

Dramathérapie, techniques projectives et anxiété de séparation chez les enfants d'âge  
préscolaire : pour un programme thérapeutique visant l'expression et la connaissance de soi, et  
favorisant un meilleur développement social et affectif

Martine L'Ecuyer

Un travail de recherche  
présenté au  
Département de Thérapies par les arts

Comme exigence partielle au grade de  
Maîtrise ès arts (Thérapies par les arts, option dramathérapie)

Université Concordia  
Montréal, Québec, Canada

Mai 2017

© Martine L'Ecuyer, 2017

# UNIVERSITÉ CONCORDIA

École des études supérieures

Ce travail de recherche est rédigé

Par : Martine L'Ecuyer

Intitulé : Dramathérapie, techniques projectives et anxiété de séparation chez les enfants d'âge préscolaire : pour un programme thérapeutique visant l'expression et la connaissance de soi, et favorisant un meilleur développement social et affectif

Et déposé à titre d'exigence partielle en vue de l'obtention du grade de

## **Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, option dramathérapie)**

Est conforme aux règlements de l'Université et satisfait aux normes établies pour ce qui est de l'originalité et de la qualité tel qu'approuvé par le directeur de recherche.

Directeur de recherche :

*Jason D. Butler, PhD, RDT/BCT*

Directrice du département :

*Yehudit Silverman, MA, RDT, DMT-R*

*Mai, 2017*

## SOMMAIRE

Dramathérapie, techniques projectives et anxiété de séparation chez les enfants d'âge préscolaire : pour un programme thérapeutique visant l'expression et la connaissance de soi, et favorisant un meilleur développement social et affectif.

Martine L'Ecuyer

Cette recherche théorique vise à explorer comment la dramathérapie peut être associée à l'utilisation de techniques projectives, dans une intervention aspirant à favoriser l'expression, la connaissance de soi et le développement social et affectif des enfants d'âge préscolaire qui éprouvent de l'anxiété de séparation. En nous appuyant sur l'analyse et la synthèse de la littérature issue des champs de la dramathérapie, des techniques projectives et de l'anxiété de séparation chez l'enfant, nous construisons les bases théoriques d'un futur programme d'intervention s'adressant à des clients d'âge préscolaire. Aucune étude visant à combiner directement ces approches n'a été faite jusqu'à présent, au meilleur des connaissances de la chercheuse. Cette recherche se limite à la première étape du modèle de recherche interventionnelle développé par Fraser et Galinsky (2010). Elle s'inscrit dans une visée préventive sur le plan de la santé mentale des enfants. Il est important de traiter les enfants d'âge préscolaire dès l'apparition des premiers symptômes de troubles anxieux pour éviter que ces troubles ne se répercutent et aient des conséquences fonctionnelles majeures dans leur vie adulte. Nous proposons que la combinaison des techniques projectives et de la dramathérapie peut offrir une approche thérapeutique davantage accessible aux enfants d'âge préscolaire éprouvant de l'anxiété de séparation. Nous avançons également que les techniques projectives favorisent un état de distanciation efficace menant à l'extériorisation des sentiments et que la dramathérapie offre des moyens d'expression riches qui impliquent l'incarnation de tout le corps dans le processus thérapeutique.

*Mots-clés:* Dramathérapie, Techniques projectives, Anxiété de séparation, Théorie de l'attachement, Troubles anxieux, Expression de soi, Connaissance de soi, Thérapie par le jeu, Psychodynamique

## ABSTRACT

Drama therapy, projective techniques and separation anxiety in pre-school children: For a therapeutic program aimed at self-expression and self-awareness and promoting better social and emotional development.

Martine L'Ecuyer

This theoretical research aims at exploring how drama therapy can be associated with the use of projective techniques in an intervention that promotes expression, self-knowledge and the social and emotional development of pre-school children experiencing separation anxiety. Based on the analysis and synthesis of the existing literature from the fields of drama therapy, projective techniques and separation anxiety in children, we construct the theoretical foundations of a future intervention program for pre-schoolers. To the best of the researcher's knowledge, no studies aiming to combine these approaches directly, have been made so far. This research is limited to the first stage of the interventional research model developed by Fraser and Galinsky (2010). It is part of a preventive approach for the mental health of children. It is important to treat preschool children as soon as the first symptoms of anxiety disorder appears, to prevent them from having repercussions and major functional consequences in their adult lives. It is proposed that the combination of projective techniques and drama therapy may offer a more accessible therapeutic approach to pre-school children experiencing separation anxiety. It is also argued that projective techniques create an effective state of distancing as far as the externalization of feelings is concerned and that drama therapy offers rich ways of expression, which incorporate the embodiment of the whole body in the therapeutic process.

*Keywords:* Drama therapy, Projection techniques, Separation anxiety, Attachment theory, Anxiety disorders, Self expression, Self awareness, Play therapy, Psychodynamic

## Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de recherche, Dr. Jason D. Butler, pour son soutien positif, enthousiaste et authentique; pour son calme légendaire et pour ses précieux conseils. Merci d'avoir cru en moi. Merci d'avoir toujours eu réponse à tout, rapidement! Vous m'avez beaucoup appris; professionnellement et personnellement. Vous êtes à mes yeux, le plus efficace, dévoué, savant, généreux, patient, sage et drôle des *PhD/Doctor* que je connaisse!

À mes professeurs de la faculté de Thérapies par les arts de l'Université Concordia, professeurs invités et superviseuses de stage - Bonnie Harnden, Susan Ward, Jessica Bleuer, Stephen Snow, Heather Mclaughlin, Joanabbey Sack, Nicole Paquet, Janis Timm-Bottos, Maria Riccardi, Heidi Landis, Christine Adams et Solange Jolicoeur, merci de m'avoir si bien guidée.

À mes compagnons de voyage, ma cohorte incroyable - Mindy, Marie, Matraça, Jojo, Annabelle, Isabel, Laura, Katherine, Emily, Caley, Amber, Leah, Nada, Michael et Yitzi. Merci pour les rires, les larmes, les étreintes, les partages, merci pour votre empathie et pour votre solidarité. Merci d'avoir si bien passé *the squeeze* à mes côtés! Aux clients avec qui j'ai eu le privilège de travailler, merci de m'avoir inspirée et démontré d'emblée le pouvoir transformateur du jeu. Merci pour votre ouverture d'esprit et votre créativité. Merci pour votre confiance.

À ma famille, à ma mère Claudette L'Ecuyer et à mon père Pierre L'Ecuyer, je vous remercie de m'avoir inculqué les valeurs qui font de moi une personne sensible aux autres et une thérapeute empathique; merci d'avoir su écouter avec intérêt et dévotion toutes mes remises en question; merci, papa, d'avoir été mon correcteur attitré pendant toutes ces années d'études; énorme merci pour votre soutien constant et sans fin - financièrement, physiquement, mentalement, émotionnellement, complètement. Vous avez toujours cru en moi et vous avez su m'enseigner à croire en moi. Je vous aime. Tellement. Infiniment. Encore plus que vous pensez! À la famille que j'ai choisie, à mes amis (es), mais surtout à mon amour, Hugh Scott, merci. Tu m'as aidée à demeurer saine d'esprit pendant tout ce processus, en m'épaulant constamment avec amour et humour. Merci pour ton soutien inconditionnel. Les mots ne peuvent pas exprimer seuls tout ce que tu représentes pour moi. Ma vie est bien meilleure depuis que tu en fais partie. Merci spécial « canin » à Balou, notre fidèle compagnon à quatre pattes, qui a été fort utile comme « chien thérapeutique » pendant cette aventure. Aussi, à mes anges bienveillants de là-haut, merci d'avoir été de passage dans ma vie, le temps de m'apprendre tellement de choses.

Enfin, à toi qui grandis en ce moment dans mon ventre, merci d'être là, un point c'est tout.

## Table des matières

Chapitre un : Introduction.....	1
1.1 Motivations personnelles.....	1
1.2 Mise en contexte de la recherche.....	3
1.3 Définition du projet de recherche.....	4
1.4 Question de recherche.....	5
1.5 Description des chapitres.....	5
1.6 Définition des termes.....	5
Chapitre deux : Méthodologie.....	7
2.1 Collecte des données.....	8
2.2 Analyse des données.....	9
Chapitre trois : Recension des écrits.....	12
3.1 L'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire.....	12
3.1.1 Développement cognitif, social et affectif d'un enfant neurotypique d'âge préscolaire.....	12
3.1.2 Développement cognitif, social et affectif d'un enfant anxieux d'âge préscolaire.....	18
3.1.3 Troubles anxieux chez l'enfant .....	19
3.1.4 Anxiété de séparation chez l'enfant.....	20
3.1.4.1 Critères diagnostiques du DSM-V.....	20
3.1.4.2 Facteurs de risque, pronostiques et prévalence.....	20
3.1.5 Théorie de l'attachement.....	21
3.2 Les techniques projectives.....	26
3.2.1 Le concept de projection et les techniques projectives en thérapie.....	26
3.2.2 Le concept de projection dramatique et de réalité dramatique.....	30
3.2.3 Le concept de distanciation et d' <i>aesthetic distance</i> .....	32
3.2.4 Les marionnettes.....	34
3.2.5 <i>Embodiment Projection Role</i> et <i>Neuro-Dramatic Play</i> .....	41
3.3 Les types de thérapies utilisées afin de traiter les troubles anxieux chez l'enfant.....	42
3.3.1 Approches et styles d'interventions.....	42

3.3.2 Programmes déjà tentés.....	50
3.3.3 Du côté de la thérapie par le jeu.....	57
3.3.4 Du côté des thérapies par les arts créatifs.....	59
3.3.5 Du côté de la dramathérapie et de l'utilisation des marionnettes.....	60
Chapitre quatre : Utilisation des techniques projectives et anxiété de séparation chez les enfants d'âge préscolaire : une nouvelle approche.....	63
4.1 Principes théoriques cliniques.....	63
4.1.1 Les quatre approches thérapeutiques et le nom du programme.....	63
4.1.2 Favoriser l'expression et la connaissance de soi.....	68
4.1.3 Favoriser un meilleur développement social et affectif.....	68
4.2 Principes pratiques cliniques.....	68
4.2.1 La structure et le cadre du programme thérapeutique.....	68
4.2.2 Les clientèles cibles et les objectifs.....	70
4.2.3 Le rôle du dramathérapeute.....	71
Chapitre cinq : Discussion.....	73
5.1 Les avantages et les limites de la nouvelle approche.....	73
5.2 Les limites de la recherche et les considérations éthiques.....	75
5.3 En guise de conclusion.....	77
Références.....	79

## Liste des figures et des tableaux

Figure 1. Approches thérapeutiques intégrées au programme ACTE .....	64
Tableau 1. Principes théoriques cliniques du programme ACTE .....	66
Tableau 2. Ébauche conceptuelle du plan de traitement en douze semaines du programme ACTE.....	70

# Chapitre un : Introduction

## 1.1 Motivations personnelles

D'aussi loin que je me souviens, l'anxiété a fait partie de ma vie sous différentes formes, mais ne m'a jamais empêchée de m'épanouir ou d'être fonctionnelle au quotidien. Bien que je n'aie jamais été officiellement diagnostiquée, j'étais sans aucun doute une enfant « anxieuse ». Le peu de fois où j'ai fréquenté une garderie, la première question que je posais à l'éducatrice du haut de mes quatre ans était : « Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? » Parce que le fait de savoir si j'allais aimer ou non l'activité du jour (c'est-à-dire : savoir si j'allais être « assez à l'aise » avec cette activité) déterminait si j'allais rester ou plutôt tout faire pour repartir avec mes parents. Au primaire, malgré le surplus de poids que cela créait dans mon petit sac à dos, j'apportais chaque soir tous les livres de mon pupitre à la maison, de peur d'avoir besoin de l'un d'eux en particulier pour faire mes devoirs. Devoirs qui me prenaient un temps fou à compléter parce que je voulais qu'ils soient « parfaits. » Lorsque la professeure de mathématiques faisait l'exercice, que je trouvais si cruel, de questionner tour à tour les élèves en calcul mental, mon ventre se nouait. Je prévoyais l'ordre dans lequel j'allais être à mon tour questionnée afin d'avoir assez de temps pour ne pas être prise au dépourvu et pour pouvoir effectuer à l'avance le calcul du cahier. En utilisant cette technique, j'avais donc plus de chances de donner la « bonne » réponse devant les autres. Je visitais assez souvent l'infirmerie de l'école, me plaignant de maux de ventre, à cause desquels je voulais retourner à la maison. Le dimanche soir devenait un supplice : « Je ne veux pas aller à l'école demain! » J'avais pourtant beaucoup d'amies et de très bonnes notes. On me proposait d'aller au camp de vacances parce que j'aimais la nature et le sport, j'allais m'amuser. Il n'en était pas question! On me suggérait de suivre des cours de patinage artistique parce j'avais du talent. Mes parents étaient sans doute tombés sur la tête! À la maison, tout allait comme sur des roulettes puisque je me sentais en sécurité auprès de mes parents. Ainsi, aucune situation inconnue ne pouvait me faire perdre le contrôle.

Bien heureusement, j'ai vite développé, à l'adolescence, des stratégies pour vaincre ou plutôt vivre avec ce stress. J'ai rapidement découvert que mon côté comique et théâtral pouvait me servir. Je faisais rire mes amies et cela me faisait du bien. Au secondaire, bien entourée et soutenue par ma famille, je me suis inscrite à des activités sportives; j'ai développé des stratégies d'apprentissage et je me suis volontairement exposée à des situations anxiogènes afin de

confronter mes peurs. Au collégial, j'ai commencé à faire du théâtre, à m'exprimer davantage. Ce médium m'a servi à extérioriser mon anxiété ainsi que bien d'autres petites et grandes « bébittes ». En 2006, j'ai été acceptée à l'École nationale de l'humour et j'ai ainsi pu pratiquer le métier d'humoriste à travers le Québec. Fascinée par l'humour burlesque à la Olivier Guimond, je me suis en quelque sorte spécialisée en humour de type « physique ». J'ai utilisé les maladresses clownesques et les cascades burlesques pour faire rire, mais également les costumes et la création de personnages pour projeter des traits plus vulnérables de ma personnalité; un peu comme on utilise les marionnettes pour illustrer spontanément des histoires fantastiques et farfelues, histoires finalement beaucoup plus près de soi que l'on pense. Les techniques projectives comme l'utilisation des marionnettes, des masques, des figurines ou des objets m'ont d'ailleurs toujours fascinée.

Je suis maintenant devenue une adulte encore « anxieuse », mais détenant beaucoup de moyens (et de maturité) pour gérer cette anxiété profondément ancrée en moi. Mon baccalauréat en art dramatique, ma mineure en psychologie et ma maîtrise en dramathérapie ont aussi été extrêmement enrichissants d'un point de vue personnel. En comprenant mieux psychologiquement le monde qui m'entoure, j'ai énormément appris sur moi et sur mes propres moyens de faire face aux situations difficiles. La découverte de soi est un processus à long terme, mais bénéfique à quiconque prend le temps de s'y attarder. Aujourd'hui, le désir d'aider les gens à se découvrir, eux aussi, grandit de plus en plus en moi et celui, en particulier, d'aider les jeunes enfants à mieux comprendre les mécanismes de l'anxiété, motivent mes recherches. Mon diplôme de maîtrise en poche, je peux affirmer sans gêne que j'en ai parcouru du chemin depuis l'ère de la petite fille qui ne voulait pas aller à l'école; la femme que je suis devenue est très bien placée pour tenter de comprendre et d'aider les jeunes enfants qui éprouvent des troubles anxieux.

Maintenant, pourquoi avoir choisi, parmi tous les troubles anxieux, de m'attarder spécifiquement à l'anxiété de séparation? En premier lieu, j'ai fait ce choix parce qu'elle « constitue le trouble anxieux le plus prévalent chez les enfants de moins de 12 ans » (DSM-V, 2015, p.225). En second lieu et surtout, j'ai choisi cette forme d'anxiété à la suite d'une rencontre marquante, lors de mon stage de deuxième année en tant que dramathérapeute, avec une de mes premières petites clientes de 4 ans, qui m'a en quelque sorte inspiré cette recherche; une petite fille pleine d'énergie, mais présentant déjà des symptômes physiques et mentaux associés à

l'anxiété de séparation; une petite fille d'âge préscolaire me rappelant drôlement la petite Martine que j'étais.

Ainsi, prévenir l'augmentation des symptômes physiques et mentaux associés à l'anxiété de séparation (ou à tout autre trouble anxieux) et pouvoir agir tôt dans le développement de l'enfant m'amènent aujourd'hui à vouloir développer les bases théoriques d'une intervention individuelle combinant les techniques projectives et la dramathérapie. Voilà l'objet du présent travail de recherche.

## **1.2 Mise en contexte de la recherche**

Il n'existe présentement aucun modèle (ou programme) de traitement en dramathérapie, développé (ou du moins publié), qui utilise les techniques projectives comme base de travail vers l'expression des émotions reliées à cette problématique précise. En fait, beaucoup d'études énoncent les bienfaits de la thérapie par le jeu auprès des enfants généralement anxieux, mais peu de recherches mettent directement en lien « dramathérapie » et « anxiété de séparation ».

De plus, nous sommes en mesure d'affirmer qu'il est important de traiter les enfants d'âge préscolaire dès l'apparition des premiers symptômes de troubles anxieux pour éviter que ces troubles ne s'aggravent dans leur vie adulte. Au cours de la vie d'un individu, les troubles anxieux sont ceux qui démontrent la stabilité la plus forte de tous les troubles mentaux, puisqu'ils apparaissent généralement à un âge précoce et présentent des conséquences de niveau modéré à marqué sur la vie quotidienne (Edwards, Rapee, Kennedy et Spence, 2010). Selon le DSM-5, les personnes (enfants et adultes) atteintes de trouble d'anxiété de séparation présentent des difficultés fonctionnelles majeures. Ces personnes privilégient souvent les activités indépendantes se déroulant dans un périmètre rapproché de la maison. Par exemple, les enfants éviteront l'école, décideront de ne pas aller au camp de vacances ou éprouveront des difficultés à dormir seuls. Les adolescents pourront quant à eux refuser d'aller au collège. Les adultes afficheront pour leur part une réticence à quitter la maison parentale, à voyager ou à travailler à l'extérieur. L'isolement social que cela peut engendrer risque de mener à des épisodes dépressifs importants et au développement d'autres troubles (comorbidité). « *Depression is likely to start even earlier, usually during adolescence* » (Rapee, 2000, p.19). Le trouble de l'anxiété de séparation chez les enfants peut être associé à un risque accru de suicide. Selon Battaglia, Touchette, Garon-Carrier, Dionne, Côté, et Vitaro (2016) :

*Most children with high SA (Separation Anxiety) profile at age 1.5 years are expected to progressively recover by age 4–5. High SA at age 1.5 that persists over time deserves special attention, and may predict separation anxiety disorder. A host of child perinatal, parental and family-contextual risk factors were associated with the onset and developmental course of SA across the preschool years. (p.39)*

Il est fréquent que les enfants anxieux d'âge préscolaire présentent des symptômes somatiques : des maux de ventre, des céphalées ou des problèmes digestifs (Towe-Goodman, Franz, Copeland, Angold et Egger, 2014). Ils ont tendance à avoir moins d'amis que les autres, plusieurs sont gênés et ont de la difficulté à se faire de nouveaux amis; un manque de socialisation amicale peut avoir un impact majeur sur le développement affectif de l'enfant en augmentant son isolement et en réduisant ses opportunités de recevoir le soutien de ses pairs (Rapee, 2000). Le trouble anxieux de l'enfant a également un impact sur le fonctionnement de la famille (Towe-Goodman *et al.*, 2014).

De plus, l'anxiété peut affecter le parcours scolaire des enfants. Plusieurs réussissent très bien parce qu'ils sont consciencieux et perfectionnistes. Ces traits de personnalité font certes en sorte qu'ils essaient encore plus fort, mais il reste qu'ils ne fonctionnent peut-être pas aussi bien qu'ils le pourraient en réalité. Ceux qui angoissent énormément retardent le moment de faire leurs devoirs et ont de la difficulté à apprendre leurs leçons, non pas parce qu'ils en sont incapables, mais bien parce que leur niveau d'anxiété bloque leur productivité (Rapee, 2000). Ces mêmes enfants vont avoir tendance à moins bien utiliser les ressources mises à leur disposition. Par exemple, ils ne poseront pas toutes leurs questions en classe, de peur de faire rire d'eux. « *In the longer run, research has shown that anxious children have more-restricted choices and opportunities in terms of careers* » (Rapee, 2000, p.19).

Les enfants anxieux qui ne sont pas traités deviennent fréquemment des adultes souffrant d'anxiété (spécifique ou généralisée). Ils ont plus tendance à abuser des drogues et de l'alcool, ils présentent des taux élevés d'absentéisme au travail et ils visitent plus fréquemment les hôpitaux pour recevoir des soins psychologiques en raison d'états dépressif ou suicidaire (Rapee, 2000).

### **1.3 Définition du projet de recherche**

Dans l'éventuel but de créer un programme d'intervention combinant la dramathérapie et les techniques projectives, et dans la perspective d'élaborer un traitement spécifique à l'anxiété de séparation chez les enfants d'âge préscolaire, la présente recherche a pour objectif de dégager les bases théoriques préalables à une future recherche interventionnelle. La recherche en cours

visent à explorer la littérature actuelle et à synthétiser les approches théoriques issues de la dramathérapie, des techniques projectives et de l'anxiété de séparation, qui se rejoignent et qui peuvent être combinées pour former les bases théoriques d'un futur programme d'intervention servant à initier l'expression et la connaissance de soi, ainsi qu'à favoriser un meilleur développement social et affectif.

#### **1.4 Question de recherche**

La présente recherche vise à répondre à la question suivante : comment les techniques projectives en dramathérapie pourraient-elles être utilisées afin d'aider les enfants d'âge préscolaire avec l'anxiété de séparation?

#### **1.5 Description des chapitres**

Suivant immédiatement cette introduction, le deuxième chapitre de ce travail de recherche définit la méthodologie et décrit le processus de collecte et d'analyse des données. Une recension des écrits portant sur l'anxiété de séparation, sur les techniques projectives et sur la dramathérapie constitue le troisième chapitre. Le quatrième chapitre consiste quant à lui en une synthèse des théories mises à jour dans la recension des écrits. Ce chapitre permet de définir les assises théoriques du futur programme d'intervention. En terminant, le cinquième chapitre présente une discussion portant sur les avantages et les limites de la nouvelle approche, sur les limites et les biais de la chercheuse, sur les considérations éthiques de la recherche, et sur les recommandations quant à son application par de futurs chercheurs.

#### **1.6 Définition des termes**

*Anxiété de séparation* : Le DSM-V (2015) propose cette définition :

Peur ou anxiété excessives et inappropriées au stade du développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché. Il s'agit d'une peur ou d'une anxiété persistante qu'il arrive quelque chose de mal aux figures d'attachement, que des événements conduisent à en être séparé ou à les perdre, et d'une réticence à s'en éloigner avec en plus des cauchemars et des symptômes physiques de détresse. Bien que les symptômes se développent souvent dans l'enfance, ils peuvent également se manifester chez l'adulte. (p.221)

*Techniques projectives* : « Techniques standardisées qui visent la "projection" de la personnalité entière, au sens où celle-ci viendrait s'imprimer (comme une image projetée sur un écran) sur un stimulus ambigu et neutre, dénué a priori de significations » (Chagnon, 2011, p.49). En

dramathérapie, elles sont exploitées à cause de leur pouvoir distanciatif. En effet, un client qui joue avec une poupée, une marionnette ou un objet, peut faire plus facilement une séparation entre le moi et le « faux moi » (Landy, 1984). Cela lui offre une marge de sécurité pour explorer ses problématiques intérieures. Les méthodes projectives s'inscrivent dans le registre de la psychanalyse dite appliquée (Chabert, 1998). La plus connue des épreuves projectives est le test de personnalité créé en 1921 par le psychiatre suisse, Hermann Rorschach, qui consiste, pour le client, à décrire des taches d'encre. Le psychanalyste y voit alors l'expression directe du subconscient de son client.

*Dramathérapie* : Selon la *North American Drama Therapy Association* (NADTA, 2017) :

La dramathérapie est l'utilisation volontaire de l'art dramatique à des fins thérapeutiques. La dramathérapie est active et expérientielle. Cette approche offre le contexte aux participants pour raconter leurs histoires, pour se donner des objectifs et pour résoudre leurs problèmes, en exprimant leurs émotions et en tentant d'atteindre la catharsis. À travers le jeu dramatique, la profondeur et la largeur de l'expérience intérieure de l'individu peuvent être explorées activement et les compétences relationnelles interpersonnelles de ce dernier peuvent être améliorées. Les participants sont ainsi même d'élargir leur répertoire de rôles dramatiques pour en arriver à ce que leurs propres rôles du quotidien soient renforcés. (*What is drama therapy?*, paragr. 1; traduit de l'anglais)

Selon Landy (2006) :

La dramathérapie est une forme de thérapie qui est basée sur la relation entre un thérapeute et un client ou des clients, qui tentent de donner un sens à leurs expériences de vie en s'engageant partiellement ou totalement dans un processus créatif utilisant les médias de l'art dramatique et du théâtre. Ces médias incluent, sans s'y limiter, la narration et l'histoire, le jeu de rôles et l'inversion de rôles, l'improvisation, le masque, le jeu avec des marionnettes, le jeu dans le sable, la thérapie par le jeu, la répétition et la représentation théâtrale. (p. 135 – traduction libre)

## Chapitre deux : Méthodologie

Dans cette recherche qualitative, une méthodologie théorique interventionnelle intégrant l'approche bibliographique est utilisée afin de répondre à la question de recherche. Cette méthodologie s'avère la plus appropriée en regard de la recension des écrits effectuée. En effet, une recherche approfondie sur les théories apparentées à notre question principale est justifiée, puisque jusqu'à ce jour, au meilleur des connaissances de la chercheuse, l'utilisation de techniques projectives n'a jamais été mise en relation directement avec les difficultés émotives reliées à l'anxiété de séparation ni dans les écrits en psychologie, ni en psychiatrie, ni en psychothérapie, ni en thérapie par le jeu, ni dans les publications en dramathérapie.

En établissant un lien entre la théorie, la recherche et la pratique, une recherche théorique peut développer de nouveaux concepts importants dans le champ de la dramathérapie. Creswell (2014) affirme que « le chercheur explore les grandes tendances, les généralisations ou les théories à partir de thèmes ou de catégories spécifiques » (p.66 – traduction libre). Ce chercheur peut donc, à la lumière de son parcours théorique, proposer un nouveau savoir. Ici, ce type de méthodologie nous a permis de conceptualiser une intervention en dramathérapie qui utilise les techniques de projection afin d'aider les enfants éprouvant de l'anxiété de séparation à extérioriser leurs émotions. Cette proposition ultime contribue ainsi à élargir le champ de savoirs de la dramathérapie.

