu vois deux fois ? Je voyais que tu faisais quelque chose. Je suis contente que tu me l'aies dit. Tu fais ça parfois ? (Sara hoche la tête.) *[Accepte ce comportement.]* Maintenant nous allons remettre les chaussures de façon amusante. *[Retourne à une façon amusante de donner du nurture puisque Sara a pris ses distances du nurture direct de la chanson.]* C'est un travail spécial pour Maman. Maman, elle a besoin d'un baiser sur ce pied. Maintenant je dois lui remettre la chaussure très très vite pour que le baiser ne s'envole pas. (Maman embrasse le pied et la chaussure.) Mon Dieu, Sara, ta Maman t'aime vraiment !

Margaret demande à la mère de donner encore à boire à Sara et puis les fait se tenir par la main et se lever ensemble. Margaret et Sara regardent des livres quelques minutes pendant que la thérapeute interprète parle avec les parents. Sara dit spontanément : « J'aime bien venir ici. »

Thérapeute interprète et père

Pendant que la thérapeute interprète et le père regardent cette séance, ils discutent des réactions de Sara aux activités et de ses interactions avec sa mère et Margaret. Au début, la thérapeute interprète remarque : « Sara était excitée et criait et sautait en faisant éclater les bulles ; elle s'est calmée quand sa mère a eu un contact physique avec elle. » Ils remarquent aussi que même si Sara ne cherche généralement pas la proximité ni le contact oculaire, elle semble apprécier de regarder le visage de sa mère pendant le jeu de piles de mains. Comme un des objectifs de la séance était que Sara vive beaucoup d'occasions d'accordage, la thérapeute interprète attire l'attention du père sur les nombreuses fois où Margaret s'est arrêtée pour reconnaître ou vérifier les petites réactions de Sara aux événements de la séance. Le père sourit quand il voit Sara permettre à sa mère de compter ses points de beauté et de mettre de la lotion dessus. Il est surpris que Sara joue avec la boule d'ouate pendant autant de temps. La thérapeute interprète dit : « Je sais qu'elle dit souvent que quelque chose est "ennuyeux". À ces moments, elle peut être inquiète de ce qui va venir ensuite et qu'elle doit maîtriser. Le niveau des activités Theraplay est tellement plus jeune qu'un jeu où elle doit réfléchir. » Le père remarque que Sara a d'abord été surprise que sa maman lui donne à manger et a discuté un peu du fait d'entendre les bruits, mais elle s'est calmée et a accepté d'autres biscuits avec plaisir. La thérapeute interprète explique : « Cela arrive souvent que des sentiments associés à des expériences de soins précoces soient ambivalents quand les enfants doivent accepter pour la première fois des soins de leurs parents adoptifs. C'est une nouvelle expérience qu'elle apprécie, mais elle n'en est pas encore vraiment sûre. »

Thérapeute interprète et les deux parents

Comme la mère de Sara était dans la pièce de thérapie et n'a pas eu l'occasion de discuter de ses observations ou de ses questions, la thérapeute interprète rencontre brièvement les deux parents immédiatement après la séance.

THERAPEUTE INTERPRETE : Qu'est-ce que vous avez remarqué à propos de Sara et de la façon dont elle a réagi aux activités ?

MÈRE : C'était vraiment bon pour moi de pouvoir lui donner à boire et qu'elle dépende de moi pour cela. L'eau spécialement j'ai remarqué, parce que je n'ai jamais eu l'occasion de lui donner le biberon. C'était comme si elle me faisait confiance et elle semblait accepter cela. Je pense que c'était bien qu'elle sache qu'elle peut dépendre de moi, qu'elle le voulait. (Maman a des larmes dans les yeux.)

THERAPEUTE INTERPRETE : Votre instinct vous dictait de prendre soin de Sara mais elle ne vous a pas vraiment laissé faire. Quand vous avez une expérience positive comme cela ensemble, cela vous remplit autant que Sara.

MÈRE : Oui, c'est bon. (Hoche la tête, s'essuie les yeux.)

THERAPEUTE INTERPRETE : À la fin des séances, nous avons souvent des biscuits et un berlingot de jus ou une bouteille d'eau. Elle peut finir par s'asseoir sur vos genoux. La séance offre ce moment spécial quand vous arrivez vraiment à faire ce genre de *nurture* direct. Le fait que nous organisions cela, que nous lui donnions une occasion structurée lui permet d'une certaine façon de moins résister ; elle a besoin d'un peu de structure. Puis vous pouvez continuer cela à l'avenir. Vous pouvez établir un rituel de coucher pour elle avec quelques jeux, la chanson et un petit massage du dos.

PÈRE : Même une bouteille d'eau ce serait bien. Nous ne la laissons généralement pas manger après s'être brossé les dents, mais une bouteille d'eau nous pourrions le faire parce qu'elle boit généralement avant de se mettre au lit.

MÈRE : Elle a vraiment aimé, je vous l'assure.

