

Université A/Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'Orthophonie



Famille et troubles psychiques

Polycopié préparé par :

Dr. FERGANI Louhab

Destiné aux étudiants de 2^{ème} année Master

Psychologie clinique

Année universitaire 2024/2025

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université de Béjaia
Aboudaou
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des sciences sociales



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة بجاية
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

Master Psychologie clinique

Semestre : 3

Unité d'enseignement fondamentale

Matière : Famille et troubles psychiques

Coefficient : 2

Support pédagogique élaboré par : Louhab FERGANI

Objectifs de l'enseignement :

Cet enseignement permet à l'étudiant d'approfondir ses connaissances en matière de problématiques se rapportant à la famille et aux troubles psychiques. Il a pour but d'améliorer et d'approfondir sa compréhension théorique de l'importance de la famille comme facteur de protection et/ou facteur de risque de l'apparition des troubles psychiques.

Connaissances préalables :

L'étudiant a déjà eu des enseignements qui ont abordé la psychologie sociale et la psychologie familiale.

Programme de la matière

- introduction générale
- Famille (définition et types)
- Théorie générale des systèmes
- Types et modèles systémiques
- Théorie de communication selon l'école de Palo-Alto
- Les interactions pendant la crise (crise dans le couple, chez l'adolescent, à l'intérieur de la famille)
- Problématiques post traumatiques
- Transmission psychique
- psychothérapie enfant-parents
- Psychothérapies de couple
- Méthodes d'intervention en thérapies familiales
- Le génogramme
- Clinique de la concertation

عنوان الماستر: علم النفس العيادي

السداسي: الثالث

اسم الوحدة: وحدات التعليمية الأساسية

اسم المادة: الأسرة الاضطرابات النفسية

الرصيد: 05

المعامل: 02

أهداف التعليم: (ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

يمكن الطالب أن يتعمق في مواضيع مرتبطة بالأسرة والاضطرابات النفسية والتي ستأهله إلى فهم نظري معمق لأهمية الأسرة كعامل وقاية وخطر في ظهور الأمراض النفسية.

المعارف المسبقة المطلوبة : (وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر).

أن يكون الطالب قد درس محتويات علم النفس الاجتماعي، علم النفس الأسري،....

محتوى المادة: (إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب)

- الأسرة (مفهومها و أنواعها)

- النظرية العامة للنسق .

Palo-Alto - نظرية التواصل حسب

- انواع النماذج النسقية

- التفاعلات اثناء الازمة (الازمة بين الزوج ، هند المراهق ، داخل العائلة)

- اشكاليات بعد الصدمة

- النقل النفسي -

- الاضطرابات السيكوسوماتية و العلاجات العائلية

- العلاجات الزوجية

- وسائل التدخل في العلاجات العائلية (المقابلة العائلية)

Genogramme - المخطط الجيلي)

Clinique de la concertation - الممارسة في اطار الشبكة والتشاور)

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة، امتحان.... إلخ (يُترك الترجيح للسلطة التقديرية لفريق التكوين)

المراجع: (كتب، ومطبوعات ، مواقع انترنت، إلخ)

Sommaire

Introduction générale	1
1. Quelques éléments introductifs	2
1.1 Définitions de la famille.....	2
1.2 Types de la famille.....	2
1.3 Facteurs de risque et facteurs de protection familiaux.....	3
1.4 Génération et transmission intergénérationnelle.....	5
2. Evolution et caractéristiques de la famille algérienne	7
2.1 Histoire de la famille algérienne.....	7
2.2 Caractéristiques contemporaines de la famille algérienne.....	8
2.3 Quelques évènements traumatiques en Algérie.....	9
2.4 La clinique de concertation.....	12
3. Quelques modèles empiriques et théoriques du fonctionnement familial	16
3.1 Le modèle des compétences familiales.....	16
3.2 Le modèle circomplexe.....	18
3.3 Le modèle McMaster du fonctionnement familial.....	19
3.4 Le modèle psychanalytique : typologies familiales psychodynamiques.....	20
4. Famille et troubles psychiques	23
4.1 Famille et anxiété.....	23
4.2 Famille et dépression.....	25
4.3 Famille et trouble obsessionnel compulsif.....	28
4.4 Famille et trauma.....	30
4.5 Famille et schizophrénie.....	32
4.6 Famille et trouble bipolaire.....	34
4.7 Famille et toxicomanie.....	37
4.8 Famille et troubles de personnalité.....	39
4.9 Famille et troubles externalisés.....	42
5. Le paradigme familial	44
5.1 Emergence et développement du paradigme familial.....	44
5.2 Théorie générale des systèmes.....	51
5.3 Théorie de la communication selon l'école de Palo-Alto.....	52
5.4 Définition de la thérapie familiale.....	54
5.5 Deux outils de la thérapie familiale : le génogramme et le récit familial.....	55

6. Psychothérapies et interventions thérapeutiques	59
6.1 Thérapie cognitive et comportementale systémique avec la famille.....	59
6.2 Thérapie familiale fonctionnelle pour les troubles liés à l'usage des substances chez les adolescents.....	64
6.3 La thérapie d'interaction parent-enfant et le traitement des troubles du comportement perturbateur.....	77
6.4 Psychothérapie de couple.....	84
6.5 Formation à la gestion parentale et entraînement aux compétences de résolution de problèmes pour les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent.....	87
Synthèse	100
Références bibliographiques	101

Introduction générale

Cet enseignement permet à l'étudiant d'approfondir ses connaissances en matière de problématiques se rapportant à la famille et aux troubles psychiques. Il a pour but d'améliorer et d'approfondir sa compréhension théorique de l'importance de la famille comme facteur de protection et/ou facteur de risque de l'apparition des troubles psychiques.

Dans cet enseignement nous accordons une place importante à la famille et son rôle dans la protection de ses individus contre la souffrance psychique et les troubles psychologiques en général.

Nous avons synthétisé les connaissances sur le fonctionnement de la famille qui éclairent l'intervention et qui sont fondamentales dans la prévention de divers problèmes.

Ce support pédagogique est organisé en fonction des éléments composant le programme national de cette matière proposée aux étudiantes de master 2 psychologie clinique. Dans les différentes parties, nous présentons les éléments conceptuels de compréhension et les outils méthodologiques permettant de cerner le lien entre la famille et les troubles psychiques. Tous les points figurant dans le programme national sont abordés. Ils sont également enrichis et complétés par d'autres points.

Dans le cadre des travaux dirigés (TD), l'étudiant est certainement appelé à proposer voire travailler sur d'autres thèmes en rapport avec le sujet de la matière.

Bien que ne figurant pas dans le programme national, nous avons estimé très important de revenir sur l'évolution et les caractéristiques de la famille algérienne.

Dans la partie psychothérapies et interventions thérapeutiques, nous avons fait le choix de faire une présentation détaillée de quelques interventions psychothérapeutiques ciblant le traitement de certains troubles comme les troubles du comportement perturbateur chez l'enfant, et les troubles de l'usage de substances chez les adolescents. Ainsi, l'étudiant trouvera dans cette partie une illustration complète de la relation entre les troubles psychologiques individuels et leur relation avec la famille, leur conceptualisation et leur traitement.

1- Quelques éléments introductifs

1-1 Définitions de la famille

Les Nations Unies définissent la famille en tant qu'unité de base de la société devant être protégée et soutenue (Catherine, 2010).

D'un point de vue psychologique, la famille peut être définie comme un groupe social constitué d'individus liés par des relations de parenté, d'alliance ou d'affection, qui interagissent dans un cadre organisé. Elle joue un rôle central dans la socialisation des enfants, le soutien affectif des membres et la transmission des normes et valeurs culturelles (Kaes, 2009).

1-2 Types de familles

Famille nucléaire : est une famille composée des parents et de leurs enfants. Elle constitue le modèle traditionnel dans de nombreuses sociétés. Exemple : un couple marié avec deux enfants vivant sous le même toit.

Famille élargie : ce type de famille inclut, en plus des parents et des enfants, d'autres membres de la parenté, comme les grands parents, les oncles, les tantes ou les cousins, vivant ensemble ou en relation étroite. Exemple : une famille où plusieurs générations cohabitent dans un même foyer.

Famille monoparentale : c'est une famille composée d'un seul parent (père ou mère) qui élève seul ses enfants, souvent en raison de séparation, divorce, décès ou choix personnel. Exemple : une mère seule élevant ses deux enfants après un divorce.

Famille recomposée : c'est une famille formée après une séparation ou un divorce, où au moins un des membres du couple actuel a des enfants d'une union précédente. Exemple : un homme avec un enfant et une femme avec deux enfants issus d'autres relations vivant ensemble.

Famille adoptive : une famille dans laquelle un ou plusieurs enfants, non biologiques, sont accueillis légalement et élevés comme des membres à part entière. Exemple : un couple adoptant un enfant via une procédure légale.

Famille homoparentale : une famille composée de deux parents de même sexe, élevant ensemble un ou plusieurs enfants, qu'ils soient biologiques ou adoptés. Exemple : un couple de femmes élevant un enfant né par procréation médicalement assistée (PMA).

Famille sans enfants : une unité familiale composée uniquement d'un couple, sans enfants, par choix ou en raison de contraintes biologiques. Exemple : un couple marié vivant ensemble mais sans progéniture.

Famille d'accueil : une structure familiale temporaire où un enfant est placé par les services sociaux en raison de difficultés dans sa famille biologique. Exemple : un enfant confié à une famille d'accueil en attendant une stabilisation de sa situation familiale (Dandurant et Lafontaine, 2013).

1-3 Facteurs de risque et facteurs de protection familiaux

La famille joue un rôle crucial dans le développement psychologique des individus. En psychologie, les facteurs de risque et de protection familiaux influencent considérablement la santé mentale et le bien-être des membres de la famille, en particulier des enfants et des adolescents.

1-3-1 Les facteurs de risque familiaux

Les facteurs de risque familiaux sont des éléments ou des situations au sein de la famille qui augmentent la probabilité d'apparition de troubles psychologiques, comportementaux ou émotionnels.

A. Conflits familiaux fréquents

- Les disputes constantes ou les désaccords non résolus créent un environnement instable et stressant.
- Effets : anxiété, troubles de l'attachement, comportements agressifs chez les enfants.

B. Violence domestique

- Les violences physiques, verbales ou émotionnelles au sein du foyer constituent un facteur de risque majeur.
- Effets : troubles post-traumatiques, faible estime de soi, difficultés relationnelles.

C. Négligence parentale

- Le manque d'attention, d'encadrement ou d'affection affecte le développement émotionnel et cognitif de l'enfant.
- Effets : troubles de l'attachement, échec scolaire, comportements antisociaux.

D. Addiction ou psychopathologies des parents

- La consommation de substances ou les troubles mentaux chez les parents augmentent le risque de troubles similaires chez les enfants.
- Effets : transmission intergénérationnelle des troubles, manque de supervision parentale.

E. Ruptures ou séparations conflictuelles

- Les divorces ou séparations marqués par des conflits intenses ont un impact négatif sur les enfants.
- Effets : dépression, troubles de l'attachement, faible réussite scolaire.

1-3-2 Les facteurs de protection familiaux

Les facteurs de protection sont des éléments qui favorisent le développement sain et la résilience face aux défis de la vie.

A. Un environnement familial stable et chaleureux

- Une famille qui offre de l'amour, de la sécurité et du soutien favorise une bonne santé mentale.
- Effets : meilleure régulation émotionnelle, confiance en soi.

B. Communication ouverte et positive

- Les familles où les membres peuvent s'exprimer librement et résoudre les conflits de manière constructive sont plus résilientes.
- Effets : capacité à gérer le stress, résolution de problèmes.

C. Soutien émotionnel

- Les parents qui reconnaissent les besoins émotionnels de leurs enfants contribuent à leur bien-être.
- Effets : diminution des risques de troubles anxieux et dépressifs.

D. Routines et structure familiale

- Maintenir des horaires réguliers et des traditions familiales donne un sentiment de prévisibilité et de stabilité.
- Effets : réduction du stress, sentiment d'appartenance.

E. Relations familiales étroites et positives

- Les interactions de qualité entre les membres de la famille renforcent la résilience.
- Effets : meilleure gestion des épreuves, développement d'une attitude optimiste.

En psychologie, le concept de résilience met en évidence la capacité des individus à surmonter les difficultés lorsqu'ils bénéficient d'un soutien familial adéquat. Même en présence de facteurs de risque, un environnement familial protecteur peut réduire les effets négatifs sur la santé mentale.

Les professionnels de la psychologie mettent l'accent sur des interventions ciblées pour réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection familiaux : programmes parentaux axés sur la communication et la gestion des conflits, soutien psychologique pour les familles en crise, actions communautaires pour lutter contre la violence domestique (Cyrulnik, 1999; Manciaux, 2001).

1-4 Génération et transmissions intergénérationnel

Les notions de générations et de transmissions intergénérationnelles occupent une place centrale en psychologie, en sociologie et en anthropologie. Elles permettent de comprendre comment les valeurs, les croyances, les normes, mais aussi les traumatismes et les schémas comportementaux se transmettent au sein des familles et des sociétés.

La transmission intergénérationnelle ne se limite pas à la dimension biologique ou génétique, mais englobe les dimensions culturelles, sociales, psychologiques et inconscientes.

La génération peut être définie comme un groupe d'individus ayant vécu des événements historiques ou culturels similaires à des périodes clés de leur vie. Ces individus partagent souvent des valeurs, des croyances et des comportements caractéristiques de leur époque.

Dans un contexte familial, une différenciation des générations est proposée :

1. Génération ascendante : Grands-parents, parents.
Ils transmettent des valeurs, des traditions et des récits familiaux.

2. Génération actuelle : Enfants ou adultes en âge de reproduire des schémas ou de les transformer.
3. Génération descendante : Petits-enfants ou générations futures, qui héritent des transmissions conscientes ou inconscientes.

Chaque génération hérite d'éléments qu'elle peut accepter, transformer ou rejeter. Les dynamiques familiales sont souvent marquées par un équilibre entre l'attachement au passé et le besoin d'émancipation.

Des conflits générationnels surviennent lorsque des valeurs ou des attentes diffèrent radicalement entre générations (exemple : modernité vs tradition). Ces conflits peuvent être une source de croissance, mais aussi de ruptures.

Enfin, les secrets non partagés (comme un drame ou une honte familiale) peuvent peser sur les descendants, influençant leur construction identitaire.

Quant à la transmission intergénérationnelle, elle désigne le passage, entre générations, d'un ensemble d'éléments :

- Conscients : valeurs, croyances, traditions, biens matériels.
- Inconscients : traumatismes, secrets de famille, interdits non formulés.
- Émotionnels : loyautés familiales, attentes implicites.

Elle peut être porteuse de continuité et de sens, mais aussi génératrice de conflits, de répétitions ou de blocages.

Il existe plusieurs mécanismes de la transmission intergénérationnelle :

Transmission explicite : elle repose sur la communication ouverte entre les générations. Exemples : enseignement des coutumes, récits familiaux, éducation.

Transmission implicite ou inconsciente : elle se fait souvent à travers des attitudes, des comportements, des silences ou des tabous. Exemple : un secret de famille (ex. : un enfant illégitime, une guerre) peut avoir un impact sur les descendants sans qu'il soit explicitement transmis.

Répétitions transgénérationnelles : certaines situations, comme les traumatismes (violences, abandon), peuvent se répéter d'une génération à une autre. Ces répétitions s'expliquent par des loyautés invisibles ou des besoins inconscients de réparer une histoire inachevée.

Résilience intergénérationnelle : les familles peuvent également transmettre des ressources positives (courage, valeurs, espoir) qui aident les générations futures à faire face aux adversités.

Il est important de noter que les familles ne sont pas isolées : elles sont influencées par des contextes historiques, politiques et culturels. Par exemple les migrations entraînent des défis particuliers en matière de transmission culturelle et identitaire. Et avec les évolutions technologiques, les changements des structures familiales (familles recomposées, monoparentales) modifient les modes de transmission.

Dans le cadre de la thérapie, les transmissions intergénérationnelles sont importantes. Ainsi, la thérapie transgénérationnelle vise à explorer les transmissions inconscientes pour permettre à l'individu de se libérer des répétitions ou des loyautés invisibles. Elle utilise certains outils comme le génogramme et l'analyse des récits familiaux.

La transmission intergénérationnelle est un processus complexe qui façonne l'identité individuelle et collective. Si elle peut porter des blessures ou des répétitions, elle peut également être une source de ressources et de résilience. L'enjeu consiste à prendre conscience de ces transmissions pour les réinterpréter et, si nécessaire, s'en libérer (Schützenberger, 1998).

2- Evolution et caractéristiques de la famille algérienne

La conception de la famille diffère d'une culture à une autre, et son organisation évolue avec le temps. C'est certainement, comme nous allons le voir, le cas de la famille algérienne.

La famille algérienne a traversé des transformations significatives au cours de l'histoire, influencées par des facteurs culturels, sociaux, économiques et politiques.

2-1 Histoire de la famille algérienne

Période précoloniale

Avant la colonisation française, la société algérienne était principalement tribale et rurale. La famille élargie, souvent patriarcale, constituait l'unité sociale de base. Les structures familiales étaient caractérisées par :

- Indivision : Les biens, notamment les terres, étaient détenus collectivement par la famille élargie, assurant une solidarité économique et sociale.
- Autorité patriarcale : Le père ou le patriarche détenait l'autorité absolue, et les décisions familiales majeures lui incombait.

- Mariage endogame : Les unions se faisaient souvent au sein du même groupe familial ou tribal, renforçant les liens de solidarité et préservant le patrimoine.

Période coloniale (1830-1962)

La colonisation française a profondément bouleversé les structures sociales et familiales en Algérie. Les politiques coloniales ont entraîné :

- Désintégration des structures traditionnelles : La confiscation des terres et l'imposition de nouvelles lois ont fragilisé l'indivision familiale et la solidarité tribale.
- Urbanisation : L'exode rural vers les centres urbains, provoqué par les politiques coloniales, a conduit à l'émergence de familles nucléaires, rompant avec le modèle de la famille élargie.
- Influence culturelle : Les missions éducatives et religieuses ont introduit de nouvelles valeurs, impactant les traditions familiales et les rôles de genre.

Période post-indépendance (après 1962)

Après l'indépendance, l'Algérie a entrepris des réformes socio-économiques visant à moderniser le pays. Ces changements ont eu des répercussions sur la famille :

- Transition vers la famille nucléaire : L'industrialisation et l'urbanisation ont favorisé l'émergence de familles nucléaires, composées des parents et de leurs enfants, au détriment des familles élargies.
- Évolution des rôles de genre : L'accès des femmes à l'éducation et au marché du travail a modifié leur position au sein de la famille, bien que des résistances culturelles persistent.
- Changements législatifs : Le Code de la famille de 1984 a codifié des aspects du droit familial, influençant les pratiques matrimoniales, les droits des femmes et les structures familiales.