Fraser et Galinsky (2010) décrivent quant à eux la méthodologie interventionnelle comme étant à la fois créative et évaluative. Elle vise autant à analyser et à rassembler diverses théories pour créer un nouveau corps de connaissances, qu'à conceptualiser de nouvelles interventions (Fraser et Galinsky, 2010). Ces auteurs proposent un modèle de recherche interventionnelle en cinq étapes : « 1. *Develop problem & program theories*; 2. *Specify program structures & processes*; 3. *Refine & confirm in efficacy tests*; 4. *Test effectiveness in practice settings*; 5. *Disseminate program findings & materials* » (Fraser et Galinsky, 2010, p.463). Dans la mesure où le but de la présente recherche est de préparer le terrain pour la mise en place d'un futur programme d'intervention, uniquement la première étape du modèle de Fraser et Galinsky (2010) sera complétée. Une problématique a d'abord été soulevée dans l'introduction de cette recherche et une

approche théorique suivra dans le but de proposer des stratégies d'action pour des interventions futures (Fraser et Galinsky, 2010). La présente recherche répond donc à un besoin de synthèse, d'analyse et d'intégration des théories existantes sur la dramathérapie, l'anxiété de séparation et les techniques de projection, fondements sur lesquels un futur programme d'intervention pourra reposer ultérieurement.

## **2.1 Collecte des données**

Avant de bâtir un tel programme (nouveau savoir et modèle d'intervention), il est nécessaire de synthétiser les publications et les recherches déjà établies sur les besoins psychologiques des enfants présentant de l'anxiété de séparation, sur l'utilisation des techniques projectives en dramathérapie et sur l'utilisation des arts créatifs auprès d'enfants anxieux. La collecte de données consiste en une recension représentative des écrits portant sur plusieurs thèmes liés à la dramathérapie, à l'anxiété de séparation et aux techniques de projection. Au fil de cette recherche, la chercheuse a tenu à garder en tête les théories centrales et les concepts existants qui peuvent répondre à la question de recherche (Randolph, 2009).

Nous avons collecté nos sources théoriques selon des règles strictes. Les études, recherches, publications, thèses, mémoires, articles de revues scientifiques ou livres devaient avoir été publiés entre 1900 et 2017, dans des revues scientifiques ou éditées par des compagnies reconnues. Les écrits de Sigmund Freud et l'évolution constante de la psychanalyse justifient notre choix selon lequel les dates de nos sources débutent en 1900 et s'échelonnent sur une grande période, puisque notre sujet est en lien direct avec ce genre de théories psychodynamiques. Ces données qualitatives proviennent donc de théories existantes (Junge et Linesch, 1993). Nous avons évidemment porté une attention particulière aux données et avancées récentes en lien avec notre question de recherche. Il faut mentionner que la dramathérapie évolue en Amérique du Nord en tant que discipline formelle seulement depuis les années 1970 (Johnson, Pendzik et Snow, 2012).

Nous souhaitons de plus établir un éventail de plusieurs types de sources. Nous avons obtenu nos sources (primaires et secondaires) à partir de moteurs de recherches universitaires (Concordia) et de bases de données sérieuses comme : Google Scholar, Scopus, Spectrum, PsyInfo, Pub Med. Nous avons également fait appel aux plates-formes de recherche de la bibliothèque de l'Université Concordia (Clues) et de l'Université du

Québec à Montréal (Virtuose). Nous avons parcouru les données du domaine de la dramathérapie et de la psychologie conjointement. Nous avons utilisé les mots clés suivants (en français et en anglais) : anxiété de séparation, enfants préscolaires, anxiété, thérapie par le jeu, dramathérapie, arts créatifs, attachement, techniques projectives, aspects psychosociaux de l'enfant anxieux. Nous les avons écrits seuls ainsi que jumelés deux par deux, pour offrir de plus larges possibilités.

Un autre chercheur utilisant les mêmes termes et les mêmes bases de données devrait donc être en mesure d'obtenir les mêmes sources, ce qui assure un certain degré de fiabilité à notre recherche. Les listes de références des articles et des recherches obtenues ont également été analysées pour trouver d'autres sources jusqu'à la saturation des données (Randolph, 2009).

Kennedy (2007) propose cinq étapes pour définir une recension des écrits adéquate. Nous avons donc suivi ce modèle : « *Defining the boundaries of the literature, distinguishing studies from citations, distinguishing literature from the lore, deciding which reporting venues to include, and weeding out anomalous studies* » (p.139). Nous avons de plus choisi de mettre en pratique ces sept conseils de Creswell (2014) :

*Begin by identifying key words, search the library's catalogue for holdings and computerized databases, locate 50 reports of research on your topic, skim the initial group of articles or chapters, and duplicate those that are central to your topic, design a literature map, begin to draft summaries of the most relevant articles and assemble the literature reviews, structuring it thematically or organizing it by important concepts.* (p.31)

De leur côté, Vallerand et Hess (2000) offrent quatre stratégies que nous avons également consultées. Ces stratégies visent à repérer les sources les plus pertinentes : « Rechercher, à l'aide des *psychological abstracts*, un écrit récent pertinent, repérer dans la liste bibliographique de cet écrit les références pertinentes, répéter l'étape deux avec les écrits ainsi choisis et rechercher à l'aide du *Social Science Citation Index* les écrits qui font référence à ceux relevés aux étapes un à trois » (p.78).

## **2.2 Analyse des données**

Une des étapes de l'analyse des données consiste à repérer dans les sources recueillies des *patterns* (Hesse-Biber et Leavy, 2011, p. 35). Nous avons donc composé les chapitres de notre texte à l'aide des thèmes les plus récurrents. La pertinence de ces

thèmes a été définie selon les données recueillies, qui étaient directement en lien avec notre question de recherche; faisant attention aux biais possibles, lors de ce tri nécessaire. Dans notre ordinateur, nous avons organisé les données collectées par catégories thématiques à l'aide de *Mendeley*, un outil de gestion numérique des références bibliographiques. Il a été possible d'annoter chaque source et de les classifier. Nous avons regroupé (codifié) nos découvertes selon quatre grands thèmes : l'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire, les techniques projectives, les types de thérapies utilisées afin de traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'utilisation des techniques projectives et l'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire : une nouvelle approche.

Tracy (2010) a établi que la qualité d'une méthodologie qualitative est marquée par huit importants points : « *(a) worthy topic, (b) rich rigor, (c) sincerity, (d) credibility, (e) resonance, (f) significant contribution, (g) ethics, and (h) meaningful coherence* » (p. 839). Nous avons choisi de focaliser sur quatre de ces huit aspects, soit « *worthy topic, rich rigor, credibility, significant contribution* » (Tracy, 2010, p 839). Nous avons fait en sorte que ces quatre points soient respectés. Premièrement, notre sujet valait la peine d'être exploré, puisqu'au meilleur de nos connaissances, il n'existait pas dans la littérature d'études qui regroupaient nos trois sujets. Deuxièmement, nous pouvons affirmer que notre recherche a été rigoureuse, puisque nous avons relevé nos informations au sein de multiples sources, étendues sur une vaste période de temps, en portant une attention particulière aux portées récentes à l'aide de moteurs de recherche reconnus par les normes universitaires. Troisièmement, nous pouvons affirmer que notre recherche a été élaborée de façon crédible, puisque nos sources proviennent d'articles publiés dans des revues scientifiques, des journaux ou des livres revus et évalués par des pairs, c'est-à-dire par d'autres scientifiques, théoriciens ou chercheurs. En terminant, nous croyons que notre recherche apportera sans aucun doute une contribution non négligeable à notre domaine de pratique, la dramathérapie, compte tenu du fait que nous avons élaboré les bases d'un tout nouveau programme de traitement, un programme thérapeutique qui pourra être testé par de futurs chercheurs. Cela aide à valider notre recherche, puisqu'un autre chercheur pourra ainsi la reproduire.

Randolph (2009) utilise la « taxonomie de la revue de la littérature » de Cooper

(1988) afin de la classifier selon six caractéristiques importantes : « *focus, goal, perspective, coverage, organization, and audience* » (p. 2). En accord avec ces caractéristiques, nous avons sélectionné les catégories (associées à celles-ci) s'appliquant à la présente recherche. 1. *Focus : Theories, Practices or applications* ; 2. *Goal : Integration, Identification of central issues* ; 3. *Perspective : Neutral representation* ; 4. *Coverage : Representative* ; 5. *Organization : Conceptual* ; 6. *Audience : Practitioners or policymakers*.

À la suite des classements manuels des sources dans leur catégorie respective, la chercheuse a voulu créer des liens entre elles. Ces liens ont été intégrés à des recommandations élaborées en fonction des théories identifiées. Cette méthode a permis de regrouper les points communs à la dramathérapie, aux techniques projectives et à l'anxiété de séparation pour créer les bases d'une nouvelle intervention expérientielle. Cette proposition d'intervention a donc été développée en regard de celles qui ont déjà été tentées afin de traiter l'anxiété de séparation chez les enfants d'âge préscolaire. Nous avons ainsi identifié les interventions qui ont été reportées comme étant les plus efficaces. Nous avons ensuite combiné les meilleures approches aux caractéristiques thérapeutiques positives de l'utilisation des techniques de projection en dramathérapie. Les avantages et les limites de la nouvelle approche ainsi que les limites, les biais possibles et les considérations éthiques de la recherche seront définis dans le chapitre cinq.

## **Chapitre trois: Recension des écrits**

En tenant compte de la méthodologie proposée, la recension des écrits suivante sera divisée en trois parties, axées respectivement sur l'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire, les techniques projectives et les types de thérapies utilisées afin de traiter les troubles anxieux chez l'enfant.

### **3.1 L'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire**

Puisque l'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire constitue le trouble pour lequel nous tenterons ici de mettre sur pied un plan de traitement combinant les techniques projectives et l'approche dramathérapeutique, il est important de bien la définir. Cela permettra d'élaborer la base théorique principale sur laquelle ce programme reposera.

**3.1.1 Développement cognitif, social et affectif d'un enfant neurotypique d'âge préscolaire.** Voyons tout d'abord en quoi consiste le développement cognitif, social et affectif typique d'un enfant n'ayant pas de trouble anxieux, afin de pouvoir établir un lien comparatif avec celui d'un enfant anxieux. Nous avons décidé de nous attarder ici sur le développement cognitif, social et affectif des enfants, plutôt que sur leur développement physique et moteur, puisque l'anxiété aura une plus grande influence sur ces trois plans.

Jean Piaget, biologiste et psychologue suisse ayant oeuvré à l'élaboration de plusieurs théories influençant la psychologie du développement, propose quatre grandes périodes de développement de l'intelligence (Piaget et Inhelder, 1971; Piaget, 1976; Piaget, 1977). Cloutier et Renaud (1990) les énumèrent ainsi : « 1- la période sensorimotrice (de 0 à 2 ans); 2- la période pré-opératoire (la pensée symbolique [de 2 à 5 ans] et la pensée intuitive [de 5 à 7 ans] ); 3- la période des opérations concrètes (de 7 à 12 ans); 4- la période opératoire formelle (de 12 ans à l'âge adulte) » (p.195).

La tranche d'âge qui nous intéresse pour cette recherche est celle de l'âge préscolaire (de 2 à 5 ans), c'est-à-dire lorsque l'enfant va à la garderie et à la prématernelle. Elle correspond donc, selon Piaget, à la période pré-opératoire et plus précisément, au moment où la pensée symbolique se développe (Carey, Zaitchik, et Bascandzief, 2015). À partir de deux ans, « le présent immédiat [n'est] plus le seul

champ d'activité mentale, et les objets absents, éloignés dans l'espace ou dans le temps, pourront être ramenés à volonté, selon les besoins de l'imaginaire ou de la communication » (Cloutier et Renaud, 1990, p. 206). Cette nouvelle fonction symbolique appuie le développement du langage, outil majeur de la socialisation; l'enfant peut ainsi communiquer avec autrui et confronter ses idées avec celles de ses pairs (Cloutier et Renaud, 1990).

La capacité à se représenter mentalement des objets, des événements ou des actions marque la naissance du développement de la fonction symbolique. Tel que Cloutier et Renaud (1990) le mentionnent, « Piaget et Inhelder (1971) identifient cinq conduites de l'enfant supposant l'utilisation d'un "signifiant"[symbole qui sert de représentant] pour représenter un "signifié" [l'objet ou l'image mentale de l'objet] : 1- l'imitation différée; 2- le jeu symbolique; 3- le dessin; 4- l'image mentale; 5- l'évocation verbale » (p.207).

« Le jeu symbolique constitue un moyen privilégié pour l'enfant d'exercer sans contrainte ses schèmes à lui, en réponse à ses propres besoins affectifs et intellectuels » (Cloutier et Renaud, 1990, p. 208). Les enfants utilisent ainsi les symboles empruntés à l'imitation et les transforment selon les désirs de leur imaginaire. L'observation d'enfants à la garderie, jouant à « faire semblant » lorsqu'on les laisse libres, témoigne de ce fait. L'acquisition de la fonction symbolique permet à l'enfant de comprendre qu'un objet peut devenir successivement plusieurs autres objets fictifs; un bloc peut par exemple, devenir un bateau ou un train. Selon Cloutier et Renaud (1990), le jeu symbolique permet également, sur les plans affectif et social, de « régler des conflits, de jouer des rôles sans contrainte extérieure, au fil des besoins intérieurs » (p.208). C'est une période axée sur le « Moi », le raisonnement de l'enfant est caractérisé par l'égoïsme. Ce dernier affiche de la centration sur une seule dimension d'une situation et néglige les autres.

« La phase préscolaire constitue une période critique de l'achèvement de l'autonomie » (Cloutier et Renaud, 1990, p. 408). L'enfant doit, entre autres, évaluer s'il se sent assez en sécurité dans la relation qui l'attache à sa mère pour accepter de s'en séparer, de s'en éloigner assez afin de s'aventurer dans le monde extérieur. Il doit développer des outils pour se guider par lui-même dans le monde physique et social à l'extérieur du contexte familial (Cloutier et Renaud, 1990; Carey *et al.*, 2015). Le

« Moi » de l'enfant « intériorise les règles et façons d'agir établies et développe une conscience morale qui se socialise progressivement » (p.409). Il apprend à mieux contrôler ses impulsions, il se perçoit comme un enfant parmi d'autres, comme un garçon ou une fille. C'est la période du complexe d'Oedipe freudien, théorie psychanalytique qui entraîne de nouveaux sentiments chez lui (Freud, 1905). Cloutier et Renaud (1990) expliquent que, selon Erik Erikson, psychanalyste et psychologue germano-américain, l'enfant devient « de plus en plus actif et prend plus d'initiatives selon le résultat qu'il obtient » (p.409). L'imaginaire de l'enfant d'âge préscolaire atteint un niveau de créativité plutôt difficile à retrouver ultérieurement. La personnalité de l'enfant est déjà définie et observable. Il essaie de participer aux tâches des adultes, il les imite, il veut apprendre comment faire. Il devient un être social. Comme il passe moins de temps à apprendre la maîtrise de son corps, il peut poursuivre des buts et orienter ses activités. La tolérance à la frustration, la patience et la capacité d'anticipation sont encore limitées à cet âge. « Le débordement de ses capacités provoque encore des crises de colère, des peurs phobiques, des insécurités » (Cloutier et Renaud, 1990, p.410), mais le retour à la bonne humeur est de plus en plus rapide. À cet âge, l'enfant est très sensible et il poursuit une grande quête de valorisation personnelle. Il cherche à réussir. La culpabilité est facile à ce stade de son développement. Lorsque l'enfant progresse de façon régulière, il prend de plus en plus plaisir à agir, à tenter des choses, et il accroît ainsi son estime de lui-même. L'équilibre, chez les parents, entre le laisser-faire et la surprotection est à souhaiter, afin de stabiliser le besoin de dépendance de l'enfant. Nous verrons d'ailleurs, à la section « Facteurs de risque, pronostiques et prévalence » (3.1.5.2) de cette recherche, que la surprotection parentale joue un rôle important dans l'incidence de l'anxiété de séparation.

En garderie, l'enfant apprend à jouer en présence d'autres enfants et avec eux. Les accidents sociaux sont plutôt fréquents, mais les mésententes et les querelles tendent à se régler assez rapidement (Cloutier et Renaud, 1990). L'imaginaire débordant de l'enfant de cet âge peut provoquer de fortes anxiétés, ce qui est un fait important à prendre en considération quant à notre sujet principal. En effet, son mode de pensée rend probables toutes situations imaginées. Il est alors fréquent de voir apparaître des comportements de régression (ex.: sucer son pouce) chez l'enfant, en lien avec son niveau d'anxiété. Parfois,

le rêve et la réalité se mélangent. Ainsi, les thèmes de ses jeux sont teintés de sentiments ambivalents et confus : amour et haine, union et désunion, naissance et mort (Cloutier et Renaud, 1990). Les cauchemars et peurs nocturnes débutent d'ailleurs souvent vers la fin de la troisième année et atteignent leur paroxysme vers l'âge de cinq ans. L'agressivité de l'enfant d'âge préscolaire s'exprime, elle, par des crises tout aussi soudaines qu'intenses. Le stress social constitue également une source importante de peurs infantiles telles que celle de ne pas savoir comment agir dans une nouvelle situation, de rencontrer de nouvelles personnes ou de fréquenter un nouvel endroit. Une peur persiste plus longtemps chez un enfant plus âgé. De fait, à mesure que l'enfant vieillit, il devient de plus en plus apte à justifier ses peurs et à s'en convaincre (Cloutier et Renaud, 1990). Par conséquent, plus l'enfant avance en âge, plus la difficulté de le rassurer et de le sécuriser face à ses peurs augmente.

Erik Erikson a, quant à lui, élaboré une théorie du développement psychosocial humain en huit stades. Il a basé ses recherches sur les théories psychosexuelles du développement de Freud et sur ses expériences de travail avec les enfants et les familles (Batra, Maslow et Gardner, 2013). Pour Erikson, ce sont en majorité les aspects sociaux qui influencent le développement de chacun et qui modèlent leur identité. Il croit en fait que chaque être humain continue de se développer de la naissance à la vieillesse. Chacun de ces stades se construit sur les bases de l'étape précédente. Les défis que propose chaque étape persistent tout au long de la vie, si ceux-ci n'ont pas été relevés préalablement. Selon Batra *et al.* (2013), chaque humain doit trouver son propre moyen d'équilibrer et d'autoréguler « *the inner voice of the child, the physiological and emotional urges of the individual, and the nature of social influences* » (p. 250). Toutes les expériences de la vie d'un individu sont importantes pour Erikson. Cela comprend, par exemple, l'engagement avec la famille, les échanges socioculturels, le jeu, la lecture, l'écriture, l'exposition à la technologie et plusieurs autres (Batra *et al.*, 2013). Au sujet du jeu chez l'enfant, Batra *et al.* (2013) mentionnent un point très important :

*For instance, children's play is interpreted as children's initiative aimed at fulfilling a significant developmental need for social exchange and problem solving relevant to their age. When denied the psychological and social space necessary for experiencing a sense of initiative, children develop self-doubt and guilt. Persistent self-doubt can have an adverse impact on the self-esteem of a growing child. (p. 250)*

L'enfant joue en réponse à un besoin développemental axé sur les échanges sociaux et sur la résolution de problème, cela est donc un élément essentiel à retenir afin de pouvoir décrire, plus loin dans cette recherche, les bienfaits que la dramathérapie peut offrir à l'enfant. Nous y reviendrons lors du chapitre quatre. Afin de mieux identifier chaque étape développementale et de les observer chez les enfants, voyons maintenant les huit stades de développement en accord avec la théorie du développement psychosocial d'Erikson :

*1- Basic Trust versus Basic Mistrust : Infancy, Age Range: 0 – 1 1/2 Years; 2- Autonomy versus Shame and Doubt : Early Childhood, Age Range : 1 1/2 – 3 Years; 3- Initiative versus Guilt : Play Age, Age Range : 3 – 6 Years; 4- Industry versus Inferiority : School Age, Age Range : 6 – 12 Years; 5- Identity versus Role Confusion : Adolescence, Age Range : 10 – 24/26 Years; 6- Intimacy versus Isolation : Young Adulthood, Age Range : 18/22 – 40 Years; 7- Generativity versus Stagnation : Adulthood, Age Range : 30 – 65 Years; 8- Ego Integrity versus Despair : Mature Age, Age Range : 55–60 + Years. (Batra et al., 2013, p. 259)*

Nous sommes donc intéressés ici par les trois premiers stades d'Erikson, puisque ceux-ci couvrent la période à l'étude, soit de 0 à 6 ans, ce qui équivaut à l'âge préscolaire. Tout d'abord, lors du premier stade, « *1- Basic Trust versus Basic Mistrust : Infancy, Age Range : 0 – 1 1/2 Years* », c'est la découverte de la confiance interne et externe qui prévaut en relation avec le sentiment d'espoir ou d'incertitude que nos besoins seront comblés. En ce sens, lorsque l'enfant est élevé dans une famille fonctionnelle, où il y a nourriture, soins, stimulation, jeux et harmonie, il évolue en ayant confiance en autrui et en lui-même. La mère (ou la figure la plus constante prodiguant des soins à l'enfant) joue un rôle crucial à cette étape du développement. Nous nous y attarderons plus loin, lors du sous-chapitre sur l'attachement. Erikson (1963) explique:

*The general sense of trust implies not only that one has learned to rely on the sameness and continuity of the outer providers, but also that one may trust oneself and the capacity of one's own organs to cope with urges; and that one is able to consider oneself trustworthy enough so that the providers will not need to be on guard lest they be nipped. (p. 148)*

Par la suite, lors du deuxième stade, « *2- Autonomy versus Shame and Doubt : Early Childhood, Age Range : 1 1/2 – 3 Years* », les deux parents et la famille étendue deviennent de plus en plus importants dans le développement. En étant en mesure de marcher et de continuer son développement moteur, l'enfant augmente son désir

d'autonomie (Batra *et al.*, 2013). L'enfant doit aussi apprendre à composer avec de nouvelles limites sociales. La discipline, la constance et un sens de la permission à la découverte sont importants à cette étape de la vie pour que le développement de l'enfant soit harmonieux. Erikson (1963) spécifie :

*Outer control, at this stage, therefore, must be firmly reassuring. The infant must come to feel that the basic faith in existence, which is the lasting treasure saved from the rages of the oral stage (previous stage), will not be jeopardised by this about-face of his, this sudden violent wish to have a choice, to appropriate demandingly, and to eliminate stubbornly. Firmness must protect him against the potential anarchy of his as yet untrained sense of discrimination, his inability to hold on and to let go with discretion. As his environment encourages him to 'stand on his own feet', it must protect him against meaningless and arbitrary experiences of shame and early doubt. (p. 252)*

Batra *et al.* (2013) confirment que lorsque l'enfant d'âge préscolaire n'a pas la chance d'explorer lui-même et de pouvoir faire certains choix, par exemple lorsqu'il dessine et projette ses propres significations et son imagination sur papier, « *the sense of 'will' to learn to read and write with relevance and meaning suffers* » (p.261). Erikson (1963) l'explique encore plus clairement : « *From a sense of self-control without loss of self-esteem comes a lasting sense of good will and pride; from a sense of loss of self-control and of foreign over control comes a lasting propensity for doubt and shame* » (p. 254).

Enfin, lors du troisième et dernier stade qui nous intéresse ici, « *3- Initiative versus Guilt : Play Age, Age Range : 3 – 6 Years* », c'est à travers le jeu et les échanges sociaux que l'enfant continue son développement. À cette étape, il est capable de jouer des rôles : il peut imiter les membres de sa famille, ses éducateurs, ses médecins. Il connaît les tâches principales que certains métiers exigent et il arrive à les représenter. Il peut inventer des histoires et créer de courts scénarios. Il est en mesure de découvrir la différence entre le jeu et la réalité (Batra *et al.*, 2013).

*Fantasy, doll and role play, and locomotor experimentation are ways by which he attempts to find a sense of 'action and meaning' for himself, especially in a world where adults appear always to be engaged in living a life of 'action and purpose'. This early play and work of the young child allows him to construct a sense of Purpose. (Batra *et al.*, 2013, p. 261)*

L'enfant acquiert de la motivation et prend plaisir et joie à exécuter ce qu'il entreprend de sa propre initiative. Les valeurs de ses parents commencent à influencer ses

choix et sa vie à la garderie et dans les autres lieux où il est gardé à l'extérieur du milieu familial. Il a besoin d'expérimenter et de trouver ses propres outils afin, par exemple, de résoudre les conflits qui surviennent avec ses pairs. Batra *et al.* (2013) affirment :

*Where the school curriculum allows children to share feelings, to express emotions, to resolve conflicts, to find a common moral ground, to voice ideas, to experiment and to suggest solutions to problems, children develop confidence in their abilities and widen their interests. Suitable curricular spaces are essential for the development of the inner foundations of ego identity. Where such curricular spaces do not exist, and children are expected to sit for long hours, being burdened with skill and text-oriented learning, early childhood is marked with disinterest, self-doubt and guilt rather than with the ability to direct the inner drive to learn, to explore and to create. [...] Rarely do schools reflect seriously upon the processes that are central to the development of children as thinking, feeling people, sensitive to the unfolding of their own needs and urges, or to that of their peers. (p. 262)*

Il est à noter qu'il serait souhaitable que les parents de jeunes enfants comprennent ce besoin crucial d'autonomie à ce stade du développement. Il est primordial pour l'enfant d'expérimenter et de réussir des tâches par lui-même afin de se bâtir une confiance en lui et en ses capacités. L'enfant qui aura eu la permission d'entrer dans cet espace « d'essais et erreurs » le reflétera dans sa façon de faire face à la séparation d'avec ses parents.

**3.1.2 Développement cognitif, social et affectif d'un enfant anxieux d'âge préscolaire.** L'enfant anxieux se développe comme tous les autres enfants. Nous verrons plus tard, dans cette recherche, que l'anxiété est inhérente au développement humain, qu'elle est nécessaire, voire primordiale biologiquement dans certaines situations de la vie. Il est donc tout à fait normal qu'un enfant expérimente de l'anxiété tout au long de son développement. Simard (2017) l'explique ainsi :

Chez l'enfant et l'adolescent, l'anxiété est inhérente à certaines étapes du développement et se manifeste normalement par des peurs spécifiques à ces étapes : peur des étrangers (6-18 mois), peur des monstres, peur d'être séparé des parents (2-3 ans), peur du noir, peur de dormir seul (3-6 ans), peur des dangers physiques, peur de l'école (6-10 ans), inquiétudes au sujet des amitiés et de l'exclusion (10-12 ans), peur de l'identité, de l'intégration sociale, de l'intimité et de l'avenir (adolescence). (p.1)

Ce qui est problématique, c'est lorsque l'anxiété nuit au fonctionnement quotidien de l'enfant en devenant excessive et inappropriée par rapport aux stades normaux du

développement (DSM-V, 2015).

**3.1.3 Troubles anxieux chez l'enfant.** L'anxiété est en soi tout à fait normale et souhaitable. « *Anxiety is a normal emotion that helps us to perform to the best of our abilities and protects us in dangerous situations* » (Rapee, 2000, p.6). Cependant, lorsqu'elle est excessive et constante et qu'elle entrave le bon fonctionnement quotidien de l'enfant, il y a des questions à se poser.