PÈRE : Elle semblait vraiment à l'aise. Elle n'avait pas l'air de s'ennuyer ; elle avait vraiment l'air d'apprécier.

THÉRAPEUTE INTERPRÈTE : Elle était très réceptive à la lotion et à la pile de mains. Elle était détendue et concentrée. Quand vous avez joué à souffler des boules d'ouate, elle était très engagée dans le jeu.

PÈRE : Je ne pensais pas que c'était quelque chose qu'elle aurait apprécié ou voulu faire plus d'une fois ou deux, mais elle l'a fait. On pouvait voir qu'elle aimait bien. Je pensais qu'elle aurait besoin d'activités plus difficiles parce que les choses de base l'ennuient ; nous avons essayé de la stimuler en lui donnant des choses plus complexes à faire, ce qui la frustre plus. Ici c'était réellement des choses basiques.

MÈRE : C'est bon à savoir. J'ai été surprise par le jeu de la boule d'ouate parce qu'elle n'arrêtait pas de vouloir que je le fasse. Ce sont des choses tellement simples que nous pourrions faire ; cela donne à penser. Je suis surprise. Je voudrais me rappeler de tout parce que je pense que cela va vraiment l'aider beaucoup.

Sara et ses parents ont participé à quatre autres séances et les parents ont rencontré les thérapeutes après chacune. Nous avons conseillé que Sara continue à réaliser des activités Theraplay tous les jours à la maison en plus d'une thérapie pour élaborer ses expériences précoces. Les parents de Sara ont envoyé le message suivant après leur retour chez eux : « Nous avons appris tellement et nous avons déjà fait beaucoup de changements dans notre façon d'éduquer Sara. Hier soir, nous avons eu beaucoup de plaisir à faire quelques activités Theraplay avant le coucher de Sara et elle a adoré. Nous l'avons fait marcher autour de la pièce sur les pieds de son Papa, nous avons mis de la lotion sur ses points de beauté, nous avons joué à souffler la boule d'ouate, fait des piles de mains et chanté sa chanson spéciale. Elle s'est éveillée très heureuse ce matin et très calme. J'ai déjà remarqué une grande différence ! »

5. Reproduire la relation parent-nourrisson

Une thérapie Theraplay reproduit autant que possible les expériences qui font partie d'une relation normale parent-nourrisson. Si nous nous représentons l'interaction entre un nourrisson et ses parents, nous avons le modèle de Theraplay et de son fonctionnement.

Dès que l'enfant naît, ses parents le gardent à l'esprit et sont en permanence attentifs à ses humeurs et à ses besoins. Ils répondent à ses pleurs en lui donnant à manger, en le câlinant, en le réconfortant et en prenant soin de lui. Ils le bercent, le caressent et chantent pour lui. Quand il est heureux et éveillé, ils répondent à ses sourires attirants et à ses gestes joyeux par des jeux et des chansons. Ils régulent et organisent ses expériences, le protègent et l'aident à donner du sens au monde qui l'entoure. Au fur et à mesure qu'il grandit, ils l'encouragent à essayer de nouvelles choses et à explorer le monde.

Le bébé de son côté est un partenaire actif dans le processus. Il regarde avec une attention soutenue ses parents et imite leurs humeurs et leurs gestes. Il signale son besoin d'être aidé quand il est en détresse. Il les invite à jouer avec lui quand il a besoin de compagnie et il réagit avec joie à leurs plaisanteries. Une société mutuelle d'admiration se développe au fur et à mesure qu'ils apprennent l'un de l'autre et ressentent la réassurance et le plaisir de leur relation satisfaisante.

Comme nous le voyons dans la séance, Margaret a interagi avec Sara d'une façon qui rappelle celle des parents avec leurs jeunes enfants. Elle est amusante et intéressante, elle a des contacts physiques avec elle, et elle est attentive et accordée à chaque réaction de Sara. Elle se centre sur ce qui se passe dans l'ici et maintenant plutôt que d'explorer des questions liées à son passé. Elle a été attentive à ralentir et à moduler les activités quand Sara s'est trop excitée. Elle a utilisé des activités stimulantes pour maintenir l'intérêt de Sara, et des activités de *nurture* pour la réconforter et lui donner un sentiment de bien-être. Plutôt que de demander à Sara ce qu'elle veut faire, elle a pris la séance en charge pour qu'elle soit sûre et amusante. Et finalement, elle a guidé la mère de Sara pour commencer à interagir avec elle de cette nouvelle façon.

5.1. Utiliser les dimensions Theraplay pour planifier la thérapie

La grande variété d'activités qui compose les interactions quotidiennes entre une mère et son bébé peut se retrouver grosso modo dans les quatre dimensions : structure, engagement, *nurture* et défi. Nous utilisons ces quatre dimensions quand nous planifions une thérapie pour assurer les besoins de l'enfant et du parent dans le traitement.