2-2 Caractéristiques contemporaines de la famille algérienne

Structure familiale

- Prévalence de la famille nucléaire : Bien que la famille élargie reste présente, surtout en milieu rural, la famille nucléaire est devenue prédominante, notamment en milieu urbain.

- Patriarcat persistant : Malgré les évolutions, l'autorité masculine demeure une caractéristique notable, avec le père souvent perçu comme le chef de famille.

Rôles et relations de genre

- Participation accrue des femmes : Les femmes participent davantage à la vie publique et économique, bien que des inégalités subsistent dans la répartition des tâches domestiques et la prise de décision familiale.
- Socialisation genrée : Les enfants sont souvent éduqués selon des rôles de genre traditionnels, influençant leurs futures positions sociales et familiales.

Pratiques matrimoniales

- Âge au mariage : L'âge moyen au mariage a augmenté, reflétant des aspirations éducatives et professionnelles plus élevées, notamment chez les femmes.
- Choix du conjoint : Bien que les mariages arrangés existent encore, les jeunes Algériens exercent de plus en plus leur autonomie dans le choix de leur partenaire.
- Taux de divorce : Une augmentation des divorces est observée, indiquant des changements dans la perception du mariage et de la stabilité familiale.

Défis et perspectives

- Chômage et précarité économique : Les difficultés économiques affectent la stabilité et la cohésion familiales, retardant des projets tels que le mariage ou l'acquisition d'un logement.
- Migration : Les mouvements migratoires, tant internes qu'internationaux, modifient les structures familiales et posent des défis en matière de maintien des liens intergénérationnels.
- Modernité vs tradition : La famille algérienne navigue entre la préservation des valeurs traditionnelles et l'adaptation aux influences de la modernité et de la mondialisation.

(Abdellaoui, L, 2022; Boutefnouchet, 1982).

2-3 Quelques événements traumatiques en Algérie

Les événements traumatiques vécus en Algérie, notamment la guerre d'indépendance (1954-1962) et la décennie noire (1991-2002), ont profondément marqué la société

algérienne. Ces périodes ont engendré des souffrances collectives et individuelles, dont les répercussions sont encore ressenties aujourd'hui.

Guerre d'indépendance (1954-1962)

La guerre d'indépendance a été caractérisée par des violences extrêmes, des massacres, des tortures et des déplacements forcés. Un tiers de la population algérienne a disparu durant cette période, victime de meurtres de masse, d'enfumages de grottes, de maladies, de faim et de violences diverses.

Décennie noire (1991-2002)

La décennie noire a été marquée par une guerre civile opposant le gouvernement algérien à des groupes islamistes armés. Cette période a été caractérisée par des violences extrêmes, des massacres, des tortures et des déplacements forcés. Un tiers de la population algérienne a disparu durant cette période, victime de meurtres de masse, d'enfumages de grottes, de maladies, de faim et de violences diverses.

Les traumatismes liés à ces événements ont eu des conséquences profondes sur la santé mentale des individus et des communautés. Des études ont montré que les réfugiés algériens installés à Montréal, par exemple, ont vécu des expériences traumatiques liées à la violence organisée en Algérie, notamment la séparation avec leurs enfants restés au pays

Les catastrophes naturelles en Algérie ont également eu des conséquences traumatiques, et ces événements ont profondément affecté les communautés locales, tant sur le plan matériel que psychologique. Voici un aperçu des principales catastrophes naturelles et de leurs effets sur la population algérienne :

Le séisme d'Alger (2003)

Le séisme de Boumerdès, qui a eu lieu le 21 mai 2003, a été l'une des catastrophes naturelles les plus dévastatrices de l'histoire récente de l'Algérie. D'une magnitude de 6,8 sur l'échelle de Richter, il a fait plus de 2 000 morts, 10 000 blessés, et des dizaines de milliers de personnes ont perdu leurs maisons.

Effets traumatiques :

- Perte de proches : Beaucoup de familles ont perdu des membres, ce qui a entraîné des traumatismes psychologiques profonds.
- Destruction des infrastructures : L'effondrement de bâtiments a non seulement causé des pertes humaines, mais a également affecté les services essentiels et l'accès aux soins médicaux.
- Déplacements forcés : Des milliers de personnes ont dû vivre dans des conditions précaires dans des camps temporaires, exacerbant le stress et les troubles psychologiques.

Les victimes de cette catastrophe ont souvent souffert de stress post-traumatique, de troubles anxieux et de dépressions, avec un manque d'accompagnement psychologique à long terme pour les personnes affectées (Minne, 2009).

Les inondations

L'Algérie a également été frappée par des inondations fréquentes, en particulier dans les régions du nord, avec des épisodes notables en 2001, 2008 et plus récemment en 2020.

Effets traumatiques :

- Dévastation des foyers : La destruction de maisons, de cultures et de biens personnels a laissé de nombreuses familles dans une situation de précarité extrême.
- Pertes humaines : Les inondations ont entraîné la mort de centaines de personnes et ont laissé de nombreuses victimes en état de choc.
- Impact à long terme : Les habitants de certaines régions ont été forcés de reconstruire leur vie après ces catastrophes, avec des conséquences psychologiques notables, notamment l'anxiété et les troubles du sommeil (Poirier, 2011).

Les feux de forêt

Les incendies de forêt sont une autre forme de catastrophe naturelle qui frappe régulièrement l'Algérie, notamment pendant les étés secs. Ces incendies ont souvent des conséquences dévastatrices sur les zones rurales, les forêts, et la vie des agriculteurs.

Effets traumatiques :

- Destruction des terres agricoles : De nombreuses familles qui dépendent de l'agriculture pour leur subsistance ont perdu leurs moyens de subsistance.
- Évacuation forcée : Les populations rurales doivent fuir devant l'avancée des flammes, ce qui crée des perturbations dans leurs vies quotidiennes.
- Impact psychologique à long terme : Les personnes ayant perdu des proches ou des biens dans ces incendies souffrent souvent de troubles émotionnels et de dépression.

La sécheresse et la pénurie d'eau

La sécheresse récurrente et la pénurie d'eau, exacerbées par les changements climatiques, affectent de nombreuses régions de l'Algérie. Bien que cette catastrophe naturelle soit moins spectaculaire que les séismes ou les inondations, elle a des répercussions profondes sur la vie des Algériens, notamment dans les zones rurales.

Effets traumatiques :

- Dérèglement des activités agricoles : Les agriculteurs, qui sont souvent la colonne vertébrale des économies rurales, subissent des pertes économiques importantes, ce qui peut entraîner des troubles psychologiques.
- Migrants internes : La pénurie d'eau pousse de nombreuses familles à migrer vers les villes, créant des tensions sociales et de nouveaux défis psychologiques.
- Stress lié à la survie : Le manque d'eau peut générer des sentiments d'incertitude et de peur pour l'avenir, affectant la santé mentale des populations (Moussa, 2013).

Les catastrophes naturelles, qu'elles soient liées aux tremblements de terre, aux inondations, aux feux de forêt ou à la sécheresse, ont des conséquences profondes sur la population algérienne. Les traumatismes psychologiques, souvent sous-estimés, nécessitent une attention particulière en matière de soins et de réhabilitation pour permettre aux victimes de se reconstruire.

2-4 La clinique de concertation

La clinique de concertation est une méthode d'intervention collaborative utilisée dans les domaines de la psychologie clinique, du travail social et de l'accompagnement professionnel. Elle repose sur une approche participative qui vise à mobiliser plusieurs acteurs autour de situations complexes, en favorisant une réflexion collective et interdisciplinaire. Cette méthode permet de sortir d'une analyse exclusivement individuelle des problématiques, en y intégrant des dimensions systémiques, relationnelles et institutionnelles.

La clinique de concertation se fonde sur les principes fondamentaux suivants :

1. Pluralité des points de vue : La clinique de concertation valorise la multiplicité des perspectives pour enrichir la compréhension des problématiques et éviter les biais liés à une approche unilatérale.
2. Co-construction des solutions : Les solutions ne sont pas imposées par un expert, mais co-construites par les participants en tenant compte des réalités et des contraintes spécifiques.
3. Analyse des contextes : Elle intègre les dimensions institutionnelles, relationnelles et subjectives des situations.
4. Ethique et bienveillance : Les échanges se font dans un cadre respectueux et éthique, où les participants peuvent s'exprimer librement.

La clinique de concertation vise les objectifs suivants :

- Favoriser une prise de décision collective dans des situations complexes.
- Permettre une réflexion approfondie sur les pratiques professionnelles.
- Soutenir les intervenants face à des dilemmes éthiques ou des situations d'impasse.
- Améliorer la qualité des services rendus aux personnes accompagnées.

Modalités pratiques et méthodologiques

1. Composition du groupe : Le groupe peut inclure des professionnels d'horizons variés (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, médecins, etc.) et parfois des bénéficiaires ou usagers.
2. Cadre temporel : Les séances de concertation sont programmées à intervalles réguliers ou en fonction des besoins spécifiques.
3. Rôles :
 - Animateur/clinicien : Il assure la gestion des échanges, garantit le respect des règles et veille à la dynamique du groupe.

- Participants : Ils apportent leurs contributions à partir de leurs expériences et de leurs savoirs professionnels.
4. Techniques utilisées :
- Méthode du tour de table pour recueillir les points de vue.
 - Analyse des récits de cas.
 - Techniques d'entretien ou d'exploration (écoute active, reformulation, etc.).

La clinique de concertation trouve ses applications dans les domaines suivants :

- En milieu scolaire : pour traiter des problématiques d'élèves (harcèlement, troubles du comportement, etc.).
- En entreprise : dans la gestion des conflits interpersonnels ou organisationnels.
- Dans le secteur médical ou médico-social : pour discuter des situations complexes liées aux patients ou aux familles.
- En justice : dans les contextes de médiation familiale ou pénale.

Quant à ses avantages, ils consistent en :

- Amélioration de la compréhension des situations grâce à une vision globale.
- Réduction de l'isolement des professionnels confrontés à des situations difficiles.
- Augmentation de l'efficacité des interventions grâce à des solutions co-construites.
- Renforcement des compétences réflexives et relationnelles des participants.

La clinique de concertation en Algérie

La clinique de concertation est une approche collaborative développée pour traiter des situations de détresse complexe en mobilisant les ressources humaines et relationnelles disponibles.

En Algérie, cette méthode a été introduite et appliquée à travers diverses initiatives, notamment grâce à des cycles de formation organisés entre 2006 et 2016. Ces formations, menées en partenariat avec plusieurs associations, ont ciblé des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle opérant dans des régions telles que Tizi Ouzou, Boumerdès, Alger, Blida, ainsi que dans le grand Sud algérien, incluant El Oued, Ghardaïa, Touggourt et Ouargla.

Ces efforts visaient à renforcer le Travail Thérapeutique de Réseau, offrant un soutien aux professionnels confrontés quotidiennement à des familles en détresse multiple. L'ouvrage "De Proche en Proche. Proximité et Travail Thérapeutique de Réseau, une

formation à l'épreuve du terrain", co-écrit par Selma Hellal et Jean-Marie Lemaire et publié en 2016, documente ces expériences et analyse les interactions entre théorie et pratique dans ce contexte.

Par ailleurs, la Fédération Internationale pour la "Clinique de Concertation" (F.I.C.C.) joue un rôle clé dans la diffusion de cette approche à l'échelle internationale, y compris en Algérie. Elle organise des actions de formation et des séminaires internationaux, favorisant ainsi l'échange de pratiques et le développement de compétences en matière de Travail Thérapeutique de Réseau.

Ces initiatives témoignent de l'engagement en Algérie à intégrer des approches innovantes pour répondre aux défis posés par les situations de détresse complexe, en s'appuyant sur la collaboration interprofessionnelle et la mobilisation des ressources communautaires.

Contexte et objectifs

La méthode du Travail Thérapeutique de Réseau (TTR) est s'applique dans des contextes sociaux et culturels complexes, comme en Algérie. Cette approche repose sur la mobilisation des réseaux humains (familles, professionnels, institutions) pour répondre aux situations de détresse multiple et aux défis rencontrés dans le champ du soin et de l'accompagnement.

Le TTR peut renforcer les compétences des professionnels confrontés à des problématiques complexes dans des environnements parfois démunis.

Hellal et Lemaire (2016) évoquent dans leur livre un ensemble de thèmes principaux, à savoir :

1. La proximité comme levier d'action :
L'ouvrage met en avant l'importance de la proximité dans les relations humaines et professionnelles. Cette notion est envisagée non seulement comme une géographie physique mais aussi comme une posture relationnelle permettant de construire la confiance et de mobiliser les ressources locales.
2. Le Travail Thérapeutique de Réseau (TTR) :
Le TTR est présenté comme une méthode innovante permettant d'accompagner les personnes en détresse en s'appuyant sur leurs réseaux personnels, familiaux et institutionnels. Ce modèle repose sur une approche collaborative et participative.

3. Formation et mise en pratique :
L'ouvrage décrit les cycles de formation organisés pour des professionnels de l'aide, du soin et de l'éducation, ainsi que les défis rencontrés dans leur mise en œuvre sur le terrain. Les auteurs insistent sur la nécessité de relier théorie et pratique tout en tenant compte des spécificités culturelles et sociales.
4. Défis rencontrés en Algérie :
Les auteurs explorent les particularités du contexte algérien, notamment les tensions entre modernité et tradition, les fractures sociales, et les ressources souvent limitées. Ils montrent comment le TTR peut être adapté à ce cadre pour répondre efficacement aux besoins des professionnels et des bénéficiaires.
5. Co-construction et interdisciplinarité :
L'ouvrage insiste sur l'importance de la co-construction des solutions avec les différents acteurs impliqués (professionnels, familles, usagers). Il souligne également l'enrichissement apporté par la collaboration entre disciplines.

Les auteurs illustrent leur propos par des récits de cas concrets, issus des formations et des interventions sur le terrain. Ces cas montrent comment le TTR peut transformer les pratiques professionnelles et permettre de débloquer des situations jugées inextricables.

L'ouvrage propose également des outils pratiques et méthodologiques pour les professionnels souhaitant intégrer cette approche dans leur travail quotidien.

Cet ouvrage est un témoignage précieux sur l'introduction et l'adaptation d'une méthode innovante dans un contexte culturel spécifique. Il offre une réflexion riche sur l'importance de la proximité, de la collaboration et de la mobilisation des réseaux dans la prise en charge des situations complexes.

Les auteurs insistent sur le fait que le succès du TTR repose sur une éthique relationnelle forte, une posture d'écoute active et une volonté de travailler "avec" plutôt que "pour" les personnes concernées.

3- Quelques modèles empiriques et théoriques du fonctionnement familial

3-1 Le modèle des compétences familiales

C'est un modèle qui a été développé par Beavers et ses collaborateurs au cours des années 1960. Il propose deux concepts principaux pour décrire le fonctionnement familial : la compétence familiale et le style familial.

La compétence familiale est définie comme étant la capacité de la famille à accomplir les tâches principales qui lui sont dévolues (par exemple, s'organiser et gérer son fonctionnement). Elle est mesurée à l'aide de deux indicateurs : la structure (organisation des responsabilités dans le sous-système coparental et la hiérarchie intergénérationnelle) et le degré de confiance et d'estime de soi en lien avec la capacité à communiquer clairement, à accepter la différence et à résoudre les conflits.

Le style familial peut se caractériser par deux tendances opposées : le style centripète et le style centrifuge. Selon ce modèle, une famille centripète est une famille unie, dans laquelle les satisfactions relationnelles intrafamiliales sont élevées, recherchées et valorisées. Les émotions négatives sont atténuées, voire déniées, au profit d'un accent sur les émotions positives et la solidarité.

C'est cette dernière caractéristique qui favoriserait, par exemple, l'attitude contraphobique assumée par un membre d'un patient souffrant d'un trouble anxieux de type agoraphobie. La description de ce style nous renvoie au cas d'une adolescente de 15 ans qui souffre de trouble panique avec agoraphobie. Dans sa thérapie, il fallait envisager un travail supplémentaire, en plus de l'application d'un protocole TCC avec la patiente, avec les parents afin de les amener à prendre conscience comment leurs comportements participent au maintien des symptômes de la patiente. Certaines phobies infantiles ne sont qu'un résultat logique d'une phobie familiale (Fergani et Benamsili, 2020).

Dans sa forme extrême, toute autonomisation peut être vue comme une trahison et l'individuation est entravée par une pression à être conforme aux attentes de la famille.

La vignette clinique suivante illustre ce dernier cas de figure. M. L est un jeune homme âgé de 28 ans qui tenait à ce que ses parents, notamment le père, l'accompagnent à ses séances de consultations psychologiques. M. L n'a pas eu une enfance facile dans la mesure où il a présente des crises de convulsion dès sa naissance qui ont nécessité une prise en charge pendant ses 2 premières années. Bien qu'il soit l'aîné de sa fratrie, il ne voit qu'une seule perspective professionnelle qui est celle de travailler comme chauffeur dans le cabinet de notaire de son père. Ce dernier semble échouer toute tentative de son fils pour entreprendre un projet professionnel autre que celui qu'il lui impose. Sous pression de son père, M.L a fini par abandonner sa passion pour la mécanique. Quand nous l'avons reçu, M.L s'est montré écrasé par un stress et une angoisse énorme qui l'empêchent de voir clair quant à sa situation. Il est important de noter que la dépendance de M.L ne se réduit pas à la dimension matérielle, mais elle implique aussi la dépendance dans sa dimension affective (Fergani et Benamsili, 2021, p.1128).

Les membres de ces familles dont le style est centripète ont plutôt tendance à développer des troubles dits intériorisés (par exemple, troubles anxieux, troubles de l'humeur).

À l'inverse, une famille centrifuge est une famille dans laquelle les satisfactions relationnelles sont recherchées principalement en dehors de la vie familiale. Il existe une certaine méfiance à l'égard des émotions positives et des gestes d'affection ; les conflits sont exprimés rapidement et peuvent être intenses. Dans sa forme extrême, on peut observer un encouragement à la séparation qui peut excéder les capacités d'autonomie des individus. Ces familles ont davantage tendance à développer des troubles dits extériorisés (par exemple, agressivité, troubles du comportement).

Le croisement des compétences familiales et des styles familiaux permet de dresser une carte typologique des familles. Selon les auteurs, plus la compétence familiale est faible, plus la famille présente un style de fonctionnement proche de l'un des extrêmes. Le modèle présente une typologie des familles à cinq catégories : optimale, adéquate, moyenne, limite et sévèrement dysfonctionnelle. Le modèle des compétences familiales peut être utilisé pour déterminer quel type de thérapie sera approprié pour la famille ou pour dépister les familles difficiles ou à risque de « rupture thérapeutique » (Pauze et Petipas, 2013).

3-2 Le modèle circomplexe

Le modèle circomplexe a été développé par Olson à la fin des années 1970. Il s'agit d'un des premiers modèles explicatifs de la famille à être basé sur des données empiriques. Ce modèle est conçu pour permettre de poser un « diagnostic relationnel » à partir de trois dimensions fondamentales du fonctionnement familial, soit la cohésion, la flexibilité et la communication.