Selon Simard (2017), les manifestations d'un trouble anxieux chez l'enfant peuvent varier selon son l'âge et l'étape de son développement général. On peut observer huit formes (ou diagnostics) rattachées à l'angoisse chez l'enfant. Simard (2017) les énumère et les résume ainsi :

*L'anxiété de séparation* (peur intense d'être éloigné du parent), *le mutisme sélectif* (incapacité de parler en dehors de la famille), *phobie spécifique* (peur d'un objet ou d'une situation, par exemple, peur de l'école, peur de vomir), *anxiété généralisée* (inquiétude excessive, impression de catastrophe imminente), *la phobie sociale* (peur du jugement des autres, d'être humilié au point d'éviter les situations sociales), *trouble panique* (épisode d'anxiété intense, aiguë, avec peur de mourir, de perdre le contrôle, palpitations cardiaques, difficulté à respirer, tremblements, chaleurs, etc.), *trouble obsessionnel-compulsif* (idées ou images intrusives désagréables – peur de la contamination, par exemple – et gestes pour annuler les idées obsédantes – lavage excessif, par exemple), *syndrome de stress post-traumatique* (revivre un évènement traumatique par des souvenirs envahissants ou « *flashes-back* », éviter les situations rappelant l'évènement, être en état d'hypervigilance). (p.1)

On peut alors remarquer que les différents troubles anxieux chez l'enfant sont très similaires aux troubles anxieux chez les adultes (Simard, 2017; DSM-V, 2015).

Cependant, au contraire de Simard, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) classe *les troubles obsessionnels et compulsifs* comme des troubles à part entière ayant leur propre section. On ajoute également *l'agoraphobie* à la catégorie des troubles anxieux. Les troubles anxieux infantiles peuvent aussi être sous-jacents à certaines situations particulières telles que l'évitement scolaire, l'anxiété de performance et la somatisation (ex. : douleurs abdominales sans cause physique) (Simard, 2017). « Les études établissent la prévalence des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent entre 10 et 20 %, ce qui en fait le trouble psychique le plus fréquent dans cette tranche d'âge » (Simard, 2017, p.1).

### 3.1.4 Anxiété de séparation chez l'enfant.

**3.1.4.1 Critères diagnostiques du DSM-V. Anxiété de séparation (309.21) (F03.0).** A. Peur ou anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou d'avec les principales figures d'attachement, ou même dans la seule anticipation de telles situations.
2. Soucis excessifs et persistants devant l'idée d'une éventuelle disparition des principales figures d'attachement ou d'un malheur pouvant leur arriver tel qu'une maladie, un accident, une catastrophe ou la mort.
3. Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux (par exemple : se perdre, être kidnappé, avoir un accident, tomber malade) ne vienne séparer le sujet de ses principales figures d'attachement.
4. Réticence persistante (ou refus) à sortir loin de la maison pour aller à l'école, [au travail, pour les adultes] ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation.
5. Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester seul ou sans l'une des principales figures d'attachement à la maison ou dans d'autres environnements.
6. Réticence persistante (ou refus) à dormir en dehors de la maison ou sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement.
7. Cauchemars répétés autour du thème de la séparation.
8. Douleurs somatiques répétées (par exemple : céphalées, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement ou en anticipation de telles situations.

L'anxiété excède ce à quoi l'on pourrait s'attendre compte tenu du stade de développement du sujet. La perturbation doit persister au moins 4 semaines chez les enfants. Celle-ci doit entraîner une détresse cliniquement significative ou une altération dans les domaines social ou scolaire ou dans d'autres domaines importants. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Des symptômes somatiques (par exemple : céphalées, douleurs abdominales, nausées, vomissements) sont fréquents chez les enfants dans les situations de séparation d'avec les principales figures d'attachement ou en anticipation de telles situations. Les symptômes cardiovasculaires, comme des palpitations, des sensations vertigineuses et des sensations d'évanouissement sont rares chez les jeunes enfants, mais on peut les observer chez les adolescents et les adultes. (DSM-V, 2015, p.224)

**3.1.4.2 Facteurs de risque, pronostiques et prévalence.** Chez l'enfant, Foxman (2004) mentionne trois aspects qui, une fois interreliés, mènent souvent à l'apparition de l'un des troubles de l'anxiété : « la sensibilité biologique, la personnalité et le stress » (p.17). L'anxiété de séparation, quant à elle, se développe fréquemment à la

suite d'un évènement traumatisant, bien souvent après une perte; il peut s'agir du décès d'un membre de la famille ou d'un animal de compagnie, d'un changement d'école, d'un déménagement ou du divorce des parents (DSM-V, 2015). Les facteurs de risque et les pronostiques sont d'ordres environnementaux, génétiques et physiologiques (DSM-V, 2015). Ce type de trouble anxieux peut être héréditaire. Chez l'enfant, il est aussi fréquent auprès des filles que des garçons (DSM-V, 2015). Il est intéressant de noter que « la surprotection parentale et un comportement intrusif peuvent être associés à l'anxiété de séparation » (DSM-V, 2015, p.226). Wood (2006) a d'ailleurs effectué une recherche à ce sujet et a effectivement conclu que : « *Parents who act intrusively tend to take over tasks that children are (or could be) performing independently, thereby limiting mastery experiences and inducing dependence on caregivers* » (Wood, 2006, p.73).

**3.1.5 Théorie de l'attachement.** John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, s'est longuement intéressé à l'attachement et à la relation mère-enfant. Il a d'ailleurs spécifiquement relevé, dans l'un de ses livres, une revue de la littérature concernant les théories qui expliqueraient les causes psychologiques et psychophysiologiques de l'anxiété de séparation.

Bowlby (1973) affirme qu'en étudiant la littérature à ce sujet, on trouve six approches principales : « *There have been six main approaches to the problem of separation anxiety : three of them are the counterparts, through not always the necessary counterparts, of theories regarding the nature of the child's attachment to his mother* » (p. 423). Il y a donc 1) La théorie de la « libido transformée », élaborée par Freud : « *Morbid anxiety is due to the transformation into anxiety of sexual excitation of somatic origin that cannot be discharged* » (Bowlby,1973, p. 423). L'anxiété observée lorsqu'un enfant est séparé d'une figure qu'il aime en serait un exemple. Dans ce cas, la libido de l'enfant demeurant insatisfaite subirait une transformation. 2) L'anxiété éprouvée par le jeune enfant, séparé de sa mère pourrait être « la reproduction du traumatisme de sa naissance » (Bowlby,1973, p. 423). Tel que décrit par Bowlby (1973), il s'agirait, selon Rank (1924), de la « birth-trauma theory » (p.423). 3) Le risque que l'enfant séparé de sa mère éprouve des expériences psychiques traumatisantes influence la théorie du « signal », un terme qui aurait été introduit par Freud en 1926, sous-entendant le fait que l'enfant mettrait en fonction un « dispositif de sécurité » chaque fois où il serait séparé. Il

est à noter qu'il y aurait trois moyens pour l'enfant de concevoir la potentielle situation traumatisante à venir : A) l'accumulation excessive de stimulations d'une insatisfaction des besoins primaires du corps (peur de ne plus boire ou manger); B) la peur de l'extinction totale et permanente du plaisir sexuel, avancée par Jones en 1927; C) la variante, introduite par Spitz en 1950 et améliorée par Joffe et Sandler en 1965, qui l'expliquerait comme étant une « blessure narcissique ». 4) La peur de l'enfant d'avoir « mangé » ou « détruit » sa mère, due au sentiment ambivalent qu'il ressent pour elle. Ce serait pour cette raison qu'elle aurait décidé de ne jamais plus revenir vers lui. Cette théorie a été conceptualisée par Mélanie Klein (psychanalyste anglaise) en 1935 et s'appelle « *depressive anxiety* » (p.424). 5) L'enfant projetterait son désir d'agression, il percevrait sa mère comme une menace et il interpréterait son départ comme une forme de punition lui étant destinée. Selon Klein (tel que décrit par Bowlby, 1973), cette théorie pourrait être intitulée : « *persecutory anxiety* » (p.424). 6) Enfin, en accord avec les théories de Bowlby (1973) lui-même, l'anxiété de séparation serait une réponse primaire et biologique éprouvée parce que l'enfant ressentirait un plaisir similaire lorsqu'il côtoie sa mère que lorsqu'il boit ou qu'il mange, et donc, une frustration surviendrait s'il en était privé. L'anxiété deviendrait la conséquence de la séparation d'avec la mère. Il s'agit du « paradigme biologique » ou d'un mélange entre la *signal theory* et les avancées de celle-ci. La peur et la détresse sous-jacentes à toute situation de séparation s'expliqueraient donc en partie biologiquement et en analysant la qualité du lien d'attachement entre la mère et l'enfant (p.425). L'apport concret de la théorie de l'attachement est majeur en psychologie. Silove et Rees (2014) en témoignent :

*The influence of attachment theory has meant that professionals working in child psychiatry assumed that typical symptoms of separation anxiety (excessive clinging, overt distress when separated from primary attachment figures, nightmares of separation, fear of harm befalling attachment figures or the self, and school refusal) are linked to an underlying “anxious attachment” arising from disruptions or disturbances in the child’s primary bonds (Bowlby, 1960). A strongly held corollary of this model is that typical separation anxiety symptoms are characteristic of early development when the child is wholly reliant (psychologically and physically) on adult attachment figures. (Silove et Rees, 2014, p.99)*

Toujours dans le but de mieux comprendre les racines profondes de l'anxiété de séparation chez l'enfant, il est donc primordial de s'intéresser aux types d'attachement

possibles chez l'enfant. Levy, Johnson, Scala, Temes et Clouthier (2015) expliquent que Mary Ainsworth (1978), en se basant sur les conceptualisations de John Bowlby, a identifié trois modèles d'attachement chez l'enfant : sécure, anxieux-ambivalent et évitant. Plus tard, Main et Solomon (1986, 1990) ont, quant à eux, ajouté un quatrième modèle à cette liste : désorganisé-désorienté. « *Consistent with Bowlby's theory, these patterns of attachment have been directly linked to differences in caregiver warmth and support (Van IJzendoorn, 1995)* » (Levy et al., 2015, p.93).

« *Securely attached children seek closeness to their mother, indicate distress at separation, and show moderate interest in a stranger* » (Levy et al., 2015, p.92). La personne s'occupant principalement de l'enfant répond habituellement rapidement et de façon appropriée aux besoins de l'enfant, en plus de demeurer cohérente et constante face à ceux-ci.

« *Anxious-ambivalent children exhibit heightened distress at separation are difficult to comfort upon the mother's return, and demand constant attention from and closeness to their mother* » (Levy et al., 2015). Il y a incohérence et alternance entre des réponses adéquates et des réponses négligentes de la part de la personne s'occupant de l'enfant principalement.

« *Avoidant children do not appear distressed by maternal separation, may ignore their mother when she returns, and treat their mother and a stranger similarly* » (Levy et al., 2015). La personne s'occupant principalement de l'enfant ne répond pas ou peu au stress de l'enfant; celle-ci décourage les pleurs et encourage l'indépendance.

« *Disorganized-disoriented children characterized by the infant's confused and disoriented behaviors in the mother's presence, suggesting a temporary "collapse" of a behavioral strategy* » (Levy et al., 2015). La personne s'occupant de ce type d'enfant tend à offrir des réponses affichant des comportements figés et figeant. Elle peut aussi être intrusive ou, au contraire, se tenir en retrait. Il y a négativité, confusion des rôles, erreurs de communication affective et parfois maltraitance.

Ainsi, lorsque le style d'attachement pendant l'enfance est « sécurisé » la figure d'attachement est généralement affectueuse et réceptive, en plus d'être utilisée comme base de sécurité (concept à l'origine développé par Mary Ainsworth), qui permet à l'enfant d'explorer son environnement tout en sachant qu'il peut trouver assistance et

réconfort lorsqu'il en a besoin (Bowlby, 1988). Cette figure « sécuritaire » d'attachement joue également un rôle régulateur au plan affectif (Schoore, 2008). En fait, les réponses affectives congruentes de la part de la figure d'attachement jettent les bases pour l'identification des émotions, ainsi que pour l'habileté à recourir, dans la vie adulte, à des stratégies d'autorégulation internes et externes (Padykula et Conklin, 2009, p. 357). La présence sécurisante joue un rôle primordial dans l'équilibre émotionnel de l'enfant (Bowlby, 1988, tel que rapporté par Hébert, 2015), puisqu'elle permet « à la fois de diminuer l'anxiété vécue et d'augmenter le sentiment de sécurité intérieure » (Hill, 2009, tel que rapporté par Hébert, 2015) en plus d'offrir une protection contre les possibles traumatismes (Van Der Kolk, 1996, tel que rapporté par Hébert, 2015). Hébert (2015) résume les trois autres styles d'attachements pendant l'enfance :

Les attachements insécurisés fuyants (évitants), insécurisés ambivalents (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) ainsi qu'insécurisés désorganisés (Main & Solomon, 1986), quant à eux, sont caractérisés par des problèmes au plan de l'autorégulation affective (Schoore, 2008) et par l'exacerbation de la sensibilité aux affects négatifs. Flores (2004) propose que ces difficultés émotionnelles s'expliquent par les changements cérébraux causés par les interactions avec la figure d'attachement. (p.6)

À la lumière de cette théorie, les comportements de rapprochement ou d'évitement d'une personne se développent durant l'enfance et influencent cette dernière durant toute sa vie (Silove et Rees, 2014; Henson, 2009). Bartholomew et Horowitz (1991) ont défini plusieurs types d'attachement à l'âge adulte dont sécurisé, insécurisé-évitant (*fearful*), insécurisé-préoccupé et insécurisé-craintif (*dismissing*). Ces différents types d'attachement correspondent aux types d'attachement présents dans l'enfance : sécurisé, insécurisé-fuyant (évitant), insécurisé-ambivalent, insécurisé-désorganisé. La théorie de Bowlby confirme que l'attachement initial crée le modèle relationnel interne opérant, un schème mental qui permet à l'individu de réutiliser son modèle d'attachement dans ses relations subséquentes (Bowlby, 1988). Schoore (2001) affirme quant à lui que le modèle relationnel interne opérant réside dans la mémoire implicite. Ce qui sous-entend qu'un trouble comme celui de l'anxiété de séparation puise très certainement ses fondements dans l'enfance et qu'il peut continuer à affecter l'individu à l'âge adulte, notamment au plan du développement de son style d'attachement (au partenaire, à la famille, aux amis). Si les troubles de l'attachement ne sont pas traités assez tôt, l'enfant

peut devenir un adulte ayant aussi des troubles reliés à l'attachement. En ce qui concerne notre recherche, il est également important de se questionner sur le rôle des parents dans le trouble anxieux de leur enfant. Ont-ils eux-mêmes vécu des troubles reliés à l'attachement? Quels ont été leurs styles d'attachement durant leur enfance? Quels sont leurs styles d'attachement une fois devenus adultes et parents? Nous savons que le style parental a une influence majeure sur le développement global de l'enfant. Par exemple, un parent qui est lui-même anxieux peut renforcer les tendances anxieuses de son enfant, car ce dernier peut reprendre, d'abord par imitation, certains de ces comportements (Rapee, 2000).

Une fois à l'âge adulte, l'individu ayant un attachement sécurisé a donc, selon les recherches de Karen (1998, tel que rapporté dans Francis et coll., 2003), une vision positive de lui-même et des autres, et il est, de façon générale, heureux et confiant dans ses relations. Ce type d'attachement est relié à un modèle relationnel interne opérant sécurisé qui mène à une méthode de régulation affective adaptée caractérisée par une ouverture au plan affectif (Caspers, Yucuis, Troutman et Spinks, 2006, tel que rapporté par Hébert, 2015).

Puisque ses besoins n'ont pas été comblés adéquatement, l'individu présentant un attachement de type évitant à l'âge adulte a développé une « perception négative de lui-même et des autres » étant donné que ses besoins n'ont pas été adéquatement satisfaits (Karen, 1998, tel que rapporté par Hébert, 2015).

La personne ayant un attachement préoccupé à l'âge adulte a une « vision négative d'elle-même et une vision positive d'autrui » (Karen, 1998, p. 127, tel que rapporté par Hébert, 2015). Elle croit qu'elle ne mérite pas l'amour des autres, ce qui a comme résultat négatif de lui faire ressentir une grande peur de l'abandon (Karen, 1998, tel que rapporté par Hébert 2015) ainsi qu'une anxiété récurrente dans ses relations (voir Caspers et coll., 2006). N'ayant pas eu, dans l'enfance, de figure d'attachement qui l'aurait régulé affectivement de manière efficace, les personnes présentant ce type d'attachement ont tendance à utiliser des méthodes de régulation affective inadéquates (Caspers et coll., 2006).

En terminant, au sein du type d'attachement craintif, le sujet a une « vision positive de lui-même et négative des autres, il valorise l'indépendance [...] il évite les

émotions et utilise des défenses afin d'échapper au sentiment d'abandon et d'indignité » (voir Karen, 1998, p. 217, tel que rapporté par Hébert 2015). Ces personnes ont de la difficulté à reconnaître leurs états émotionnels et à tolérer la détresse associée à ceux-ci (voir Caspers et coll., 2006, tel que rapporté par Hébert, 2015).

## **3.2 Les techniques projectives**

### **3.2.1 Le concept de projection et les techniques projectives en thérapie.**

Puisque les techniques projectives représentent le principal médium qui sera utilisé ultérieurement dans le futur programme d'intervention dramathérapeutique proposé au terme de cette recherche, il est important de les définir de manière à cerner la deuxième base théorique sur laquelle ce futur programme reposera.

Les thérapeutes se sont longtemps demandé comment évaluer rapidement leur patient, sans avoir à passer par l'usage de la parole. Irwin et Malloy (1975) le mentionnent : « *Particularly during the initial assessment meeting, therapists have searched for ways to elicit diagnostic information without relying upon the usual verbal history-taking interview* » (p. 1).

Tout d'abord, il faut savoir que les techniques projectives, utilisées depuis longtemps en traitement clinique, ont des racines d'ordre psychanalytique, puisqu'elles proviennent entre autres de la psychanalyse (Irwin, 2000). Celle-ci est d'ailleurs à la base de la plupart des thérapies et des interventions thérapeutiques. Sigmund Freud, père incontesté de cette méthode d'investigation et de traitement des troubles névrotiques ou psychotiques et maître des principes de l'inconscient, a été un des premiers à utiliser le terme de « projection » :

La projection désigne un mécanisme de défense introduit par Freud dans le langage de la psychanalyse. Le terme est devenu très général en psychologie et en psychiatrie. Il désigne l'opération mentale (généralement inconsciente) par laquelle une personne attribue à quelqu'un d'autre ses propres sentiments, dans le but de se sortir d'une situation émotionnelle vécue comme intolérable. (Freud *et al.*, 1979, p.132)

Lorsqu'un individu sent, par exemple, qu'un collègue de travail est en colère contre lui, cela peut certes être vrai, mais il est aussi possible qu'il soit plutôt en train d'attribuer sa propre colère aux sentiments manifestés par son collègue comme forme de mécanisme de défense, puisque d'avouer sa propre colère semble intolérable ou qu'il

n'accepte pas que ce sentiment négatif lui appartienne. Il préfère attribuer ce sentiment à son collègue, alors qu'il s'agit en réalité de son ressenti à lui. En d'autres termes, il « projette » sa colère comme étant celle de son collègue, alors qu'en réalité, c'est de lui-même dont il est question. La projection joue également un rôle dans le concept du « transfert », longuement étudié par Freud et ses successeurs (Quinodoz, 2004).

Cependant, il est important de noter que le type de « projection » qui attire notre attention pour cette recherche tire effectivement ses racines dans la conception psychanalytique du terme, mais que son utilisation en dramathérapie (en thérapie ou en thérapie par les arts en général) est quelque peu différente. En effet, le terme de « projection » relatif aux « épreuves projectives » et à celui qui est en jeu dans l'utilisation d'items matériels (objets, dessins, figurines, marionnettes) afin de projeter extérieurement les sentiments internes recoupe en partie la « projection » au sens psychanalytique du terme, où elle réside dans le déplacement de sentiments ou d'aspects de la réalité interne vers la réalité externe. Elle désigne habituellement un mécanisme de défense dit primaire, caractéristique des processus inconscients obéissant au principe de plaisir/déplaisir, mais elle constitue dans ce cas-ci un mécanisme inconscient d'attribution de sens au monde environnant qui vient colorer les processus de perception (Birraux, 2008; Cohen De Lara et Chagnon, 2008). Ainsi, inconsciemment, nous pouvons « projeter » extérieurement (à l'aide du dessin ou en improvisant un monologue, par exemple) des émotions intérieures qui sont refoulées en nous. Il pourrait, par exemple, être envisageable que l'oiseau que vous avez dessiné spontanément soit la représentation matérielle (extérieure) et symbolique de votre besoin intérieur de liberté. Nous pourrions aussi repérer dans les répliques spontanées et supposément fictives entre des marionnettes que vous êtes en train de manipuler des questionnements similaires aux vôtres.

Les thérapies psychanalytiques utilisent majoritairement la projection comme moyen d'évaluation et d'analyse sous forme de test. Voyazopoulos (2005) nous explique :

Un test projectif est comme un rayon X qui, traversant l'intérieur de la personnalité, fixe l'image du noyau secret de celle-ci sur un révélateur (passation du test) et en permet ensuite une lecture facile par agrandissement ou projection grossissante sur un écran (interprétation du protocole). Ce qui est caché est ainsi mis en lumière; surface; ce qu'il y a de stable et aussi de noué en nous se trouve dévoilé. (Voyazopoulos, 2005, p 17-18)

Il peut également s'agir de la projection de certains de nos propres (mais désavoués) attributs sur une autre personne vers qui on se sent ensuite étrangement attiré ou révolté (Yalom, 1970).

Dans le but d'aider leurs clients à extérioriser leurs problématiques internes, les psychanalystes utilisaient, et utilisent toujours, des exercices à caractère projectif. Le plus célèbre d'entre eux est le test de personnalité créé en 1921 par le psychiatre suisse Hermann Rorschach, qui consiste à décrire des taches d'encre en identifiant ce à quoi elles font spontanément penser. Le psychanalyste y voit l'expression directe du subconscient de son client. Il portera son attention sur les thèmes récurrents, les tonalités affectives et sur ses comportements pendant le test afin d'évaluer sa psyché (Chagnon, 2011). Il faut cependant noter ici que les taches du test de Rorschach sont préétablies, donc déjà dessinées sur papier. Ce n'est pas le client qui dessine les taches a priori. Le psychiatre en analyse seulement les interprétations à l'aide des réponses verbales de son client. Afin d'interpréter les résultats du test, ils se basent sur un système de codifications chiffrées précis et sur la comparaison des productions du sujet avec des normes statistiques (Chagnon, 2011). Ils étudient en fait le système de « fonctionnement psychique du sujet examiné ». L'hypothèse centrale de la méthodologie projective indique que « les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation des épreuves projectives sont susceptibles de rendre compte des modalités de fonctionnement psychique propres à chaque sujet dans leur spécificité, mais aussi dans leurs articulations singulières » (Chabert, 1998, p.7).

Chagnon (2011) croit que :

Le terme de « techniques projectives » a été créé par Franck en 1939, pour rendre compte de la spécificité de ces techniques standardisées qui visent la « projection » de la personnalité entière, au sens où celle-ci viendrait s'imprimer (comme une image projetée sur un écran) sur un stimulus ambigu et neutre, dénué a priori de significations. (p.50)

À son avis, les épreuves projectives tentent d'examiner le fonctionnement psychique, mais également de voir la structure de sa personnalité comme un tout cognitivo affectif évolutif (Chagnon, 2011).

En résumé, les principaux concepts de la théorie de Sigmund Freud, c'est-à-dire l'inconscient, les mécanismes de défense, le moi, le ça et le surmoi, ainsi que le transfert

et le contre-transfert, sont directement reliés à l'utilisation des techniques projectives de l'approche psychodynamique. Les processus mentaux inconscients y sont donc intimement reliés.

L'utilisation de l'art comme moyen projectif d'expression vient ajouter un second niveau aux moyens projectifs déjà utilisés en psychanalyse (le test de Rorschach par exemple). En effet, en demandant au client de produire lui-même le matériel projectif utilisé, un lien encore plus direct peut être réalisé avec son inconscient. C'est pourquoi les thérapies créatives par les arts proposent un large éventail de techniques projectives. On les utilise énormément avec les enfants. La théorie freudienne tend d'ailleurs à statuer que les psychopathologies adultes proviennent des stades du développement de l'enfant et de ses traumatismes inconscients. Freud croyait que l'on pouvait récolter beaucoup d'informations en observant la manière de jouer d'un enfant (Irwin, 2000). « *We see that the children repeat in their play everything that has made a great impression on them in actual life, that they thereby abreact the strength of the impression, and so to speak make themselves masters of the situation* » (Freud, Richards, Strachey, et Freud, 1974, pp. 16, 17).

La contribution du jeu spontané et du monde fantastique, de la thérapie par le jeu et de la dramathérapie est donc considérable. Lors du « jeu » qui implique de « prétendre à », le client peut ainsi quitter la réalité et outrepasser son superego; la culpabilité ressentie à la suite de situations ou d'expressions émotives difficiles peut donc diminuer puisqu'à après tout, on fait simplement « semblant » : « *Often the disguise of the puppet play offers psychic "protection"; because it is "just a story", the child can safely pretend* » (Irwin, 1985, p. 395; Landy, 1983). Plus la distance dramatique créée est grande, plus grande devient la gamme de choix thérapeutiques offerts (Jennings, 1990). Le thérapeute par le jeu ou le dramathérapeute porte ainsi attention à toutes répétitions et compulsions lors des activités, tout comme le ferait un psychanalyste. Une fois que le client a pris le temps d'intégrer ces nouvelles conceptions dans la fiction, le thérapeute le guide afin qu'il intègre ces nouvelles idées dans sa vie réelle, vers une transformation sécurisée (Silverman, 2004).

Plusieurs techniques projectives sont notamment utilisées en dramathérapie. Le ou la dramathérapeute aide son client à raconter son histoire à travers des moyens la plupart

du temps très projectifs. Il guide son client vers l'extériorisation de ses sentiments à l'aide de création d'histoires, où interviendront divers objets, des marionnettes, des pierres précieuses, des masques et dans des contextes de mises en situation dramatique ou de jeux de rôles afin d'accéder plus rapidement à ses processus inconscients (Landy, 1983; Landy, 1994; Jones, 1996). La dramathérapie utilise également le corps comme moyen expressif et projectif, au contraire des thérapies plutôt verbales et statiques (Langley et Langley, 1983; Jones, 1996). Leotta (2008) explique: « *In drama therapy, dramatizing the body fulfills an important role. Drama therapists pay particular attention to the messages conveyed through the conscious and unconscious communications of the body.* » Il s'agit du concept appelé *embodiment*, un principe qui engage « *the mind and body in physical enactment in the here and now and assists individuals to discover knowledge and insight regarding issues and identities* » (Leotta, 2008, p.31). Les clients explorent ainsi leur matériel personnel d'une manière plus indirecte et l'expérimentent selon différents styles de communication par l'action et la réflexion. Les clients ont la possibilité de communiquer à travers le jeu par l'expression vocale et gestuelle et en dehors des rôles joués par des discussions animées (Jones, 1996).