- *Structure*. Les parents sont fiables et prévisibles, et apportent sécurité, organisation et régulation.
- *Engagement*. Les parents proposent des activités accordées, amusantes qui créent un lien fort, un niveau optimal d'activation et une joie partagée.
- *Nurture*. Les parents répondent de façon empathique aux besoins d'attachement et de régulation de l'enfant en étant chaleureux, tendres, apaisants et réconfortants. Ils offrent un abri sûr et créent un sentiment de valorisation.
- *Défi*. Tout en offrant une base de sécurité, les parents encouragent l'enfant à grandir un peu, à prendre des risques pour explorer, à se sentir confiant et à apprécier la maîtrise.

En se basant sur leur observation attentive et sur leur compréhension intuitive des besoins de leur enfant, les parents passent d'une activité à l'autre sans plan conscient pour savoir de quelle dimension particulière de l'interaction

leur enfant a besoin ensuite. Le thérapeute Theraplay, par contre, doit faire très attention aux actions de l'enfant et planifier soigneusement pour répondre aux besoins développementaux particuliers de l'enfant qui vient en thérapie. Pour permettre de comprendre pourquoi Theraplay souligne ces quatre dimensions, nous allons maintenant décrire le rôle que chacune joue pour favoriser une bonne relation d'attachement.

STRUCTURE. Dans la relation parent-nourrisson, le parent s'assure de la sécurité et du confort du bébé, initie l'interaction, organise et régule son expérience, met des limites et guide l'enfant. Il est essentiel pour que l'enfant ait un sentiment de sécurité qu'il sache que quelqu'un est « mieux capable de s'adapter au monde » (Bowlby, 1988, p. 27).

Comme le donneur de soins structure son environnement, l'enfant ne jouit pas seulement d'une sécurité physique et émotionnelle, mais il est aussi capable de comprendre et de découvrir son environnement et il peut développer la capacité de se réguler lui-même. L'adulte transmet le message : « Tu es en sécurité avec moi parce que je sais comment prendre bien soin de toi. »

En thérapie, le thérapeute Theraplay comme le parent « suffisamment bon », structure l'interaction pour donner sécurité, organisation et régulation tout en restant soigneusement accordé et réactif aux besoins de l'enfant⁵. Ce n'est pas rassurant pour un enfant effrayé, malheureux ou bousculé de ressentir que l'adulte est incertain ou de sentir que c'est à lui de décider que faire ensuite. Donc, le thérapeute Theraplay entreprend l'interaction, attire l'enfant dans l'activité et n'attend pas que l'enfant « choisisse » de communiquer.

Dans les séances Theraplay, la dimension de structure est prise en compte par le fait que l'adulte prenne en charge la planification et l'organisation des séances. Elle est aussi prise en compte par des règles de sécurité clairement énoncées, par exemple « ne pas se faire mal ». La structure est aussi transmise par des activités comme des comptines avec un début, un milieu et une fin, et par des activités qui définissent les limites corporelles, par exemple, faire une empreinte de mains. La structure, ce n'est pas le contrôle, mais plutôt la transmission d'un sentiment réconfortant que quelqu'un de plus grand, de plus capable peut rendre le monde sûr et prévisible. Même si tous les enfants bénéficient de la réassurance de la structure, cette dimension est très importante pour les enfants qui sont hyperactifs, morcelés, ou facilement dépassés ; elle est aussi essentielle pour aider les enfants qui ont un besoin anxieux de contrôler. La structure est aussi un aspect important de notre travail avec les parents qui

5. Winnicott (1965) utilise le terme de « mère suffisamment bonne » pour décrire le style général de parentage qu'il considère essentiel pour un développement sain. Il fait référence à la relation réactive, empathique que nous soulignons tout au long de ce livre et que nous décrivons plus complètement au chapitre 2. Mais il souligne aussi que les parents ne doivent pas être parfaits. Ils doivent simplement être « suffisamment bons ».

sont eux-mêmes peu régulés, ceux qui mettent des limites verbalement, mais ne les suivent pas, ou ceux qui ont du mal de diriger en confiance.

À cause de son anxiété par rapport au passé et à l'avenir, Sara dont nous venons de parler, a besoin de prendre le contrôle de toute nouvelle situation ; quand elle se sent dépassée ou fatiguée d'essayer de contrôler, elle part souvent dans une crise de colère ou dans des actes agressifs. Sachant cela, l'objectif de Margaret était de la soulager de ce fardeau en rendant la séance aussi compréhensible et confortable que possible. Margaret lui a donné de la structure en prenant avec assurance la responsabilité de la séance, en veillant à ce que Sara soit en sécurité et en organisant la séance de façon à assurer ses besoins. Les activités comprenaient aussi des mouvements physiques, qui peuvent être utilisés pour favoriser la régulation, et du travail en équipe avec sa mère. Margaret a aidé la mère de Sara à participer et à commencer à prendre l'initiative dans ce type d'interaction, simple, organisée et directe.