Olson définit la cohésion comme étant le lien émotionnel entre les membres de la famille. Cette dimension se situe sur un continuum : à une extrémité, on retrouve le désengagement, à l'autre, l'intrication relationnelle et au centre, la cohésion équilibrée.

La dimension de la flexibilité fait référence à la qualité et à l'expression du leadership et de l'organisation, des rôles, des règles et de la négociation. Cette dimension se situe également sur un continuum : à une extrémité, le fonctionnement rigide, à l'autre, le fonctionnement chaotique et au centre, la flexibilité équilibrée.

La communication, quant à elle, fait référence aux habilités de communication du couple et des membres de la famille. Cette dimension est considérée comme une dimension facilitatrice à travers laquelle la famille peut modifier son niveau de cohésion et de flexibilité. Selon ce modèle, une communication ouverte et positive permet à la famille de passer d'un niveau à un autre et, surtout, de retourner à un niveau équilibré après un passage par un extrême en raison d'événements stressants.

Ces dimensions peuvent être évaluées à l'aide de FACES IV, un questionnaire conçu par Olson et ses collaborateurs.

Le modèle circumplexe est organisé autour de trois hypothèses :

1. Les familles équilibrées vont en général être mieux adaptées, vont mieux fonctionner et mieux gérer les transitions associées au passage d'une phase développementale à une autre.
2. Des aptitudes communicatives permettent à la famille d'adapter et de changer son niveau de cohésion et de flexibilité quand cela s'avère nécessaire, puis de retourner à un état d'équilibre par la suite
3. Les familles modifient leur niveau de cohésion et de flexibilité pour répondre à des situations de stress et pour franchir les étapes du cycle de la vie familiale. Ces changements dynamiques sont bénéfiques pour le système familial (Pauze et Petipas, 2013).

3-3 Le modèle McMaster du fonctionnement familial

Le modèle McMaster du fonctionnement familial a été développé par Epstein. Basé sur le concept de « santé », ce modèle cherche à déterminer quelles dimensions du fonctionnement familial ont un impact sur la santé ou le dysfonctionnement familial.

Epstein définit la famille comme étant un cadre qui permet le développement et l'entretien de ses membres sur les plans biologique, social et psychologique. Pour accomplir cette fonction, la famille doit faire face à un certain nombre de tâches dans trois domaines principaux :

1. Les tâches de base (l'ensemble des tâches instrumentales, comme fournir de la nourriture, un abri).
2. Les tâches développementales (liées aux étapes du cycle de la vie familiale).
3. Les tâches « accidentables » (l'ensemble des événements majeurs de vie qui peuvent infléchir la trajectoire développementale de la famille comme les maladies, les pertes de travail, un décès).

Le modèle vise ainsi à expliquer comment la famille remplit cet ensemble de tâches et pour quelles raisons certaines familles ont des difficultés. Six dimensions sont

proposées pour expliquer le fonctionnement familial : la résolution de problèmes, la communication, la répartition des rôles, la réponse affective, l'implication affective et le contrôle du comportement.

La résolution de problèmes est la capacité de la famille à résoudre les problèmes (instrumentaux et affectifs) qui se présentent, tout en maintenant un fonctionnement efficace. Selon Epstein, les familles se différencient avant tout par leur capacité à résoudre les problèmes et non en fonction du nombre de problèmes qu'elles ont à résoudre. Meilleur est le fonctionnement, moins on y trouve de problèmes non résolus.

Selon les concepteurs de ce modèle, la communication est à évaluer selon deux dimensions : sa clarté (est ce que le message est formulé de façon claire, non ambiguë ou vague, camouflée) et sa direction (est ce que le message est adressé directement à la personne concernée ou transmis par une autre personne). Dans les familles qui fonctionnent bien, la communication est claire et directe. À l'inverse, dans les familles en difficulté, la communication est masquée et indirecte.

Une autre dimension du modèle McMaster du fonctionnement familial est la répartition des rôles. L'évaluation du fonctionnement familial, selon les auteurs, tient compte de la façon dont les fonctions sont remplies, mais aussi par qui et comment elles sont distribuées et quels en sont les organes de contrôle. Les familles qui fonctionnent bien ont une répartition des rôles saine et les personnes peuvent, dans une certaine mesure, se substituer les unes aux autres.

Le modèle McMaster du fonctionnement familial inclut également la réponse affective, c'est à dire la capacité de la famille à réagir à un stimulus donné dans des proportions émotionnelles adéquates, à la fois qualitativement et quantitativement. L'évaluation porte sur deux aspects : la palette émotionnelle (nombre d'émotions différentes qui peuvent être exprimées) et l'adéquation entre l'émotion et le stimulus. Dans une famille fonctionnelle, toutes les émotions peuvent être ressenties sur un continuum d'intensité et une durée adéquate par rapport à une situation.

L'implication affective est, quant à elle, définie comme étant l'intérêt que les membres de la famille montrent les uns envers les autres. Elle se décline de six manières différentes : l'absence d'intérêt manifeste pour les autres, l'intérêt surtout intellectuel sans implication émotionnelle, l'implication narcissique, l'implication empathique, la surimplication et l'implication symbiotique. Les familles fonctionnelles montrent de l'implication empathique.

Une autre dimension est le contrôle du comportement. Il peut être exercé de quatre manières : de façon rigide, flexible, laisser faire ou chaotique. Les familles fonctionnelles exercent un contrôle flexible.

Malgré plusieurs modifications du modèle depuis sa conception, certaines constatations demeurent :

1. Les modes transactionnels de la famille sont des variables plus fortes dans la prédiction des comportements individuels que les variables intrapsychiques.
2. Une relation émotionnellement ouverte et chaleureuse entre les parents est indispensable pour la santé mentale des enfants, quel que soit l'état mental individuel des parents.
3. La relation entre les parents est vue comme un « tampon » qui atténue l'effet possible d'une pathologie parentale sur l'enfant (Pauze et Petipas, 2013).

3-4 Le modèle psychanalytique : typologies familiales psychodynamiques

En se référant à la métapsychologie freudienne, Alberto Eiguer propose une typologie familiale clinique, adaptée à la thérapie familiale d'inspiration psychanalytique. Cette typologie est présentée en quatre tableaux cliniques types décrivant les structures familiales en fonction des rapports d'équilibre ou de déséquilibre entre les liens narcissiques familiaux (en référence à la tendance à la fusion et à la symbiose familial) et les liens objectaux du groupe familial (en référence à la tendance à développer l'altérité dans les liens). Nous reprenons ici une présentation résumée des quatre types de fonctionnement familiaux, selon les travaux de Eiguer.

1- La famille à structure œdipienne

Les groupes familiaux à structure œdipienne sont également appelés des familles névrotiques. Dans ces familles, le déséquilibre ne se situe pas entre les liens narcissiques et les liens objectaux. Il s'agit de configurations familiales dans lesquelles les problèmes de distorsions se posent à l'intérieur même des liens objectaux. L'organisation structurelle de ces familles se caractérise notamment par la confusion des genres, voire l'inversion des rôles sexuels masculine/féminine, par des fantasmes de désir homosexuel et par une fidélité œdipienne souvent envers le parent du même sexe (famille d'origine).

2- La famille à structure anacliticodépressive

Dans ces familles, les liens objectaux parviennent à s'imposer sur les liens narcissiques habituellement structurants et à les affaiblir. De ce fait, les liens objectaux sont comme déformés. On note l'emprise d'objets ancestraux imposants, tels que le

poids d'une grand-mère ou d'un grand-père, vécus comme idéalisés, et qui peuvent éveiller des sentiments de dette, de la nostalgie et incident au sacrifice masochiste. Après des séparations et des pertes, dans ces familles, les deuils sont difficiles à élaborer. En même temps, l'identité familiale s'émousse, l'idéal d'avenir s'affaiblit, les projets disparaissent. L'exemple le plus typique est celui de la famille où l'on trouve un parent dépressif (voire aussi familles à parents hyper-dépendants).

3- La famille à structure narcissique

C'est par exemple la famille du patient psychotique. Dans ces familles, les liens narcissiques s'imposent sur les liens objectaux avec une tendance à l'indifférenciation au détriment de l'altérité. La spécificité interindividuelle est difficile à cerner, la place du père est comme vide ou occupée par l'enfant qui peut se vivre comme auto-engendré. Dans ces familles, la menace de l'inceste est permanente et peut conduire à sa réalisation. Les différences entre les générations, entre sexe ou entre passé/présent/avenir ne sont pas reconnues, ce qui conduit à ignorer les crises de vie et le passage du temps. Même le rythme journalier peut être inversé. Les relations à l'intérieur de la famille restent superficielles, fonctionnelles et centrées sur l'expédition des affaires courantes, dans un climat émotionnel explosif. La prédominance du narcissisme pathologique explique également la vénération réclamée par l'un des membres de la famille, souvent la mère. Cela peut s'appuyer sur l'aménagement d'une structure perverse narcissique chez l'un des membres (qui peut être l'un des parents, mais aussi le patient désigné. Selon Eiguier, certaines familles de psychopathes, d'alcooliques et de cas limites narcissiques présentent ce type de fonctionnement.

4- La famille à structure perverse

Dans ces familles, les liens narcissiques et les liens objectaux ne sont pas forcément en déséquilibre, mais ils se trouvent affaiblis, remplacés et saturés par la sensualité, par une excitation voluptueuse des sens. L'unité du groupe familial est peu stable et les membres sont tentés par la dispersion des investissements vers d'autres groupes ou personnes, mais souvent sans beaucoup d'implication dans les relations. Le père est contesté, mais plus que manqué de loi, ces familles se distinguent par une loi pervertie et une idéologie du mal. Selon Eiguier, dans ces familles se trouvent des patients toxicomanes, des anorexiques/boulimiques, des alcooliques, des adolescents impulsifs.

En référence à cette typologie en quatre tableaux cliniques, une famille pourra présenter une structure proche de l'un des modèles décrits, ou tendre principalement vers tel ou tel type de structure. Cette grille de lecture peut représenter pour le clinicien une médiation dans son approche et sa compréhension du fonctionnement familial.

À noter que ces différentes typologies ne sont pas à prendre en compte comme des types de fonctionnement familiaux isolés et déterminés, pouvant définir une famille une fois pour toutes. Une même famille peut évoluer et changer en passant d'un type d'organisation à l'autre. Par ailleurs, Eiguer souligne que ce n'est pas le symptôme du patient qui définit le type de structure familiale, mais bien la dynamique générale de la famille. Ainsi, par exemple l'alcoolisme pourra se rencontrer aussi bien dans une famille à structure perverse, dans une famille structurée selon le modèle anacliticodépressif ou encore dans une famille de type œdipien (Eiguer et al., 1997).

L'étudiant intéressé trouvera plus d'éclaircissements sur l'intérêt théorique et clinique de ces modèles empiriques et d'autres, ainsi que celui du modèle psychodynamique en se référant à notre article sur ce sujet (Fergani et Benamsili, 2021). Dans cet article, l'étudiant peut lire des exemples issus de la pratique clinique du premier auteur.

4-Famille et troubles psychiques

4-1 Famille et anxiété

Ces dernières années, les recherches sur les facteurs familiaux associés à l'anxiété chez les jeunes se sont accrues. Les résultats des études montrent que les enfants souffrant de troubles anxieux sont plus susceptibles d'avoir des parents présentant des symptômes d'anxiété, des troubles de l'humeur ou d'autres psychopathologies, et que les parents souffrant de troubles anxieux sont plus susceptibles d'avoir des enfants souffrant de troubles anxieux.

En outre, à l'aide de diverses méthodologies, il a été démontré que les parents d'enfants anxieux encouragent des schémas de réponse potentiellement inadaptés à travers des discussions directes avec leurs enfants, en modélisant eux-mêmes des comportements anxieux et en adoptant des comportements surprotecteurs et hypercontrôlants.

Par exemple, Barrett et ses collègues ont rapporté que les enfants anxieux interprétaient les situations ambiguës de manière plus menaçante que les enfants non anxieux. De plus, les mères d'enfants souffrant de troubles anxieux, comparées à celles d'enfants non anxieux, étaient moins tolérantes lorsque leurs enfants exprimaient des émotions négatives.

Différent à la fois des enfants non anxieux et des enfants agressifs dans leurs réponses aux situations, les enfants anxieux avaient davantage tendance à répondre de manière évitante. Les parents d'enfants anxieux présentaient également des taux

significativement plus élevés d'interprétation des menaces et de prédiction que leurs enfants choisiraient une réponse évitante.

Renforçant encore davantage le rôle potentiel de la famille dans le développement des comportements anxieux, il a été constaté qu'après que des enfants anxieux eurent l'occasion de participer à une discussion familiale sur la manière d'agir dans une situation donnée, leurs réponses évitantes augmentaient significativement. En revanche, les réponses agressives des enfants oppositionnels augmentaient, tandis que les réponses des enfants non anxieux devenaient moins évitantes. Ce phénomène, appelé « renforcement familial des réponses évitantes et agressives », a des implications importantes pour les types d'interventions à mettre en œuvre auprès des familles d'enfants anxieux.

Cependant, ces influences ne sont pas unidirectionnelles : l'interaction entre les variables liées à l'enfant (par ex., prédisposition biologique à l'anxiété) et celles liées aux parents (par ex., leur propre psychopathologie) contribue très probablement à l'anxiété chez les jeunes.

Au cœur de nombreuses recherches sur les variables familiales liées à l'anxiété chez l'enfant se trouve la notion de « contrôle » ou de « contrôle perçu ». Essentiellement, le « contrôle » fait référence à la mesure dans laquelle les enfants croient que leur comportement peut influencer les événements et les résultats.

Les adultes souffrant de troubles anxieux et dépressifs ont décrit des environnements familiaux où ils avaient une expérience limitée du contrôle sur divers événements, avec une surprotection parentale et un découragement de l'autonomie, des facteurs associés à une anxiété et une dépression ultérieures. Les recherches montrent que les parents de jeunes souffrant de troubles anxieux sont moins enclins à leur accorder une autonomie psychologique que les parents d'enfants sans troubles identifiés.

De plus, les enfants diagnostiqués avec des troubles anxieux et dépressifs sont plus susceptibles de décrire leurs familles comme étant moins soutenantes, moins cohésives, et moins démocratiques dans la prise de décision, mais plus conflictuelles, comparativement à d'autres enfants.

En examinant les attentes maternelles et les attributions concernant la capacité d'un enfant à faire face à une situation stressante, certains auteurs ont rapporté que les mères d'enfants anxieux s'attendaient à ce que leurs enfants soient plus angoissés et moins capables de performer dans une situation donnée, comparativement aux mères d'enfants non anxieux. De même, les mères de filles très anxieuses, par opposition aux mères de filles moins anxieuses, étaient plus susceptibles d'intervenir dans la

résolution de problèmes de leurs filles et moins enclines à attendre que leurs enfants résolvent elles-mêmes la tâche.

Dans une étude transculturelle sur les peurs et l'anxiété des enfants, Dong, Yang et Ollendick ont prédit que les pratiques éducatives et les croyances éducatives chinoises, qui avaient tendance à être plus restrictives et surprotectrices, pourraient prédire des niveaux plus élevés de symptômes anxieux et dépressifs dans des contextes plus occidentaux. Les résultats de l'étude ont confirmé ces prédictions, en particulier chez les enfants âgés de 11 à 13 ans.

Considérant l'ensemble de ces résultats, chacun de ces facteurs familiaux pourrait contribuer au comportement anxieux d'un enfant. Finalement, les parents doivent céder le contrôle, et la notion d'accorder l'autonomie devient une considération importante, étant donné que les familles d'enfants anxieux peuvent être surprotectrices. Ainsi, encourager l'indépendance constitue un élément clé à prendre en compte dans les traitements.

La thérapie cognitive-comportementale (TCC) reconnaît et se préoccupe de l'influence de la famille sur l'anxiété chez les enfants. Plusieurs modèles thérapeutiques ont tenté de traiter les problèmes liés au contrôle parental et au besoin d'autonomie de l'enfant dans le cadre du traitement. Dans un modèle, appelé « transfert de contrôle », Ginsburg met en place un système dans lequel le thérapeute transfère des compétences d'adaptation à l'enfant, les parents jouant le rôle de médiateurs. Le thérapeute enseigne des compétences aux parents et à l'enfant, puis agit comme un coach pendant que les parents accompagnent leur enfant dans des situations stressantes. Selon cet auteur, les obstacles au transfert de contrôle incluent les symptômes anxieux parentaux et les relations familiales déficientes.

Dans le cadre de la thérapie cognitive-comportementale, les stratégies de traitement comprennent la gestion des contingences, la gestion de l'autocontrôle et l'exposition (comme le propose Kendall), ainsi qu'une approche d'intervention dyadique qui se concentre sur les obstacles au transfert de contrôle et cible à la fois les symptômes anxieux des parents et les relations familiales problématiques (Kendall, 2012).

4-2 Famille et dépression

La dépression, considérée comme un trouble de l'humeur majeur, affecte profondément non seulement l'individu concerné, mais également son entourage proche, en particulier sa famille. Les relations familiales jouent un rôle central dans la compréhension, l'apparition, le maintien et la gestion de cette pathologie.

La dépression est un trouble psychique caractérisé par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités autrefois appréciées, et une diminution significative du fonctionnement quotidien.

L'une des conclusions les plus cohérentes concernant l'étiologie de la dépression est l'importance des influences environnementales, un constat également observé chez les enfants et les adolescents. Une des sources de soutien provient des études génétiques quantitatives, notamment les études sur les jumeaux. Bien que ces études puissent généralement être utilisées pour estimer les contributions génétiques aux comportements, tels que l'anxiété et la dépression, elles permettent également de quantifier les contributions environnementales à ces mêmes comportements.

Le fait que toutes les similarités comportementales ne soient pas expliquées par des facteurs génétiques soutient l'existence d'expériences environnementales « communes » (également appelées environnement « partagé ») ; et le fait que les individus diffèrent sur un comportement donné est attribué à des expériences spécifiques à chaque individu (également appelées environnement « non partagé »).

En résumé, en plus de souligner l'importance de la « nature », les analyses sur les jumeaux indiquent également l'influence des environnements partagés et non partagés sur les troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents.

Une limitation notable des études sur les jumeaux, cependant, est qu'elles n'identifient pas les aspects spécifiques de l'environnement impliqués. Heureusement, on peut s'appuyer sur une vaste littérature qui a établi des liens entre des facteurs sociaux spécifiques à la dépression chez les jeunes.