Vernon (1969) considère les techniques de projection comme des moyens pour « *revealing covert dynamic forces in the personality through their expression in fantasy, creative activity, play or free associations to verbal or inkblot stimuli* » (p.13). La puissance de l'art dramatique réside justement dans son pouvoir d'évoquer rapidement les émotions et les idées à travers l'accès direct à la créativité et à l'imaginaire : « *Throughout recorded time, drama and theatre have been the carriers of our deepest fantasies, portrayed through movement, sound, imagery and enactment* » (Irwin, 2000, p.235). D'autant plus que l'utilisation de méthodes projectives abonde au sein de cet art (ex : masques, costumes, marionnettes, etc.). Jones (2007) explique ainsi que la « *dramatherapy emphasises the ways in which projection can be linked to dramatic form to enable a client to create, discover and engage with external representations of inner conflicts* » (p. 140).

**3.2.2 Le concept de projection dramatique et de réalité dramatique.** Afin de bien faire la distinction entre les perspectives psychanalytiques et celles dramathérapeutiques de la projection, il est nécessaire de mentionner qu'en

dramathérapie, le client est appelé à extérioriser ses sentiments intérieurs à l'aide d'images, d'objets ou à travers la création d'histoires. Tout comme nous l'avons mentionné un peu plus haut, le ou la dramathérapeute peut, par exemple, demander à son client d'adopter une posture corporelle en fonction de ce qu'il ressent. Ainsi, à la différence de la psychanalyse, en dramathérapie, la projection « *becomes expressive rather than being primarily defensive* » (Jones, 2007, p.140). Qui plus est, « *the classic Freudian position sees processes such as projection and identification as primarily defensive. For dramatherapy, though, the importance lies in the way in which this phenomenon of dramatic projection creates a vital relationship between inner emotional states and external forms and presences* ». Les processus dramatiques, comme jouer avec des objets ou personnifier des rôles, « *connect outer expression in drama with inwardly held feelings of life experiences* » (Jones, 2007, p.83).

Les patients en dramathérapie projettent ainsi des aspects d'eux-mêmes à l'aide du matériel dramatique, c'est ce qu'on appelle la « projection dramatique » (Jones, 1996; 2007). Jones (2007) l'explique ainsi : « *Dramatic projection within dramatherapy is the process by which clients project aspects of themselves or their experience into theatrical or dramatic materials or into enactment, and thereby externalise inner conflicts* » (p.84). Ce processus permet aux clients d'explorer en créant de nouvelles perspectives : « *The dramatic expression enables change through the creation of perspective, along with the opportunity for exploration and insight through the enactment of the projected material* » (Jones, 2007, p.84).

La « réalité dramatique » est un autre des concepts piliers de la dramathérapie, mais les théoriciens du milieu emploient différents termes pour la définir. Pendzik (2006) explique : « *Dramatic reality is a core concept in drama therapy, and perhaps also the most genuine feature of the field. All drama therapists draw on dramatic reality in some form, both in their clinical practice and in their theoretical thinking* » (p.271). Moreno parle du *surplus reality* (Moreno, 1987), Johnson (1991) utilise le terme *playspace*, Lahad (2000) réfère à la *fantastic reality*, Courtney (dans Cattanach, 1994) parle de *fictional present*, Blatner et Blatner (1988) suggèrent quant à eux l'expression *liminal field*, Winnicott (1971) la nomme le *potential space – an intermediate zone*. Plusieurs termes existent donc pour expliquer ce rapport étroit, cet état de jeu, entre la réalité et la

fiction expérimentée au théâtre. Pendzik (2006) nous fait remarquer que du côté du théâtre, c'est plutôt Stanislavski (1936) qui met l'accent sur le concept de l'« *as if – the conscious mechanism by which performers brings themselves into the realm of the imaginary* » (p.272). Pour Pendzik (2006), la « réalité dramatique » est la représentation de l'imagination qui se manifeste : « *It is an as if made real, an island of imagination that becomes apparent in the midst of actual life. Dramatic reality involves a departure from ordinary life into a world that is both actual and hypothetical* » (p.272).

À l'opposé de la réalité actuelle (celle de la vie réelle), la « réalité dramatique » est flexible : « *Being so elastic, dynamic, and manageable, it lends itself to be modified and transformed by an act of will. Problems and conflicts that are hard to solve in ordinary life may find a solution (or at least explore several options) in dramatic reality* » (p.275).

La création d'histoires devient également une méthode projective en dramathérapie (Landy, 1993; Cattanach, 1997). Les histoires conceptualisées de toutes pièces par les clients peuvent aussi être employées comme moyens d'évaluer les besoins des clients et d'établir des plans de traitement adéquats (Lahad, 1992). Trois critères aident à déterminer la meilleure méthode projective à employer avec chaque patient : les besoins, les objectifs thérapeutiques et la « distance » que la méthode peut offrir au client (Landy, 1983). Cette distance est une composante clé de la dramathérapie. Les techniques projectives apportent au client un certain niveau de distance afin de pouvoir travailler ses conflits intérieurs.

**3.2.3 Le concept de distanciation et d'*aesthetic distance*.** L'artiste de théâtre allemand Bertolt Brecht (1967) a élaboré ce qu'il a appelé le phénomène de la « distanciation » dans un modèle précis, le *Verfremdungs-Effect*, « *which viewed the actor as separated from his role, and the spectator as separated from his memory bank of conventional responses to dramatized human experiences* » (Landy, 1984, p.85).

Robert J. Landy, un pionnier dans le domaine de la dramathérapie, a quant à lui créé la *distance theory* (Owen, 2008). Dans son travail Landy (Landy, 1983, 1993, 1994) a remarqué que le niveau d'engagement émotionnel d'une personne ou son détachement par rapport aux informations sensibles, en lien avec la thérapie pouvait se voir sur une échelle (Owen, 2008). « *The scale represents a spectrum of separateness, closeness, and*

*balance in relation to expression and withholding of emotion* » (Owen, 2008, p.28). La place de cette personne sur l'échelle dépend du degré émotif et de l'intensité du matériel exploré en thérapie. Les deux opposés de cette échelle sont les zones respectives d'*underdistance* et d'*overdistance*. Selon Landy, une certaine balance est nécessaire au bon fonctionnement de la thérapie et c'est ce qu'il appelle *l'aesthetic distance* :

*When positioned in this area of the scale and enacting an issue or problem, the client experiences emotion without becoming flooded by it. The expression of emotion provides a sense of relief rather than confinement and the client is able to reflect and possibly gain insight from the process of exploring her material. The balance enables the client to better grasp the nature of her problem. In order to help a client reach this point in her therapeutic process, the drama therapist uses a variety of projective and psychodramatic techniques<sup>1</sup>. (Owen, 2008, p. 28)*

Landy (1984) affirme que la « distanciation » a longtemps été utilisée comme un concept esthétique, mais que récemment, elle est de plus en plus utilisée en sociologie et en psychothérapie (Bullough 1912; Willwett 1964; Scheff 1981; Landy 1983; tel que rapporté par Landy 1984). Il conclut, au sujet de l'efficacité de ces techniques, que les « *projective devices are discussed as effective therapeutic modalities, because they embody a distancing factor that informs not only theatrical performance, but also healthy social-psychological behavior in everyday life* » (1984, p. 79). Landy (1984) ajoute que c'est « *through the concept of aesthetic distancing that the drama therapist is able to help the actor/client generate internal imagery or incorporate external imagery to move toward the transformational and dialectical goals of simultaneously masking and unmasking, acting and being, and thinking and feeling* ».

Ainsi, concernant la population à l'étude dans cette présente recherche, de par leurs expérimentations exploratoires, les techniques projectives permettent l'observation des aspects suivants de la personnalité de l'enfant d'âge préscolaire :

- 1. The form and extent of the child's need and ability for asserting his authority— the manner in which his sense of omnipotence or power manifests itself in “conducting” the dramatic productions during the various play-units;*
- 2. His conception of family life and roles, his preferences or likes and dislikes for various dramatis personae in his daily “family drama” and “school drama”;*
- 3. His management of hostility in key interpersonal relationships—in terms of his selective distribution of outgoing hostility-release, his provision for self-*

---

<sup>1</sup> Ces techniques seront discutées au chapitre quatre.

*punishment needs, the absence or presence of visible enjoyment of hostility—release;*

*4. His self-conception—through the selective distribution of optional alter-ego identifications and “auxiliary ego” identifications;*

*5. The quality, flexibility and range of his imaginative capacity, the content of special (idiomatic) private world preoccupations and incidental fantasies;*

*6. The relationship between his inner life and expressive movements—in terms of the proportion and kind of “intake” and “outgo” of dramatic productions, the form and degree of his empathic activity or passivity as a combined spectator-director of the marionette show. (Lerner, 1941, p. 219)*

**3.2.4 Les marionnettes.** En parcourant les écrits de Bender (1952), nous pouvons entre autres constater que jouer avec des marionnettes est une méthode psychothérapeutique particulièrement efficace (Lerner, 1941; Bender, 1952; Irwin, 1985; Hartwig, 2014) auprès d'un grand nombre d'enfants dont les problématiques relevaient d'un grand besoin d'exprimer librement leurs tendances agressives, leurs anxiétés, leurs sentiments de culpabilité et de clarifier leur relation avec leur mère, leur père, leurs frères et sœurs, et le monde les entourant. La création de spectacles de marionnettes peut même être employée comme méthode psychothérapeutique afin d'établir un lien entre l'enfant et sa famille (Irwin, 1985). Nous y reviendrons d'ailleurs plus tard dans ce chapitre. Les activités avec les marionnettes possèdent plusieurs avantages, en partie grâce au fait qu'elles sont des « *natural group activities which can be added to all the other ward activities and any indicated individual therapy. The puppet plays are especially adapted to allow for free expression of infantile aggression, and to encourage a facile identification with the puppet characters* » (Bender, 1952, p. 238). Hartwig (2014) parle de l'utilisation des marionnettes dans une approche de thérapie par le jeu, centrée sur l'enfant, comme d'une métaphore vers la guérison.

Madeline Rambert (1949), une psychanalyste suisse, a combiné ses propres idées psychanalytiques et les étapes du langage chez l'enfant avec les conceptions de Jean W. F. Piaget (Rambert, 1949), célèbre biologiste, psychologue et logicien suisse, à propos du développement cognitif de l'enfant et de sa théorie opératoire de l'intelligence en quatre stades, en un modèle de traitement infantile. « *She attempted to combine Piagetian concepts about intelligence with psychoanalytic insights, and thus spoke of stage (and*

*ages) in the use of puppets, according to whether or not the child engaged in symbolic play* » (Irwin, 1985, p.390). Elle a utilisé les marionnettes comme outil principal, et ce, indépendamment du fait que l'enfant s'immerge ou non dans le jeu symbolique. Rambert (1949) a divisé ce type de traitement en trois phases distinctes, effectuant d'abord une série de tests afin de déterminer l'état émotionnel et intellectuel de l'enfant, puis posant son diagnostic. Cette étape visait à extérioriser le conflit de l'enfant. Lors de la deuxième phase, une « prise de conscience et la liquidation du conflit névrotique » pouvaient avoir lieu. La troisième et dernière étape était consacrée à la rééducation (Rambert, 1949). La « rééducation » est l'étape de l'explication de la manière d'intégrer et d'appliquer concrètement à la réalité de l'enfant ce qui venait d'être découvert positivement (Rambert, 1949).

Eleanor C. Irwin (1985), dramathérapeute, a quant à elle développé une méthode semblable, mais plus détaillée, d'évaluation de l'enfant : l'entrevue à l'aide des marionnettes. Cette méthode comporte, elle aussi, trois parties distinctes : le réchauffement, le spectacle de marionnettes et l'entrevue avec l'enfant après le spectacle. Elle explique que la défense de répression serait le facteur qui ferait en sorte qu'il soit possible pour l'enfant de représenter ses sentiments symboliquement au lieu de les exprimer directement (Irwin, 1985).

Tout d'abord, elle stipule que lorsque l'on travaille avec des marionnettes comme outils de projection, il est essentiel d'en offrir une grande variété. Elles doivent pouvoir représenter une échelle d'émotions différentes comme l'agressivité, la peur, la tristesse, la joie, etc. Certaines marionnettes doivent également représenter la « neutralité » (Irwin, 1985). Le thérapeute qui utilise cette technique notera ainsi les marionnettes qui attirent l'attention de l'enfant et celles qu'il rejette, ses commentaires spontanés, ses comportements non verbaux, la façon dont il contrôle l'histoire, tout en étant attentif à la qualité des interactions qu'il a avec lui (Irwin, 1985). Toujours selon Irwin (1985), les caractéristiques de l'histoire développée dans la deuxième partie, le « spectacle », sont souvent issues de la réaction immédiate de l'enfant. Le thérapeute pose alors des questions ouvertes à la marionnette et l'enfant comprend habituellement qu'il a la permission de « faire croire à ». Il comprend que le jeu est de « prétendre à », en jouant un ou des personnages. Certains enfants ont besoin de l'aide du thérapeute pour les guider

dans le jeu. Il devient l'auditoire et la marionnette choisit par l'enfant, le principal acteur. Le thérapeute commence alors une « entrevue » avec la marionnette, en encourageant l'enfant à rester « dans son personnage ». En procédant ainsi, les questions dirigées peuvent donc être moins intrusives et le thérapeute peut retirer beaucoup plus d'informations au sujet des pensées de l'enfant. À la suite de ce « spectacle », lors de la troisième partie, le thérapeute mène une entrevue avec l'enfant au sujet de ce qui vient d'être joué et ainsi, les mots remplacent les actions de l'histoire présentée. Le thérapeute observe si l'enfant fait une distinction entre l'histoire « prétendue » et la réalité. On met alors l'accent sur la réflexion (et sur l'apprentissage) qui peut en découler. L'enfant confiera au thérapeute quelles parties de l'histoire il a préférées et lesquelles il a détestées. Le langage utilisé par l'enfant, les concepts évoqués et les questions répondues ou évitées (pour des raisons cognitives ou à cause des mécanismes de défense du client) peuvent ainsi donner de sérieux indices quant à ses forces et faiblesses cognitives, sociales et psychologiques (Irwin, 1985).

Le thérapeute peut également comprendre quels types de problématiques préoccupent l'enfant. Il découvrira quelles sont la ou les sources conflictuelles récurrentes dans ses histoires, voire dans sa vie. Comme le stipule Irwin (1985) : « *A child's distress is mirrored in his/her play* » (p. 394). Les problèmes encourus dans l'histoire fictive sont donc bien souvent symboliquement associés à ceux de l'enfant dans sa vie quotidienne. C'est ainsi que le thérapeute peut découvrir comment l'enfant les résout de manière fictionnelle et donc savoir s'il détient de bonnes stratégies pour bien gérer ce genre de situations dans le monde réel (Irwin, 1985). Irwin (1985) explique alors que « *the core of thematic play reflects the conflict that is enacted in the story. In playing this out, the child's defenses relax somewhat, ideas and feelings emerge; some are acceptable to the child's " conscience " ; others stimulate anxiety and need to be defended against* » (p. 397).

L'étude de la symbolique devient partie intégrante du processus. Irwin (1985) soutient que « *the symbols that the child uses are linked to underlying wishes/fears that have undergone repression (unconscious fantasies) and are " allowed " expression in a disguised fashion* » (p. 395), ce qui prouve qu'Eleanor Irwin provient d'une perspective psychodynamique. Lors du jeu, plusieurs mécanismes de défense peuvent s'appliquer

inconsciemment chez le sujet (Irwin, 1985). La forme du jeu peut donner des indices au sujet de la structure mentale interne de l'enfant : les jeux stéréotypiques, un manque de flexibilité dans les thèmes, une répétitivité dans les thèmes, une inhabileté de jouer d'une manière « qui a du sens », la manière de communiquer ses idées et ses émotions, une difficulté à contrôler le jeu ou une difficulté à terminer l'histoire (Irwin, 1985). Les différentes dimensions du contenu des histoires créées peuvent aider le thérapeute à mieux cerner son client : le titre de l'histoire, l'emplacement, les personnages, l'histoire générale et ses thèmes.

Il faut cependant faire très attention à ne pas arriver à des conclusions trop rapidement et à ne pas assumer qu'il y a une corrélation directe entre le contenu de l'histoire fictive et la réalité de l'enfant (Irwin, 1985). Les possibilités sont fortes que le matériel de l'histoire reflète l'imagination, les souhaits et les peurs de l'enfant, mais il faut bien sûr investiguer, car seulement quelques dimensions de l'histoire fictive peuvent être réelles. Si les thèmes deviennent récurrents, alors là, il est intéressant de le noter, c'est pourquoi la partie de l'entrevue avec l'enfant est importante. Le thérapeute peut alors travailler de manière sensible en posant des questions plus spécifiques.

Parce qu'ils ont découvert la nécessité d'étudier la dynamique familiale de leur petit client, Irwin et Malloy (1975) ont développé une formule familiale de ce même exercice : « *The family puppet interview provides many opportunities to observe the visible, as well as the covert, ways that family members communicate with each other* » (p. 6).

Maintenant, est-ce que les marionnettes sont efficaces pour aider les enfants qui souffrent d'anxiété ? Assurément. « Les enfants qui vivent de l'anxiété se protègent au moyen de différents mécanismes de défense, ce qui peut rendre la thérapie difficile » (Dion, 2011, p. 17). L'utilisation des marionnettes en thérapie donne la possibilité de contrecarrer ces mécanismes de défense. En effet, Schaefer et Cangelosi (2002) concluent qu'en jouant avec les marionnettes, ces défenses se détendent quelque peu, ce qui permet aux pensées et aux sentiments de resurgir. Irwin (1985) affirme également que le déguisement de la marionnette offre une protection psychologique étant donné qu'avec cet outil, l'enfant crée « seulement une histoire » (p. 395). De plus, l'enfant peut prétendre tout ce qu'il souhaite. De cette manière, l'anxiété et les mécanismes de défense

sont contournés et le jeu peut continuer. Par le biais des marionnettes, les mécanismes de défense peuvent également être explorés, puisqu'ils se discernent dans les différentes histoires créées par le client; d'autant plus que les marionnettes peuvent jouer le rôle d'outils de régression. Elles peuvent faire vivre une certaine régression à l'enfant qui les utilise (Astell-Burt, 2002).

Nombreux sont les auteurs qui soutiennent que les marionnettes sont des outils projectifs de prédilection (Rambert, 1949; Irwin et Malloy, 1975; Irwin, 1985; Bromfield, 1995; Astell-Burt, 2002; Bernier, 2005). Bromfield (1995) affirme que l'enfant peut projeter sur la marionnette un sentiment jugé inacceptable pour lui-même. Bernier (2005), quant à lui, constate que les marionnettes peuvent offrir une méthode de soulagement des éléments difficiles à exprimer ou un sentiment de sécurité propice à l'expression de ces éléments. Il continue son explication sur la possibilité de projection de la manière suivante : « *In therapeutic puppetry, this is often seen when puppets are used to carry out terrible or terrifying acts that might be impossible or inappropriate for the puppeteer to do in real life* » (p.130). Astell-Burt (2002) rapporte que ce médium est idéal pour favoriser l'expression de la souffrance et de la douleur enfouies. L'utilisation de la projection à ce niveau peut être bénéfique pour les enfants vivant de l'anxiété et leur permettre d'exprimer leurs peurs. Astell-Burt (2002) donne cet exemple fort intéressant, où un enfant vivant de l'anxiété de séparation peut avoir peur de perdre ses parents ou de les voir mourir. Les peurs irrationnelles d'un enfant souffrant d'une phobie spécifique ou sociale peuvent alors être empruntées par la marionnette (p. 20).

Selon Dion (2011), les marionnettes ont la possibilité de représenter symboliquement différentes personnes. Aux dires de Bernier (2005), une marionnette vêtue d'un costume d'officier de police pourrait, par exemple, représenter l'autorité parentale. Huebner (2006) propose spécifiquement une activité symbolique aux enfants anxieux. Il propose en fait aux enfants de personnifier leurs inquiétudes à l'aide des marionnettes et de dialoguer avec elles afin d'apporter des réponses et des solutions à ces inquiétudes. Malchiodi (2008) explique la nécessité de la symbolique en des termes biologiques, où les traumatismes et les formes de stress sont encodés par le système limbique du cerveau, sous forme de réalité sensorielle et l'expression d'un événement traumatique est nécessaire à sa résolution. Elle ajoute que lorsque la « *memory cannot be*

*expressed linguistically, it remains at a symbolic level, which they are no words to describe. In brief, to retrieve that memory so that it can become conscious, it must be externalized in its symbolic form » (p.16).*

Malchiodi (2008) porte à notre attention le fait que les interventions créatives se servent de « moyens visuels, tactiles, olfactifs et auditifs pour explorer les différents sentiments, souvenirs et perceptions » (p. 15). Cette exploration est nécessaire pour la résolution du trauma. Le travail sur le plan sensoriel permet également de rejoindre les sensations internes du corps ce qui peut aider les enfants à prendre conscience de certains symptômes somatiques et cognitifs (Malchiodi, 2008). Cet élément est une des premières étapes permettant la guérison de l'anxiété (Beidel & Turner, 2005, p. 118).

Dion (2011) prend bien soin de spécifier certaines contre-indications quant à l'utilisation des marionnettes. En effet, Bromfield (1995) prétend que la liberté du jeu des marionnettes peut parfois être trop stimulante pour certains enfants présentant, par exemple, des comportements ou des attitudes psychotiques ou borderline.

Dion (2011) trace l'historique de l'utilisation des marionnettes en thérapie. Elle mentionne que c'est en 1951, dans un premier article écrit par Hawkey, intitulé *The Use of Puppets in Child Psychotherapy* que cette forme de thérapie, appelée *psychopuppetry* par certains auteurs (Bernier, 1990; Horovitz, 2002, 2003; Knudsen, 1984), a pris son envol.

Certains enfants, en tout début de thérapie, sont très craintifs ou repliés sur eux-mêmes. Les marionnettes deviennent donc des outils de communication efficaces entre le thérapeute et l'enfant afin de bâtir une alliance thérapeutique. Bernier (2005) confirme que la marionnette est utilisée afin de capter l'attention du client justement lorsqu'il est anxieux ou replié sur lui-même. Les marionnettes possèdent cet aspect magique qui fait en sorte que les enfants vont répondre aux questions que leur pose le thérapeute au moyen de la marionnette, alors qu'ils ne le feraient peut-être pas si ces questions leurs étaient directement posées (Rajas-Bernudez, cité dans Bernier, 2005, p. 129).

Nous parlions précédemment de « distanciation »; les marionnettes permettent cette distance entre l'enfant et ses problèmes. Butler, Guterman et Rudes (2009) mentionnent que cette forme de distance abstraite permet d'externaliser et de dépersonnaliser les problèmes ce qui est un aspect très important de la thérapie. De plus,

l'utilisation des marionnettes encourage l'évacuation du trop-plein d'émotion et l'élément de jeu apporté par celles-ci permet de libérer des sentiments intenses tels l'anxiété, la colère et le chagrin qui sont souvent difficiles à exprimer (Carter et Mason, 1998; Kaduson, 2006). Elles peuvent aussi réduire les symptômes physiques en lien avec le stress (Bromfield, 1995) ou l'atteinte de la catharsis (« *emotional discharge which brings relief to emotional tensions* » Sheff [1979]) puisqu'une « libération temporaire de l'anxiété rend l'enfant plus accessible à l'éducation, au réconfort et à la résolution de problèmes » (Dion, 2011).

Les marionnettes permettent également le déplacement des émotions puisqu'elles peuvent représenter des personnes connues de l'enfant : « La marionnette offre alors la sécurité physique et psychologique permettant l'expression de soi » (Blomfield, 1995 tel que cité par Dion, 2011). Les marionnettes permettent l'expression des sentiments, et même de la violence et de la colère, qui ne sont pas tolérées dans la vie quotidienne de l'enfant (Malchiodi, 2008). D'ailleurs, bons nombres d'auteurs affirment que les marionnettes servent d'objets transitionnels : un « objet intermédiaire entre la réalité intérieure et la réalité extérieure de l'enfant » (Dion, 2011). Les séances de thérapie avec les marionnettes offrent l'espace nécessaire et sécuritaire aux enfants de jouer leurs peurs, leurs anxiétés et les situations qu'ils craignent (Astell- Burt, 2002). Une possible désensibilisation envers une crainte en particulier peut se produire, puisque l'enfant a la possibilité de jouer et de rejouer l'évènement ou l'élément causant la peur (Astell- Burt, 2002). Ainsi, l'enfant reprendra le contrôle sur une situation x et développera des stratégies pour y faire face (Bromfield, 1995).

Les auteurs Silverman, Viswesvaran et Pina (cités dans Mash et Wolfe, 2007, p. 215) affirment que les enfants présentant des troubles d'anxiété ont tendance à croire qu'ils ont moins de contrôle sur les situations provoquant de l'anxiété que d'autres enfants sans anxiété et sur les sensations internes dites négatives (Barlow, dans Weems et Stickle, 2005, p. 124). Les marionnettes permettent de modifier ces croyances (Kaduson et Schaeffer, 2004). Avec elles, les enfants développent des habiletés à résoudre des problèmes. Ce genre de processus est bénéfique spécialement pour les enfants présentant un trouble d'anxiété généralisé. Les auteurs Krain *et al.* (cités dans Mash et Wolfe, 2007, dans Dion, 2011) le confirment puisque les enfants « éprouvent parfois de la difficulté à

prendre des décisions » (p.200).

**3.2.5 Embodiment Projection Role et Neuro-Dramatic Play.** Au début des années 1990, Sue Jennings, une dramathérapeute britannique, a élaboré un modèle d'observation (évaluation) concret du jeu des enfants en lien direct avec les étapes de leur développement de 0 à 7 ans (Jenning, 1999; Powell 2014). Basé sur son travail avec les enfants, son paradigme en 3 étapes, appelé *Embodiment-Projection-Role (EPR)*, peut être appliqué à toutes les formes de processus thérapeutiques. Il peut devenir la structure de base d'un processus dramathérapeutique (Jennings, 1998). Ce modèle est donc pertinent dans notre recherche, puisqu'il permet d'évaluer le stade de développement d'un enfant, directement à l'aide de la dramathérapie. De plus, il est ensuite possible d'établir des plans de traitement en fonction du ou des stades à travailler, en utilisant directement des exercices pratiques, basés eux-mêmes sur le paradigme, par exemple des activités qui renforcent l'«E» — des « *gross body movement involving the whole body* » ou des « *stories with sounds and movement* » (Jennings, 2017); des activités qui aident le «P» — « *play with toys : sandtray stories, sculpts* » ou « *play with scenes : dolls house, puppets* » (Jennings, 2017) »; ou encore, des techniques qui favorisent le «R» — « *use simple roles with single feelings : the angry person, the sad person and maybe draw the faces of the people* » ou « *create animal characters that interact* » (Jennings, 2017). Les étapes de son modèle peuvent se chevaucher : un enfant peut passer d'une étape à une autre, parfois régresser, parfois évoluer. Il n'y a donc pas de périodes d'âges prédéterminées pour chacune des étapes précisément.

Lors de la première étape, *embodiment*, les aspects sensorimoteurs et physiques interviennent majoritairement. L'enfant expérimente, à travers le mouvement, la prise de conscience de son corps; il développe le sentiment de confiance (Jennings, 1999; 2005). À ce stade, il adore toucher, goûter, voir, écouter, sentir (Powell, 2014).