ENGAGEMENT. Les interactions entre les parents et les bébés sont pleines de jeux délicieux menant à l'engagement. Le bébé signale son envie d'être incité par ses regards, ses sourires et son babillage. La mère réagit et ajoute sa propre variété de réponses adaptées avec sensibilité pour maintenir le bébé en relation active avec elle. Elle est toujours attentive aux besoins du bébé de faire une pause, de regarder ailleurs, de ralentir et de réduire le niveau d'excitation. De nombreux jeux traditionnels de bébé, comme coucou, souffler sur le ventre et « je vais t'attraper ! » servent à entraîner le bébé dans des interactions avec son donneur de soins et à maintenir un niveau optimal d'excitation. Ces activités sont amusantes, stimulantes et engageantes et donnent à l'enfant une image positive de lui-même. L'enfant se sent ainsi vu et senti comme un individu distinct et valorisé. Il apprend aussi à communiquer, à partager l'intimité, et apprécie le contact interpersonnel. Le message est : « Tu n'es pas seul dans ce monde. Tu es merveilleux et spécial pour moi. Tu peux interagir de façon appropriée avec les autres. »

Beaucoup d'enfants qui viennent en thérapie transmettent un message de surface qu'ils veulent être seuls. Ces enfants doivent être attirés par une invitation empathique qui les entraînera dans une relation agréable, une relation dans laquelle ils se sentent vraiment remarqués et réalisent qu'ils ne sont pas seuls. En utilisant des activités imitant les jeux amusants d'une mère avec son nourrisson, comme taper dans les mains, cache-cache ou le bateau à moteur, le thérapeute offre de l'aventure, de la variété, des stimulations positives, du rire et une vision neuve de la vie. Ces expériences aident l'enfant à apprendre que les surprises et les nouvelles expériences peuvent être agréables. Les activités d'engagement sont particulièrement appropriées aux enfants qui sont repliés sur eux-mêmes, qui évitent le contact ou qui sont trop retenus ou rigides. Apprendre à être plus incitant avec leur enfant est essentiel pour les parents qui sont désintéressés ou préoccupés, qui sont désynchronisés de leur enfant, qui se fient avant tout à des questions pour inciter leur enfant, ou qui ne savent pas comment avoir du plaisir avec leur enfant.

Les parents de Sara étaient perturbés et inquiets de son comportement capricieux ; ils sentaient qu'elle était malheureuse et souvent détachée d'eux. Nous avons observé que la plupart de leurs interactions étaient verbales et se concentraient sur l'encouragement des émotions positives. Pour aider Sara à communiquer directement avec une autre personne et à apprécier des jeux qui ne nécessitent pas de parler, Margaret a planifié plusieurs activités simples comme les piles de mains et jouer avec des bulles. Sara était coopérative et capable de s'intéresser pendant un certain temps. Mais quand elle a senti un engagement trop intense, elle l'a interrompu par une distraction ou un peu d'opposition. La thérapeute a guidé la mère pour qu'elle s'engage avec Sara de cette façon directe et simple, très différente de la façon plus adulte qu'elle utilisait dans ses tentatives de dépasser l'ennui apparent de Sara et son rejet des activités. Margaret a saisi toutes les occasions de réagir à toute réaction et expression d'émotions positives ou négatives. La façon dont la thérapeute a vérifié, reconnu et accepté les réactions de Sara a servi de modèle ultérieur pour la mère.

NURTURE. Dans la relation parent-bébé, les activités de *nurture* abondent : donner à manger, bercer, câliner et consoler, pour en nommer quelques-unes. Ces activités sont apaisantes et rassurantes et elles sont essentielles à la formation d'un attachement sécurisé⁶. Le parent anticipe les besoins de l'enfant et transmet le message qu'il comprend et pense à l'enfant. En expérimentant la présence reconfortante d'un adulte chaleureux chaque fois qu'il en a besoin, l'enfant développe progressivement la capacité d'intérioriser la fonction d'apaisement de son parent et peut progressivement reprendre cette fonction par lui-même. Le message de soins de *nurture* est : « Tu es aimable. Je veux que tu te sentes bien. Je répondrai à tes besoins de soins, de réconfort et d'affection. »

Pour assurer les besoins émotionnels non remplis de l'enfant en thérapie, beaucoup d'activités de *nurture* sont utilisées, comme donner à manger, faire des empreintes de lotion sur les mains, ou bercer l'enfant dans une couverture. Ces activités aident l'enfant à se détendre et à ressentir les effets apaisants du toucher, du mouvement et de soins chaleureux et réactifs. Ils l'assurent que ses parents sont disponibles quand il en a besoin. Ces activités sont importantes pour construire la représentation interne de l'enfant qu'il est aimable et qu'il est accepté tel qu'il est. La capacité d'apaisement des activités de *nurture* est importante pour aider les enfants à se réguler. Cette dimension est particulièrement utile pour les enfants qui sont hyperactifs, agressifs ou pseudomatures. Apprendre à réagir aux besoins de réconfort et de sécurité de leur enfant est

6. Goldsmith (2007, p. 211) dit : « Les interactions nourrissantes forment la base de relations sécurisées. » Elles sont « copiées sur la “grand-mère idéale”... [qui offre] un amour et une acceptation inconditionnelle et connaît l'enfant tellement bien qu'elle est capable d'anticiper ses besoins... [Elle] transmet sa capacité de comprendre réellement l'enfant et, encore plus important, montre qu'elle a pensé à lui, même en son absence. »

important pour les parents qui ont des difficultés avec le toucher et avec les démonstrations d'affection ou qui sont démissionnaires ou punitifs.