Premièrement, les problèmes émotionnels ont été associés à des événements de vie stressants. Ces événements peuvent être proximaux, précipitant l'apparition des symptômes, en particulier chez les individus ayant une prédisposition préexistante. Alternativement, ils peuvent être distaux, se manifestant sous forme d'expériences de vie précoces ayant des effets durables sur la réponse au stress. Cela inclut les traumatismes précoces et les événements défavorables tels que les mauvais traitements et la séparation parentale. Les tracasseries quotidiennes et d'autres stressés chroniques ont également été impliqués. Ceux-ci incluent les pressions financières, généralement reflétées dans le statut socio-économique des parents, ainsi que les tensions interpersonnelles. Ces tensions peuvent survenir dans les relations parent-enfant, médiées par le style ou le comportement parental.

En effet, un style parental contrôlant (c'est-à-dire laissant peu d'autonomie aux enfants) a été associé à l'anxiété chez l'enfant, de nombreuses études montrant que les mères

d'enfants anxieux leur accordaient moins d'autonomie que d'autres. Des expériences interpersonnelles négatives peuvent également se produire en dehors du foyer. Être rejeté par ses pairs ou victime d'intimidation a été associé à une plus grande anxiété et dépression (Graham et Reynolds, 2013).

L'impact de la dépression sur la famille

La dépression s'accompagne par des conséquences émotionnelles pour la famille. En effet, les membres de la famille peuvent ressentir une charge émotionnelle accrue en essayant de soutenir la personne déprimée. Certains membres se sentent responsables de la dépression de leur proche. La nature persistante de la dépression peut engendrer des sentiments de frustration, surtout si la communication est difficile.

Par ailleurs, il y a lieu de noter quelques dysfonctionnements familiaux liés à la dépression. La communication au sein de la famille peut être altérée. La personne déprimée peut se replier sur elle-même, ce qui réduit les interactions familiales. Les conflits s'accroissent. Les symptômes dépressifs (irritabilité, passivité) peuvent exacerber les tensions familiales. Et les rôles peuvent être modifiés. Les responsabilités au sein de la famille peuvent être redistribuées, ce qui engendre des déséquilibres.

Les enfants de parents dépressifs présentent un risque accru de développer des troubles dépressifs ou anxieux.

Rôle de la famille dans la dépression

La famille peut jouer un rôle dans l'apparition de la dépression. Des facteurs familiaux de risque dans ce sens concernent des antécédents familiaux de dépression. Un environnement familial dysfonctionnel ou conflictuel, et une éducation basée sur des attentes irréalistes ou un manque de soutien émotionnel. Les expériences traumatisantes vécues dans l'enfance (abus, négligence) peuvent contribuer au développement de la dépression.

Elle peut jouer aussi un rôle dans le maintien de la dépression. Les dynamiques familiales négatives, telles que le rejet ou la critique excessive, peuvent aggraver les symptômes dépressifs. Le phénomène de codépendance peut renforcer le comportement dépressif, en empêchant l'individu de développer son autonomie.

Il ne faut pas oublier cependant de souligner le rôle de la famille dans le rétablissement de la dépression. La famille peut offrir un environnement sécurisant et encourageant, essentiel pour le rétablissement (soutien émotionnel). Les membres de la famille

peuvent aider la personne déprimée à adhérer aux thérapies et à la médication prescrites.

Interventions familiales dans la gestion de la dépression

La thérapie familiale systémique peut aider à réduire les tensions et améliorer la communication, identifier les schémas relationnels dysfonctionnels, et favoriser un soutien mutuel au sein de la famille.

La psychoéducation familiale peut fournir des connaissances sur la dépression, et aider la famille à comprendre les symptômes et à éviter les malentendus. Ce qui participe à réduire des émotions négatives exprimées (critiques, rejet), et à l'amélioration de la capacité d'adaptation des proches.

Les groupes de soutien pour familles offrent un espace où les membres peuvent partager leurs expériences, apprendre de nouvelles stratégies d'adaptation, et se sentir moins isolés.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être adaptée pour inclure la participation des proches. La thérapie interpersonnelle (TIP) met l'accent sur les relations et les interactions sociales, en travaillant sur les conflits familiaux.

Les stratégies de prévention suivantes peuvent être déployer en amant :

1. Encourager des interactions positives dès l'enfance.
2. Proposer un soutien psychologique précoce pour les familles à risque.
3. Sensibiliser les familles aux facteurs de risque et aux signes précoces de dépression.

Facteurs familiaux de protection

1. Communication ouverte et respectueuse : Les échanges sains renforcent la résilience familiale.
2. Relations d'attachement sécurisant : Des relations stables et aimantes réduisent les risques de troubles dépressifs.
3. Soutien mutuel : Une famille soudée est une ressource essentielle face aux défis de la dépression.

La dépression ne touche pas uniquement l'individu concerné, mais également sa famille. Si certaines dynamiques familiales peuvent exacerber les symptômes, la famille représente également une ressource clé dans le processus de rétablissement. Un accompagnement thérapeutique, combiné à une éducation adaptée des familles, peut

favoriser une gestion optimale de la dépression et améliorer les relations familiales (Munichin, 1972).

4-3 Famille et trouble obsessionnel compulsif

Un nombre croissant de recherches ont examiné le rôle de la famille dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez l'enfant, en évaluant à la fois l'influence du contexte familial sur l'expression du TOC et l'impact des symptômes de l'enfant sur le fonctionnement familial. Il est évident que les influences familiales sur le TOC de l'enfant opèrent à plusieurs niveaux.

Le TOC à début précoce présente une forte composante génétique avec des estimations indiquant que jusqu'à 50 % des cas pédiatriques seraient de nature familiale. Par conséquent, il est très probable que les enfants atteints de TOC aient un parent souffrant de TOC ou d'autres troubles anxieux ou dépressifs. Ces parents peuvent non seulement transmettre des gènes prédisposant leurs enfants au TOC, mais également créer des environnements domestiques qui maintiennent ou aggravent les symptômes de l'enfant, soit en renforçant involontairement ou intentionnellement les peurs de l'enfant et ses comportements ritualisés ou évitants.

En plus de la psychopathologie parentale, les familles d'enfants atteints de TOC présentent plusieurs caractéristiques susceptibles de nuire à la réussite du traitement. Ces familles sont souvent directement impliquées dans les rituels de l'enfant, et les taux d'accommodement (c'est-à-dire la participation ou la facilitation des rituels) sont élevés. Les familles d'enfants atteints de TOC utilisent moins souvent des stratégies de résolution positive des problèmes et récompensent moins l'indépendance de leurs enfants par rapport aux familles d'enfants non atteints. Elles manifestent également moins de chaleur, des taux plus élevés d'émotions exprimées et des conflits parents-enfants plus fréquents.

De plus, les enfants atteints de TOC ainsi que leurs parents rapportent que la maladie a un impact négatif significatif sur les relations parent-enfant et enfant-fratrie. Une faible cohésion familiale, des niveaux élevés de conflits familiaux et des reproches sont courants. De manière critique, il existe des preuves que ces caractéristiques peuvent interagir et rendre particulièrement difficile pour les parents de se désengager des symptômes du TOC de leur enfant.

Bien que peu étudié chez les jeunes atteints de TOC, le fonctionnement familial pourrait être un prédicteur important de la réponse initiale au traitement et des résultats à long terme. Certains auteurs ont constaté que la présence de psychopathologie parentale était associée à un moins bon pronostic à long terme chez les enfants atteints

de TOC, tandis qu'une forte réactivité émotionnelle et des perceptions familiales négatives concernant le TOC ont été associées à une moins bonne réponse au traitement chez les adultes atteints de ce trouble.

Plus récemment, d'autres auteurs ont découvert que la diminution de l'accommodement familial prédisait les résultats du traitement chez les jeunes recevant une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le TOC, et ce, même après avoir contrôlé la sévérité initiale des symptômes.

Bien que des auteurs aient conclu, à partir d'une étude à lignes de base multiples avec quatre participants, que l'implication parentale améliore la réponse de l'enfant au traitement, et bien que l'implication de la famille dans le traitement ait été recommandée par un consensus d'experts (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), le bénéfice supplémentaire d'impliquer les parents ou d'autres membres de la famille dans le traitement du TOC chez l'enfant reste à être pleinement évalué dans une étude contrôlée randomisée.

Cette question est particulièrement importante étant donné que presque tous les protocoles de TCC manuels pour le TOC chez l'enfant intègrent un certain degré d'implication familiale. Les travaux futurs devront examiner si la dose, le format ou les cibles de l'implication familiale influencent les résultats, et envisager des modérateurs potentiels de ces effets. Par exemple, la recherche sur le traitement de l'anxiété chez l'enfant suggère que les interventions centrées sur la famille peuvent améliorer les résultats (par rapport à une TCC individuelle pour l'enfant) lorsque les deux parents souffrent d'un trouble anxieux, mais que les deux formats de traitement produisent par ailleurs des résultats comparables.

Néanmoins, dans les situations où le TOC de l'enfant est compliqué par un TOC parental ou fraternel, ou par d'autres psychopathologies, un schéma négatif d'interaction parent-enfant ou d'autres aspects dysfonctionnels de l'environnement familial, un certain niveau de participation de la famille dans le traitement de l'enfant est probablement nécessaire.

La nature exacte de l'intervention familiale varie selon les cas, mais les cibles les plus importantes incluent : corriger les attributions négatives à propos de l'enfant affecté, réduire l'implication des parents et/ou des frères et sœurs dans les symptômes du TOC de l'enfant, minimiser le renforcement des comportements d'évitement de l'enfant, et améliorer les stratégies de communication et de résolution de problèmes au sein de la famille (Kendall, 2012).

4-4 Famille et trauma

Le traumatisme (ou trauma) peut être défini comme un événement ou une série d'événements profondément perturbants, dépassant les capacités d'adaptation d'un individu. Lorsque ce traumatisme s'inscrit dans le cadre familial, il affecte non seulement la personne directement touchée, mais aussi l'ensemble du système familial. Les familles peuvent à la fois contribuer à la résilience face au traumatisme ou, dans certains cas, perpétuer ou aggraver ses effets.

Les traumatismes vécus par un membre de la famille, comme la guerre, la migration forcée ou des abus, peuvent être transmis aux générations suivantes, parfois sans que ces dernières en soient conscientes. Cette transmission s'opère par : les comportements (peur excessive, contrôle, silence), les récits ou les non-dits familiaux, les traumatismes non résolus qui s'expriment sous forme de symptômes chez les descendants.

Le trauma peut perturber les interactions familiales en modifiant les rôles familiaux (un enfant devenant « parentifié », par exemple), en créant des tensions, des conflits ou des alliances dysfonctionnelles, et en favorisant des attitudes surprotectrices ou des comportements de distance émotionnelle.

Au sein de la famille, le trauma peut avoir des effets émotionnels et psychologiques. Ainsi, il peut engendrer le stress chronique ou un état d'hypervigilance chez les membres de la famille, un sentiment d'impuissance ou de culpabilité partagée, un risque accru de troubles anxieux, dépressifs ou de stress post-traumatique (Cyrulnik, 1999).

Les traumatismes familiaux peuvent prendre des formes spécifiques, à savoir :

1. Traumatismes collectifs :
 - Exemples : Guerre, migration forcée, génocides.
 - Ces traumatismes affectent plusieurs générations à travers des pertes identitaires, des ruptures culturelles ou des sentiments d'exil psychique.
2. Abus ou violences intrafamiliales :
 - Le trauma est souvent associé à un sentiment de trahison, car il provient d'un membre censé protéger.
 - Impact sur les relations de confiance futures.
3. Deuils complexes :

La perte traumatique d'un proche (suicide, accident brutal) peut laisser des cicatrices profondes dans la dynamique familiale.

Les réponses de la famille au traumatisme

1. Facteurs de résilience :
 - Support familial : La solidarité et le soutien émotionnel peuvent atténuer les effets du trauma.
 - Narration partagée : Parler du traumatisme et le contextualiser permet souvent une meilleure compréhension et intégration.
 - Ressources extérieures : Recours à des réseaux sociaux, communautaires ou professionnels.
2. Facteurs aggravants :
 - Silence et non-dits : Éviter de parler du traumatisme peut renforcer les tensions et les transmissions inconscientes.
 - Reproduction des schémas traumatiques : Une famille peut, sans en être consciente, répéter les cycles de violence ou de maltraitance.
 - Isolement familial : Une fermeture excessive aux autres peut priver la famille des ressources nécessaires pour faire face.

Approches thérapeutiques et interventions

1. Thérapie systémique familiale :
 - L'objectif est d'explorer les dynamiques relationnelles et les impacts du traumatisme sur l'ensemble de la famille.
 - Travail sur les récits familiaux pour mettre à jour les non-dits ou les secrets de famille.
2. Thérapie transgénérationnelle :
 - Inspirée par des auteurs comme Anne Ancelin Schützenberger, cette approche met l'accent sur la compréhension des transmissions inconscientes et répétitions à travers les générations.
3. Thérapie narrative :
 - Permet de reconstruire un récit autour du traumatisme, en intégrant les différentes perspectives des membres de la famille.
4. Travail individuel et familial :
 - Accompagnement de chaque membre affecté tout en maintenant une approche systémique globale.
 - Approches spécifiques pour les enfants traumatisés (jeux thérapeutiques, EMDR).

En plus de ces approches thérapeutiques, les stratégies suivantes pour la résilience familiale peuvent être utilisées :

1. Encourager l'expression des émotions dans un cadre sécurisé.

2. Reconnaître les forces et les ressources de la famille pour affronter le trauma.
3. Rechercher une aide professionnelle pour briser les cycles traumatiques.
4. S'engager dans des activités favorisant le bien-être collectif (rituels, traditions, activités familiales).

4-5 Famille et schizophrénie

La schizophrénie est une maladie mentale complexe et chronique qui affecte non seulement l'individu touché, mais aussi son environnement familial. La famille joue un rôle central dans la gestion de la maladie, à travers son soutien émotionnel, sa participation aux soins et son influence sur l'évolution du trouble. Cependant, elle peut aussi être source de stress ou de conflits, influençant le cours de la maladie.

La schizophrénie est un trouble psychotique caractérisé par des symptômes positifs (hallucinations, délires, pensées désorganisées), des symptômes négatifs (apathie, isolement social, difficulté à exprimer des émotions), et des troubles cognitifs (problèmes de mémoire, de concentration et de prise de décision).

Le rôle de la famille dans la schizophrénie

La famille est impliquée à différents niveaux, ce qui peut avoir des effets bénéfiques ou délétères sur l'évolution de la maladie.

Parmi les facteurs familiaux influençant la schizophrénie, nous notons en premier lieu la communication dysfonctionnelle. Les interactions intrafamiliales marquées par des contradictions, un manque de clarté ou des conflits peuvent exacerber les symptômes schizophréniques. Comme nous l'explique la théorie de la double contrainte, les messages contradictoires envoyés à une personne vulnérable peuvent contribuer au développement de troubles psychotiques.

Un autre facteur est la charge émotionnelle exprimée. En effet, un niveau élevé d'émotions exprimées dans la famille (critique excessive, sur-implication émotionnelle) est associé à un risque accru de rechutes.

Le stress familial peut également influencer le patient schizophrénique. Les familles confrontées à un membre atteint de schizophrénie peuvent éprouver un stress intense, ce qui peut détériorer la dynamique familiale et aggraver la symptomatologie.

Les impacts de la schizophrénie sur la famille

Mais, d'un autre côté la schizophrénie peut impacter également la famille et ses membres en engendrant par exemple un stress et un épuisement chez ces derniers. La

gestion quotidienne des symptômes du malade peut générer un épuisement émotionnel et physique chez les membres de la famille. Certains membres de la famille peuvent développer des troubles anxieux ou dépressifs.

La stigmatisation associée à la schizophrénie affecte souvent les familles, qui peuvent se sentir isolées ou incomprises.

Enfin, les conflits familiaux. La répartition inégale des responsabilités et la difficulté à comprendre la maladie peuvent engendrer des tensions entre les membres de la famille.

Les rôles protecteurs de la famille

La famille joue un rôle protecteur majeur dans la schizophrénie en offrant d'abord un soutien émotionnel d'une grande importance au membre malade. Les familles qui offrent un soutien affectif sans être surprotectrices peuvent contribuer à une meilleure stabilité du patient.

Elle joue aussi un rôle majeur dans la participation au traitement. Les familles qui s'impliquent activement dans le processus thérapeutique (thérapie familiale, psychoéducation) aident à prévenir les rechutes et à améliorer l'adhésion au traitement.

Enfin, la famille favorise la création d'un environnement stable. Un environnement familial calme et structuré favorise la gestion des symptômes et réduit le risque de crises.

Les interventions familiales en schizophrénie

Les approches thérapeutiques visant à intégrer la famille dans la prise en charge sont essentielles pour améliorer les résultats cliniques.

Vient en première position la psychoéducation familiale dont l'objectif est d'informer la famille sur la schizophrénie (symptômes, traitements, gestion du stress). Cela aide à la réduction des émotions exprimées, diminution des rechutes, amélioration de la qualité de vie.

Les thérapies familiales peuvent beaucoup aider. Elles contribuent à améliorer la communication et les relations familiales. Par exemple, les thérapies systémiques mettent l'accent sur les interactions familiales et leur rôle dans la gestion des symptômes.

Le soutien aux aidants familiaux est aussi une pratique thérapeutique dans ce champ d'intervention. Les groupes de soutien pour les aidants permettent de partager des expériences, de réduire l'isolement et d'acquérir des compétences pour gérer la maladie (Minuchin, 1974).

En guise de conclusion, la famille occupe une place centrale dans le vécu et la gestion de la schizophrénie. Si les dynamiques familiales peuvent parfois exacerber les difficultés, elles peuvent aussi jouer un rôle protecteur lorsqu'elles sont bien encadrées. Les approches thérapeutiques intégratives, qui incluent la famille dans le processus de soin, sont donc essentielles pour une prise en charge globale et efficace.

4-6 Famille et trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur complexe et chronique qui se caractérise par l'alternance d'épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et dépressifs. Il a un impact considérable sur la vie du patient, mais aussi sur son entourage, en particulier sur sa famille. Le rôle de la famille est essentiel dans la reconnaissance, la gestion et la stabilisation des symptômes.

Le trouble bipolaire se divise en plusieurs types. Le type I comporte des épisodes maniaques sévères et souvent des épisodes dépressifs majeurs. Le type II comporte des épisodes dépressifs majeurs et des épisodes hypomaniaques. Enfin, la cyclothymie est une alternance rapide entre des symptômes d'intensité modérée.

Quant aux symptômes principaux de ce trouble, ils englobent la manie et la dépression. La manie se caractérise par une euphorie, une hyperactivité, et une diminution du besoin de sommeil, avec impulsivité et idées grandioses. La dépression se caractérise par une tristesse intense, une perte d'énergie, des troubles du sommeil, et des idées suicidaires.

Pour une description sémiologique détaillée du trouble bipolaire et de du trouble schizophrénique, l'étudiant peut se référer au DSM5.

Facteurs de risque et de protection dans la famille

Facteurs de risque familiaux

1. Niveau élevé d'émotions exprimées (EE) : critiques, hostilité ou surimplication émotionnelle.
2. Conflits familiaux non résolus.
3. Absence de soutien ou d'éducation sur la maladie.