La deuxième étape, *projection*, est en lien direct avec la théorie de l'attachement et plus particulièrement avec le concept d'objet transitionnel de Winnicott. Cette étape permet à l'enfant, selon Jennings, de jouer avec les choses en dehors de soi (Jenning, 1998; tel que rapporté par Powell, 2014). L'imagination y est développée. L'enfant utilise les objets pour projeter des images symboliques (Jennings, 1999).

Lors de la troisième étape, *role*, l'enfant est en mesure de développer des

scénarios et des histoires imaginaires. Il a la capacité de créer des structures dramatiques dans ses jeux. Il peut jouer des rôles. Cette étape englobe ce que l'on peut appeler « le paradoxe du drame », qui affirme que « je me rapproche de mon expérience vécue en m'écartant de celle-ci à travers le contenant que devient le rôle » (Jennings, 1999; 2005).

Il est à noter que Sue Jennings a développé encore plus récemment un nouveau modèle, qui complète le *EPR*, basé sur les récentes avancées en neurologie et en biologie et qui s'intitule *Neuro-Dramatic-Play*. Il s'agit d'une intervention basée sur les théories de l'attachement :

*[It] focuses on the early playful relationship between « mother and unborn child - mother and newborn child »* (Jennings, 2017, paragr. 1). À travers le jeu dramatique « *it emphasises a combination of basic trust, security and ritual, with stimulation, exploration and risk* ». *Ritual and risk form the basis of children feeling safe in the world as well as a desire to explore it.* (Jennings, 2017, paragr. 1)

### **3.3 Les types de thérapies utilisées afin de traiter les troubles anxieux chez l'enfant**

**3.3.1 Approches et styles d'interventions.** Les symptômes des troubles anxieux affectent les enfants dans plusieurs sphères de leur vie et, s'ils ne sont pas traités, peuvent avoir des répercussions à long terme, étant reliés à de nombreuses problématiques émotionnelles (Patras, Martinsen, Holen, Sund, Adolfsen, Potulski Rasmussen, et Neumer, 2016; Wolgensinger, 2015; Bilwani et Gupta, 2015). « *Anxiety disorders present a significant concern for children, affecting up to 20% of those under 12 years old* » (Raftery-Helmer, Moore, Coyne et Reed, 2016, p.64). Malgré cette statistique à la hausse, peu d'enfants sont référés spécifiquement dans le but de recevoir des soins psychologiques, ce qui indique la nécessité de promouvoir la prévention de ces troubles (Patras *et al.*, 2016).

Il est difficile de poser un diagnostic clair et précis concernant l'anxiété chez l'enfant. « *One additional challenge in diagnosing anxious young children is their inability to reliably report on their feelings and behaviours, necessitating questionnaire based information from parents to obtain a diagnosis* » (Minde, Bezonsky et Hashemi, 2010, p.109). Dans la majorité des cas, les parents consultent seulement lorsque l'enfant est en âge d'aller à l'école. « Bien souvent c'est lorsque les difficultés d'intégration scolaire et sociale s'intensifient que les familles, les services sociaux et l'école s'alarment

et se tournent vers des structures spécialisées, afin de proposer une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant » (Laurent, Mellier, et Beillard, 2013, p.148). Les enfants anxieux cherchent pour la plupart « à éviter l'attention à tout prix et souffrent en silence » (p. 19). Leurs comportements ne perturbent guère le grand public et fascinent moins les médias que ceux des enfants violents, délinquants ou suicidaires, mais leurs difficultés n'en sont pas moins réelles (Dumas, 2012). L'anxiété touche l'ensemble du fonctionnement de l'enfant et affecte également sa famille. Il faut savoir, par exemple, que les effets d'un trouble d'anxiété de séparation reconnu chez un enfant se répercutent sur la famille au complet (Bilwani et Gupta, 2005).

Comment traite-t-on thérapeutiquement l'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire? Quelles sont les approches les plus populaires? Mentionnons tout d'abord que, dans la plupart de la littérature sur le sujet, les approches et styles d'interventions sont énoncés en fonction des troubles d'anxiété « en général » chez l'enfant, en ce sens qu'on y englobe tous les types de désordres anxieux dans une même approche. On prend évidemment bien soin de décrire et de définir tous les types de désordres anxieux au préalable, mais le programme finalement développé sera par exemple intitulé « *Anxiety Management* » (Rapee et al, 2008). Prenons garde : il y a certes des études de cas et des recherches scientifiques qui ont été entreprises dans ce domaine précis par des chercheurs, des psychologues, des psychiatres ou d'autres professionnels en santé mentale infantile, nous y ferons références sous peu d'ailleurs, mais ce que nous souhaitons mettre en lumière ici, c'est que la majorité des ouvrages qu'on peut retrouver en vente libre sont assez « généraux ». Plusieurs ouvrages se positionnent comme des « guides » pratiques pour aider les parents dont les enfants souffrent d'anxiété et non des guides concernant particulièrement « l'anxiété de séparation ». En résumé, bien que nous ayons trouvé quelques sources précises, il est rare, selon notre recension des écrits, qu'un auteur se soit attardé précisément, spécifiquement et uniquement à énoncer comment traiter l'anxiété de séparation. Plusieurs thèmes essentiels à adresser lors du processus thérapeutique quel qu'il soit se recoupent cependant.

La plupart des écrits suggèrent en tout premier lieu de consulter un médecin généraliste ou un pédiatre avec l'enfant afin, entre autres, d'écartier tout autre problème

de santé qui pourrait être la source réelle de l'augmentation de l'anxiété. « Avant d'aller plus loin une visite chez le médecin s'impose » (Gibson Desrochers, 2011, p. 55).

Gibson Desrochers (2001) le mentionne :

Un médecin dressera un bilan de santé et cherchera à déterminer la source des symptômes de l'enfant. Comme l'anxiété peut être une manifestation d'autres problèmes émotionnels ou physiques, et qu'elle peut également causer des symptômes physiques, il est essentiel qu'un médecin soit le premier consulté. (p.55)

Pour certains enfants, les médecins leur prescrivent des médicaments avec l'accord des parents pour aider à diminuer les symptômes liés à l'anxiété. « La durée du traitement dépend de chaque cas. Parallèlement il est essentiel de s'attaquer à la source du problème par le biais d'une thérapie » (Gibson Desrochers, 2011, p.55). À ce sujet, Mohatt, Bennett et Walkup (2014) expliquent d'ailleurs les résultats d'une étude favorable à la combinaison de la médication avec un processus thérapeutique selon une approche cognitivo-comportementale :

*Existing studies support a number of pharmacological and psychotherapeutic treatments for childhood anxiety disorders. The strongest evidence supports use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and cognitive-behavioral therapy (CBT). Combination treatment with SSRIs and CBT has been found to be more effective than either treatment alone. Early detection and treatment of childhood anxiety disorders can prevent substantial impairment over the course of a child's development and accumulation of functional disability. Early treatment also may prevent later development of adult psychiatric illness. (p.741)*

Les modèles de thérapies proposées pour traiter les symptômes de l'anxiété chez l'enfant peuvent être effectués de manière individuelle, en groupe ou en intervention de type familiale (Rapee *et al.*, 2008; Gibson Desrochers, 2011). « *Numerous cognitive behavioral group therapies for children as well as adults have been well studied* » (Wolgensinger, 2015, p. 347). Selon Gibson Desrochers (2011), la thérapie individuelle permet cependant un suivi beaucoup plus personnalisé. En plus des séances individuelles entre l'enfant et un thérapeute, l'ajout d'une intervention familiale, par exemple une intervention portant directement sur le lien d'attachement parent-enfant, est toutefois conseillé pour plusieurs raisons. Le fait d'impliquer tous les membres de la famille dans le processus augmente en effet l'efficacité de la thérapie, quelle qu'elle soit (Gibson Desrochers, 2011).

Plusieurs écrits mentionnent que la contribution (la participation active) des parents dans le plan thérapeutique de leur enfant est nécessaire (Jongsma, Peterson, McInnis et Bruce, 2011), tout comme le fait que les parents poursuivent eux-mêmes parallèlement une thérapie personnelle ou de couple peut grandement aider la situation de l'enfant (Siegel, 2011).

Tous les écrits de Daniel Siegel, un psychiatre pour enfant, aussi directeur exécutif du *Mindsight Institute* de Santa Monica en Californie, œuvrant dans le domaine de la neurobiologie interpersonnelle, prônent le fait que les parents devraient travailler leurs problématiques intérieures non résolues afin d'aider leurs enfants (Siegel, 2011). Son livre *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive* explique que les traumatismes non résolus de notre passé affectent grandement nos relations présentes et ont des répercussions sur les liens parent-enfant. En effet, aller nous-même en thérapie afin d'aborder nos propres blessures personnelles peut grandement aider nos enfants. Ce principe est d'autant plus pertinent quand on se penche sur les troubles d'anxiété, puisqu'on sait que la génétique peut influencer sa prévalence; parent anxieux, enfant anxieux : « 40% des enfants anxieux ont des parents anxieux » (Gibson Desrochers, 2011, p.42). Les enfants apprennent par imitations; si par exemple l'un des parents évite de conduire l'hiver parce qu'il (elle) a peur et croit que c'est dangereux, fortes sont les chances que l'enfant capte l'information que « conduire est dangereux l'hiver » (Gibson Desrochers). D'ailleurs, Gibson Desrochers (2011) insiste : « Le type d'attachement parent-enfant peut contribuer à générer de l'anxiété; en faisant [par exemple] à la place de l'enfant ou en critiquant sa façon de faire, les parents lui renvoient une image négative de lui-même : " Tu n'est pas assez bon pour faire cela " est le message transmis involontairement dans ces situations » (p.42). Les parents qui sont donc trop contrôlants peuvent affecter le développement du sens de l'autonomie de l'enfant et lui créer de l'anxiété. Bilwani et Gupta (2015) concluent ceci à ce sujet, grâce à leur recherche :

*An effective model for family focused cognitive behavioral intervention, helping developmentally appropriate self enhancement activities for 3-7 years old children with SAD is effective when factors in family and parent involvement are corrected along with child's therapy. Strategies to reduce parental over control and increase child's sense of competence and mastery are important components of successful therapy. (p.47)*

De plus, Raftery-Helmer, Moore, Coyne et Reed (2016) ajoutent :

*The importance of parenting behavior in the development and maintenance of childhood anxiety disorders has been established both theoretically and empirically. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a treatment model that holds promise for shifting problematic parent–child interactions.* (p.64)

Encore ici, toutes approches confondues, les écrits mentionnent que l'enfant doit pouvoir exprimer ses émotions a priori auprès d'un thérapeute qui sait rapidement mettre l'enfant en confiance, donc développer une relation thérapeutique adéquate et sécuritaire (Jain, 2017; Hébert, 2016; Couture et Marcotte, 2011). On propose ensuite d'enseigner à l'enfant anxieux l'origine de l'anxiété (ses bienfaits pour la survie de l'espèce du point de vue biologique par exemple). « Il faut d'abord informer l'enfant des définitions, des causes ainsi que des impacts physiques, psychologiques et comportementaux de l'anxiété » (Gibson Desrochers, 2011, p. 67). On peut par la suite enseigner des stratégies de relaxation (ou d'auto-régulation) à l'enfant afin qu'il sache mieux gérer (et prévenir) les moments de crises (Rapee *et al.*, 2008; Couture et Marcotte, 2011; Jain, 2017).

« *Teach the client effective coping strategies (e.g., relaxation techniques, deep breathing, playing with sibling)* » (Jongsma *et al.*, 2011, p.376). Enfin, on propose généralement d'enseigner aux enfants anxieux comment améliorer leurs « aptitudes sociales » afin qu'ils gagnent en confiance et puissent faire face à leur anxiété en s'affirmant et en demandant de l'aide. Jongsma *et al.* (2011) proposent même d'enseigner aux parents certaines techniques afin qu'ils soient mieux outillés pour aider leurs enfants : « *Teach parents constructive skills for managing their child's anxious behavior* » (Jongsma *et al.*, 2011, p.374). Lebowitz, Omer, Hermes et Scahill (2014) affirment quant à eux :

« *Parent-directed clinical work has been advocated as a potential enhancer of treatment outcomes, and exclusively parent-based interventions might replace child treatment when the child is reluctant* ». La création d'un programme de support pour les parents d'enfants anxieux intitulé SPACE semble avoir fait ses preuves : « *The SPACE Program (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions) is a novel, manualized parent-based intervention that is feasible and acceptable and may be effective in improving childhood anxiety* » (Lebowitz *et al.*, 2014, p. 456).

Il est donc nécessaire de savoir que l'utilisation de l'approche cognitivo-comportementale (béhaviorale) est de loin la plus répandue pour traiter l'anxiété chez

l'enfant (Fondation des maladies mentales du Québec, 2017; Gibson Desrochers, 2011; Jongasma *et al.*, 2011; Minde, Roy, Bezonsky et Hashemi, 2010; Wolgensinger, 2015). La participation des parents est toujours conseillée par les recherches : « *A modified form of CBT with active parent involvement may be a useful tool in treating anxiety disorders in preschool and early school aged children* » (Minde, Roy, Bezonsky et Hashemi, 2010, p.109).

On parle dans la littérature de plusieurs programmes basés sur la thérapie cognitivo-comportementale (CBT) pour traiter les troubles anxieux à large échelle, pas seulement pour les enfants anxieux : « *There are many CBT protocols that have been developed for treating specific anxiety disorders. Now, specialized CBT programs are available for individuals who suffer from different anxiety disorders, enabling them to be treated together in groups* » (Wolgensinger, 2015, p. 347).

Selon la Fondation des maladies mentales du Québec (2017), la thérapie cognitivo-comportementale se définit comme suit : « Approche très structurée et orientée sur le moment présent. La personne est amenée à identifier les distorsions des schémas de pensées qui perturbent sa perception d'elle-même, ses relations avec les autres et son rapport avec le monde en général et à élaborer de nouveaux schémas de pensées » (Fondation des maladies mentales du Québec, 2017).

Également sous la branche active de la CBT, l'exposition graduelle à l'élément anxiogène (ou désensibilisation systématique) est aussi proposée dans les plans de traitement du genre (Rapee *et al.*, 2008; Gibson Desrochers, 2011; Jongasma *et al.*, 2011). Peu d'études mentionnent des contre-indications à l'utilisation des types de thérapies CBT, mais voici tout de même un argument en défaveur de celles-ci :

*Cognitive behavioral therapy (CBT) for anxiety poses a challenge for clinicians as it requires active client participation, and many children either decline or do not adequately comply with treatment. In addition, even after treatment with CBT, up to 50% of children remain symptomatic, and many still meet diagnostic criteria* (Lebowitz *et al.*, 2014, p. 456).

Les approches en pleine conscience, en psychologie positive, en neuroscience, en spiritualité, psychodynamique, en psychologie humaniste, de thérapies par les arts créatifs, de thérapies par le jeu, ainsi que de la psychologie qui focalise sur les solutions se succèdent et s'entrecroisent (Jain, 2017) ensuite.

Il est intéressant de constater que dans le livre *The Child Psychotherapy Treatment Planner*, de Jongsma *et al.* (2011), on propose, dans la description de la toute première suggestion d'intervention thérapeutique directement reliée à l'anxiété de séparation chez l'enfant, une notion artistique : « *1. Actively build a level of trust with the client that will promote the open sharing of thoughts and feelings, especially fearfull ones attached to separation issues or assign " Expression of Fear Throught Art " from the Child Psychotherapy Homework Planner by Jongsma, Peterson, and McInnis* » (p. 368). De plus, Gibson Desrochers (2011) a répertorié un vaste éventail des types d'approches et d'interventions possibles afin de traiter l'anxiété chez l'enfant. En voici donc un résumé descriptif :

1. *L'approche cognitivo-comportementale* « aide l'enfant à développer des techniques pour faire face à l'anxiété. L'intervenant lui enseigne la façon de modifier ses pensées, la relaxation, l'exposition graduelle et la résolution de problèmes. Plusieurs recherches démontrent l'efficacité de cette technique dans le traitement des troubles anxieux » (Gibson Desrochers, 2011, p. 53).

2. *La psychothérapie de type analytique (psychodynamique)* : « Le but est d'appuyer le patient dans l'identification de ses conflits inconscients » (Gibson Desrochers, 2011.p.53).

3. *La thérapie par les arts créatifs* : l'art thérapie « utilise l'art pour faire cheminer la personne » (Gibson Desrochers, 2011.p.54).

4. *L'intégration par les mouvements oculaires (IMO)* « utilise le mouvement des yeux dans une situation d'inconfort ou d'anxiété pour aider le cerveau à décoder et à revivre différemment les émotions » (Gibson Desrochers, 2011, p.54).

5. *L'hypnose clinique* est « un outil pouvant faciliter la détente et la modification de certains comportements » (Gibson Desrochers, 2011, p.54).

6. *La thérapie par le jeu* « peut être une formule intéressante. Le jeu est essentiel à la vie de l'enfant, il lui permet d'apprendre et de s'exprimer. » Gibson Desrochers, 2011, p.54).

Jongsma *et al.* (2011) en parlent également : « *Use child-centered play therapy principles [...] utilize mutual storytelling technique, throught the use of puppets, dolls, or stuffed animals [...]* » (p. 368).

7. *La zoothérapie* « comporte de nombreux bénéfices. Elle consiste à se servir d'un

animal pour encourager entre autres l'expression des émotions, pour augmenter la confiance en soi de l'enfant et pour qu'il reçoive une source inconditionnelle d'amour » (Gibson Desrochers, 2011, p.54).

8. *Des techniques alternatives (accupuncture, produits naturels, aromathérapie)* peuvent également être utilisées. Par exemple, l'aromathérapie permet de « sentir des odeurs spécifiques qui peuvent éveiller des émotions chez l'enfant. Des huiles essentielles ou des odeurs qui rappellent à l'enfant des souvenirs agréables peuvent contribuer à diminuer son anxiété » (Gibson Desrochers, 2011, p.54).

9. *La relaxation* « permet à l'enfant de reprendre le contrôle sur ses sentiments, sur ses pensées et sur ses comportements » (Gibson Desrochers, 2011, p. 55). Les techniques doivent être adaptées à l'âge de l'enfant. « La relaxation est un outil efficace pour abaisser le niveau d'anxiété » (Gibson Desrochers, 2011, p. 55). Il existe deux formes de relaxation : la relaxation passive, comme l'écoute de musique, et la relaxation active, comme serrer et relâcher ses poings afin de laisser aller les tensions. De plus, « les exercices respiratoires agissent rapidement sur l'anxiété et diminuent le degré global de stress après une pratique régulière de quelques semaines. Ils sont à la base des techniques de relaxation » (Fondation des maladies mentales du Québec, 2017). Conrad et Roth (2007) parlent également des bienfaits d'une forme de thérapie axée principalement sur la relaxation des muscles : « *Muscle relaxation therapy (MRT) has continued to play an important role in the modern treatment of anxiety disorders* » (p.243).

10. *La respiration contrôlée* se « fait au niveau du ventre [puisqu'en général] les enfants anxieux ne respirent qu'au niveau de la poitrine » (Gibson Desrochers, 2011, p. 56).

11. *L'exercice physique* : « Lorsque notre corps vit un stress, il libère une hormone appelé le cortisol. L'exercice physique brûle cette hormone, ce qui permet à l'enfant de se sentir mieux » (Gibson Desrochers, 2011, p. 60). Le yoga est d'ailleurs conseillé.

12. *La visualisation* : « Voir dans sa tête une scène apaisante en se servant de tous ses sens » (Gibson Desrochers, 2011, p. 62).

13. *La méditation* : « Cet exercice permet d'apaiser ses pensées en se concentrant sur l'instant présent » (Gibson Desrochers, 2011, p. 62).

Nous avons cependant envie de rajouter les approches/interventions suivantes à

cette liste :

14. *Le focus sur les solutions* : Une forme de thérapie axée sur la résolution de problèmes et l'affirmation de soi. « *The theoretical underpinning of solution-focused brief therapy (SFBT) espouses a social constructionist philosophy. In social constructionism, the individual constructs an understanding of, and solutions to, their real life experiences of social interactions.* » (Kvarme, Aabø et Saeteren, s.d., p.427)

15. *La Gestalt thérapie* : « *Gestalt play therapy was conducted to assist the child to express and work through feelings of anxiety and related emotional distress associated with his present life experience.* » (Constantinou, 2007, p.1)

16. *La pleine conscience* : La pleine conscience, de plus en plus utilisée aujourd'hui en traitement clinique, a des racines d'ordre spirituelle provenant entre autres du Bouddhisme (Rappaport et Kamalowitz, 2013, dans Faucher, 2016).

17. *La neurobiologie interpersonnelle* : Siegel et Hartzell (2004) mentionnent que la neurobiologie interpersonnelle « *provide a scientifically grounded, integrated view of human development for mental health practitioners, educators, organizational leaders, parents, and others to promote the growth of vibrant lives and healthy minds.* » (p.1)

18. *La dramathérapie* : Évidemment, nous y reviendrons sous peu.

**3.3.2 Programmes déjà tentés.** Plusieurs programmes conçus spécifiquement de toutes pièces pour les enfants anxieux (peu concernant uniquement l'anxiété de séparation) ont été mis sur pied à travers le monde. Nous dresserons la liste des plus cités et reconnus dans la section qui suit.

En tête de liste, à Sydney, en Australie, le *Centre for Emotional Health* de l'University Macquarie maintient un programme réservé aux 3 à 6 ans qui s'intitule *The Cool Little Kids Program*, basé sur leur programme original *Cool Kids*, adressé aux 7 à 17 ans. Voici la description de ce programme pour les enfants d'âge préscolaire :

*The Cool Little Kids Program is an early intervention program targeted at parents of 3 to 6 years old children who who exhibit excessive shyness or anxiety. Cool Little Kids is a psycho-educational parenting program that equips parents with both knowledge and practical skills and tips on how to help their child manage and overcome anxiety. The program uses Cognitive Behaviour Therapy (CBT) techniques to give parents effective tools and strategies to assist their child. The program consists of 6 group sessions across a 6-8 weeks period, held at the*

*same time each week. Each session runs for approximately 2 hours. (Université Macquarie, 2017)*

Au sujet des raisons de la mise sur pied du programme *Cool Little Kids*, les recherches ont démontré ceci :

*That the two biggest risk factors for the development of anxiety is shyness (or behavioural inhibition) at a young age and having a parent who is anxious or depressed. The Cool Little Kids Program aims to educate parents about how best to parent their anxious child. Topics of the program include:*

- *Understanding anxiety and shyness in preschool children*
- *Causes and risk factors for child anxiety*
- *Helpful and unhelpful ways of responding to anxiety in children*
- *Skills and strategies to help your child build brave behaviours and face fears*
- *Dealing with setbacks and difficulties*
- *How to maintain progress after the program ends. (Université Macquarie, 2017)*

Au sujet des résultats obtenus par ce programme d'intervention, Perini, Wuthrich et Rapee (s.d.) concluent que :

*As an early intervention program, Cool Little Kids has been demonstrated to reduce the development of anxiety disorders among preschool children one and three years later (Rapee et al., 2005; 2010) and to prevent the development of mood and anxiety disorders among [specifically] girls by the time they reach adolescence, some 11 years later (Rapee, 2013) (p.361).*

Perini et al. (n.d.) ajoutent que « *one difficulty with the modular approach, however, is that it is easier to manage when the program is applied in individual rather than group format* » (p.364).

Plusieurs chercheurs ont adapté des versions de ce programme, ou de celui pour les enfants un peu plus vieux, et les testent, comme Arendt, Thastum et Hougaard (2016) qui affirment que : « *Results showed that the Danish version of the Cool Kids program was efficacious with 48.2% free of all anxiety diagnoses at post-treatment, compared with 5.7% in the WL condition, and large effect sizes on self-report measures of child anxiety symptoms rated by child, mother, and father* » (p.109).

Il est à noter que le livre et le cahier d'exercices *Helping your anxious child* de

Rapee et al. (2008) est basé directement sur le programme clinique *Cool Kids (7-17 ans)*, ultérieurement développé par l'Université Macquarie. Il s'agit d'une ressource complète et d'un bon modèle pour le traitement de l'anxiété chez les enfants.

En Norvège, Patras, Martinsen, Holen, Sund, Adolfsen, Potulski Rasmussen et Neumer (2016) viennent de présenter un protocole de recherche basé sur un nouveau programme qu'ils ont créé, *EMOTION Coping Kids Managing Anxiety and Depression*. Il s'agit en fait d'une combinaison entre deux programmes déjà établis : *The Coping Cat program for anxious youth* et *The Taking ACTION program for depressed youth* (Patras et al, 2016). Patras et al. (2016) décrivent leur futur programme ainsi : « *It is an intensive course of 20 sessions that run twice per week for 10 weeks. In addition to the 20 sessions for the children, the parents participate in seven meetings to learn strategies to support their children; the children also attend four of the parent's meetings* » (p.2). Dans leur protocole, ils prétendent que leur étude devrait être mise sur pied pour toutes ces raisons :

*The present study is an important contribution to the field regarding working with children with symptoms of anxiety and depression. The results of this study will provide an indication whether or not the EMOTION program is an effective intervention for the prevention of later depression and/or anxiety in children. The study will also provide information about the EMOTION program's effect on quality of life, self-esteem, and school functioning of the children participating in the study. Finally, the project will provide insight into implementation of an indicated intervention for school-aged children within Norwegian health, education, and mental health services. (p.2)*

Bilwani et Gupta (2015) ont également tenté de mettre sur pied un programme du genre. Voici ce qu'ils ont conclu au sujet de leur étude :

*Present study provides support for an effective model for family focused cognitive behavioral intervention, helping developmentally appropriate self enhancement activities for 3-7 years old children with SAD. It is effective when factors in family and parent involvement are corrected along with child's therapy. (p.32)*

Bilwani et Gupta (2015) décrivent leur méthodologie et leurs résultats ainsi :

*Parents of 10 children age 3-7 years who joined regular therapy and completed 8 weeks during 2012. Before therapy Parent child Interaction Difficulties were assessed. Based on these difficulties parents and child were taken for therapy. Pre and post assessment on Strengths and Difficulties, questionnaire (SDQ) and Parenting Daily Hassles scale (PDH) were administered and analyzed. Improvement on all parameters of SDQ scales and reduction in parenting daily hassles confirms usefulness of this adapted Model. In this study, significant*

*improvement in children with SAD gives a direction for effective therapeutic model. It involves a combination of strategies aimed at reducing parent child interaction difficulties and simultaneous therapy for children to enhance competence and sense of mastery. (p.32)*

Enfin, le site Internet GoZen (2017) est une plateforme web offrant des programmes animés, de la documentation et des conférences vidéos interactives qui peuvent aider les enfants anxieux, les parents d'enfants anxieux, ainsi que les enseignants ou professionnels, et ce, de manière ludique. Renee Jain, fondatrice et *Chief Storyteller* de GoZen, est détentrice d'une maîtrise dans le domaine de la psychologie positive (About us, GoZen, 2017). Elle utilise également des concepts empruntés au monde des affaires, à l'éducation spécialisée, à la pleine conscience, à la neuroscience et à la CBT, afin d'offrir une « *whole-brain education to children three years of age and older, regardless of where they live or of their families's socioeconomic background* » (About us, GoZen, 2017). Elle affirme au sujet de ses programmes qu'elle « *teach skills of resilience through fun media / teach kids skills she wish had learned when she was a kid* » (GoZen, 2017).