Les premières expériences de Sara avec le *nurture* ont été négatives et incohérentes. C'est pourquoi, même si elle a eu besoin et même désespérément voulu du réconfort, elle a résisté pendant tellement d'années aux efforts de ses parents adoptifs pour la câliner et l'apaiser. Prenant cela pour un malaise avec l'intimité, ses parents ont fait un pas en arrière. Sachant cela, Margaret a planifié des activités ludiques impliquant le toucher et la proximité physique, ainsi que des expériences de *nurture* comme s'occuper des bobos, donner à manger et chanter ; elle espérait que ceci serait suffisamment intrigant pour que Sara l'accepte. Quand Sara a montré un certain malaise à être touchée et soignée, Margaret a transformé les activités en jeux comme faire une pile de mains glissantes ou une empreinte de mains avec la lotion et utiliser une façon amusante de remettre les chaussures. À la fin de la séance, Sara a accepté le biscuit et le jus que sa mère lui offrait.

DÉFI. Dans la relation parent-bébé, les parents proposent souvent à l'enfant des risques légers, appropriés à son niveau de développement, et ils l'aident à maîtriser des expériences qui suscitent de la tension. Plus tard, ils soutiennent son exploration et l'encouragent à essayer de nouvelles activités qui favorisent un sentiment de compétence. Par exemple, une mère peut faire « marcher » son bébé sur ses genoux, ou un père peut tenir son bébé en l'air en disant : « Que tu es grand ! » Quand le donneur de soins soutient le développement de l'enfant et prend du plaisir à le voir maîtriser, l'enfant devient confiant dans sa capacité à apprendre, à accepter les défis et à avoir des attentes réalistes de lui-même. Le message est clair : « Tu es capable de grandir et d'avoir un impact positif sur le monde. »

En thérapie, les activités de défi servent aussi à soutenir et encourager le sentiment de compétence de l'enfant. Ces activités sont conçues pour être réussies et sont faites dans un partenariat ludique avec l'adulte. Par exemple, la thérapeute peut aider un enfant de 4 ans à faire de l'équilibre sur une pile de coussins et à sauter dans ses bras quand elle a compté jusqu'à trois. Ces activités encouragent l'enfant à essayer de nouvelles activités qui mènent à un sentiment de compétence et de confiance en soi. Les activités de défi sont spécialement utiles pour les enfants repliés sur eux-mêmes, prudents, timides ou anxieux. Apprendre un défi approprié est important pour les parents qui ont des attentes non appropriées au niveau de développement, qui sont excessivement protecteurs ou qui sont trop dans la compétition.

La détermination de Sara à prendre la responsabilité et son refus de permettre à ses parents de prendre soin d'elle reflétaient un effort prématuré de grandir qui provient d'un besoin précoce, très réel, de survie. Devant ses expressions autoritaires, distantes ou ennuyées, ses parents avaient parfois l'impression d'être devant une petite adulte. En réponse à son ennui apparent, ils

augmentaient souvent la complexité d'une activité pour éveiller son intérêt. Ce défi accru la rendait encore plus anxieuse, menant à des crises de colère et à des comportements agressifs. Son comportement semblait provenir d'une insécurité sous-jacente et d'un sentiment d'inadéquation, il était le résultat d'un sentiment de dépassement émotionnel. Margaret a planifié des jeux simples centrés sur le plaisir d'être ensemble et de jouer plutôt que sur la compétition ou la réussite. Sara a apprécié le jeu interactif de souffler sur une boule d'ouate autour d'un cercle, de main en main. La simplicité du jeu a permis à Sara de se détendre, de se sentir compétente, de partager des affects positifs et de connaître la réciprocité du jeu.

La recherche en attachement soutient notre vue multidimensionnelle du développement. Sroufe (2005, pp. 51-52) dit : « La sécurité d'attachement n'est qu'une des nombreuses influences environnementales sur l'enfant en croissance... L'attachement est généralement traduit par le fait de donner un abri sûr, une base de sécurité pour l'exploration et une source de réassurance quand l'enfant est stressé. Mais les parents font plus que cela. Ils donnent aussi à l'enfant des stimulations qui sont ou ne sont pas modulées de façon appropriée. Ils donnent de la guidance, des limites et un soutien interactif pour résoudre des problèmes. De plus, ils soutiennent la compétence de l'enfant dans le monde, par exemple en rendant possible et en soutenant des contacts sociaux en dehors de la maison. » Nous dirions que les dimensions Theraplay reflètent cette définition plus large du rôle parental⁷.