Facteurs de protection familiaux

1. Communication ouverte et respectueuse.
2. Soutien émotionnel inconditionnel.
3. Participation active à la psychoéducation et au suivi thérapeutique.

Impact du trouble bipolaire sur la famille

Le trouble bipolaire engendre des conséquences émotionnelles considérables chez les membres de la famille du malade atteint. Il provoque stress et anxiété car les membres de la famille s'inquiètent des changements soudains d'humeur et des comportements imprévisibles du patient.

Une autre conséquence émotionnelle souvent remarquée est le sentiment de culpabilité. Certains membres de la famille peuvent se sentir responsables de l'apparition ou de l'évolution du trouble.

L'épuisement émotionnel est une autre conséquence émotionnelle de ce trouble. La gestion des crises (manie ou dépression) peut entraîner une fatigue psychologique.

Le trouble bipolaire peut impacter également les relations familiales en étant à l'origine de conflits fréquents entre les membres de la famille. Les comportements impulsifs ou irritables lors des épisodes maniaques peuvent générer des tensions. Ce trouble peut participer aussi à l'isolement familial (la stigmatisation du trouble mental peut isoler la famille socialement), et à la rupture de la dynamique familiale (les rôles au sein de la famille peuvent être modifiés, créant un déséquilibre).

Enfin, il ne faut pas oublier de rappeler les conséquences financières qu'engendre ce trouble. Les dépenses liées aux traitements, hospitalisations et absences professionnelles du patient peuvent constituer une charge financière importante pour la famille.

Le rôle de la famille dans la gestion du trouble bipolaire

Comme dans le trouble schizophrénique, le premier rôle de la famille dans la gestion du trouble bipolaire est le soutien émotionnel du patient. La famille joue un rôle crucial en fournissant un environnement émotionnel stable et en encourageant l'adhésion aux traitements.

Mais, les membres peuvent participer au traitement à travers l'observation des symptômes. Les membres de la famille sont souvent les premiers à identifier les premiers signes d'un épisode maniaque ou dépressif. Ensuite, à travers la

communication avec les professionnels de santé. Ils peuvent ainsi fournir des informations importantes sur le comportement et l'évolution du patient.

Compte tenu des circonstances de leur apparition, les membres de la famille sont les premiers à intervenir pour la gestion des crises. Lors des crises maniaques, la famille peut aider à limiter les comportements risqués (dépenses excessives, comportements dangereux). Lors des crises dépressives, la vigilance face aux idées suicidaires est essentielle, et les membres de la famille peuvent aider à obtenir un soutien médical immédiat.

Les interventions familiales

Pour aider la famille à mieux gérer la maladie, plusieurs approches thérapeutiques sont recommandées :

La psychoéducation familiale : ses objectifs sont d'informer sur le trouble bipolaire (symptômes, traitements, gestion du stress) et de sensibiliser la famille aux signes de rechute. Cela aide à la réduction des émotions exprimées (critique excessive, surprotection) et à la diminution des rechutes.

Les thérapies familiales : ces thérapies aident à améliorer la communication et à résoudre les conflits intrafamiliaux. Elles mettent également l'accent sur la répartition des responsabilités dans la gestion de la maladie.

Les groupes de soutien pour aidants familiaux : les familles peuvent partager leurs expériences, apprendre de nouvelles stratégies de gestion et se sentir moins isolées.

Programmes d'intervention en cas de crise : ces programmes enseignent aux familles comment réagir efficacement face aux épisodes aigus de manie ou de dépression.

La famille joue un rôle central dans la gestion du trouble bipolaire. Si elle peut être affectée par la maladie, elle peut aussi constituer un pilier pour le patient en favorisant la stabilité et la prévention des rechutes. Un accompagnement adapté, tant pour le patient que pour sa famille, est essentiel pour améliorer la qualité de vie de tous les membres (Miklowitz & Goldstein, 1997).

4-7 Famille et toxicomanie

La toxicomanie, définie comme la dépendance pathologique à une ou plusieurs substances psychoactives, affecte non seulement l'individu, mais aussi tout son

environnement, en particulier la famille. Les dynamiques familiales jouent un rôle crucial dans l'émergence, le maintien et la prise en charge de cette problématique.

La toxicomanie est un trouble chronique caractérisé par la consommation compulsive de substances psychoactives malgré leurs conséquences néfastes sur la santé, la vie sociale, et professionnelle.

On a répertorié plusieurs facteurs de risque associés à la toxicomanie. On a identifié des facteurs individuels (vulnérabilité génétique, troubles de santé mentale (anxiété, dépression), impulsivité), des facteurs familiaux (dysfonctionnements familiaux, manque de supervision parentale, et antécédents familiaux de dépendance), et facteurs sociaux (pauvreté, marginalisation, influence des pairs).

Ces facteurs de risque sont contrecarrés par les facteurs de protection suivants :

1. Relations familiales solides.
2. Communication ouverte et respectueuse.
3. Supervision parentale adéquate.
4. Participation active aux activités de prévention.

Impact de la toxicomanie sur la famille

La toxicomanie a des conséquences émotionnelles, familiales et financières considérables. Elle peut être à l'origine d'un stress intense au sein de la famille. Cette dernière peut être submergée par l'inquiétude et l'incertitude liées au comportement de la personne dépendante. Mais aussi, par la culpabilité (certains membres peuvent se sentir responsables de la dépendance), et la colère et le ressentiment (les promesses non tenues, les comportements destructeurs et les abus peuvent engendrer des conflits).

La toxicomanie crée des dysfonctionnements familiaux. Les rôles familiaux peuvent être altérés dans la mesure où les enfants peuvent assumer des responsabilités d'adultes (parentification), et les parents peuvent surprotéger ou, à l'inverse, se détacher émotionnellement.

La consommation de substances peut entraîner des comportements violents ou abusifs au sein de la famille. La stigmatisation liée à la toxicomanie peut isoler la famille du reste de la société. Les dépenses liées à la consommation (achats de substances, traitement médical) et les pertes financières dues à l'incapacité de travail de l'individu.

Rôle de la famille dans la toxicomanie

La famille peut être un facteur de risque ou un facteur de protection dans le développement de la toxicomanie. Ainsi, les dynamiques familiales dysfonctionnelles, telles que les conflits chroniques, la négligence ou une communication inadéquate, peuvent contribuer à l'apparition du trouble.

Par contre, la famille peut jouer un rôle dans la récupération à travers le soutien émotionnel, la participation au traitement et la psychoéducation. Dans ce cadre, elle peut offrir un environnement stable, facteur clé de rétablissement. Elle peut collaborer avec les professionnels de santé pour élaborer un plan de soins comme les thérapies familiales qui permettent de restaurer les relations endommagées et la psychoéducation qui contribue à comprendre la toxicomanie, et permet à la famille de mieux soutenir le processus de rétablissement.

Interventions thérapeutiques et familiales

Plusieurs interventions thérapeutiques ont été élaborées dans ce cadre. La thérapie familiale systémique est l'une des approches pionnières. Cette approche examine les relations au sein de la famille et leur rôle dans le maintien ou la résolution de la dépendance. Elle vise à améliorer la communication, réduire les conflits, et renforcer les relations saines.

La psychoéducation familiale informe sur la nature de la toxicomanie, enseigne des stratégies pour éviter les comportements codépendants, et aide à promouvoir des attitudes favorisant le rétablissement.

Les programmes d'intervention familiale, comme l'intervention Johnson, visent à encourager la personne dépendante à accepter un traitement grâce au soutien collectif de la famille.

Enfin, les groupes de soutien pour familles : les groupes tels qu'Al-Anon offrent un espace sécurisé où les familles peuvent partager leurs expériences et apprendre des stratégies d'adaptation (Kellerhals & Montandon, 1991).

La toxicomanie est un problème complexe qui implique des interactions multiples entre les facteurs individuels, familiaux et sociaux. Bien que la famille puisse parfois jouer un rôle dans l'émergence du trouble, elle représente également une ressource clé pour le rétablissement. Un accompagnement adapté, incluant des interventions familiales, est crucial pour soutenir à la fois la personne dépendante et son entourage.

4-8 Famille et troubles de personnalité

Les troubles de la personnalité se définissent comme des modes durables de pensées, de comportements et d'interactions qui dévient de manière significative des attentes culturelles. Ces troubles affectent non seulement l'individu, mais également son environnement, notamment sa famille. La famille, en tant que premier cercle social, joue un rôle crucial dans la compréhension, le maintien ou l'amélioration de ces troubles.

Un trouble de la personnalité est un modèle persistant de comportements, d'émotions et de relations interpersonnelles qui cause une souffrance significative ou une altération du fonctionnement. Ces traits rigides se manifestent dans diverses situations personnelles et sociales.

Dans le DSM5, les troubles de personnalité sont regroupés en trois clusters :

1. Cluster A (comportements étranges ou excentriques) :
 - Personnalité paranoïaque, schizoïde, schizotypique.
2. Cluster B (comportements dramatiques, émotionnels ou erratiques) :
 - Personnalité borderline, narcissique, histrionique, antisociale.
3. Cluster C (comportements anxieux ou craintifs) :
 - Personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive.

Facteurs de risque et de protection dans la famille

Facteurs de risque familiaux

1. Traumatismes intergénérationnels : les patterns de dysfonctionnement peuvent se transmettre au fil des générations.
2. Conflits chroniques : les relations conflictuelles exacerbent les symptômes.
3. Manque de soutien ou d'éducation sur le trouble : une incompréhension du trouble peut aggraver les tensions familiales.

Facteurs de protection familiaux

1. Environnement familial stable : une structure familiale équilibrée favorise un meilleur pronostic.
2. Attachement sécurisé : des relations basées sur la confiance et la compréhension peuvent améliorer la régulation émotionnelle.
3. Participation aux thérapies : l'implication active des familles dans le processus thérapeutique favorise la gestion des symptômes.

Impact des troubles de la personnalité sur la famille

Conséquences émotionnelles

Ce groupe de trouble provoque un stress chronique. Les comportements imprévisibles ou excessifs de la personne affectée peuvent générer une anxiété constante. Avec le temps un épuisement émotionnel peut s'installer. Les membres de la famille peuvent se sentir submergés par leurs responsabilités émotionnelles.

La famille peut se sentir responsable de l'état de l'individu ou croire qu'elle aurait pu prévenir le trouble, ce qui mène à un sentiment de culpabilité.

Relations dysfonctionnelles

On assiste à des conflits fréquents. Les troubles de la personnalité, en particulier ceux du cluster B, entraînent des interactions marquées par des conflits intenses ou des ruptures relationnelles. On peut assister aussi à une rupture de la communication. Les membres de la famille peuvent se replier sur eux-mêmes pour éviter les confrontations.

Stigmatisation et isolement social

La stigmatisation associée aux troubles de la personnalité peut pousser la famille à se couper de son réseau social pour éviter les jugements.

Impacts financiers

Les soins prolongés, les thérapies et les hospitalisations nécessaires pour les personnes atteintes peuvent représenter une charge financière importante.

Rôle de la famille dans les troubles de la personnalité

Rôle dans l'apparition du trouble

Certaines études suggèrent que les dynamiques familiales dysfonctionnelles peuvent être un facteur de risque :

1. Traumatismes précoces (abus, négligence).
2. Relations parentales instables ou ambivalentes.
3. Modèles d'attachement insécures (attachement anxieux ou évitant).
- 4.

Rôle dans la gestion et la récupération

1. Soutien émotionnel : Offrir un environnement familial stable et empathique peut aider à réduire les symptômes.
2. Observation des symptômes : la famille joue un rôle clé dans la détection des signes de crise ou de comportements à risque (automutilation, agressivité).
3. Encouragement de l'adhésion au traitement : la famille peut aider à assurer une continuité dans les soins (thérapie, médication).

. Interventions thérapeutiques pour les troubles de la personnalité et leur famille

Thérapie familiale systémique : cette thérapie vise les objectifs suivants :

- Réduire les tensions familiales.
- Améliorer la communication.
- Développer des stratégies pour gérer les comportements dysfonctionnels.

Psychoéducation familiale : elle vise à :

- Fournir des connaissances sur les troubles de la personnalité.
- Enseigner des outils pour gérer les situations difficiles (régulation émotionnelle, gestion des conflits).

Cela, peut en effet contribuer à la réduction des malentendus et des émotions négatives exprimées (hostilité, critiques).

Thérapie dialectique-comportementale (TDC) pour les familles

Particulièrement utilisée pour les troubles borderline, la TDC apprend aux familles :

1. À réguler leurs propres émotions face aux comportements de l'individu.
2. À soutenir efficacement le patient sans renforcer les comportements dysfonctionnels.

Groupes de soutien pour familles

Des organisations comme les groupes de soutien (par exemple, l'Association des Familles de Malades Mentaux) permettent aux familles de partager leurs expériences et de se soutenir mutuellement.

La famille joue un rôle central dans l'émergence, le maintien et la gestion des troubles de la personnalité. Bien que ces troubles puissent engendrer des tensions et des dysfonctionnements familiaux, un accompagnement thérapeutique adapté, incluant des

interventions spécifiques pour les familles, peut grandement améliorer la qualité de vie de tous les membres. Il est essentiel de promouvoir une compréhension accrue des troubles de la personnalité pour réduire la stigmatisation et renforcer le soutien familial (Bergeret, 2004 ; Minuchin, 1974).

4-9 Famille et troubles externalisés

Les troubles externalisés regroupent des comportements perturbateurs, impulsifs et agressifs qui affectent les relations interpersonnelles, le fonctionnement social et scolaire. Ces troubles, souvent diagnostiqués chez les enfants et les adolescents, sont étroitement liés à l'environnement familial, qui joue un rôle central dans leur émergence, leur maintien et leur gestion.

Les troubles externalisés se caractérisent par des comportements dirigés vers l'extérieur, tels que l'agressivité, la désobéissance ou l'hyperactivité, et se distinguent des troubles internalisés (anxiété, dépression) qui affectent principalement l'individu lui-même.

Voilà comment ils sont classifiés dans le DSM5 :

1. Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) :
 - Caractérisé par une irritabilité persistante, une attitude provocatrice et une défiance envers l'autorité.
2. Trouble des conduites (TC) :
 - Comportements antisociaux persistants, tels que l'agressivité envers les autres, la destruction de biens ou la violation des règles sociales.
3. Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) :
 - Impulsivité, inattention et hyperactivité qui perturbent le fonctionnement quotidien.

Facteurs familiaux impliqués dans les troubles externalisés

Il paraît que la famille peut jouer un rôle dans l'apparition des troubles externalisés. Ainsi, sur le plan de la dynamique relationnelle parent-enfant, un attachement insécure peut favoriser l'apparition de comportements agressifs. Des pratiques éducatives inadaptées peuvent être à l'origine d'une discipline incohérente (exemple : alternance entre permissivité et punitions excessives). Des modèles parentaux violents ou inadéquats peuvent aussi donner lieu à des perturbations de ce genre chez les enfants.

Le stress familial peut être impliqué comme facteur de risque. Les conflits conjugaux, la séparation ou le divorce augmentent le risque de troubles externalisés chez les enfants.

La famille peut jouer aussi un rôle dans le maintien des troubles car les interactions conflictuelles et les disputes fréquentes renforcent les comportements perturbateurs.

Les enfants exposés à des comportements antisociaux au sein de la famille peuvent les imiter (modélisation des comportements).

Impact des troubles externalisés sur la famille

Conflits relationnels : les troubles externalisés entraînent souvent des tensions importantes entre l'enfant et ses parents ou fratries.

Stress parental : les comportements perturbateurs génèrent un épuisement émotionnel, une anxiété parentale, et parfois un sentiment d'échec éducatif.

Isolement social : les familles peuvent se retirer de leur cercle social en raison de la stigmatisation associée au comportement de l'enfant.

Interventions thérapeutiques ciblant la famille

Thérapie familiale systémique : cette thérapie permet de comprendre les dynamiques familiales contribuant au trouble et réduire les tensions et améliorer les relations. Ainsi, elle favorise un changement collectif plutôt qu'individuel.

Programmes de parentalité positive : ils permettent d'apprendre aux parents à gérer les comportements problématiques de manière constructive.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : pour l'enfant, elle renforce la régulation émotionnelle et la gestion de la colère ; pour les parents, elle éduque sur les techniques de gestion des comportements problématiques (renforcements positifs, techniques de discipline).

Interventions scolaires intégrées : il s'agit de la collaboration entre la famille et l'école pour établir une cohérence dans la gestion des comportements.

Approches préventives

Cette approche est destinée au soutien précoce aux familles à risque. En effet, les familles vivant dans des environnements stressants ou précaires bénéficient de programmes d'éducation parentale préventifs.

Elle se charge aussi de dépistage et intervention précoces. Identifier les comportements perturbateurs dès la petite enfance permet de limiter leur progression vers des troubles graves.

Et de la sensibilisation des parents et enseignants. Fournir une formation sur les troubles externalisés pour mieux comprendre et gérer ces comportements.

Les troubles externalisés ne concernent pas seulement l'individu affecté, mais également l'ensemble de la dynamique familiale. Si certaines caractéristiques familiales peuvent favoriser ou maintenir ces troubles, la famille constitue également une ressource clé pour leur gestion et leur résolution. Les interventions thérapeutiques ciblant la famille offrent des opportunités de renforcer les liens, d'améliorer les compétences parentales et de promouvoir le bien-être collectif (Bowlby, 1980 ; Minuchin, 1974).

5- Le paradigme familial

5-1 Emergence et développement du paradigme familial

La thérapie familiale, dont les fondements furent élaborés aux Etats-Unis dans les années 1950 par les chercheurs du Mental Research Institute de Palo Alto, n'a pas pour objet de soigner un individu, quelle que soit son étiquette nosographique, mais le groupe familial dans son ensemble. Considérant que cet individu est indissociable de sa famille et que sa symptomatologie, support des tensions familiales, est engendrée et/ou maintenue par l'ensemble des relations avec les parents, les frères et sœurs, la thérapie familiale s'adresse à la famille entière. Tous les parents disponibles assistent et participent aux séances de thérapie, et l'effort du thérapeute porte non sur la réduction du symptôme de tel ou tel membre désigné comme malade, mais sur le fonctionnement même de cette famille, fonctionnement qu'il postule défectueux et donc pathogène.

Ce changement radical d'orientation de la psychothérapie, précédemment centrée sur l'individu, résulte de l'évolution rapide de la psychiatrie aux Etats-Unis, indépendante depuis longtemps de la neurologie et toujours très sensible aux données issues de la vie des groupes. Soutenus par des fonds de recherche considérables, de nombreux psychiatres américains s'intéressèrent à la pathologie familiale qu'une série d'observations convergentes relevées par nombre de thérapeutes au cours de leur pratique désignait comme un thème majeur de recherche et de réflexion, Ils furent suivis par d'autres praticiens, tels les travailleurs sociaux.