Ses programmes sont basés sur une recherche théorique. Il ne s'agit pas de ses propres concepts et théories; elle les a puisés au cœur d'autres théories et études. Il s'agit donc d'un travail scolaire similaire à une recherche théorique interventionnelle. La création en soi d'un nouveau programme, sans s'appuyer sur la théorie antérieure, ne permet pas de cerner sa validité. Or, puisqu'elle se base ici sur d'autres recherches, nous pouvons supposer que la validité et l'efficacité de ses programmes se voient augmentées.

Voici un aperçu des concepts clés d'une des classes de maîtres du *Anxiety Relief Programs for kids* en ligne sur GoZen (2017), intitulée *9 Things Every Parent with an Anxious Child Should Try Masterclass* :

#### *1. Arrêtez de rassurer votre enfant*

C'est un mythe de croire qu'un parent doit absolument être en mesure de contrôler l'anxiété de ses enfants. Le parent (le tuteur, l'enseignant, ou autre) est le guide de l'enfant dans cette aventure. L'objectif n'est pas de réagir, mais plutôt de répondre. Les enfants ne doivent pas changer leurs émotions négatives mais leurs « relations » avec leurs émotions négatives, qui ont leur utilité. L'angoisse se manifeste pour des raisons précises. Ralentissez et donnez des conseils centrés sur votre cœur. Déplacez l'énergie,

construisez un pont et connectez ensemble. La technique *FEEL (en anglais)* peut vous aider à guider votre enfant quand il ou elle vit une crise d'anxiété : **F** pour « Freeze », pour vous arrêter et pour respirer; **E** pour « Empathize », pour se connecter, remarquer et donner ce que vous voyez afin de donner la permission à l'enfant de ressentir l'émotion; **E** pour « Educate », pour éduquer, parler de l'émotion sous-jacente, expliquer les choses et mettre des mots sur l'émotion; **L** pour « Let go », pour laisser aller la crise et passer à autre chose (Jain, 2017).

## 2. Vous devez comprendre l'origine de l'inquiétude

Se basant sur deux ouvrages issus du monde des affaires, Jain (2017) explique que comprendre biologiquement et mécaniquement ce qu'est l'anxiété, et surtout comment elle nous fait penser et agir personnellement, est une des clés de solution de la gestion de l'anxiété. Elle utilise un article de Brooks (2014) qui stipule que quatre stratégies sont possibles pour mieux faire face à l'anxiété lors de négociations importantes :

### A. Renommez votre anxiété comme de l'excitation

*Many people believe that the best way to cope with anxiety is to calm down. But physiological, arousal your racing heart and sweaty palms, is automatic and very difficult to suppress. A better strategy is to reframe the high arousal associated with anxiety as excitement. For example, if someone asks you, « How do you feel about the upcoming negotiation ? » You can simply say : « I am excited ». This subtle reframing tactic increases authentic feelings of excitement, which improves subsequent performance on high-pressure tasks such as public speaking and negotiating. (Brooks, 2014, p.5)*

### B. Mettez l'accent sur les opportunités

Brooks (2014) mentionne que :

*Negotiators often focus on the potential threats and negative outcomes of a negotiation, ruminating about all the ways they might fail. This “threat mind-set” leads them to feel anxious, which makes failure more likely. Focus on the opportunities of the negotiation, reflecting on all the ways you can succeed, and you will develop ideas and make decisions that increase the likelihood things will go well. (Brooks, 2014, p.6)*

### C. Préparez-vous :

Brooks (2014) affirme ceci : « *Feeling anxious immediately before or during a negotiation harms performance. By contrast, feeling anxious a week or a month ahead of a negotiation can motivate you to prepare, thanks to a phenomenon called defensive*

*pessimism* » (p.7). De plus, Brooks, Schroeder, Risen, Gino, Galinsky, Norton et Schweitzer (2016) stipulent que la création de rituels augmente la performance :

*Performing a ritual decreases anxiety and improves performance. Rituals are more effective than other forms of distraction or trying to calm down. The same behaviors improve performance more when they are described as a ritual. We define a ritual as a predefined sequence of symbolic actions often characterized by formality and repetition that lacks direct instrumental purpose. Using different instantiations of rituals and measures of anxiety (both physiological and self-report), we find that enacting rituals improves performance in public and private performance domains by decreasing anxiety. Belief that a specific series of behaviors constitute a ritual is a critical ingredient to reduce anxiety and improve performance: engaging in behaviors described as a « ritual » improved performance more than engaging in the same behaviors described as « random behaviors ». (p.71)*

Le fait que la création de rituels puisse diminuer l'anxiété est donc une information très intéressante, en lien avec l'idée de reprendre ce concept dans une thérapie par l'art dramatique, puisque les rituels font bien souvent déjà partie du processus thérapeutique dans ce domaine. Brooks *et al.* (2016) ajoutent que les : « *group rituals may also offer other benefits in addition to performance, such as increasing liking and feelings of connection among group members* » (p.83).

#### D. Positionnez-vous dans une « pose de puissance »

Ici, Brooks (2014) utilise en fait une recherche élaborée par Cuddy, Wilmuth, Yap et Carney (s.d.) afin de démontrer l'efficacité de l'exercice de se positionner dans une posture physique où l'on se sent en contrôle, juste avant un évènement qui nous cause du stress. En effet, il aurait été démontré que : « *Preparatory power posing affects nonverbal presence and job interview performance* » (Cuddy, Wilmuth, Yap et Carney, s.d., p.1286). En fait, les auteurs renchérissent en concluant ceci : « *This experiment reveals a theoretically novel and practically informative result that demonstrates the causal relation between preparatory nonverbal behavior and subsequent performance and outcomes* » (p.1286).

L'exercice proposé nous amène d'autant plus à penser que le programme établi par GoZen présente vraiment beaucoup de techniques similaires employées en dramathérapie. C'est exactement le genre d'exercice qu'un dramathérapeute peut travailler avec ses clients. Le concept d'*embodiment*, mis de l'avant en dramathérapie, soutient également notre théorie.

### 3. Apportez l'inquiétude de votre enfant à la vie

Jain (2017) propose d'extérioriser (de matérialiser) les soucis de l'enfant. Elle suggère de personnifier les soucis et même de leur parler. Comme quoi les racines de ce programme concordent encore une fois, réellement, avec les fondements de base de la dramathérapie. Projeter à l'extérieur nos conflits intérieurs et les adresser, n'était-ce pas également un exercice de projection en soi ? Nous croyons bel et bien que oui.

### 4. Enseignez aux enfants à être détectives face à leurs pensées

Jain (2017) affirme que les « *worried thoughts are notoriously inaccurate. Worried thoughts are not to be trusted* » (GoZen, 2017). Elle suggère aux enfants de collecter les preuves concernant leurs pensées et de se poser des questions telles que : Est-ce que ma pensée est réelle ? Est-elle plausible ? Ce quatrième point est d'origine plutôt cognitivo-comportementale.

### 5. Permettez-leur de s'inquiéter

Il est primordial de laisser les enfants « avoir le droit de s'inquiéter », de laisser place à l'émotion en tout premier lieu. Jain propose cependant de déterminer une limite quant au temps défini pour le faire. Elle parle de conceptualiser (bricoler) une « boîte à soucis » et d'ouvrir la boîte une fois par jour seulement et pendant une durée définie, auprès d'un parent, tuteur ou enseignant, afin de poser des questions sur les inquiétudes placées par l'enfant dans la boîte (GoZen, 2017). Ce cinquième point tire définitivement ses racines dans les principes fondamentaux de toutes thérapies et plus particulièrement des principes adoptés par les thérapeutes par le jeu auprès des enfants.

### 6. Partez de « et si » et rendez-vous à « ce qui est »

Le site web *ScienceMag* donne cette statistique : « *47% of the time, we're thinking about something other than what we are doing* ». Jain (2017) stipule que l'anxiété est « *triggered by past and future thoughts* » (GoZen, 2017). La pratique de la pleine conscience peut donc aider un enfant anxieux.

### 7. Évitez d'éviter... tout

Il est indiqué qu'il peut être néfaste de constamment éviter la source de l'anxiété dans le but de « protéger » l'enfant anxieux. Il faudrait plutôt l'y exposer graduellement. Jain (2017) propose d'établir des objectifs atteignables en empruntant l'image d'une échelle à gravir, chaque marche devenant un pas de plus vers la réussite. Ceci est très

cognitivo-comportemental comme proposition.

#### 8. *L'outil essentiel*

En état de crise et de stress aigus, un principe biologique qui se déroule dans notre cerveau nous amène parfois à « figer » et à oublier quelles étaient les solutions à notre portée. Jain (2017) propose de fabriquer une « *emergency checklist* » avec l'enfant anxieux, afin qu'il puisse s'y référer en cas de besoin.

#### 9. *Pratiquez l'autocompassion*

En terminant, reconnaître que nous sommes en train d'essayer de trouver des solutions actives est très important. Reconnaître que le bien-être de nos enfants (ou de nos clients) est important à nos yeux est essentiel. Jain (2017) propose de se féliciter quant aux étapes franchies, elle affirme que cela est salubre dans le processus thérapeutique.

**3.3.3 Du côté de la thérapie par le jeu.** Milos et Reiss (1982) ont tenté d'évaluer « *the effects of separation-relevant play on separation anxiety in young children to test the hypothesis that play can reduce anxiety* » (p.389). Ils ont testé 32 filles et 32 garçons âgés de 2 à 6 ans, évalués par leurs enseignants comme étant anxieux quant à la séparation des parents. Ils ont été assignés à une des quatre conditions de jeu thématique suivantes : jeu libre, jeu dirigé, modélisation, ainsi qu'à une quatrième condition de jeu non thématique (de contrôle), de sorte que les niveaux d'anxiété de prétraitement étaient approximativement équivalents dans toutes les conditions. Les chercheurs ont pu conclure que les trois conditions expérimentales ont été associées à des taux d'anxiété post-testés inférieurs, basés sur une mesure de perturbation de la parole mais pas sur les notes des enseignants. Une meilleure qualité de jeu (maîtrise) a été associée à des scores d'anxiété post-testés plus bas. Les résultats de leur recherche sont utilisés dans le domaine de la thérapie par le jeu, des traitements de l'anxiété de séparation et de la présence ou non de troubles de la parole comme mesure de l'anxiété chez les jeunes enfants (Milos et Reiss, 1982).

Le jeu aiderait donc à diminuer le niveau d'anxiété, mais qu'en est-il de la relation entre le thérapeute et l'enfant? Le jeu en est-il facilité? Les thérapeutes par le jeu, Virginia Axline, Clark Moustakas et Garry Landreth, ont tous les trois été influencés par la théorie de la thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers (Crenshaw et Kenney-Noziska, 2014). En effet, l'approche visant à mettre l'accent sur la présence

thérapeutique du thérapeute et sur sa capacité de centrer toute son énergie sur son client les a grandement inspirés. « *In his writings, Rogers not only emphasized the importance of the therapeutic relationship but also did groundbreaking research that made the therapist's warmth, empathy, and genuineness cornerstones of the therapeutic relationship* » (p.31).

Axline (1950), qui a conceptualisé et popularisé les huit principes de base de la thérapie non directive par le jeu centrée sur l'enfant, affirme que :

*From an analysis of children's remarks made during and after therapy it is concluded that the therapeutic experiences for these children were emotional experiences that sharpened their awareness of themselves as "feeling" individuals. Through these « feeling » experiences they gained an understanding of themselves and of their emotional natures with this understanding came a control over their emotions and feelings. We might say that these children had achieved adjustment by achieving a synthesis in self-awareness, self-acceptance, and self-actualization.* (p.53)

Voici d'ailleurs les huit principes de base de la thérapie non directive par le jeu centrée sur l'enfant proposés par Axline (1989) :

1. Le thérapeute doit développer une relation chaleureuse, amicale avec les enfants, dans le but d'établir une bonne relation dès que possible;
2. Le thérapeute accepte l'enfant exactement comme il est;
3. Le thérapeute établit un sentiment de liberté dans la relation pour permettre à l'enfant d'exprimer librement son complet ressenti;
4. Le thérapeute est en éveil pour reconnaître les sentiments que l'enfant exprime et les lui reflète afin qu'il gagne en clarté en ce qui concerne son comportement;
5. Le thérapeute garde un profond respect dans la capacité des enfants de résoudre par eux-mêmes leurs problèmes si l'opportunité leur en est donnée;
6. Le thérapeute ne dirige les enfants d'aucune façon. Les enfants tracent la voie et le thérapeute suit;
7. Le thérapeute ne précipite pas la thérapie. C'est un processus graduel et accepté comme tel par le thérapeute;
8. Le thérapeute établit des limites seulement nécessaires pour ancrer la thérapie dans le monde réel et permettre aux enfants d'avoir conscience de leur responsabilité dans la thérapie.

Il est utile et logique de les regrouper selon quatre tâches primordiales à effectuer pour un thérapeute par le jeu : suivre l'enfant, refléter le contenu, refléter les émotions et établir des limites claires (Axline, 1989).

Pour Landreth (2012), la thérapie par le jeu permet aux jeunes enfants d'apprendre divers éléments : à se respecter eux-mêmes, que leurs émotions sont acceptables, à exprimer leurs émotions de manière responsable, à assumer leurs responsabilités, à être créatifs et pleins de ressources lorsque vient le temps d'affronter des problèmes, à s'autocontrôler et à s'autodiriger, à graduellement, sur le plan émotif, s'accepter comme ils sont, à faire des choix et à en être responsables.

Nous n'avons trouvé que peu d'études détaillées portant directement sur les bienfaits potentiels de la thérapie par le jeu en lien direct avec l'anxiété de séparation chez l'enfant d'âge préscolaire selon notre recension des écrits. Nous sommes cependant en mesure d'affirmer que les ressources mentionnent que les enfants effectuant des processus thérapeutiques en thérapie par le jeu ressortent, pour la plupart, grandis par l'expérience (Axline 1989; Landreth, 2012).

**3.3.4 Du côté des thérapies par les arts créatifs.** Jongsma (2011) propose bon nombre d'activités à caractère artistique au sein de ses recommandations de traitements visant à traiter les symptômes de l'anxiété de séparation chez l'enfant. Du côté de l'art-thérapie, on emploiera des techniques telles que la création de masques, de dessins, de bricolages, ce qui aide le patient à extérioriser ses conflits intérieurs. Il utilise l'art plastique comme moyen de communication et de réflexion (Malchiodi 2008; 2010). Du côté de la danse/mouvement thérapie, « *embodying the feeling tone of the child's energy is a core aspect of the dance/movement psychotherapy approach. It is an experiential way of working by noticing your own thoughts, feelings, and body sensations* » (Tortora, 2015, p.195).

Dion (2016) a exploré la question dans son mémoire de maîtrise intitulé « L'anxiété chez les enfants de 6 à 12 ans : une exploration des médiums créatifs en art thérapie ». Bien qu'il s'agisse là d'une population un peu plus âgée que celle ciblée par notre question de recherche, il s'agit d'une ressource fort utile afin de connaître la synthèse de tout ce qui a été tenté dans ce domaine.

**3.3.5 Du côté de la dramathérapie et de l'utilisation des marionnettes.** Powel (2014) concède que les « *dynamic theories indicate that play is used to develop coping skills and manage and regulate emotions. Psychodynamic theorists assert that play allows for the mastery of emotionally evocative situations, and reduction of anxieties about future events* » (Barrett, 1991; Saracho et Spodek, 1998; tel que repris par Powel, 2014, p.9). Comme quoi le jeu, faisant partie intégrante de la dramathérapie, est efficace et reconnu comme un moyen d'exprimer, de gérer et de réguler les émotions.

Il est intéressant ici de constater que même les propositions de traitement cognitivo-comportemental comportent des dimensions dramathérapeutiques en soi. En effet, Jongsma *et al.* (2011) mentionnent à l'intérieur même de leurs plans de traitement contre l'anxiété de séparation chez l'enfant dirigés sur l'approche cognitivo-comportementale des exemples clés qui reflètent des exercices utilisés en dramathérapie : « *Used behavioral approaches (e.g. : instruction, behavioral rehearsal, role-play of peer group interaction, reinforcement) to teach the client social skills and reduce social anxiety* » (p.375). Les répétitions et les jeux de rôles sont deux techniques fort connues dans le domaine de la dramathérapie (Landy 1983; Landy 1994).

Powell (2014) cite Vygotsky (2002) qui croit profondément que le jeu « *is essential for optimal growth, creating a "zone of proximal development" for a child. In play, the child is always "a head taller than himself" practicing mature behaviors and reaching for higher levels of being* » (p. 16). Le jeu encourage et soutient donc cette croissance (Saracho et Spodek, 1998; Vygotsky, 2002; Powel, 2014).

Anari, Ddadsetan et Sedghpour (2009) concrétisent dans une étude les bienfaits reconnus de la dramathérapie en lien avec le traitement de certaines formes d'anxiété chez l'enfant. Voici ce qu'ils ont pu conclure et comment ils en sont arrivés à ces résultats :

*The effectiveness of Drama therapy on decreasing of the symptoms of Social Anxiety Disorder (Performance Anxiety, Performance Avoidance, Social Anxiety & Social Performance Subtests) in 10-11 years old children was investigated. 2 schools were randomly selected from elementary schools of Tehran city. First, Validation the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents is done in one of that school; Then, in two schools, from 300 children ages 10-11, 32 children whose had received the highest scores on the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA) were selected. Subjects were divided into control and experimental groups. Experimental group received*

*Drama therapy intervention for 6 weeks, twice a week sessions lasting two hours. The results were analyzed using covariance and indicated the children in experimental group reported a significant decrease in symptoms of Social Anxiety Disorder (Performance Anxiety, Performance Avoidance, Social Anxiety & Social Performance Subtests) as compared to the control group. In addition, in 3 month follow up, results had stabilized in experimental group as compared to the control group. The emerged findings can have clinical application in prevention and treatment of social anxiety disorder in children. (p.514)*

Dans un autre ordre d'idées, la transformation développementale (DvT), une des branches (ou approche) affiliées de la dramathérapie, se concentre majoritairement sur le travail de la spontanéité. En ce sens, nous croyons que la pratique thérapeutique de cette approche est toute désignée afin de traiter l'anxiété.

Butler (2012) mentionne que la « *Developmental Transformation (DvT) is a form of drama therapy that uses an embodied approach to psychotherapy* » (p.88). En fait :

*Using the three principles of embodiment, encounter and transformation as its framework, illness in DvT is characterized as being derived from the fear of the instability of being, specifically instability brought on by being a Body (embodiment), by being in proximity to the Others (encounter), and experiencing the constant change and impermanence of Form (transformation). (Butler, 2012, p.89)*

Les peurs mènent à des tentatives de retrait des situations anxiogènes, à de la rigidité, à de la confusion, au besoin de contrôle, à de la soumission, à de la violence, à la rage (Johnson, 2005, pp. 7–8). Aux dires de Butler (2012) :

*DvT then, attempts to work on these conditions by providing a repetitive practice that eventually allows the individual to tolerate the instability of being and to have fewer barriers between them and the world. Through work in DvT, a client is able to encounter the world and others in a more embodied way and to transform along with the world's unpredictable instability. (p.89)*

Au sujet de l'utilisation des techniques de projections et en particulier des marionnettes afin de traiter l'anxiété de séparation (ou l'anxiété en général), nous pouvons réitérer les écrits de Bender (1952) sur la question :

*Puppet plays and puppet classes have proved to be a particularly effective psychotherapeutic method for use with a large number of problem children who need an opportunity freely to express their aggressive tendencies, their anxiety and their feelings of guilt, and to clarify their relationship to their mother, father and siblings, and the world about them. (p.238)*

De plus, aux dires de Bender (1952) :

*Fundamental problems in the psychology of the child center about frustration, aggression and anxiety of the child; the child's fear of the aggression of its parents, siblings, or the outside world; and the child's love relationship with its parent and siblings. The puppet plays are especially adapted to allow for free expression of infantile aggression, and to encourage a facile identification with the puppet characters. Puppet plays are especially suitable for dealing with the problems of children. (p.289)*

Nous croyons ici qu'il est avantageux de souligner qu'à l'intérieur d'un cahier d'exercices intitulé *The Anxiety Workbook for Kids : Take Charge of Fears & Worries Using the Gift of Imagination*, le concept de l'imagination joue un rôle important, en ce sens que cette dernière (utilisée abondamment en dramathérapie) aide les enfants à « *understand the role their imagination plays in relation to their anxiety. It will help them become the master of their own imagination by directing it where they want it to go* » (Alter et Clarke, 2016, p.x).

Dion (2011) confirme que « pour les enfants, l'intégration et l'utilisation de ces symboles sont des éléments centraux à la thérapie puisqu'ils permettent à l'enfant de différencier les expériences internes et les conflits vécus dans la réalité extérieure. Les marionnettes ont la possibilité de représenter symboliquement différentes personnes » (p.25). De plus, Huebner (2006) propose aux enfants anxieux de répondre à leurs inquiétudes à l'aide des marionnettes. Ainsi, cet exercice peut être fait avec les marionnettes alors que l'enfant crée une image symbolique de ses inquiétudes et lui apporte réponse. Cela n'est pas sans rappeler l'exercice que propose Jain dans son programme GoZen, de personnifier l'anxiété.

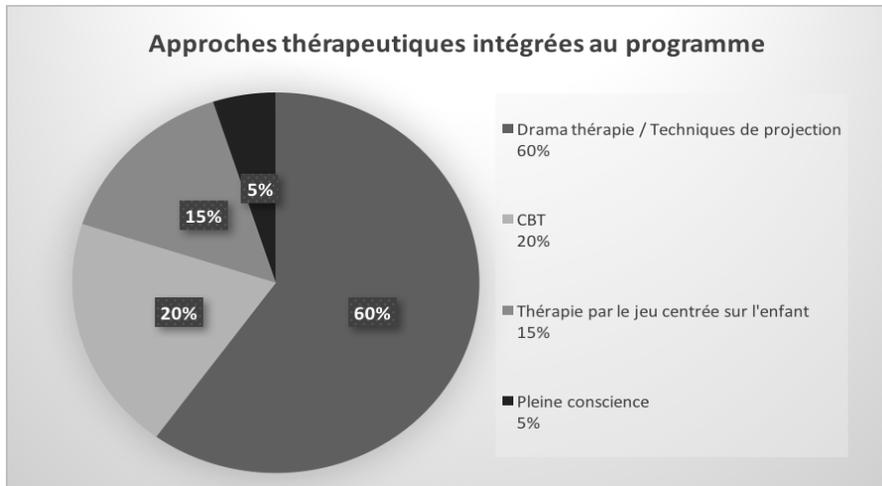
Malchiodi (2008) explique que les traumatismes et les stress sont encodés par le système limbique sous forme de réalité sensorielle et que « l'expression » d'un événement traumatique est nécessaire à sa résolution. De ce fait, elle continue en affirmant que lorsque la « *memory cannot be expressed linguistically, it remains at a symbolic level, which they are no words to describe. In brief, to retrieved that memory so that it can become conscious, it must be externalized in its symbolic form* » (2008, p. 16). Ce qui confirme que la confection ainsi que les jeux associés à la marionnette offrent cette possibilité et permettent donc d'aider les enfants à comprendre la signification de leurs symboles et de les intégrer dans leur vie.

## **Chapitre quatre : Utilisation des techniques projectives et anxiété de séparation chez les enfants d'âge préscolaire : une nouvelle approche**

Grâce à cette recension des écrits, il est dorénavant possible de faire ressortir les principes théoriques et pratiques de l'approche conceptualisée dans les pages ultérieures. L'élaboration pratique de l'approche sera détaillée, ainsi que ses objectifs et sa clientèle cible. Il est donc nécessaire de rappeler ici la question de recherche : comment les techniques projectives en dramathérapie pourraient-elles être utilisées afin d'aider les enfants d'âges préscolaires avec l'anxiété de séparation? Ce prochain chapitre tend ainsi à être une synthèse des théories ayant découlé de la recension des écrits et une proposition de la chercheuse indiquant comment ces théories peuvent être intégrées pour former la structure théorique d'un programme d'intervention potentiel.

### **4.1 Principes théoriques cliniques**

**4.1.1 Les quatre approches thérapeutiques et le nom du programme.** Afin de maximiser l'efficacité du programme et de mettre à profit notre recension des écrits, nous avons emprunté des concepts théoriques cliniques à quatre grandes approches thérapeutiques : la dramathérapie, la thérapie cognitivo-comportementale (CBT), la thérapie par le jeu centrée sur l'enfant et la pleine conscience. La figure 1 montre quel pourcentage de chacune des approches nous avons utilisé pour bâtir les bases théoriques de ce programme. Nous en sommes arrivés à ces pourcentages en fonction de la proportion de chaque composante théorique puisée d'autres approches. Comme il s'agit d'un programme avant tout axé sur les fondements en dramathérapie, nous avons fait en sorte de piger à 60 % dans les théories de ce domaine précis. Par la suite, nous avons utilisé les trois autres approches afin de compléter le programme. Leur pourcentage est déterminé en fonction de ce que nous avons trouvé de plus pertinent à inclure des autres approches. Les données du tableau 1, qui se retrouve plus loin dans le présent document, nous ont aidés à déterminer ces pourcentages de manière certes approximative, mais tout de même réfléchie.



**Figure 1. Approches thérapeutiques intégrées au programme ACTE**

Il est entendu que ces approches ne sont utilisées qu'à titre d'inspiration et qu'il ne sera pas possible de respecter à la lettre les fondements cliniques de chacune, en ce sens que, puisque c'est un programme développé en fonction qu'un ou une dramathérapeute le dirige en séance individuelle avec des clients, il ne sera pas possible, éthiquement, de complètement appliquer les principes de la thérapie par le jeu, par exemple. Le programme sera géré ou animé par un ou une dramathérapeute et non par un thérapeute par le jeu. Il s'agit donc d'un programme majoritairement axé sur les principes cliniques de la dramathérapie, mais outillé et concrétisé en collaboration avec certains concepts empruntés d'autres approches, ce qui le rend encore plus précis et potentiellement plus efficace puisqu'en ayant pris le soin d'amalgamer les principes théoriques cliniques d'autres domaines, cela ne fait que l'enrichir.

À cette étape, nous tenons à mentionner le constat suivant : les programmes déjà tentés afin de traiter l'anxiété de séparation ou l'anxiété en général chez l'enfant tendent à placer leur focus sur l'importance d'enseigner aux parents comment enseigner à leur tour à leurs enfants des techniques afin de mieux gérer l'anxiété. Il s'agit de programmes d'interventions familiales majoritairement. Or, on parle rarement, dans la recension des écrits à ce sujet, de résultat d'études directement en lien avec un processus thérapeutique, uniquement entre enfant et thérapeute, en intervention individuelle. Évidemment, nous souhaitons que les parents aient une place de choix puisque nous avons constaté qu'il est efficace qu'ils soient totalement impliqués, mais notre futur programme se veut être une thérapie avant tout, ç élaborée pour et auprès de l'enfant anxieux directement.