5.2. Comprendre les concepts de base de Theraplay

Dans notre effort pour reproduire la grande variété d'interactions qui se retrouvent dans une bonne relation parent-bébé, nous avons extrait quelques principes de base que nous considérons comme les principes essentiels de Theraplay. Ces principes sont les qualités de base des nombreuses interactions qui ont lieu entre les parents et l'enfant et qui sont considérées comme

7. Sroufe et coll. citent les tâches de parentage suivantes (2005, p. 52). Nous avons indiqué par des initiales la ou les dimensions Theraplay qui conviennent à chaque tâche : structure, engagement, *nurture* et défi.

- Régulation de l'excitation – I/N
- Stimulation modulée de façon appropriée – I/S
- Base de sécurité et abri sûr – N/S
- Guidance appropriée, limites et structure – S
- Maintien des limites parent-enfant – S
- Socialisation de l'expression des émotions et contenance – I/S
- Soutien pour la résolution de problèmes – E
- Soutien pour la maîtrise et la réalisation – E
- Soutien des contacts de l'enfant dans le monde social – E/I
- Acceptation de l'indépendance croissante de l'enfant – E

importantes pour un bon développement socio-émotionnel. Dans ce qui suit, nous indiquons comment chacune est liée aux dimensions décrites plus haut. Dans le chapitre 2, nous reviendrons à ces idées pour envisager la théorie et la recherche qui soutiennent ces aspects de notre travail.

THERAPLAY EST INTERACTIF ET BASÉ SUR LA RELATION. Le cœur de la thérapie est la relation parent-enfant, qui est soutenue par nos capacités innées d'interaction sociale. Les parents sont impliqués activement dans la thérapie pour leur permettre de ramener à la maison de nouvelles façons d'interagir avec leur enfant. Le thérapeute et les parents travaillent ensemble pour amener l'enfant à une meilleure relation. La dimension de l'engagement est particulièrement importante pour la qualité interactive de Theraplay.

THERAPLAY OFFRE UNE EXPÉRIENCE DIRECTE DANS L'ICI ET MAINTENANT. Pour offrir une expérience vraiment réparatrice, l'accent est mis sur ce qui se passe réellement entre l'enfant et ses parents (ou le thérapeute) dans la séance. Plutôt que de parler des événements survenus dans le passé, le thérapeute et les parents réagissent dans le présent aux attitudes problématiques de l'enfant d'une façon qui répare l'interaction. Toutes les dimensions : structure, engagement, *nurture* et défi sont impliquées pour créer une expérience directe dans l'ici et maintenant.

THERAPLAY EST GUIDÉ PAR L'ADULTE. Tout comme un parent suffisamment bon prend la responsabilité de veiller à ce que son bébé soit en sécurité et bien soigné, et que ses besoins émotionnels soient pris en compte, le thérapeute Theraplay prend en charge les interactions pendant les séances et guide les parents à faire de même. Si l'enfant a des difficultés à accepter la prise en charge par l'adulte, le thérapeute reste responsable du tempo de la séance puisqu'il entreprend de nouvelles interactions positives. La dimension de structure est spécialement importante pour le concept de guidance par l'adulte.

THERAPLAY EST RÉACTIF, ACCORDÉ, EMPATHIQUE ET RÉFLEXIF. Le parent utilise sa capacité d'accordage aux affects de son bébé et réagit d'une manière empathique qui assure les besoins de l'enfant et corégule l'excitation ou la détresse de son bébé. Pour faire cela, le parent doit être capable de réfléchir sur son expérience propre et sur celle de son bébé. Le thérapeute Theraplay se prête tout entier aux interactions (et enseigne aux parents à faire de même) pour donner la corégulation dont l'enfant a besoin. La dimension d'engagement est primordiale dans des interactions qui sont réactives et accordées.

THERAPLAY EST CONÇU POUR LE NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT PRÉVERBAL ET SOCIAL DU CERVEAU DROIT. Comme l'attachement se forme dans les premiers mois quand le cerveau droit est dominant et que la corégulation est essentielle, les efforts pour changer les modes négatifs doivent être directs, interactifs et centrés sur les émotions. Nous utilisons le langage du cerveau droit, non verbal, des communications émotionnelles face à face, impliquant le toucher, le contact oculaire, le rythme et les réactions accordées en rythme et intensité, pour donner

un niveau approprié de stimulation aux zones du cerveau qui sont impliquées dans la régulation des affects. Les activités sont conçues pour les besoins émotionnels spécifiques de l'enfant et pour sa capacité de s'autoréguler plutôt que pour son âge chronologique. Le langage n'est pas une barrière à la thérapie parce que Theraplay repose massivement sur la communication non verbale. Toutes les dimensions, structure, engagement, *nurture* et défi, sont impliquées quand nous concevons notre interaction au niveau le plus précoce de développement.