Parmi les observations troublantes, constamment signalées à propos des thérapies individuelles, figurent au premier chef les essais d'intervention des membres de la famille dans le traitement de leur malade. Les parents offrent au thérapeute des conseils sur le traitement qui conviendrait au patient, des informations sur sa vie et une aide ambivalente ou maladroite. Ils se plaignent du traitement en cours ou le critiquent, cherchent à s'introduire dans le processus thérapeutique ou essaient de le saboter. Derrière ces interventions réitérées, jugées intempestives par la psychiatrie classique, les pionniers de la thérapie familiale reconnaissent l'expression de la souffrance de la famille entière et son appel à l'aide.

La place de la maladie dans la famille

Deux autres séries de phénomènes d'observation courante témoignent de l'interdépendance psychologique des membres à l'intérieur de la famille. Les patients psychotiques, isolés ou hospitalisés loin de leur famille et dont l'état mental s'améliore, vont souvent plus mal, régressent ou rechutent de façon catastrophique après la visite, la lettre ou le coup de téléphone d'un membre de leur famille., il en est souvent de même lorsqu'ils réintègrent le foyer familial après l'hospitalisation. On note aussi que les progrès et l'amélioration évidents d'un patient s'accompagnent souvent d'une dégradation de l'état psychique d'un ou de plusieurs autres membres de la famille. L'interdépendance au sein de la famille se double de surcroît de complicité tacite : les patients, longtemps considérés comme victimes de leur famille, semblent en fait perpétuer ce rôle de victime auquel ils se prêtent et sont, d'autre part, aptes à martyriser en retour leur famille.

Enfin, il était connu depuis longtemps déjà que les thérapies individuelles entraînent des modifications du comportement au niveau de la famille du patient traité. En ce cas, ce patient porte seul la charge du changement familial et subit, de ce fait, une critique et une pression accrues de la part des autres membres de la famille, ce qui peut constituer un frein ou une entrave à son évolution.

Tous ces faits, connus de longue date, demeuraient en suspens, car on ne savait quelle conclusion théorique et quelle utilisation pratique en tirer. Dès les années 1930 cependant, les thérapeutes du mouvement Child Guidance avaient reconnu la nature interpersonnelle des maladies mentales et traitaient parallèlement la mère et l'enfant porteur du symptôme. Ils s'aperçurent ensuite de la nécessité d'inclure le père dans le traitement., mais, dans l'ensemble, la plupart des pères se dérobaient. Selon les observations des thérapeutes de Child Guidance, le fait que les parents soient affectivement proches l'un de l'autre et qu'ils s'investissent mutuellement plus qu'ils n'investissent sur l'enfant influe favorablement sur le traitement de l'enfant. Par contre, lorsque les parents sont affectivement divorcés et que l'un d'eux est trop

branché, trop axé sur l'enfant, les effets positifs du traitement de l'enfant sont moindres ou nuls.

Envisageant l'ensemble de ces faits selon une optique dégagée des présupposés de la psychiatrie classique individuelle et de la psychanalyse, les chercheurs américains parvinrent à cette conclusion inévitable : la famille se comporte comme une entité qui cherche à réaliser et à maintenir un équilibre entre ses membres. Le symptôme du patient, identifié comme tel dans sa famille, sert une fonction familiale aussi bien qu'individuelle.

Dans son ouvrage « Thérapie du couple et de la famille », Virginia Satir développe un autre postulat de la thérapie familiale : le principal facteur générateur de symptômes chez l'enfant est une relation conjugale « dysfonctionnelle ». Lorsque les parents, « architectes de la famille », sont déçus l'un de l'autre et malheureux dans leur relation mutuelle, ils transmettent à leurs enfants une vision du monde affectée par leurs sentiments d'inquiétude, de confusion, de vide ou de désespoir. De plus, au lieu de s'aider mutuellement à éduquer l'enfant et à le conduire vers sa propre autonomie, chacun des parents l'utilise à des fins propres, soit comme un allié potentiel contre son conjoint, soit comme un intermédiaire chargé de transmettre les messages que les conjoints ne peuvent échanger directement, soit encore comme un pacificateur. Enfin, chacun des parents tend à vivre l'enfant comme une extension de soi qui devra vouloir, penser et agir comme lui, réparer ses erreurs et réaliser les rêves et ambitions qu'il n'a pas pu mener à bien.

Lorsque de mauvaises relations conjugales entraînent de telles distorsions de relations entre parents et enfants, ces derniers se trouvent littéralement coincés entre les désirs, demandes et attentes contradictoires des parents. Dans cette situation, intolérable puisqu'ils n'en peuvent sortir sans courir le risque de perdre l'amour de l'un ou l'autre des parents, les enfants essaient toutefois de répondre à leurs désirs contraires. Ce faisant, ils développent un comportement pathologique reflétant et caricaturant les conflits qui divisent les parents.

Il n'est pas besoin de deux parents aux demandes contradictoires pour fixer l'enfant dans cette situation critique et pathogène., un parent unique peut y suffire. Dans un article fameux publié en 1936, « vers une théorie de la schizophrénie », les chefs de file de la thérapie familiale : Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jey Haley et John Weakland, ont mis en évidence le concept de « double bind ». Cette expression définit la situation d'un individu affronté à un message contradictoire qui comprend à la fois une injonction primaire négative et une injonction secondaire en conflit avec la première. Voici un exemple de situation de double contrainte proposée par les auteurs cités : « Un jeune homme bien remis d'un épisode schizophrénique aigu, a reçu à l'hôpital la visite de sa mère. Il était heureux de la revoir et, impulsivement, mis son

bras autour de ses épaules., aussitôt elle se raidit. Il retira son bras et elle demanda : "Tu ne m'aimes donc plus ?" Il rougit alors et elle a ajouta : "Mon chéri, tu ne devrais pas être aussi facilement embarrassé et effrayé par tes sentiments". Le patient ne put rester que quelques minutes avec elle et, dès son départ, il agressa un infirmier et dut être baigné. »

Comprendre les rapports de dépendance à l'intérieur de la famille

Selon la théorie proposée par les auteurs, la schizophrénie résulte de l'expérience prolongée de situations répétitives de double contrainte infligées à l'individu (l'enfant) par un ou des personnages (sa mère, ses parents) qui sont pour lui d'importance vitale. À partir de cette théorie, il était logique que la recherche se dirigeait vers une étude approfondie de la communication dans les familles et l'exploration des techniques possibles de thérapie familiale.

Travailler avec les familles nécessitait toutefois un modèle théorique qui prit en considération l'histoire préalable des membres de cette famille et les rapports de dépendance entre eux. Ce modèle allait être celui de la théorie générale des systèmes. Les thérapeutes de la famille qui adoptent le modèle conceptuel systémique n'utilisent pas l'interprétation psychanalytique qui se propose de reconduire les comportements déviants à leurs racines historiques causales. Fondée sur le modèle linguistique linéaire, l'interprétation psychanalytique doit accepter la notion que la réalité s'organise sur une base linéaire selon la logique cause-effet. Or le modèle linguistique n'est pas la réalité, qui est circulaire, au sens indiqué par la cybernétique, et qui présente une perpétuelle autorégulation réciproque. Chaque élément effectue une série de compensations actives (en réponse aux perturbations externes) et, simultanément, une adaptation rétroactive qui forme un système permanent d'adaptation-apprentissage.

La famille fonctionne souvent comme un système aux règles intangibles

La thérapie familiale emprunta donc à la théorie générale des systèmes deux concepts fondamentaux :

1. Chaque fois qu'un groupe de personnes partage intimement la même vie et les mêmes buts, formant un groupe naturel avec histoire (c'est le cas de la famille), ce groupe développe inévitablement des liens d'interactions typiques qui créent des modèles de fonctionnement particuliers. Ces modèles sont largement indépendants des caractéristiques personnelles de ceux qui composent le groupe.
2. La configuration de ces modalités particulières d'interactions s'effectue dans le temps à travers essais et erreurs. De ceux-ci et du tourbillon des réactions qui s'ensuivent, les membres du groupe apprennent les directives règlementant ce qui est permis et ce qui est défendu dans le rapport réciproque.

La famille, considérée comme système, s'autorégit grâce à des règles qui maintiennent une certaine stabilité. Ces règles tacites, fortement intériorisées par chacun des membres, constituent autant d'impératifs catégoriques dont les membres sont peu ou pas du tout conscients. En voici quelques exemples : « Les parents sont toujours d'accord », « Personne ne doit critiquer la mère », « Il faut toujours faire comme si tout allait bien, », etc.

La stabilité du système familial s'obtient au moyen de mécanismes de balance, dits « homéostatiques », qui assurent le statu quo. Lorsqu'une règle est enfreinte, ces mécanismes, qui jouent par le biais de la communication, tendent à remettre en action la règle transgressée afin que se rétablisse la situation antérieure. Si l'un des membres de la famille veut changer les modalités relationnelles, s'il s'en trouve toujours d'autres pour stabiliser le système. Les enfants et surtout les adolescents passent pour être des instigateurs de changements tandis que les mères sont plutôt les gardiennes du statu quo, ou homéostasie.

Le système familial peut être ouvert ou fermé. Dans le premier cas, les règles qui gouvernent la famille sont sujettes à des remaniements et à des modifications, et s'adaptent selon les besoins changeants des différents membres. Le système ouvert est favorable aux innovations. Par contre, dans le système familial fermé, les règles sont rigides, intangibles, car tout changement y est vécu comme une menace, et groupées de telle façon qu'il devient impossible de les modifier. Ce système est considéré comme pathologique dans la mesure où il interdit l'essor et l'évolution de ses membres, les relations de dépendance y sont si étroites qu'elles entraînent parfois la perte d'autonomie de certains membres.

Dans ces systèmes fermés, favorables à l'éclosion de symptômes, tous les membres participent à la désignation en leur sein du malade et font de lui le support des tensions collectives. La fonction de « bouc émissaire » est, consciemment ou non, acceptée par le patient. Ces observations étonnantes, sans cesse renouvelées dans l'expérience, fondent la thérapie familiale. La pathologie résidant au niveau de la relation du système familial, la thérapie doit porter sur cette relation.

La thérapie familiale s'appuie sur une théorie de la communication

Sur la théorie de la famille conçue comme un système se greffe la théorie de la communication, due elle aussi aux « associées de recherche » de Palo Alto et, en particulier, à la pensée profondément novatrice de l'anthropologue Gregory Bateson. En voici les principaux axiomes :

1. *On ne peut pas ne pas communiquer.* Quelle que soit notre conduite en présence d'autrui (parler, rire, froncer les sourcils, dormir ou se taire), elle a pour autrui valeur de communication.

2. *La communication est indispensable à la survie.* À travers elle, nous apprenons à différencier et à utiliser les objets en apprenant à les nombrer, à travers elle, nous apprenons au sujet des autres humains, d'entretenir des relations réciproques, et de savoir notre place parmi le groupe, etc.

3. *Toute communication est redéfinition perpétuelle des relations entre les participants.* Chaque parole, chaque comportement signifie : « Notre relation est telle que je parle et me comporte de telle façon face à vous ».

4. *Les règles, les infractions aux règles et les mécanismes homéostatiques n'opèrent qu'à travers la communication et sont décelables à travers elle.*

5. *Le message envoyé n'est pas forcément le message reçu,* cela pour des raisons multiples qui tiennent à la complexité de la communication. Une personne ne communique pas seulement par les mots, mais par ses gestes, ses expressions, les positions et les mouvements de son corps, les intonations et même sa façon de s'habiller.

En fait, la communication s'effectue à plusieurs niveaux. Ainsi, un message verbal comprend plusieurs éléments : un contenu (le message littéral envoyé), le contexte auquel se réfère le message envoyé, l'affect qui accompagne le message.

De telle sorte qu'un des trois éléments ou l'ensemble de ces trois éléments ont signification de « métacommunication », ou communication sur la communication.

Enfin, le message contient des implications définissant le type de relation qui lie l'émetteur et le récepteur.

La communication est toujours défectueuse dans les familles pathologiques

À chacun de ces niveaux, la communication peut être incomplète, confuse ou contradictoire. Une communication contradictoire simple est une communication où deux ou plusieurs messages sont envoyés dans une séquence au même niveau de communication, et ils sont en contradiction : « Viens, non va-t'en », crie d'un seul mot la mère à son enfant. Mais, lorsque des contradictions se produisent entre deux niveaux de communication, ceux-ci deviennent « non-congruents ». La communication non-congruente peut s'illustrer ainsi : « Viens plus près de moi », dit la mère à son enfant, tout en prenant un air absent. Pour satisfaire à la communication non-congruente émise par sa mère, l'enfant devrait à la fois s'approcher d'elle comme le lui demande le contenu littéral du message et se tenir à distance, car tel semble être le désir réel qu'exprime son visage absent (métacommunication). Il est placé en position de double contrainte.

De la prise en considération de ces différents axiomes découle le rôle premier du thérapeute de la famille dont l'action se concentre d'abord sur la communication,

toujours défectueuse dans les familles pathologiques. « Metacommunicateur », il travaille à rendre verbaux les messages non verbaux, à clarifier les messages confus, à dénouer les messages contradictoires, à orienter les messages vers leur véritable destinataire., il cherche à obtenir que chacun parle à son tour, que chacun parle pour son compte personnel et soit écouté et entendu de tous les autres membres. Il favorise l'expression des sentiments de deuil, de tristesse et de dépression, désigne les choses par leur nom exact et ne craint pas d'aborder les tabous.

Observant la famille dans son entier et dans son fonctionnement actuel, il aide à identifier les règles qui la régissent et les mécanismes homéostatiques qu'elle utilise pour maintenir le statu quo figé de son système. Ces règles et mécanismes étant en grande partie inconscients, son travail consiste d'abord à les découvrir puis à élaborer une stratégie afin de les modifier pour débloquer le système familial et permettre la reprise de l'évolution de ses membres. Pour ce faire, plusieurs tactiques sont possibles :

1. enfreindre lui-même la règle (en contrôlant le comportement insupportable de l'enfant, roi de la famille).
2. soutenir affectivement le membre qui transgresse une règle (en manifestant sa sympathie à la mère qui pleure dans une famille où l'expression des sentiments est interdite).
3. soutenir les membres de la famille effrayés lorsqu'une règle est enfreinte par l'un d'eux (en expliquant que les pleurs soulageront la tension intérieure de la mère).
4. rendre explicite la règle implicite après que celle-ci a commencé d'évoluer.
5. intervenir délibérément dès qu'une règle est enfreinte pour s'opposer à la mise en route des mécanismes homéostatiques (si l'enfant qui n'a pas droit à la parole ouvre la bouche, le thérapeute l'encourage avant qu'un autre membre de la famille ne s'empare de la parole pour parler au nom de cet enfant).

En fait, les techniques de thérapie familiale sont nombreuses et les possibilités d'intervention du thérapeute extrêmement variées. Dans la pratique, leur diversité reflète la diversité des formations professionnelles des thérapeutes : psychiatres, psychanalystes, éducateurs, psychologues, conseillers conjugaux, travailleurs sociaux, etc, et la diversité des contextes où a lieu la thérapie : hôpitaux psychiatriques, foyers de délinquants, dispensaires, CMPP, domicile personnel du thérapeute, etc. Les thérapeutes fonctionnent de préférence par équipe de deux ou quatre, ce qui facilite le recueil de l'information, accroît l'impact du groupe thérapeutique sur le groupe familial et permet le contrôle de l'action thérapeutique. Ils utilisent couramment magnétophone et vidéoscope pour pouvoir travailler sur documents à tête reposée,

ainsi que le miroir sans tain, derrière lequel se tiennent des observateurs, afin de s'assurer un contrôle et de permettre la formation de nouveaux thérapeutes.

D'autres techniques relèvent davantage de l'imagination et de l'inventivité de thérapeute au style très personnel qui, d'ailleurs, se décrivent et se définissent de façons très diverses : « analystes de la famille », « catalyseurs », « participants actifs », « facilitateurs » ou simplement « êtres humains attentifs et en retrait ». Selon leur tempérament et leurs options personnelles, ils utilisent les séances de thérapie familiale faites au domicile des familles, la combinaison de psychodrame et de thérapie familiale, le « repas familial » auquel le thérapeute convie la famille d'une anorexique, les expériences où le thérapeute vit avec la famille pendant plusieurs jours ou encore la « thérapie à impacts multiples » qui consiste à soumettre la famille à une série presque ininterrompue d'entretiens individuels et familiaux, avec un ou plusieurs thérapeutes pendant deux, trois ou quatre jours (Bonnafont, 1979, p.9 -13).

5-2 Théorie générale des systèmes

La théorie générale des systèmes a été développée par Ludwig von Bertalanffy. Elle propose une approche interdisciplinaire pour comprendre et analyser les systèmes complexes. Ainsi, cette théorie propose une méthodologie qui étudie les systèmes en tant qu'entités globales composées d'éléments interdépendants.

Dans cette perspective, un système est défini comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique.

Cette théorie trouve ses applications utilisées dans plusieurs disciplines comme la psychologie, la biologie, et la sociologie. Ses applications en psychologie consistent à étudier le comportement humain comme un système où les pensées, émotions et actions sont interdépendantes.

Pour ce faire, la théorie générale des systèmes propose un certain nombre de concepts fondamentaux comme systèmes ouverts et fermés, homéostasie, entropie, hiérarchie et emboîtement, totalité et émergence. Les systèmes fermés n'interagissent pas avec leur environnement, tandis que les systèmes ouverts échangent de l'énergie, de la matière et de l'information avec celui-ci. La plupart des systèmes vivants et sociaux sont ouverts.

La notion d'homéostasie signifie que les systèmes cherchent à maintenir un équilibre interne face à des perturbations externes. Quant à l'entropie, elle signifie que les systèmes fermés tendent vers un désordre croissant (entropie), tandis que les systèmes

ouverts peuvent maintenir leur organisation grâce aux échanges avec leur environnement.

Dans la hiérarchie et l'emboîtement, les systèmes sont souvent composés de sous-systèmes (parties) et font eux même partie de systèmes plus larges (supra systèmes). Enfin, les notions de totalité et émergence signifient que le tout est plus que la somme de ses parties, et les propriétés émergentes apparaissent uniquement à un niveau global (Ludwig von Bertalanffy, 1993).

En conclusion, la théorie générale des systèmes a révolutionné la manière de comprendre les phénomènes complexes en mettant en lumière l'importance des relations et des interactions globales. Cette approche systémique a influence de nombreux champs scientifiques, contribuant à dépasser les cloisonnements disciplinaires et à développer une compréhension plus intégrée du monde.

5-3 Théorie de la communication selon l'école de Palo-Alto

L'école de Palo Alto, fondée dans les années 1950 à Palo Alto, Californie, est un courant de pensée interdisciplinaire qui a profondément influencé la compréhension de la communication humaine. Ces travaux ont été menés par des chercheurs tels que Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Janet Helmick et Donald D. Jackson.