Le développement social et affectif constitue un des thèmes centraux dans l'approche proposée. Le programme désire donner les outils nécessaires à l'enfant éprouvant de l'anxiété, à l'aide de l'utilisation des techniques projectives et de la dramathérapie. L'objectif ultime d'un tel programme est évidemment de réduire l'anxiété chez l'enfant, de favoriser l'expression des émotions reliées à l'anxiété et d'apprendre à se connaître à travers ce processus.

Ainsi, à l'aide des marionnettes comme technique de projections principale, dans le but d'extérioriser les conflits intérieurs des enfants anxieux, et avec l'aide de plusieurs techniques utilisées en dramathérapie telles que les répétitions, le jeu non directif, les improvisations et le jeu de rôles, les objectifs du futur programme seront déterminés en fonction de chaque client.

Le programme sera également érigé en accord avec la théorie de l'attachement et certaines théories empruntées de la neurobiologie interpersonnelle. Dans le tableau 1 qui suit, vous trouverez les 9 principaux principes théoriques cliniques sur lesquels se base le futur programme ACTE, empruntés à chacune des quatre approches, à deux programmes antérieurs déjà mis sur pied, à la théorie de l'attachement, ainsi qu'à la neurobiologie interpersonnelle.

**Tableau 1. Principes théoriques cliniques du programme ACTE**

	Dramathérapie	C B T	Thérapie par le jeu centrée sur l'enfant	Pleine conscience	Programme Cool Little Kids	Programme GoZen	Théorie de l'attachement	Neurobiologie interpersonnelle
1. Implication nécessaire des parents, des tuteurs et des enseignants de l'enfant dans le processus thérapeutique.	X	X	X		X	X	X	X
2. Développement d'une alliance thérapeutique solide et donc d'un lien d'attachement de confiance avec l'enfant.	X		X				X	X
3. Expression de l'enfant face à ses inquiétudes. Le laisser librement les exprimer. Refléter ses émotions. Établir des limites claires.	X		X				X	
4. Compréhension et reconnaissance des symptômes de l'anxiété de séparation et de l'anxiété en général. Aider l'enfant.		X						X
5. Enseignement de techniques de respiration contrôlée, de relaxation et de méditation.		X		X				
6. Utilisation des marionnettes et d'autres techniques de projection afin d'aider l'enfant à extérioriser son anxiété de séparation.	X		X			X		
7. <i>Embodiment</i> + Ici et maintenant.	X			X		X		
8. Création de rituels + Création/Récit d'histoires.	X				X	X		
9. Intégration de périodes de jeux « non directifs » afin de redonner du pouvoir aux enfants anxieux sur leurs actions.	X		X					

Le programme est également grandement inspiré de l'efficacité de *Little Cool Kids* et de celle de *GoZen* qui, selon notre conception, concorde étrangement avec les concepts de la thérapie par le jeu et la dramathérapie, bien qu'il dise être inspiré de l'éducation spécialisée, de la CBT et de la psychologie positive majoritairement. Évidemment, l'intégration de quelques concepts clés de la CBT et de la thérapie par le jeu fera partie du futur programme, puisque nous ne pouvions passer sous silence les preuves de leur efficacité dans le domaine.

Ainsi, en combinant les techniques projectives et la dramathérapie, tout en s'inspirant des approches, des théories et des programmes déjà effectués, le programme entend, par l'extériorisation des conflits intérieurs et l'*embodiment*, favoriser le bien-être, la diminution du stress et le développement d'outils afin de mieux gérer les crises.

Nous avons décidé de donner le titre suivant à la nouvelle approche développée : « Le programme ACTE pour les enfants ». Selon le dictionnaire du logiciel *Antidote*, l'étymologie du mot « acte » est la suivante :

1. Emprunt au latin classique *actum*, « décision »; du latin classique *actus* signifiant « fait », auparavant « poussé », participe passé de *agere*, « faire », auparavant « pousser ».
2. Emprunt au latin classique *actus*, « acte d'une pièce de théâtre »; du latin classique *actus* signifiant « fait », auparavant « poussé », participe passé de *agere*, « faire », auparavant « pousser ».

Le mot *acte* possède plusieurs significations :

- Action humaine considérée dans son aspect objectif et accompli. Acte de bravoure. Acte répréhensible. Juger quelqu'un sur ses actes. Passer des intentions aux actes.
- Droit — Écrit qui constate ou enregistre un fait, une opération ou une situation juridique. Acte de vente. Acte de décès. L'Acte de Québec de 1774.
- *Actes* : recueil de procès-verbaux, de mémoires, de communications. Publication des actes d'un congrès scientifique.
- Théâtre — Chacune des divisions principales d'une pièce de théâtre. Comédie en cinq actes. L'acte IV de cette pièce comprend huit scènes.

Il va de soi que le choix du mot « acte » est en lien avec le triple sens qu'il peut prendre ici. Il puise ses racines au théâtre (champ lexical associé) et notre approche en est directement reliée à ce médium. De plus, il peut vouloir dire « agir » et « jouer », ce qui cadre tout à fait avec les principes du nouveau programme : « agir » sur l'anxiété et « jouer » celle-ci pour l'extérioriser. Enfin, acte pour « passer à l'action » : le client est l'*acte*-ur de sa propre thérapie.

Puisque que nous avons emprunté des concepts thérapeutiques à quatre disciplines, un mot de quatre lettres était tout désigné pour mettre en lumière ces quatre concepts. Nous les expliquons comme suit :

**A** = pour le développement d'une *alliance thérapeutique* et d'un *attachement sécure* (Approche : Thérapie par le jeu centrée sur l'enfant)

**C** = pour *comprendre* (et en apprendre sur) ce qu'est l'anxiété (Approche : CBT)

**T** = pour *trouver des techniques* ou les moyens (physiques) en soi afin de mieux vivre les situations de crises (approche : pleine conscience)

**E** = pour *exprimer* les émotions et les projeter à l'aide des marionnettes (Approche : Dramathérapie)

**4.1.2 Favoriser l'expression et la connaissance de soi.** Nous avons pu constater dans la recension des écrits que, dans un premier temps, il est nécessaire de laisser l'enfant anxieux exprimer son émotion (Axline, 1989; Jain, 2017). Dans un second temps, il a été démontré que la connaissance de soi, des symptômes de l'anxiété, ainsi que la connaissance des rouages mécaniques de l'anxiété favorisaient les progrès des enfants anxieux (Jain, 2017). Notre programme respectera ces aspects clés.

**4.1.3 Favoriser un meilleur développement social et affectif.** À la suite de la recension des écrits, il nous a été possible de remarquer que l'implication des parents, des tuteurs ou des enseignants de l'enfant en traitement était primordiale (Jain, 2017; Jongsma, 2011). La priorité du programme *Little Cool Kids*, un des programmes dont nous souhaitons nous inspirer et des propositions de traitements de Jongsma *et al.* (2011), est d'aider l'enfant anxieux à acquérir des aptitudes sociales afin de l'aider à mieux gérer son anxiété. Aussi, le bien-être affectif est souhaité dans tout type de processus thérapeutique (Axline 1989; Landreth, 2012). Notre futur programme respectera ces aspects majeurs.

## 4.2 Principes pratiques cliniques

**4.2.1 La structure et le cadre du programme thérapeutique.** L'approche proposée se veut intégrative et interrelative, compte tenu de la recension des écrits. Il s'agit d'une proposition de programme de dramathérapie, d'au moins 12 semaines, à raison d'une rencontre individuelle par semaine d'une durée de 45 minutes. Lors de chaque séance, des exercices introductifs, des exercices de réchauffement, une activité principale en lien avec le vécu de l'enfant, et l'utilisation auront lieu. « *Drama therapy*

*encompasses a beginning, middle and end in both the series and the session, with similar goals and processes on both scales* » (Jennings, 1986; 1998; 1999, tel que cité par Powel, 2014, p.79). Ce genre de structure a un effet sécurisant pour l'enfant anxieux (Landreth, 2012).

Voici, à notre avis et sous les conseils de Rapee *et al.* (2000), quelques principes qui devraient être pris en compte lors de la mise sur pied d'un tel programme :

- Les parents (tuteurs ou enseignants) devraient être impliqués dans le processus, sous forme de rencontres avec le ou la dramathérapeute.
- Enseigner aux parents (tuteurs ou enseignants) comment réagir lorsque leur enfant vit une crise d'anxiété. Il faut agir sur le système nerveux en premier lieu (respiration et relaxation), leur donner de la documentation, les informer.
- Parallèlement au programme, l'adoption de saines habitudes de vie (manger des repas santé, boire beaucoup d'eau et pratiquer des activités sportives) est fortement conseillée.
- Dans la routine quotidienne de l'enfant, le temps d'utilisation de la technologie (tablettes, jeux vidéo, ordinateurs, etc.) devrait être réduit, et ce, précisément avant l'heure du coucher.
- L'intégration d'une période de relaxation/respiration à l'horaire de l'enfant devrait également être suggérée.

Le tableau 2 qui suit est une ébauche conceptuelle de ce à quoi pourraient ressembler et de ce que pourraient contenir les douze séances (semaines) proposées. Il s'agit là d'un plan thérapeutique, ajusté aux besoins du programme élaboré. Il a été inspiré du cahier d'exercices relié au livre *Helping Your Anxious Child* de Rapee *et al.* (2008), qui a lui-même été inspiré par le Programme *Cool Kids* de l'Université Macquarie en Australie. Évidemment, il s'agit ici d'une adaptation libre, il peut tout à fait être soumis aux changements aux grés du ou de la futur (e) dramathérapeute qui voudrait mettre sur pied le projet.

**Tableau 2. Ébauche conceptuelle du plan de traitement en douze semaines du programme ACTE**

	<b>Objectifs</b>	<b>Approches</b>	<b>Méthodes/Outils</b>
<b>Semaine 1</b>	Faire connaissance Bâtir une alliance thérapeutique	DT EPR Thérapie par le jeu centrée sur l'enfant Théorie de l'attachement	Réchauffement Évaluation + Jeux libres Techniques projectives variées Refléter les émotions Empathie Écoute Regard positif inconditionnel
<b>Semaine 2</b>	Bâtir une alliance thérapeutique Reconnaissance des émotions	DT Thérapie par le jeu centrée sur l'enfant	Évaluation (Ex: <i>Puppet Interview</i> d'Irwin (1975)) Imitations Refléter les émotions Techniques projectives variées
<b>Semaine 3</b>	Apprendre sur l'anxiété de séparation	DT CBT Neurobiologie interpersonnelle	Lire une histoire à l'enfant (Ex: <i>What to do when you worry to much</i> de Huebner (2006)) Éducation
<b>Semaine 4</b>	Connaissance de soi par rapport à l'anxiété de séparation	DT  Programme GoZen  Art thérapie	Jeux et dessins Objets « Personnification de son anxiété »  Création d'une « Worry box »
<b>Semaine 5</b>	En cas de crise d'angoisse, agir sur le système nerveux Enseignement de techniques Pratiquer	DT Pleine conscience CBT Neurobiologie interpersonnelle	Relaxation Respiration Méditation Techniques d'auto-massage
<b>Semaine 6</b>	Devenir « détective » et apprendre à changer ses pensées	CBT	Éducation Jeux et dessins
<b>Semaine 7</b>	Expression des émotions Aptitudes sociales (travail de développement)	DT CBT	Improvisations Marionnettes (thème) DvT
<b>Semaine 8</b>	Aptitudes sociales : la voix, les postures Discussion et préparation au processus de terminaison	DT	Marionnettes (thème)
<b>Semaine 9</b>	Aptitudes sociales Communication	DT	Marionnettes (thème) DvT
<b>Semaine 10</b>	Aptitudes sociales Recherches de solutions Demander de l'aide ou aider	DT	Marionnettes (thème) « Aider un autre personnage qui est anxieux »
<b>Semaine 11</b>	Aptitudes sociales S'affirmer	DT	Marionnettes (thèmes) « Posture de pouvoir » de Cuddy <i>et al.</i> (s.d.)
<b>Semaine 12</b>	Activité de terminaison Rituel	DT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépend de l'enfant</li> <li>• Répétition d'une scène projetée dans le futur</li> </ul>

**4.2.2 Les clientèles cibles et les objectifs.** Considérant que la question de recherche s'adresse directement aux enfants d'âges préscolaires, notre programme ciblera donc des enfants dans ce groupe d'âge, soit de 3 à 6 ans. Le mélange des théories sur l'anxiété de séparation, des techniques projectives, des types de thérapies déjà tentées a comme objectifs ici de faciliter l'expression, la connaissance de soi et l'acquisition

d'outils sociaux afin de mener à un meilleur développement social et affectif et à une réduction éventuelle des symptômes de l'anxiété. D'autres objectifs peuvent représenter le futur programme comme de permettre aux enfants anxieux d'explorer leur anxiété en l'exprimant, en étant vu et entendu; de comprendre d'abord ce qu'est l'anxiété et de savoir reconnaître les signes de celle-ci; de permettre aux parents, aux tuteurs ou aux enseignants d'être impliqués.

**4.2.3 Le rôle du dramathérapeute.** Sachant que l'anxiété de séparation est en lien direct avec les liens d'attachement aux figures importantes de la vie de l'enfant (Bowlby, 1988; Schore, 2008; Padykula et Conklin, 2009; Hill, 2009; Hébert, 2015), nous croyons fortement que la relation thérapeutique créée entre l'enfant et le dramathérapeute détiendra un rôle majeur dans le succès du programme.

Comme mentionné dans notre recension des écrits, plus tôt dans ce papier, une présence sécurisante joue un rôle primordial dans l'équilibre émotionnel de l'enfant (Bowlby, 1988, tel que rapporté par Hébert, 2015), puisqu'elle permet « à la fois de diminuer l'anxiété vécue et d'augmenter le sentiment de sécurité intérieure » (Hill, 2009, tel que rapporté par Hébert, 2015). Francis *et al.* (2003) expliquent :

*Attachment is experienced as a strong and enduring emotional bond with specific people in different relationship contexts throughout the lifespan (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1979, 1988). A person's attachment figures provide what Bowlby (1988) called a "secure base." He emphasized the secure-base phenomenon as crucial to exploratory behavior and subsequent healthy development. The secure-base concept is based on the premise that caregivers provide a secure foundation from which the child feels safe to make excursions into the world, allowing for healthy, exploratory behavior. Ainsworth (1991) asserted that secure-base relationships influence one's functioning and abilities outside the relationships. (p.126)*

Du côté de l'art-thérapie, selon Hébert (2015), les trois principaux rôles interreliés de l'art-thérapeute qui a une approche basée sur l'attachement sont « de recréer les éléments manquants de l'environnement à l'enfance, de favoriser une restructuration du modèle relationnel interne opérant (de l'attachement) du client grâce, entre autres, au phénomène transférentiel, et de réguler les affects du client grâce à la fonction de contenance et au phénomène de syntonie affective » (p.21). Nous sommes ainsi d'avis qu'il en va de même du côté des rôles principaux du dramathérapeute. Encore du côté de l'art-thérapie, Armstrong (2013) affirme que l'art-thérapeute agit

comme une base de sécurité dans la relation de syntonie affective et offre alors une opportunité d'attachement sécurisé (p. 277). Il en va donc de même pour le dramathérapeute, à notre avis.

Dans un tel programme, les dramathérapeutes seront appelés à être « *more actively engaged in the child's play, versus play therapists, who, in the spirit of non-directiveness, waited to be invited to join* » (Sapienza, 1997 dans Powell, 2014, p.13).

Nous croyons que, dans l'éventuelle mise sur pied d'un tel programme, les dramathérapeutes se devront d'être à la fois des guides et des outils de projection. Ils doivent faciliter le jeu, la répétition de situations confrontantes et permettre à l'enfant de pouvoir discuter de celles-ci. Ils devront aider l'enfant à mettre des mots sur les émotions à la suite de l'acceptation de l'expression de celles-ci.

Ils pourront ainsi créer un environnement sécurisant afin de venir combler les manques ou problèmes affectifs de l'enfant, car « le type d'attachement peut être modifié grâce une intervention appropriée » (Bowlby, 1988) et grâce au phénomène de transfert dans la relation thérapeutique (Hébert, 2015). En effet, selon Gabbard (dans Ekamparam, 2008), le client transforme la relation thérapeutique en relation d'attachement, ce qui donne une opportunité de changement du modèle relationnel interne opérant (Hébert, 2015). Il faudra cependant porter une attention très spéciale au fait que les chances seront fortes, que l'enfant s'attache au dramathérapeute et ainsi recréer le même modèle anxieux que celui dans lequel il vit lors des situations de séparation. Le cas échéant, le dramathérapeute devra, à titre d'exemple, tenter d'utiliser le concept de l'« *immediacy* » (Hill, 2009) ou de la « réflexion des émotions » (Landreth, 2012) afin de nommer la situation et les émotions rattachées et ainsi, de ne pas laisser l'enfant mettre le pas dans le même engrenage anxigène.

Les dramathérapeutes établiront enfin une communication ouverte avec les parents afin de les impliquer dans le processus. Quelques rencontres avec eux, avec ou sans la présence de l'enfant, pourront être ajoutées au programme.

## **Chapitre cinq : Discussion**

Ce chapitre a pour objectif d'énoncer les avantages et les limites de la nouvelle approche proposée, ainsi que les limites et les considérations éthiques de cette recherche théorique. Ainsi, les biais de la chercheuse et certaines recommandations au sujet du futur de cette recherche feront partie de cette discussion. Le but premier de cette recherche était d'identifier les théories sous-jacentes aux méthodes projectives et à la dramathérapie pouvant être intégrées dans un futur programme thérapeutique, élaboré dans le but de traiter l'anxiété de séparation chez les enfants d'âges préscolaires. La recherche avait pour objet de répondre à la question suivante : comment les techniques projectives en dramathérapie pourraient être utilisées afin d'aider les enfants d'âges préscolaires avec l'anxiété de séparation?

### **5.1 Les avantages et les limites de la nouvelle approche**

Le premier avantage de cette approche réside dans le fait qu'elle est novatrice. Effectivement, aucune autre approche similaire, au meilleur des connaissances de la chercheuse, ne semble exister. Aussi ce nouveau programme pourra-t-il être accessible à un vaste réseau de professionnels aidants, de parents, d'enseignants et de dramathérapeutes qui aimeraient mettre sur pied le programme? D'un point de vue plus personnel, nous croyons que les enfants s'expriment naturellement par le jeu (Landreth, 2012) et que le programme proposé, avec les marionnettes au cœur de l'intervention, offre une forme de communication, de connexion et d'accès rapide à la psychée des enfants. Les parents d'enfants anxieux consultent parfois très tard (seulement lorsque l'enfant a déjà débuté l'école, par exemple) et la prévention dans ce domaine a avantage à gagner du terrain, d'autant plus que l'anxiété de séparation ainsi que l'anxiété en général sont des conditions psychologiques difficiles, menant souvent à d'autres problématiques. L'approche proposée encourage l'enfant anxieux à s'exprimer, à se documenter sur ses symptômes, à développer des aptitudes sociales et intègre la théorie de l'attachement afin que l'enfant apprenne à développer des liens sécuritaires d'attachement. Le programme est inspiré de deux autres qui ont fait leurs preuves, ainsi que de quatre approches thérapeutiques reconnues. Le programme accorde également

une importance capitale aux rôles des parents, des tuteurs ou des enseignants auprès de l'enfant suivant le programme.

Le programme proposé dans ces pages présente cependant certaines limites. Tout d'abord, bien que la dramathérapie et la thérapie par le jeu semblent à première vue attrayantes pour des enfants, elles peuvent être intimidantes pour des enfants anxieux. L'idée de devoir participer et faire des exercices d'improvisation peut générer de l'anxiété. C'est pourquoi l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique est primordiale entre le thérapeute et l'enfant. Toutefois, le programme proposé est ici établi sur douze semaines et cela peut demeurer trop court concernant ce point. Selon Landreth (2012) et Axline (1975), il ne faut surtout pas brusquer le processus et ne pas respecter le rythme de l'enfant. De plus, selon Hill (2009), il y a trois étapes lors d'un processus thérapeutique : *exploration, insight, action*. L'établissement d'une bonne alliance thérapeutique se crée lors de la première des étapes, l'exploration; vouloir accélérer le processus trop rapidement peut nuire au cheminement du client. « *Hence, helpers generally should spend a lot of time in the exploration stage because it can be helpful by itself* » (Hill, 2009, p. 96). L'étape de l'exploration est importante, car elle facilite justement « *the development of the helping relationship, gives clients a chance to explore concerns and immerse themselves in their immediate experiencing [...]* » (Hill, 2009, p.95). Ainsi, prodiguer tout ce programme en seulement douze rencontres semble un peu précipité, compte tenu également des absences possibles.

De plus, la dramathérapie, pour sa part, est une approche encore méconnue et des préconceptions en lien au sérieux de ses fondements scientifiques et de ses bienfaits sur la santé mentale et physique peuvent exister. Les parents d'enfants vivant de l'anxiété de séparation se doivent d'être ouverts, curieux et réceptifs à ce genre d'approche afin d'accepter de guider leur enfant dans ce genre de processus. La dramathérapie peut également sembler nécessiter des aptitudes en jeu et en théâtre, alors que ce n'est pas du tout le cas. Mentionnons aussi en terminant que le ou la dramathérapeute voulant élaborer cette approche devra sans doute faire valoir sa pertinence et expliquer les bienfaits de ses bases théoriques.

## 5.2 Les limites de la recherche et les considérations éthiques

Tout d'abord, mentionnons que l'auteure demeure consciente de la présence possible de biais personnels dans cette recherche. Étant donné que cette recherche est théorique, aucune considération éthique envers les humains n'est nécessaire. Cependant, une attention particulière est accordée à la possibilité d'un biais concernant la sélection du contenu de la recension des écrits. En effet, bien qu'un souci d'intégration et d'ouverture motive l'auteure afin d'inclure dans ce travail une diversité de ressources, tout comme d'expliquer le choix de ces sources ainsi que de ces publications, elle demeure sous toute réserve, et envers certains aspects, influencée par sa subjectivité. « *The gendered, multiculturally situated researcher approaches the world with a set of ideas, a framework (theory, ontology) that specifies a set of questions (epistemology), which are then examined (methodology, analysis) in a specific way* » (Denzin et Lincoln, 2011, p. 11).

L'auteure est d'ailleurs totalement en accord avec Vallerand et Hess (2000), qui affirment que le chercheur a des responsabilités morales : « l'honnêteté, l'intégrité, la compétence et la sensibilité aux problématiques sociales sont les caractéristiques que doit posséder le chercheur qui désire manifester un comportement responsable envers la science » (p. 500).

Bien qu'un « effort soit fait pour intégrer l'ensemble des publications, des théories et des recherches essentielles au développement d'une perspective précise permettant de déterminer les fondements du futur programme d'intervention, d'autres perspectives, probablement tout aussi pertinentes, peuvent ne pas avoir été prises en considération compte tenu des limites de la présente recherche » (Faucher, 2016, p.32). Il est de plus primordial de tenir compte du fait que les approches et théories qui ont été présentées dans les chapitres précédents font preuve d'une profondeur et d'une complexité que cette recherche ne peut traduire entièrement en raison des mêmes limites ci-haut mentionnées. Il s'agit ici d'une prémisse et toute personne démontrant un intérêt pour n'importe lequel des éléments présentés ici est invitée à se documenter davantage sur le sujet afin d'approfondir ces connaissances.

De plus, un chercheur voulant poursuivre cette recherche et mettre sur pied le programme d'intervention retirerait plus de bénéfices et d'avantages à choisir un

échantillon de clients d'âge, de culture et de statut social différents, ou de décider de l'homogénéiser. Il pourrait également mieux évaluer et établir le nombre de séances idéales, ainsi que la durée des séances pour atteindre les objectifs de la nouvelle approche. Une future recherche mettant en œuvre un programme d'intervention pourrait également évaluer si l'approche s'applique mieux en format individuel de thérapie ou à un groupe homogène ou mixte. En tenant compte de l'émergence du contenu personnel dans les scènes réalisées en dramathérapie, qui peut amener un certain degré de vulnérabilité et d'exposition de soi, il serait suggéré de tenir les séances dans un espace protégeant la confidentialité pour conserver un cadre thérapeutique respectueux et sécuritaire. L'auteure de ces pages est également consciente que la séquence d'interventions proposée dans la nouvelle approche est totalement subjective et recommande que celle-ci soit testée dans une future recherche. Enfin, il est nécessaire de mentionner qu'un futur chercheur désirant mettre au point et appliquer un tel programme d'intervention aura la responsabilité de le faire à l'intérieur du champ de ses compétences. Évidemment, cela implique qu'il possède les formations requises et adéquates, tant en psychologie qu'en dramathérapie.

Étant donné que la présente recherche ne se limite qu'à la première étape du développement d'une intervention de Fraser et Galinsky (2010), aucun moyen ou outil d'évaluation ne permet de vérifier la validité et l'efficacité de la proposition en soi. De ce fait, ce qui est proposé n'est pas généralisable (Faucher, 2016). Cette recherche préliminaire est en fait destinée à être poursuivie et ajustée par de futurs chercheurs; les bases théoriques établies et la première étape effectuée leur permettront de passer à l'action plus rapidement. Nous sommes d'avis que la mise en forme de la structure détaillée d'un programme d'intervention pilote aurait avantage à être conceptualisée dans une recherche ultérieure.

Est-ce possible alors d'évaluer la qualité générale de notre recherche, même s'il ne s'agit que de la première étape de Fraser et de Galinsky (2010)? En fait, tout comme nous le mentionnions préalablement dans la section *Analyse des données*, nous avons choisi de focaliser sur quatre des huit aspects clés de Tracy (2010) afin de marquer la qualité de notre recherche qualitative, soit le *worthy topic*, le *rich rigor*, la *credibility*, et la

*significant contribution* (Tracy, 2010, p 839). Nous avons donc fait en sorte que ces quatre points soient respectés.

### **5.3 En guise de conclusion**

Les troubles anxieux sont les troubles les plus répandus de l'enfance et de l'adolescence (Lebowitz, Omer, Hermes et Scahill, 2014). La plupart des enfants atteints d'une forte anxiété de séparation à l'âge de 1,5 ans devraient récupérer d'ici 4 à 5 ans. Cependant, une anxiété de séparation élevée qui persiste au fil du temps mérite de l'attention et peut prévoir un désordre d'anxiété de séparation (Battaglia *et al.*, 2016). La prévention est donc nécessaire.

C'est avec certitude que nous croyons, tout comme Siegel (2004), que les relations interpersonnelles ont des impacts directs sur le développement du cerveau humain et que la thérapie, offre la possibilité et la résilience de « réparer » certains liens d'attachement. La relation thérapeutique est puissante et peut créer un lien d'attachement sécurisant. L'enfant d'âge préscolaire qui éprouve des symptômes anxieux liés à la séparation est, au niveau de son développement, en âge d'apprendre et de croître à vitesse accélérée. Un processus thérapeutique, effectué par un ou une dramathérapeute peut donc l'aider à se développer. Le ou la dramathérapeute conserve d'ailleurs un profond respect dans la capacité de l'enfant de résoudre par lui-même ses problèmes si l'opportunité lui en est donnée; ils ou elles prennent le soin d'établir un sentiment de liberté dans la relation pour permettre à l'enfant d'exprimer librement son complet ressenti (Axline, 1989). De plus, le jeu associé à la marionnette dans un processus dramathérapeutique permet l'expression des sentiments (nécessaire à la résolution de toute problématique psychique) et aide les enfants à comprendre la signification de leurs symboles et de les intégrer dans leur vie (Dion, 2011).