THERAPLAY EST MULTISENSORIEL. Comme dans le vécu d'un bébé, Theraplay implique tous les sens. Le thérapeute et le parent attirent l'enfant dans l'expérience physique, corporelle de l'interaction. Nous encourageons le contact oculaire, les bruits en écho, nous donnons des stimulations sensorimotrices et des mouvements rythmiques, et nous utilisons le toucher pour renforcer la relation, pour augmenter la conscience de soi de l'enfant et pour apporter un apaisement physique et une régulation. Les dimensions de *nurture* et d'engagement sont associées avec les aspects multisensoriels de Theraplay, en particulier avec l'utilisation du toucher.

THERAPLAY EST LUDIQUE. Le traitement implique des jeux physiques, interactifs. Toutes les séances Theraplay sont imprégnées du plaisir de la relation qui caractérise les interactions parent-nourrisson. Le jeu attire l'enfant dans une relation et introduit un élément de joie et d'excitation qui est essentiel au développement du plaisir de vivre et de l'énergie pour l'engagement de tous les enfants. Les dimensions d'engagement et de défi sont importantes pendant les jeux.

5.3. Créer des modèles internes opérationnels positifs

Ces interactions continues entre les parents et leur enfant amènent l'enfant à se découvrir, à découvrir le monde et ce qu'il peut attendre des autres. Bowlby (1973, p. 203) décrit ces modèles comme des « modèles internes opérationnels » qui servent à guider les actions de l'enfant. Au fur et à mesure que les parents trouvent un plaisir accru à être avec leur nouveau bébé, celui-ci devient à son tour de plus en plus agréable. Le bébé en vient à se voir comme aimable et capable d'avoir un impact. De plus, ses parents lui font faire connaissance avec toutes les parties de son corps (comme quand sa mère compte ses doigts ou joue à « Ce petit cochon » avec ses orteils) et l'aide à se différencier de la réalité du monde (comme quand elle pose ses pieds sur sa poitrine et l'encourage à pousser). Ils lui apprennent les réalités physiques comme la gravité, le temps et le mouvement (comme quand son père le lance en l'air et le rattrape) ou plus tard sur les réalités morales et sociales comme : « Cela me fait mal quand tu me pincas et je ne te laisserai pas faire ça. »

En interagissant avec leur bébé les parents se voient aimants et donnant, et en même temps pleins de ressources, forts et compétents. Ils trouvent dans leur

nouvelle parenté la confirmation de beaucoup de qualités personnelles positives, une capacité pour l'intimité et un sens affirmé de soi, renforcé par leur capacité à être pour leur enfant un solide modèle d'une assertivité confiante dans le monde.

Pour le bébé, ces interactions plaisantes produisent une image de soi positive ainsi qu'une image positive de ses parents et du monde. Le bébé voit ses parents comme chaleureux, aimants, attentifs et fiables. Il apprend qu'il peut compter sur eux quand il a besoin d'eux. Il en vient à voir le monde comme un endroit qu'il apprécie d'explorer et dans lequel il se sent en sécurité et bien traité. Connaître cet environnement heureux, réactif donne aux enfants un sentiment si fort de soi et une telle résilience au stress qu'à moins que quelque chose survienne plus tard pour interrompre leur développement, ils auront rarement besoin de thérapie.

6. Comprendre les raisons pour lesquelles Theraplay pourrait être utile

Être soigné par des parents accordés et réactifs est essentiel pour un bon développement émotionnel. Ne pas connaître ces expériences positives, quelle qu'en soit la raison, peut mener à des problèmes de comportement et des problèmes d'attachement ou de relations pour lesquels Theraplay est une thérapie. Même si, par opposition aux autres modalités thérapeutiques, Theraplay ne cherche pas à aider *l'enfant* à comprendre ses expériences précoces malheureuses, le *thérapeute* doit comprendre ce qui a mené l'enfant à ne pas connaître ces expériences et donc les raisons sous-jacentes de son comportement actuel. Cette compréhension montre aussi comment le problème relationnel peut être réparé.

Quand l'enfant est amené en thérapie, les sources précoces d'insécurité d'attachement peuvent ne plus être présentes. L'enfant peut être plus facile à apaiser, la maladie de la mère peut appartenir au passé, ou l'enfant a été retiré de sa famille chaotique, maltraitante. Même si une amélioration de l'environnement peut faire une grande différence pour beaucoup d'enfants, ceux qui sont envoyés en thérapie montrent souvent les effets résiduels à long terme de leurs expériences précoces. Les modes établis tôt dans la vie peuvent être tenaces, à la base d'un sentiment inconscient de soi et des autres, et continuer à causer des difficultés. Les enfants ont parfois peur de lâcher le contrôle, ils maintiennent les autres à distance, sont émotionnellement labiles, ou peuvent manquer d'empathie pour les autres. Ils sont parfois dépassés par des sentiments de honte, se voient comme mauvais, sans valeur et non aimables. À cause de tout cela, les parents peuvent avoir du mal à assurer les besoins sous-jacents de leur enfant.