L'un des postulats fondamentaux de cette école est «il est impossible de ne pas communiquer ». En d'autres termes, tout comportement, qu'il s'agisse de parole, de silence, d'action ou d'inaction, constitue une forme de communication. Ainsi, même l'absence de réponse ou de silence transmettent un message à l'interlocuteur.

L'école de Palo Alto a également mis en évidence que notre perception de la réalité est subjective. Selon Paul Watzlawick «de toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité ». Cela signifie que chaque individu construit sa propre version de la réalité, influencée par ses expériences, sa culture et ses perceptions personnelles.

Les chercheurs de Palo Alto ont identifié plusieurs axiomes clés de la communication interpersonnelle :

1. Deux niveaux de sens dans un message : le contenu (l'information transmise), et la relation (la manière dont le message est perçu, influencée par la relation entre les interlocuteurs).
2. Dualité dans la communication d'un message : mode digital (lié au langage verbal et au code partagé, par exemple la langue), et le mode analogique (lié à

la communication non verbale, comme les gestes, les expressions faciales et la posture).

3. La métacommunication : la capacité de communiquer sur la communication elle-même, c'est-à-dire d'échanger sur la manière dont on communique, afin de clarifier ou d'ajuster les interactions.

Ces principes ont conduit à une nouvelle approche de la communication, mettant l'accent sur l'importance des interactions et des contextes relationnels. Ils ont également influencé des domaines tels que la thérapie familiale, la résolution de conflits et le développement des compétences interpersonnelles.

La théorie de la communication de l'école de Palo Alto a eu une influence majeure sur le domaine de la psychothérapie, notamment dans le développement de la thérapie systémiques et stratégique. Voici quelques exemples concrets de son application en psychothérapie :

La double contrainte

Un parent dit à son enfant « Sois spontané ! ». Cette injonction paradoxale place l'enfant dans une situation où toute réponse est problématique : s'il obéit, il ne peut pas être vraiment spontané, et s'il est spontané, il désobéit. Le thérapeute peut aider à identifier ces messages contradictoires dans la dynamique familiale et à les déconstruire, permettant ainsi de rétablir une communication plus cohérente et saine.

Recadrage

Un patient déclare être excessivement anxieux, ce qu'il perçoit comme un problème majeur. Le thérapeute peut recadrer cette anxiété en la présentant comme une forme de vigilance qui protège le patient de certains dangers. Cette technique, issue des travaux de Palo Alto, permet de modifier la perception qu'a un individu d'une situation ou d'un comportement, ce qui peut entraîner un changement positif.

Résolution de problèmes par des prescriptions paradoxales

Un patient souffre d'insomnie parce qu'il s'efforce à dormir. Le thérapeute peut lui prescrire de « rester éveillé le plus longtemps possible ». Cette prescription paradoxale réduit la pression et l'anxiété associées au sommeil, ce qui peut finalement l'aider à s'endormir plus facilement. Cette approche, souvent utilisée dans la thérapie stratégique, aide à rompre des cercles vicieux comportementaux en introduisant des consignes inattendues.

Interaction et communication dans les familles

Une famille consulte pour des conflits constants. Le thérapeute identifie que chaque membre interprète les comportements des autres comme des attaques, même lorsqu'ils ne sont pas intentionnels. En explorant les « niveaux relationnels » de la communication, le thérapeute aide la famille à ajuster leurs messages pour qu'ils soient perçus de manière plus positive. L'analyse des interactions familiales permet de réduire les malentendus et d'améliorer la communication globale.

5-4 Définition de la thérapie familiale

Le terme de « thérapies familiales » permet de désigner un ensemble de pratiques et de théories où l'on considère qu'un ou plusieurs symptômes méritent l'implication du contexte familial dans son ensemble (Miermont, 2005).

Karine et Thierry Alberne (2008) donnent la définition générale suivante d'une thérapie familiale systémique : « La thérapie systémique est à entendre au sens d'une prise en charge psychologique globale de la famille, à partir de la demande de soins formulée par—ou le plus souvent pour—un membre du « système familial ». Car c'est la conception de la famille en tant que système qui fonde, non la prise en charge globale de celle-ci, mais la manière particulière dont l'équipe soignante va aborder cette demande, la replacer dans un contexte plus large, s'intéresser au réseau tissé par la famille, formuler des hypothèses thérapeutiques à partir de références théoriques précises, proposer un rythme de séances, utiliser des techniques de soin originales et évaluer les résultats du travail psychothérapeutique » (p. 2).

« Ces difficultés peuvent être liées à une personne non présente lors de la consultation. Dans certains cas, le symptôme, concerne les relations familiales et est partagé par l'ensemble du groupe familial ; dans d'autres situations, un patient peut être aidé, soigné, voire guéri grâce à la participation active des personnes avec lesquelles il partage une destinée de vie familiale ; dans d'autres cas encore, plusieurs personnes d'une même famille présentent des symptômes, voire des maladies spécifiques. La question de savoir si la thérapie est centrée sur le système familial global, sur un sous-système (en particulier le couple) ou sur un patient reste ouverte » (Alberne et Alberne, 2008, p. 146).

« Au sens restreint, les thérapies familiales cherchent donc à agir sur les interactions entre le patient et son environnement familial par la rencontre, en sa présence, des personnes qui interagissent avec lui dans la réalité quotidienne, non pour chercher des « responsables » ou des « coupables » du côté des proches ou de la famille restreinte ou élargie, mais pour trouver à ce niveau des ressorts évolutifs et des ressources décisionnelles. (Alberne et Alberne, 2008, p.146).

5-5 Deux outils de la thérapie familiale : le génogramme et le récit familial

Le génogramme

Le génogramme est un outil visuel utilisé pour représenter les relations, les dynamiques et les structures familiales sur plusieurs générations. Il s'agit d'une forme de "carte familiale" qui permet de repérer les liens affectifs, les interactions, les événements marquants et les répétitions transgénérationnelles.

Conçu initialement pour l'analyse systémique et la thérapie familiale, le génogramme est également utilisé dans d'autres domaines tels que la psychologie clinique, le travail social, la recherche, et parfois même en coaching.

Les objectifs de génogramme sont :

1. Comprendre les dynamiques familiales : Identifier les interactions, les alliances, les conflits ou les schémas répétitifs au sein de la famille.
2. Explorer les transmissions transgénérationnelles : Mettre en lumière les valeurs, croyances, traumatismes ou comportements transmis d'une génération à une autre.
3. Faciliter l'interprétation clinique : Soutenir les professionnels dans leur compréhension des problématiques des individus en lien avec leur histoire familiale.
4. Stimuler la réflexion et la prise de conscience : Offrir aux individus un aperçu de leur système familial et de leur place au sein de celui-ci.

Le génogramme représente plusieurs éléments. D'abord, la structure familiale (membres de la famille sur plusieurs générations (au moins trois : grands-parents, parents, enfants), liens biologiques, conjugaux et d'adoption, dates importantes (naissance, mariage, divorce, décès). Les relations familiales (nature des relations (harmonieuses, conflictuelles, distantes, etc.), alliances ou coalitions entre certains membres. Événements marquants (traumatismes familiaux (maladie grave, décès prématuré, guerre, migration), Répétitions ou schémas transgénérationnels (addictions, maladies, profession). Données spécifiques (pathologies, traits de personnalité ou comportements récurrents dans la famille, croyances ou valeurs partagées).

Sur le plan méthodologique, l'élaboration du génogramme commence par le recueil d'informations (interview avec le client ou la famille pour recueillir des données sur les relations, les dates et les événements familiaux, et identification des membres clés et des événements marquants). Ensuite, le thérapeute procède à la construction du génogramme sous forme de représentation graphique des membres et des relations à

l'aide de symboles, et l'ajout des informations pertinentes (dates, événements, schémas). Viennent ensuite, l'analyse et l'interprétation de génogramme (identification des schémas répétitifs, exploration des conflits ou des non-dits familiaux, analyse des impacts des dynamiques familiales sur l'individu). Enfin, son utilisation en intervention (En thérapie : faciliter la compréhension et la résolution de conflits. En recherche : Étudier les interactions transgénérationnelles dans un cadre académique).

Il est important de mentionner également que le génogramme peut être exploité dans le cadre de plusieurs applications :

- Thérapie familiale : Comprendre les influences familiales sur le fonctionnement des individus.
- Thérapie individuelle : Identifier l'origine des troubles ou des comportements en lien avec l'histoire familiale.
- Travail social : Evaluer le contexte familial pour orienter les interventions.
- Recherche en psychologie : Analyser les dynamiques transgénérationnelles.

Ainsi, le génogramme est un outil qui offre plusieurs avantages :

- Outil visuel simple et efficace.
- Permet une vision d'ensemble rapide des dynamiques familiales.
- Favorise la prise de conscience des influences transgénérationnelles.
- S'adapte à de nombreux contextes cliniques et professionnels (Schützenberger, 1993).

Le récit familial

Le récit familial est un outil clé dans les approches psychologiques et systémiques. Il représente une narration collective ou individuelle sur l'histoire, les valeurs, les expériences et les croyances partagées au sein d'une famille. En psychologie, le récit familial est étudié comme une construction qui influence le développement identitaire, les relations intergénérationnelles, et les processus d'adaptation face aux événements de vie.

Le récit familial est une narration consciente ou inconsciente qui relie les événements de vie passés, présents, et parfois futurs d'une famille. Ces récits sont co-construits par les membres de la famille à travers leurs interactions, leurs souvenirs et leurs interprétations collectives.

La construction collective, la temporalité, le symbolisme et la plasticité caractérisent le récit familial. La première caractéristique signifie que le récit est produit par les échanges entre membres. La temporalité relie des événements passés pour donner du

sens au présent et préparer l'avenir. Le symbolisme inclut des valeurs, des croyances et des mythes propres à la famille. La plasticité renvoie au fait que le récit peut évoluer en fonction des contextes sociaux, culturels et générationnels.

On dispose de 3 types de récits familiaux

1. Récits linéaires : Une transmission chronologique des événements.
2. Récits thématiques : Focalisés sur des thèmes spécifiques (succès, sacrifices, traumatismes).
3. Récits conflictuels : Marqués par des tensions ou des ruptures dans la continuité familiale.

Le rôle psychologique et les fonctions du récit familial se situent sur plusieurs niveaux :

Identité individuelle et collective : le récit familial est un vecteur de transmission identitaire, permettant aux individus de se situer dans une continuité générationnelle. Il aide à forger un sentiment d'appartenance au groupe familial.

Résilience et adaptation : les familles capables de raconter des récits structurés et cohérents face à des défis démontrent une meilleure résilience. Les récits permettent d'intégrer les événements traumatiques en leur donnant du sens.

Cohésion et conflit familial : les récits favorisent la cohésion lorsqu'ils sont inclusifs et valorisent la contribution de chaque membre. En revanche, des récits fragmentés ou conflictuels peuvent renforcer les tensions familiales.

Transmission intergénérationnelle : le récit familial est un outil clé dans la transmission intergénérationnelle des valeurs, croyances et traumatismes. Il influence les perceptions des jeunes générations sur les attentes familiales, les relations et les rôles sociaux.

Au cours des événements de vie, les récits permettent de donner du sens aux expériences traumatiques (exemple : guerres, migrations, deuils). Les traumatismes non intégrés peuvent se transmettre sous forme d'angoisses ou de non-dits. Les récits interviennent dans les transitions familiales. Les événements tels que les mariages, naissances, divorces ou déménagements influencent la construction du récit familial. Les récits servent à intégrer ces transitions dans une histoire collective cohérente.

Concernant le silence et les récits absents, il y a lieu de souligner que certains récits sont marqués par des zones de silence, notamment sur des sujets sensibles ou

douloureux (violences, secrets). Ces absences peuvent avoir des impacts psychologiques significatifs sur les descendants.

Utilisation du récit familial en thérapie

L'utilisation thérapeutique du récit familial permet d'identifier les récits qui structurent la famille, d'explorer les récits implicites ou inconscients, et de favoriser une relecture des récits pour renforcer la résilience familiale.

Pour ce faire, le thérapeute recourt aux méthodes et outils suivants :

1. Entretien narratif : Le thérapeute invite les membres de la famille à raconter leur histoire.
2. Génogramme narratif : Il permet de relier les récits aux dynamiques intergénérationnelles.
3. Techniques de reformulation : Le thérapeute aide la famille à reconfigurer un récit fragmenté ou négatif.

Par ailleurs, parmi les résultats attendus du récit familial nous pouvons citer l'idée de renforcer l'identité familiale et individuelle, de favoriser la résolution des conflits liés à des récits incongrus, ainsi que de réduire l'impact des traumatismes transmis.

Les récits familiaux peuvent être influencés par certains facteurs comme la cohérence et la structure (un récit cohérent, intégrant les émotions et les faits, favorise une meilleure adaptation), les récits multiples (les récits peuvent varier selon les membres de la famille, reflétant leur position et leurs expériences personnelles, la pluralité des récits est un indicateur de souplesse et de résilience familiale), les influences culturelles (les récits familiaux sont profondément ancrés dans des contextes culturels qui déterminent les valeurs, les normes et les modes de narration).

À titre d'exemples de recherches sur le récit familial, nous pouvons citer les études sur la résilience familiale. Par exemple, Walsh a montré en 1998 que les familles ayant des récits cohérents face aux épreuves (ex. décès, catastrophes) présentaient une meilleure résilience émotionnelle. Et les études sur la transmission des traumatismes. Abraham et Torok ont souligné que les traumatismes non narrés (par exemple, les secrets de famille) se transmettaient de manière inconsciente, influençant les générations suivantes.

Le récit familial constitue un élément fondamental dans la compréhension des dynamiques familiales. Il influence le développement identitaire, la résilience, et la gestion des traumatismes. En thérapie, travailler sur ces récits permet d'améliorer la

cohésion familiale, de réduire les conflits et de favoriser l'intégration des événements difficiles (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2008 ; Delage, 2001).

6- Psychothérapies et interventions thérapeutiques

6-1 Thérapie cognitive et comportementale systémique avec la famille

Cette approche intègre les principes des thérapies cognitives et comportementales à une perspective systémique, particulièrement utile dans les contextes familiaux.

L'analyse des événements récents (positifs et problématiques) dans le cadre des quatre systèmes socratiques (clarification, enquête critique, empathie socratique, recherche inductive) peut constituer la base d'un processus systémique collaboratif dans lequel la famille (et, si nécessaire, des agences extérieures) explore explicitement les processus systémiques qui étaient auparavant implicites.

L'objectif de la TCB systémique en travail familial, comme c'est le cas dans toutes les formes de thérapie familiale systémique, est que les membres de la famille parviennent à se sentir suffisamment en sécurité pour partager leurs expériences. Ils doivent également être en mesure d'écouter les expériences des autres sans déclencher leurs réactions défensives habituelles. La famille doit alors digérer ces informations en tant que participants égaux dans un dialogue visant à construire une image plus complète et plus nuancée de la situation, représentée par l'évolution de la formulation systémique des quatre systèmes, afin de réfléchir ensemble aux opportunités de changement.

Pour ce faire, une relation thérapeutique de confiance et un environnement sécurisant pour les séances doivent être établis, de sorte que les membres de la famille se sentent suffisamment en sécurité pour abandonner leurs comportements défensifs habituels et écouter et reconnaître les sentiments et opinions des autres membres. Il peut être expliqué que l'objectif est d'aider la famille à "mettre sur la table" leurs expériences et à les digérer ensemble, en "les mâchant" pour considérer la richesse de toutes leurs expériences partagées. Cela permet de construire une nouvelle réalité afin d'évaluer la validité des anciennes "règles de vie" ou des schémas de pensée.

De cette manière, les familles sont aidées à compléter un "processus de clôture socratique" dans lequel elles sont posées des questions auxquelles elles ont la capacité de répondre, mais qui attirent également l'attention sur des informations en dehors de leur focus actuel. Ce processus encourage les membres de la famille à appliquer ces nouvelles informations à leurs croyances passées, afin qu'ils puissent évaluer ces anciennes croyances et construire de nouvelles conclusions plus largement informées.

Lorsque la thérapie cognitivo-comportementale systémique familiale semble indiquée, cas où un comportement problématique d'un adolescent est impliqué par exemple, il est essentiel d'obtenir le consentement explicite de l'adolescent et de la famille, en soulignant que la thérapie ne mettra pas un accent excessif sur un individu en particulier comme étant celui qui doit changer. Il peut être utile d'impliquer deux thérapeutes dans la TCB systémique avec une famille : le thérapeute en TCB individuel ainsi qu'un thérapeute formé à la TCB systémique.

Une gamme de techniques couramment utilisées en thérapie familiale peut être bénéfique. Par exemple, une sculpture familiale peut être utilisée en début de thérapie. Les questions circulaires sont très utiles pour ouvrir un dialogue sur les perceptions et attentes des membres de la famille les uns vis-à-vis des autres. La famille est encouragée à utiliser des évaluations pour évaluer les contributions relatives des différents éléments de la formulation et à réaliser des tâches à domicile, comme l'auto-surveillance, puis d'entreprendre des interventions dérivées de la formulation et d'évaluer les résultats.

Des séances de révision régulières sont programmées. L'objectif, comme dans la TCB dans tous les contextes, est de favoriser les compétences d'auto-observation et de résolution de problèmes pour promouvoir l'indépendance, en mettant l'accent sur le fait que ce sont des compétences utiles au quotidien qui peuvent avoir une utilité durable.

De nombreuses narrations individuelles et familiales fonctionnent au niveau des croyances de base, c'est pourquoi le temps nécessaire pour le changement peut être de plusieurs mois, plutôt que de quelques semaines. Pour cette raison, les séances familiales sont généralement proposées avec une fréquence de trois à quatre semaines et sur une période de plusieurs mois, comme dans les formes plus traditionnelles de thérapie familiale.

Le droit à la confidentialité individuelle dans le contexte systémique est explicitement reconnu, mais il est également souligné que chaque individu doit juger si quelque chose qu'il garde pour lui-même pourrait en réalité maintenir des difficultés pour les autres. Dans un cas extrême, un secret excessif peut empêcher la résolution des difficultés, car il laisse tout le monde (souvent de manière inexacte) deviner ce que les autres croient, sans la possibilité de tester ces perceptions et hypothèses dans la réalité.

L'utilisation de la formulation, combinée avec des évaluations des affects, des symptômes corporels, des comportements et des croyances, est essentielle pour mettre en lumière comment ces facteurs contribuent directement aux processus familiaux, qui ont un impact direct, par exemple, sur les difficultés rencontrées par le jeune.

L'expérience du thérapeute et le soutien en supervision sont bien entendu également cruciaux dans ce processus.

Les parents ou les tuteurs révèlent souvent des cognitions très idiosyncratiques et puissantes qui sont actives dans la situation problématique aiguë de l'adolescent et qui nécessiteront une intervention distincte pour être modifiées.