Ainsi, la combinaison des techniques projectives et de la dramathérapie permet non seulement d'initier l'expression des sentiments, mais elle permet de favoriser une meilleure connaissance de ce qu'est l'anxiété et une meilleure connaissance de soi, et ce, tout en explorant librement au travers d'un processus créatif et ludique. Elle donne de plus les moyens de prendre un peu plus le contrôle sur la source de l'anxiété et enrichit le développement d'aptitudes sociales. Surmonter l'anxiété est un travail de longue haleine

(Hébert, 2016), la motivation et la persévérance se doivent d'être des leitmotives du processus de quiconque désire entreprendre cette aventure.

## Références

- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C, Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Alter, R. & et Clarke, C. (2016). *The Anxiety Workbook for Kids: Take Charge of Fears & Worries Using the Gift of Imagination*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Anari, A., Ddadsetan, P., & Sedghpour, B. S. (2009). P01-126 The effectiveness of drama therapy on decreasing of the symptoms of social anxiety disorder in children. *European Psychiatry*, 24, S514. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)70747-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70747-3)
- Arendt, K., Thastum, M., & Hougaard, E. (2016). Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: A randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(2), 109–121. Retrieved from <http://10.04.87/acps.12448>
- Armstrong, V. G. (2013). Modelling attuned relationships in art psychotherapy with children who have had poor early experiences. *Arts in Psychotherapy*, 40(3), 275–284.
- Astell-Burt, C. (2002). *I am the story: The art of puppetry in education and therapy*. London, UK: Souvenir Press (E & A) Ltd.

- Axline, V. M. (1950). Play therapy experiences as described by child participants. *Journal of Consulting Psychology, 14*(1), 53–63.
- Axline, V. M. (1989). *Play therapy*. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barrett, L. A. (1991). The developmental benefits of play for children. In B. L. Driver, P. J. Brown, & G. L. Peterson (Eds.), *The benefits of leisure* (pp. 215-247). State College, PA: Venture Publishing, Inc.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Batra, S., Maslow, A., & Gardner, H. (2013). The psychosocial development of children: Implications for education and society - Erik Erikson in context. *Contemporary Education Dialogue, 10*(2), 249–278. <http://doi.org/10.1177/0973184913485014>
- Battaglia, M., Touchette, É., Garon-Carrier, G., Dionne, G., Côté, S. M., Vitaro, F., et al. (2016). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: Persistence at school entry and early-life associated factors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 57*(1), 39-46.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2005). *Childhood anxiety disorders – a guide to research and treatment*. New York, NY: Routledge – Taylor & Francis Group.
- Bender, L. (1952). Puppet shows as a psychotherapeutic method. In *Child psychiatric techniques: Diagnostic and therapeutic approach to normal and abnormal development through patterned, expressive, and group behavior* (pp. 238–257). Springfield, IL, US: Charles C Thomas Publisher.  
<https://doi.org/10.1037/14530-015>
- Bernier, M. (1990). Psychopuppetry. Unpublished manuscript, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA.

- Bernier, M. (2005). Introduction to puppetry in therapy. In M. Bernier & J. O'hare (Eds.) *Puppetry in education and therapy: Unlocking doors to the mind and heart* (pp.109-115). Bloomington, IN: AuthorHouse.
- Bilwani, R. ( 1 ), & Gupta, M. ( 2 ). (2015). A model for management for young children aged 3-7 years with separation Anxiety Disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 11*(1), 32–55.
- Birraux, A. (2008). La projection. *Les grands concepts de la psychologie clinique*. Marty, F., 1951-. Paris: Paris : Dunod, 65—75.
- Blatner, A., & Blatner, A. (1988). *Foundations of psychodrama: History, theory, and practice*. New York: Springer.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Volume II: Separation, anxiety and anger. *The International Psycho-Analytical Library, 95*(1973), 1–429.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London, UK: Routledge.
- Brecht, B. (1967) *Gesammelte Werke*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bromfield, R. (1995). The use of puppets in play therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal, 12*(6), 435-444. doi: 10.1007/BF01875812
- Brooks, A. W. (2014, September). Defusing negotiation anxiety. *Executive Leadership*. Business Management Daily (a division of Capitol Information Group).
- Brooks, A. W., Schroeder, J., Risen, J. L., Gino, F., Galinsky, A. D., Norton, M. I., & Schweitzer, M. E. (2016). Don't stop believing: Rituals improve performance by decreasing anxiety. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 137*, 71–85. Retrieved from <http://10.0.3.248/j.obhdp.2016.07.004>
- Bullough, E. (1912) Psychological distance as a factor in art and as an aesthetic principle. *British Journal of Psychology 2*, 87-118.
- Butler, J. D. (2012). Playing with madness: Developmental transformations and the treatment of schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy, 39*(2), 87-94. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.01.002>

- Butler, S., Guterman, J.T., & Rudes J. (2009). Using puppets with children in narrative therapy to externalize the problem. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3), 225-233.
- Carey, S., Zaitchik, D., & Bascandziev, I. (2015). Theories of development : In dialog with Jean Piaget. *Developmental Review*, 38, 36–54.  
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.003>
- Carter, R.B., & Mason, P.S. (1998). The selection and use of puppets in counselling. *Professional School Counseling*, 5(1). 50-57.
- Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: Implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 1-10.
- Cattanach, A. (1994). The developmental model in dramatherapy. In S. Jennings, et al. (Eds.), *The handbook of dramatherapy* pp. 28–40). London: Routledge.
- Cattanach, A. (1997). *Children's stories in play therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Centre for Emotional Health, Macquarie University, Australia. (2017). *The Cool Little Kids program*. Retrieved from : <http://www.mq.edu.au/research/research-centres-groups-and-facilities/healthy-people/centres/centre-for-emotional-health-ceh/services/programs-for-children-and-teenagers>
- Chabert C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris: Dunod
- Chagnon, J.Y. (2011). L'apport des épreuves projectives - approche psychanalytique - au bilan psychologique de l'enfant et de l'adolescent. Bilan de 30 ans de travaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(1), 48–53.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.10.002>
- Cloutier, R., Renaud, A. (1990). *Psychologie de l'enfant*. Boucherville, Québec: G. Morin.
- Cohen De Lara, A., Chagnon, J.Y. (2008). Les mécanismes de défense. *Les grands concepts de la psychologie clinique*. Marty, F., 1951-. Paris: Dunod, 117—41.
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001>

- Constantinou, M. (2007). The effect of Gestalt play therapy on feelings of anxiety experienced by the hospitalized oncology child. Retrieved from <http://0-search.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/login.aspx?direct=true&db=edsndl&AN=edsndl.oai.union.ndltd.org.netd.ac.za.oai.union.ndltd.org.unisa.oai.umkn-dsp01.int.unisa.ac.za.10500.1822&site=eds-live>
- Cooper, H. M. (1988). Organizing knowledge synthesis: A taxonomy of literature reviews. *Knowledge in Society*, 1, 104-126.
- Courtney, R. (1968). *Play Drama and Thought*. London : Cassell.
- Couture, N., Marcotte, G. (2011). *Incroyable moi maîtrise son anxiété : Guide d'entraînement à la gestion de l'anxiété*. Québec: Québec : Éditions Midi trente.
- Crenshaw, D. a., & Kenney-Noziska, S. (2014). Therapeutic presence in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 31–43. Retrieved from <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0035480>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Cuddy, A. J. C., Wilmuth, C. A., Yap, A. J., & Carney, D. R. Preparatory power posing affects nonverbal presence and job interview performance. *Journal of Applied Psychology*, 100(4), 1286-1295. doi:10.1037/a0038543
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 1–19). Thousand Oaks, CA: Sage. P 13.
- Dion, M., & Snow, S. (2011). *L'anxiété chez les enfants de 6 à 12 ans: une exploration des médiums créatifs en art- thérapie*. Université Concordia École des études supérieures Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, option art-thérapie). Récupéré de: [http://spectrum.library.concordia.ca/35828/1/Dion\\_MA\\_F2011.pdf](http://spectrum.library.concordia.ca/35828/1/Dion_MA_F2011.pdf)
- Druide informatique. (2017). Antidote (version 9) [Logiciel]. Montréal, Québec : Druide informatique
- Dumas, J. E., & Cyrulnik, B. (2012). *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles: De Boeck.

- Edwards, S. L., Rapee, R. M., Kennedy, S. J., & Spence, S. H. (2010). The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: The Revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 400–409.
- Ekamparam, G. (2008). *Insecure attachment and the therapeutic relationship: relational dynamics between therapist and addicts in psychotherapy*. Unpublished Doctoral Dissertation, Auckland University of Technology.
- Emunah, R. (1994). *Acting for real: Drama therapy process, technique, and performance*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton and Company.
- Faucher, A.-C. (2016). *Art-thérapie, yoga du rire et pleine conscience : pour un projet d'intervention de groupe visant l'expression et la connaissance de soi, et favorisant le bien-être*. [Graduate Projects (Non-thesis)] (Unpublished). Retrieved from Spectrum Dissertations and Theses database. Concordia University, Montreal.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham: Jason Aronson.
- Fondation des maladies mentales. (2017). *Thérapie cognitivo-comportementale*. Récupéré de : <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=8&i=33>
- Foxman, P. (2004). *The worried child: Recognizing anxiety in children and helping them heal*. Alameda, CA: Hunter House Inc.
- Francis, D., Kaiser, D., & Deaver, S. P. (2003). Representations of attachment security in the bird's nest drawings of clients with substance abuse disorders. *Art Therapy*, 20(3), 125-137. doi:10.1080/07421656.2003.10129571
- Fraser, M. W., & Galinsky, M. J. (2010). Steps in intervention research: Designing and developing social programs. *Research on Social Work Practice*, 000(00), 1-8. doi: 10.1177/1049731509358424
- Freud, S. (1926a). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. SE 20 : 87-172.
- Freud, S. (1926b). 'Psycho-analysis.' SE 20 : 263-70.
- Freud, S., Richards, A., Strachey, J., & Freud, A. (1974). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.

- Gibson Desrochers, S. (2011). Pourquoi j'ai mal au ventre: Guide pratique de l'anxiété chez l'enfant de 7 à 12 ans. Montréal (Québec) : Les Éditions Logiques.
- Hartwig, E. K. (2014). Puppets in the playroom: Utilizing puppets and child-centered facilitative skills as a metaphor for healing. *International Journal of Play Therapy*, 23(4), 204-216. doi:10.1037/a0038054
- Hawkey, L. (1951). The use of puppets in child psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 24(3), 206-214. doi: 10.1111/j.2044-8341.1951.tb00405.x
- Hébert, A. (2016). Anxiété, la boîte à outils : stratégies et techniques pour gérer l'anxiété. Boucherville (Québec): Éditions de Mortagne.
- Hébert, M. (2015). Comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fournir des pistes d'intervention en art-thérapie: une exploration théorique reposant sur la théorie de l'attachement. Université Concordia École des études supérieures. Récupéré de:  
[http://spectrum.library.concordia.ca/980402/1/Hébert\\_MA\\_F2015.pdf](http://spectrum.library.concordia.ca/980402/1/Hébert_MA_F2015.pdf)
- Henson, A. M. (2009). Attachment representations and therapeutic distancing as constructs in the development of working alliance in drama therapy. Concordia University. Retrieved from :  
[http://spectrum.library.concordia.ca/view/creators/Henson=3AAlisha\\_M=3A=3A.html](http://spectrum.library.concordia.ca/view/creators/Henson=3AAlisha_M=3A=3A.html)
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research*. Los Angeles: Sage.
- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horovitz, E.G. (2002). Art therapy and speech/language therapy: An interdisciplinary approach [video]. (Disponible à Julia Productions Inc., Rochester, NY, [www.arttxfilms.com](http://www.arttxfilms.com))
- Horovitz, E.G. (2003). Paddle to the sea: A psychopuppetry film [video]. (Disponible à Julia Productions Inc., Rochester, NY, [www.arttzfilms.com](http://www.arttzfilms.com))
- Huebner, D. (2006). *What to do when you worry too much: A kid's guide to overcoming anxiety*. Washington, DC: Magination Press.
- Irwin, E. C. (1985). Puppets in Therapy: An Assessment Procedure. *American Journal of*

- Psychotherapy*, 39(3), 389.
- Irwin, E. C. (2000). Psychoanalytic approaches to drama therapy. In C. C. Thomas (Ed.), *Current Approaches in Drama Therapy* (P. Lewis &, p. 235 à p. 251). Springfield.
- Irwin, E. C., & Malloy, E. S. (1975). Family Puppet Interview. *Family Process*, 14(2), 179–191. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1975.00179.x>
- Jain, R. (2017). *9 things every parent with an anxious child should try masterclass*. Anxiety relief programs for kids: Go Zen. Retrieved from: <http://www.gozen.com/anxietyreliefprograms/>
- Jain, R. (2017). Helping kids thrive. *GoZen program*. (2017) Retrieved from: <http://www.gozen.com>
- Jennings, S. (1986). Creative drama in group work. Bicester, Oxon, UK: Winslow Press.
- Jennings, S. (1990). *Dramatherapy with families, groups, and individuals: Waiting in the wings*. London: J. Kingsley Publishers.
- Jennings, S. (1998). *Introduction to dramatherapy: Theatre and healing: Ariadne's ball of thread*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Jennings, S. (1999). *Introduction to developmental playtherapy: Playing and health*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Jennings, S. (2005). Embodiment-projection-role: A developmental model for the play therapy method. In C. E. Schaefer, J. McCormick, & A. J. Ohnogi (Eds.), *International handbook of play therapy: Advances in assessment, theory, research, and practice* (pp. 65-76). Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Jennings, S., & Gerhardt, C. (2011). *Healthy attachments and neuro-dramatic-play*. London; Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Jennings, S. (2017). Personal Web Site. Récupéré de: <http://www.suejennings.com/epr.html>
- Joffe, W. G & Sandler, J. (1965). Notes on Pain, Depression, and Individuation. *Psychoanal. Study Child* 20 : 394-424.
- Johnson, D. R. (2005). *Developmental transformations: Text for practitioners*. New York: Institutes for the Arts in Psychotherapy.

- Johnson, D. R., & Emunah, R. (2009). *Current approaches in drama therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Johnson, D. R., Pendzik, S., & Snow, S. (2012). *Assessment in drama therapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- Jones, E. (1927). 'The Early Development of Female Sexuality.' In Jones, *Papers on Psycho-analysis*. Fifth edition. London : Ballière, Tindall & Cox, 1948.
- Jones, P. (1996). *Drama as therapy: Theatre as living*. New York: Routledge.
- Jones, P. (2007). *Drama as Therapy: Theory, Practice and Research (2nd Ed.)*. New-York: Routledge/Taylor & Francis Group.  
<https://doi.org/10.4324/9780203932902>
- Jongsma, A. E., Peterson, L. M., McInnis, W. P., & Bruce, T. J. (2011). *The Child Psychotherapy Treatment Planner*. Wiley.
- Junge, B. M., Linesch, D. (1993). Our own voices: New paradigms for art therapy research. *The Arts in Psychotherapy*, 20, 61-67. doi:10.1016/0197-4556(93)90032-W
- Kaduson, H.G. (2004). Ballon people. In Heidi Gerard Kaduson and Charles E. Schaefer (Eds), *101 more favourite play therapy techniques* (pp.231-235). Lanham, MD : Rowman & Littlefield publishers, Inc.
- Kaduson, H.G., (2006). Release play therapy for children with posttraumatic stress disorder. In H.G. Kaduson & C.E. Schaefer, C.E. (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp.3-21). New York, NY: The Guilford Press.
- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. New York: Oxford University Press.
- Kennedy, M. M. (2007). Defining a Literature. *Educational Researcher*, 36(3), 139–147.  
<https://doi.org/10.3102/0013189X07299197>
- Klein, M. (1935). 'A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states.' In Klein, *Contributions to Psycho-analysis 1921-1945*. London: Hogarth, 1948.
- Knudsen, W.W. (1984). *Psychopuppetry, non-directive group play therapy using puppets as the intermediary object: A comparison with traditional non-directive group counselling or no counselling in the treatment of emotionally handicapped*

- elementary school children*. Dissertation Abstracts International, 48. (DA 8425281).
- Kvarme, L. G., Aabø, L. S., & Saeteren, B. "I feel I mean something to someone:" solution-focused brief therapy support groups for bullied schoolchildren. *Educational Psychology in Practice*, 29(4), 416-431.
- Lahad, M. (1992). *Dramatherapy theory and practice 2*. London: Tavistock/Routledge.
- Lahad, M. (2000) *Creative Supervision*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy : The art of the relationship*. New York: Routledge.
- Landy, R. J. (1983). The use of distancing in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 10(3), 175–185.
- Landy, R. J. (1984). Puppets, dolls, objects, masks, and make-up. *Journal of Mental Imagery*, 8(1), 79-89., (October).
- Landy, R. J. (1992). Introduction to a special issue on transference/countertransference in the creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 19, 313-315.
- Landy, R. J. (1993). *Persona and performance: The meaning of role in drama, therapy, and everyday life*. New York: Guilford Press.
- Landy, R. J. (1994). *Drama therapy: Concepts, theories and practices* (Second Edition) Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Landy, R. J. (1996). *Essays in drama therapy: The double life*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Landy, R. (2006). The future of drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, pp. 135-142.
- Langley, D.M. & Langley, G.E. (1983). *Dramatherapy and psychiatry*. London: Croom Helm.
- Laurent, A., Mellier, D., & Beillard, E. (2013). L'instabilité chez l'enfant : prise en charge institutionnelle et angoisses de séparation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* Vol. 61 (Issue 3), pp. 148-153.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.01.008>
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: The SPACE Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 456–469. Retrieved from <http://10.0.3.248/j.cbpra.2013.10.004>

- Leotta, L. (2008). Exploring distancing and communication in drama therapy: a case study of a mother-daughter dyad. Concordia University. Retrieved from: <http://spectrum.library.concordia.ca/view/creators/Leotta=3ALouise=3A=3A.html>
- Lerner, E. (1941). Marionette technique. In E. Lerner, L. B. Murphy, E. (Ed) Lerner, & L. B. (Ed) Murphy (Eds.), *Methods for the study of personality in young children*. (Vol. 6, pp. 219–246). Washington, DC, US: Society for Research in Child Development. <https://doi.org/10.1037/13594-011>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Scala, J. W., Temes, C. M., & Clouthier, T. L. (2015). An attachment theoretical framework for understanding personality disorders: developmental, neuroscience, and psychotherapeutic considerations. *Apego Como Marco Teórico Para Entender Los Trastornos de Personalidad: Consideraciones Psicoterapéuticas, Neurocientíficas Y de Desarrollo.*, 24(1), 91–112. Retrieved from <http://0-search.ebscohost.com/mercury.concordia.ca/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=112831091&site=eds-live>
- Macquarie University. (2017). Centre for Emotional Health Clinic. *Programs for children and teens : Cool Kids/ Child and adolescent anxiety assessment & Treatment*. Retrieved from : <http://www.mq.edu.au/research/research-centres-groups-and-facilities/healthy-people/centres/centre-for-emotional-health-ceh/services/programs-for-children-and-teenagers>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Malchiodi, C. (2008). *Creative interventions with traumatized children*. New York, NY : The Guilford Press.

- Malchiodi, C. (2010). Cool art therapy intervention #8: Mask making. Retrieved from: <http://www.psychologytoday.com/blog/the-healing-arts/201003/cool-art-therapy-intervention-8-mask-making>
- Mash, E.J., & Wolfe, D.A. (2007). *Abnormal child psychology*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Milos, M. E., & Reiss, S. (1982). Effects of three play conditions on separation anxiety in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(3), 389–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.389>
- Minde, K., Roy, J., Bezonsky, R., & Hashemi, A. (2010). The effectiveness of CBT in 3-7 year old anxious children: Preliminary data. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 19*(2), 109–115.
- Mohatt, J., Bennett, S. M., & Walkup, J. T. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101337>
- Moon, C.H. (2010). *Materials & media in art therapy: Critical understandings of diverse artistic vocabularies*. New York, NY: Routledge.
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama* (1st vol.). New York: Beacon House.
- Moreno, J. L. (1961). The role concept, a bridge between psychiatry and sociology. In J. Fox (Ed.) *The essential Moreno*. NY: Springer. National
- Moreno, J.L., & Moreno, Z.T. (1969). *Psychodrama: Action therapy & principals of practice* (3rd vol.). New York: Beacon House.
- Moreno, J. L. (1987). Moreno's philosophical system: psychotherapy and the psychopathology of reality. In J. Fox (Ed.), *The essential Moreno: Writings on psychodrama, group method, and spontaneity*. (pp. 7-12). New York: Springer.
- NADTA (2017). What is drama therapy? *North American Drama Therapy Association*. Retrieved from: <http://www.nadta.org/DramaTherapyDefinition>
- Owen, M. (2008). *Communication through story: Story-making with a child diagnosed with selective mutism*. Concordia University. Retrieved from <https://0-search.proquest.com/mercury.concordia.ca/docview/304478487?accountid=1024>

- Padykula, N. L., & Conklin, P. (2009). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351–360.
- Patras, J., Martinsen, K. D., Holen, S., Sund, A. M., Adolfsen, F., Potulski Rasmussen, L.-M., & Neumer, S.-P. (2016). Study protocol of an RCT of EMOTION: An indicated intervention for children with symptoms of anxiety and depression. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0155-y>
- Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *Arts in Psychotherapy*, 33(4), 271–280. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.03.001>
- Perini, S. J., Wuthrich, V. M., Rapee, R. M. Cool kids" in Denmark: Commentary on a cognitive-behavioral therapy group for anxious youth. *PCSP: Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(3), 359-370.
- Piaget, J. (1976) « Autobiographie », *Revue européenne des sciences sociales*, tome XIV, p.1 à 43.
- Piaget, J. (1977). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (9 éd ed.). Neuchatel; Paris: Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1971) *Psychologie de l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France (Coll. "Que sais-je?", no 369).
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(5), 443e457.
- Powell, Margaret A. (2014) *Using the mbodiment-Projection-Role paradigm within drama therapy to develop affective social competence in children*. [Graduate Projects (Non-thesis)] (Unpublished). Concordia University. Retrieved from: [http://spectrum.library.concordia.ca/view/creators/Powell=3AMargaret\\_A=2E=3A=3A.html](http://spectrum.library.concordia.ca/view/creators/Powell=3AMargaret_A=2E=3A=3A.html)
- Quinodoz, J. M. (2004). *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*, Paris. Presses universitaires de France.
- Raftery-Helmer, J. N., Moore, P. S., Coyne, L., & Reed, K. P. (2016). Changing problematic parent–child interaction in child anxiety disorders: The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.08.002>

- Rambert, M. L. (1949). *Children in conflict : Twelve years of psychoanalytic practice*. New York: International Universities Press.
- Randolph, J. (2009). A guide to writing the dissertation literature review. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 14*(13).
- Rank, O, (1924, Eng. Trans. 1929). *The Trauma of Birth*. London : Kegan Paul.
- Rapee, R. M. (Ed.). (2008). *Helping your anxious child : A step-by-step guide for parents*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (3), 488-497.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry, 167*, 1518-1525.
- Rapee, R. M., Lau, E. X., & Kennedy S. J. (2010). *The Cool Little Kids Anxiety Prevention Program—Therapist Manual*. Centre for Emotional Health, Macquarie University: Sydney, Australia
- Rapee, R. M. (2013). The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: Follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54* (7), 780-788.
- Rappaport, L., Kamalowitz, D. (2013) Mindfulness, psychotherapy, and the arts therapies. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Redlic, R., Grotegerd, D., Opel, N., Kaufmann, C., Zwitterlood, P., Kugel, H., Dannlowski, U. (2015). Are you gonna leave me? Separation anxiety is associated with increased amygdala responsiveness and volume. *Social Cognitive & Affective Neuroscience, 10*(2), 278–284.
- Sapienza, E. (1997). *Drama therapy and play therapy with children: a comparison based on fifteen shared variables*. (Master’s Thesis). Retrieved from Proquest dissertations and theses full text. (1386487)

- Saracho, O. N., & Spodek, B. (1998). A historical overview of theories of play. In O. N. Saracho & B. Spodek, (Eds.), *Multiple perspectives on play in early childhood education* (pp. 1-10). Albany, NY: State University of New York Press.
- Schaefer, C. E., & Cangelosi, D. (Eds.). (2002). *Play therapy techniques* (2<sup>nd</sup> ed.). Northvale, NJ : Jason Aronson.
- Scheff, T.J. (1979). *Catharsis in healing, ritual and drama*. Los Angeles: University of California Press.
- Scheff, T. (1981) The distancing of emotion in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 18, 46-53.
- Schore, A. N. (2001). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17(3), 299–328.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal, QC: Centre d'Intervention Gestaliste
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2004; 2003). *Parenting from the inside out: How a deeper self- understanding can help you raise children who thrive*. New York: J.P. Tarcher/Penguin.
- Silove, D., & Rees, S. (2014). Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 98–101. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.021>
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937e944.
- Silverman, Y. (2004). The Story Within—myth and fairy tale in therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 31(3), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.05.002>
- Silverman, W.K., Pina, A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130. doi :10.108cv15374410701817907

- Simard, H. (2017). Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. *Revivre*. Récupéré de <http://www.revivre.org>
- Spitz, R. A. (1950). Anxiety in Infancy : A Study of its Manifestations in the First Year of Life. *International Journal of Psychoanalysis*, 31 :138-43.
- Stanislavski, C. (1936) *An Actor Prepares*. New York: Theatre Arts Books.
- Sullivan, Caroline. (2003). *The benefits of parent-child play for the social development of preschoolers with varying levels of anxiety problems*. Masters thesis, Concordia University.
- Tortora, S. (2015). Movement and dance: Creativity and embodied mindfulness. In C. Willard, A. Saltzman, C. (Ed) Willard, & A. (Ed) Saltzman (Eds.), *Teaching mindfulness skills to kids and teens*. (pp. 195–212). New York, NY, US: Guilford Press.
- Towe-Goodman, N. R., Franz, L., Copeland, W., Angold, A., & Egger, H. (2014). Perceived family impact of preschool anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(4), 437–446. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.017>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. doi:10.1177/1077800410383121
- Vallerand, R. J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (pp. 182-213). New York, NY: Guilford Press.
- Voyazopoulos, R. (2005). Examen psychologique : tout change, rien ne change ? *Le Journal Des Psychologues*, 230, 20–4.
- Vygotsky, L. (2002). Play and its role in the mental development of the child. (C. Mulholland, Trans). Psychology and Marxism Internet Archive. (Original work published 1933). Retrieved from: <http://www.marxists.org/archive/vygotsky/works/1933/play.htm> 24 May 2014

- Weems, C.F., & Stickle, T.R. (2005). Anxiety disorders in childhood: Casting a nomological net. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 107-134. doi: 10.1007/s10567-005-4751-2
- Willett, J. (ed) (1964) *Brecht on Theatre*. New York: Hill and Wang.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(1), 73–87. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0021-x>
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: Recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 347–351. <https://doi.org/10.1016/j.stem.2009.04.005>
- Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.