Nous éviterons de blâmer les parents si nous comprenons les facteurs complexes qui influencent la relation parent-enfant et qui peuvent avoir contribué aux difficultés actuelles. Les parents ne veulent que trop porter le blâme et doivent être aidés à comprendre que les problèmes sont trop complexes pour

les attribuer à un seul facteur. Si nous comprenons ce qui est arrivé à l'enfant ainsi que ce qui aurait empêché les parents d'assurer les besoins de leur enfant, nous pouvons travailler ensemble pour aider l'enfant à grandir.

6.1. La moindre capacité de l'enfant à réagir

Puisque la réaction de chaque partenaire a un effet si puissant sur la relation, toute situation qui complique la relation entre le parent et l'enfant ou qui empêche d'apaiser et de réconforter l'enfant, peut entraîner des problèmes de comportement et des difficultés relationnelles.

Il est important que nous connaissions comment le tempérament du bébé, ses sensibilités particulières, ses maladies ou des problèmes neurologiques particuliers (dans le passé ou toujours actuels) ont empêché l'enfant de tirer bénéfice des réactions empathiques, acceptantes et consolantes dont il a besoin.

DU AU TEMPÉRAMENT DIFFICILE DE L'ENFANT OU À DES PROBLÈMES DE RÉGULATION. Les bébés naissent avec une grande variété de tempéraments (Thomas et Chess, 1997 ; Bradley, 2003), de seuils de sensibilité aux stimuli entrants, de capacités de réaction et de capacités d'autorégulation (Brazelton, 1992, pp. 25-26), et chacun de ces facteurs peut affecter fortement les attitudes des parents et les styles de soins. De nombreux enfants avec des problèmes d'intégration sensorielle et de régulation (DeGangi, 2000) sont si sensibles et si irritables que même le parent le plus réactif et le plus accordé a du mal de les apaiser et de les consoler. Les enfants exposés in utero à des drogues ou de l'alcool peuvent aussi présenter de sérieux défis de régulation pour leurs parents. Dans le chapitre 7 nous discutons comment Theraplay peut être adapté aux enfants avec des problèmes de régulation.

DU À DES PROBLÈMES NEUROLOGIQUES CONSTITUTIONNELS DE L'ENFANT. Les enfants avec des troubles du spectre de l'autisme, à cause de leurs défis neurologiques constitutionnels, ont plus de difficultés à atteindre la réciprocité confortable caractéristique de relations parent-enfant sécurisées. Shahmoon-Shanok (1997, p. 38) dit : « Quand un enfant a de graves difficultés à entrer en relation et à communiquer, ces difficultés n'affectent pas seulement son développement ; elles pèsent aussi sur la relation entre l'enfant et ses parents. » Ces enfants s'adaptent à ce qui doit leur paraître un monde excessivement confus. L'incertitude qui en résulte produit des comportements et des réactions qui peuvent rendre le processus normal d'attachement plus difficile, mais pas impossible⁸. Il est très difficile d'entrer en relation et d'apaiser des enfants qui ne peuvent pas répondre aux signaux sociaux et qui vous repoussent

8. Oppenheim, Koren-Karie, Dolev et Yirmya (2008) ont revu des études qui remettent en question l'idée que les enfants autistes sont incapables de former des relations saines d'attachement. Deux points émergent : (1) les enfants autistes

Le texte fondateur pour appréhender la méthode Theraplay® et s'y former

Theraplay® est une méthode de thérapie par le jeu de plus en plus utilisée au vu de son efficacité.

Elle se base sur la façon naturelle et ludique dont se déroulent les interactions entre enfants et parents. Elle propose un soutien aux familles qui éprouvent des difficultés à communiquer et s'impliquer physiquement et/ou émotionnellement dans la relation afin de créer un lien authentique.

Cette méthode montre concrètement aux parents comment utiliser le jeu pour communiquer avec amour et de manière bienveillante, tout en fixant des limites. Elle guide les enfants dans des interactions qui développent leurs compétences, leur estime et leur confiance en eux.

Complétée par les dernières recherches sur l'attachement et les effets du stress et du traumatisme sur le développement de l'enfant, cette nouvelle édition propose :

- une vue complète de la méthode ;
- de nombreuses vignettes cliniques ;
- des pistes de prise en charge ;
- des activités concrètes en fonction de l'âge ;
- des listes de tâches de la méthode interactive de Marschak.



Phyllis B. Booth est directrice clinique de *The Theraplay Institute*, à Chicago. Elle assure la formation de thérapeutes à la méthode Theraplay® à travers le monde entier.

Ann Jernberg a fondé *The Theraplay Institute* et l'a dirigé jusqu'à sa mort en 1993. Elle est à l'origine de l'approche Theraplay® et est l'auteur de la première édition de l'ouvrage *Theraplay*.

Françoise Hallet est médecin scolaire et consultante dans une clinique de l'adoption belge.

**DANS
LA MÊME
COLLECTION**



ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-4647-5



9 782807 346475

deboeck B
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com