Pour certaines familles, il peut être nécessaire de travailler sur le couple ou de proposer une thérapie individuelle pour un ou les deux parents. Schwebel et Fine ont défini les caractéristiques des schémas familiaux dysfonctionnels comme étant : des visions excessivement rigides et inflexibles du monde et des personnes ; des croyances fermement ancrées ; générant des émotions fortes ; fortement renforcées par des comportements dont les individus ne sont pas consciemment conscients ; souvent non explicites, car elles échappent à la conscience et ne sont activées que lorsqu'elles sont remises en question (les individus et les familles ont souvent développé des modes de vie pour éviter de tels défis).

Nous avons rencontré ces croyances individuelles et partagées au sein des familles dans toutes les catégories décrites par Baucom et ses collaborateurs, sur une vaste gamme de sujets liés au fonctionnement familial. Par exemple : les attentes de genre, les rôles parentaux et le rôle des enfants (par exemple, qui prend les décisions et qui ne les prend pas, qui soutient et qui est soutenu par les autres) ; les frontières familiales et la proximité ; le pouvoir et le contrôle ; la tolérance à la différence ; les alliances et les divisions ; et la communication des affects inconfortables.

Exemple clinique : Will et sa famille

Les membres de la famille de Will, par exemple, partageaient tous une tendance à cacher leurs véritables sentiments et à afficher des affects incongrus. Une analyse en quatre systèmes d'un épisode problématique (voir ci-dessous) a révélé qu'ils avaient tous tendance à tirer des conclusions catastrophiques très différentes si l'un d'eux semblait éprouver une émotion intense.

Les membres de la famille doivent se sentir suffisamment à l'aise et « en sécurité » avec les séances et les relations dans la pièce pour laisser de côté leurs défenses habituelles et réfléchir non seulement aux expériences et réactions des autres, mais aussi aux leurs, et parfois exprimer des réactions individuelles extrêmes. Établir une relation thérapeutique de confiance avec la famille est essentiel, tout comme la capacité à reconnaître et à décourager les dialogues biaisés qui mettent trop l'accent sur un individu ou qui sont accablants pour les participants.

Il peut être utile de considérer les événements positifs avant d'explorer des sujets moins confortables. Les forces, ressources et les changements positifs sont également reconnus et célébrés tout au long de la thérapie. Il est généralement utile d'utiliser de l'humour, d'adopter un langage qui normalise les expériences familiales et d'accepter que le thérapeute soit faillible et qu'il ait ses propres hypothèses et erreurs de pensée. Une position non-jugeante est implicite dans le style de questionnement socratique employé. Une grande partie de la normalisation se fait en réfléchissant à ce que la plupart des gens pourraient conclure à partir des informations disponibles.

La famille de Will a d'abord été invitée, à travers un sculpté familial, à se dessiner sur une grande feuille de papier et à noter comment chaque individu priorisait les problèmes et les objectifs. Après quelques explications selon lesquelles nous avons tous des pensées, des sentiments, des comportements et des symptômes corporels en permanence, qui peuvent ou non être reconnus de manière précise par les autres autour de nous, la famille a été invitée à explorer les moments de bonheur et de détente passés ensemble en considérant leurs pensées, leurs réponses émotionnelles et ce qu'ils ont fait en conséquence.

Chacun a été invité à noter leurs réponses dans les quatre systèmes sur la même grande feuille de papier, et ils ont partagé un dialogue humoristique et des plaisanteries à propos de leurs perceptions. Ils ont également partagé leurs mauvaises perceptions les uns des autres, ce qui a entraîné un changement d'humeur prononcé dans la pièce, avec des displays de résilience et d'humour de la part de personnes qui avaient auparavant été très réservées dans la discussion.

Entre les séances, ils ont commencé à tenir des journaux des épisodes similaires, favorisant des compétences d'auto-surveillance. Par la suite, ils ont été encouragés à commencer à considérer les moments de difficulté et ont été invités à noter leurs réponses individuelles séparément comme prélude à un partage. À la surprise de Will, ses parents ont choisi le dimanche soir précédent comme un moment de grande difficulté. Le questionnement socratique a été employé pour encourager les membres de la famille à noter d'abord de manière privée sur des feuilles séparées les événements de la soirée et leurs propres pensées, sentiments et comportements, ainsi qu'à évaluer l'intensité et les niveaux de croyance, si possible.

Lorsqu'on leur a demandé comment ils se sentaient après avoir fait cela, la mère et le père de Will ont rapporté que cela leur avait ravivé de manière vivante l'expérience de la soirée. Karen (sœur de Will) a rapporté une réaction similaire, et Will a exprimé beaucoup de perplexité face à la détresse de sa famille, affirmant qu'il s'était en fait senti plutôt détendu toute la soirée, malgré le fait que l'école reprenait le lendemain.

À ce stade, Will était de nouveau régulièrement présent à l'école grâce à un travail séparé avec l'agent de présence scolaire et l'école. Au début, ses parents étaient très incrédules vis-à-vis de Will, mais lorsqu'il a réagi avec une totale surprise face à leur réaction, ils se sont visiblement détendus. Son père, en particulier, était très désireux de montrer sa feuille listant ses réponses, ce qui a révélé qu'il avait été très perturbé lorsque Will s'est approché de lui avec une apparente inquiétude sur le visage. Le père avait supposé que la cause de la détresse de Will était la peur de l'école le lendemain. Ce souvenir de nombreux dimanches soirs où Will vomissait et était accablé par l'anxiété anticipatoire liée à l'école avait été si intense qu'il "se sentait comme s'il revenait directement au tout début," et "tous ces sentiments sont revenus, principalement la sensation d'impuissance." Le père était convaincu (à 100 % de conviction) qu'il y avait quelque chose de physiquement anormal chez Will et qu'il ne pouvait pas l'aider, alors que tout le monde semblait prêt à le blâmer de ne pas réussir à l'aider.

Le père de Will se sentait "dévasté" (à 100 %) et "frustré" par cela, surtout lorsqu'il voyait sa femme le regarder "comme si je devais faire quelque chose," ce qui l'a poussé à "perdre complètement son calme et à lui crier dessus." Lorsqu'on lui a demandé ce qu'il ressentait par rapport à ce sentiment d'impuissance, il a expliqué qu'il se sentait impuissant à aider dans ces situations, tout comme lorsqu'il était enfant et qu'il devait souvent s'occuper de ses frères et sœurs tout seul. Lors d'une occasion, son petit frère avait été gravement malade, une situation totalement hors de son contrôle, et il avait été sévèrement critiqué par ses parents à leur retour. Le père a pris conscience que les sentiments d'une situation étaient disproportionnellement activés par rapport à une autre.

Il a fallu un certain temps à Will pour reconnaître le moment où son père avait cru qu'il semblait anxieux, mais finalement il a retracé ce moment au moment où il était allé demander à son père où se trouvait quelque chose dans la maison. Son père semblait préoccupé, donc Will avait décidé de chercher lui-même. De son côté, Karen, la sœur de Will, a rapporté avoir entendu ses parents crier et avoir pensé qu'ils avaient découvert qu'elle avait cassé un objet qu'elle avait caché, alors elle est restée à l'écart pour le reste de la soirée. La mère de Will a déclaré avoir vu son fils marcher loin de son père, l'air troublé, et avoir immédiatement pensé qu'il allait faire une de ses "crises de panique liées à l'école." Elle s'est tournée vers son mari pour obtenir du soutien, mais a été plutôt criée dessus et s'est sentie "inutile" et "95 % terrifiée."

Après avoir pris le temps de digérer ensemble les événements de la soirée, les deux parents et Karen ont tous rapporté un sentiment de soulagement et ont reconnu qu'ils avaient appris qu'ils "n'étaient pas très bons en lecture de pensée". La mère n'a pas entièrement expliqué sa terreur lors de cette session, mais plus tard, dans les séances

familiales, elle a rappelé à tout le monde cet épisode et a expliqué qu'elle avait eu une croyance intense (à 95 %) que Will pourrait être sur le point de se faire du mal, mais qu'après avoir analysé de manière répétée de telles situations, elle avait appris qu'il n'avait jamais eu de telles pensées. Elle a expliqué qu'elle avait eu auparavant des expériences de personnes proches d'elle (elle ne souhaitait pas divulguer qui) qui s'étaient fait du mal et que, depuis lors, ses peurs liées à des événements similaires venaient à l'esprit "trop facilement."

Après une nouvelle analyse systémique des événements récents, concernant les moments de confort et de difficulté, la famille en est venue à reconnaître des schémas récurrents, comme le fait qu'ils avaient tendance à avoir des pensées automatiques extrêmes chaque fois qu'un membre de la famille montrait (ou semblait montrer) de la détresse. Une conséquence (et un facteur de maintien) de cela était que chacun d'eux avait tendance à essayer de cacher ses sentiments aux autres. Ils ont progressivement appris à prendre du recul par rapport aux pensées qu'ils avaient sur la détresse apparente de l'autre, les reconnaissant comme des "conclusions impulsives" qui "ont besoin de preuves avant d'y croire." (Graham et Reynolds, 2013).

6-2 Thérapie familiale fonctionnelle pour les troubles liés à l'usage de substances chez les adolescents

La consommation de substances chez les adolescents est un phénomène de plus en plus répandu en Algérie, comme dans le monde entier.

Une interaction complexe entre des facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux a été associée au développement de ces troubles chez les adolescents. Les influences les plus marquantes incluent la famille (par exemple, conflits, violence familiale, consommation de substances par les parents, supervision insuffisante), le contexte socio-écologique plus large (par exemple, accessibilité des drogues, régulations légales, attitudes permissives, consommation de drogues par les pairs), la vulnérabilité génétique des adolescents (par exemple, un mauvais contrôle des impulsions ou un besoin élevé de sensations fortes).

Les adolescents souffrant de ces troubles sont exposés à des risques extrêmement élevés de déficits fonctionnels à long terme persistant jusqu'à l'âge adulte (déficits cognitifs, problèmes juridiques, difficultés scolaires ou professionnelles, etc).

En effet, le besoin de traitements efficaces pour les troubles liés à l'usage de substances chez les adolescents est particulièrement élevé.

Certaines données montrent que ces troubles peuvent s'inscrire dans un ensemble de comportements déviants et fait partie d'une trajectoire développementale connue, dans

laquelle la famille joue un rôle significatif. Par conséquent, indépendamment des influences biologiques ou environnementales qui sous-tendent cette trajectoire, les troubles liés à l'usage de substances peuvent être pris en charge grâce à une approche interventionnelle intégrative ciblant le contexte relationnel familial dans lequel les comportements problématiques sont apparus.

Modèle conceptuel guidant le programme de traitement

La thérapie familiale fonctionnelle (TFF) pour les troubles liés à l'usage de substances est une approche écosystémique centrée sur la famille. Elle conceptualise la consommation d'alcool et de drogues comme des comportements qui se développent et se maintiennent dans le contexte de relations familiales inadaptées. Modifier les interactions familiales et améliorer le fonctionnement relationnel est la clé pour réduire l'implication des adolescents dans la consommation de substances.

Une caractéristique essentielle des modèles systémiques familiaux est que le centre du comportement problématique est relationnel, dépassant ainsi l'individu ; par conséquent, le traitement est également relationnel. Le modèle conceptuel de la TFF intègre des perspectives développementales, épidémiologiques et comportementales pour comprendre la consommation de substances, les caractéristiques individuelles, les dynamiques familiales et les contextes extra-familiaux.

L'application spécifique de stratégies fondées sur les preuves issues des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des addictions et d'autres domaines constitue une particularité de ce modèle. Un avantage de cette approche intégrative est sa capacité à traiter les troubles concomitants (anxiété, dépression, etc) avec une seule méthode, éliminant ainsi le besoin d'interventions distinctes pour chaque comportement ou condition ciblée.

Caractéristiques du programme de traitement

Les objectifs du traitement pour les familles d'adolescents présentant des troubles liés à l'usage de substances incluent :

- Réduire la consommation de substances et les problèmes concomitants,
- Améliorer les relations familiales,
- Augmenter l'utilisation productive du temps par les adolescents.

Pour atteindre ces objectifs, l'accent est mis sur la modification des schémas d'interaction au sein de la famille, de sorte que les fonctions auparavant remplies par

la consommation d'alcool ou de drogues soient satisfaites par d'autres comportements plus adaptatifs.

L'ensemble de la famille est inclus dans le traitement autant que possible. Cela permet de :

1. Comprendre les problèmes au niveau systémique familial dans leur ensemble, en particulier en ce qui concerne le développement de la consommation de substances et d'autres difficultés.
2. Motiver les membres de la famille qui consomment à participer au traitement avec l'adolescent ciblé en adoptant une approche relationnelle.
3. Mobiliser l'influence des membres de la famille non-consommateurs pour soutenir les efforts de sobriété et de rétablissement des autres membres.

La TFF comprend généralement 14 séances hebdomadaires d'une durée d'une heure chacune. Au début du traitement, les séances peuvent être plus fréquentes ou plus longues pour favoriser le processus initial de changement. Vers la fin du programme, les séances peuvent être espacées à mesure que les familles parviennent à maintenir de manière autonome leurs nouveaux comportements.

À la fin du traitement, quatre courtes séances téléphoniques bihebdomadaires servent de renforcement pour consolider les progrès réalisés et prévenir les rechutes.

Méthodes spécifiques pour atteindre les objectifs du traitement

Les objectifs sont atteints à travers cinq phases distinctes :

1. Engagement,
2. Motivation,
3. Évaluation (ces trois premières phases se chevauchent et sont généralement complétées en premier),
4. Changement comportemental,
5. Généralisation.

Chaque phase comporte :

- Des objectifs spécifiques,
- Des stratégies d'intervention et des techniques adaptées,
- Des compétences thérapeutiques requises.

Les devoirs à domicile, adaptés au focus unique de chaque phase, sont utilisés tout au long du traitement pour renforcer l'apprentissage et les nouvelles compétences acquises.

Engagement

La phase d'engagement vise à maximiser les attentes positives initiales concernant le changement parmi les membres de la famille. L'importance de cette étape est soulignée par le taux relativement élevé d'abandon des traitements pour les addictions et par la résistance des adolescents à suivre une thérapie pour leur consommation de drogues.

Les processus d'engagement sont flexibles et dépendent en grande partie des impressions et de l'évaluation du programme de traitement et du thérapeute par les membres de la famille. L'objectif est que les familles perçoivent :

- Le programme comme une source de soutien,
- Le thérapeute comme un agent crédible du changement.

Facteurs influençant les attentes relatives au traitement

Les attentes des familles peuvent être influencées par :

- La crédibilité perçue et les caractéristiques du thérapeute,
- Le processus d'orientation vers le programme,
- La réputation de l'agence,
- L'accueil chaleureux du personnel du programme.

Stratégies pour favoriser l'engagement

Les thérapeutes peuvent activement influencer les attentes des familles en :

- Adoptant le langage utilisé par la famille,
- Normalisant les problèmes rencontrés,
- Exprimant une confiance dans la capacité des familles à changer.

La TFF est conçue pour inclure les membres de la famille vivant ensemble, ainsi que d'autres personnes centrales dans les problèmes présentés. Obtenir la participation de toute la famille à la thérapie constitue souvent le premier défi d'engagement et représente la première cible d'intervention.

Motivation

Les familles d'adolescents présentant des troubles liés à l'usage de substances entrent en traitement avec de nombreuses plaintes diverses (par exemple : problèmes scolaires, arrestations, consommation de drogues, mensonges, manque de respect ou non-respect des règles) et des schémas interactionnels dysfonctionnels établis. Ces schémas peuvent inclure l'hostilité, l'évitement des conflits, ou d'autres dynamiques qui entravent la communication ouverte et la résolution efficace des problèmes.

De plus, les adolescents présentant ces troubles commencent généralement le traitement avec peu de motivation ou de volonté à changer leur comportement lié à la consommation de substances. Les parents, quant à eux, se concentrent souvent uniquement sur le besoin de changement de leur enfant, tout en ayant peu de conscience ou de compréhension de leur propre rôle dans les problèmes familiaux.

Créer une nouvelle compréhension des problèmes

Dès le début, le thérapeute travaille à façonner une nouvelle compréhension des difficultés en explorant comment elles sont apparues et comment elles se maintiennent dans les relations familiales. Si les familles n'abordent pas directement la question de la consommation de substances, le thérapeute soulève le sujet de manière non jugeante, en mettant l'accent sur les aspects contextuels et relationnels de ce comportement et en cherchant à comprendre comment la famille s'est comportée et a interagi autour de la consommation de drogues.

Philosophie centrale : le respect des familles

Une philosophie centrale de la TFF pour les adolescents consommant des substances est de travailler avec les familles dans un "esprit de respect" qui met en lumière les forces de la famille dès le départ. Cela établit un ton acceptant, non accusateur et non jugeant afin de réduire les attitudes défensives et l'hostilité au sein de la famille.

Stratégies pour motiver les familles

Les stratégies principales incluent :

1. Mettre l'accent sur les forces ou les domaines où la famille fonctionne bien.
2. Développer un cadre relationnel en interconnectant les pensées, sentiments et comportements des membres de la famille.
3. Reformuler les comportements et interactions perçus négativement pour leur donner une signification plus positive ou plus neutre.
4. Gérer activement les interactions aversives.

La capacité du thérapeute à faire preuve de chaleur, d'empathie et d'humour en répondant de manière adaptée aux membres de la famille, tout en maintenant une alliance équilibrée avec chacun d'eux, est essentielle pour préserver un style respectueux et accueillant. L'objectif est que chaque membre de la famille se sente soutenu par le thérapeute, et que personne ne soit blâmé pour le problème présenté.

Mettre en évidence les interactions familiales

Le thérapeute met en lumière les interactions entre les membres pour accroître la conscience de leur influence réciproque. Pour favoriser cette focalisation relationnelle, le thérapeute pose des questions et identifie des séquences de comportements qui soulignent l'impact des pensées, sentiments et actions des membres les uns sur les autres. Le thérapeute guide la famille pour s'éloigner des discussions centrées uniquement sur le comportement problématique de l'adolescent.

Reformulation des comportements problématiques

La reformulation est une technique clé de la TFF, permettant de modifier la signification des émotions et comportements négatifs. Elle peut :

- Suspendre les schémas de pensée négatifs automatiques.
- Encourager les membres de la famille à rechercher de nouvelles explications des comportements familiaux.
- Offrir une perspective cognitive qui ouvre la voie à une communication plus efficace et à une meilleure expression des émotions.
- Aider la famille à se reconnecter à leurs préoccupations fondamentales et à l'affection qui les unit.

Si les membres de la famille arrivent à considérer que leurs comportements – et ceux des autres – sont motivés par des variables autres que la malveillance (par exemple, des tentatives maladroitement de faire face à des difficultés ou de protéger les autres), ils seront plus susceptibles de voir le changement comme possible.

Gérer les interactions hostiles

Pour les familles qui s'engagent activement dans des échanges hostiles, le thérapeute peut :

- Utiliser la reformulation ou des commentaires relationnels pour changer la dynamique.
- Interrompre activement les interactions pour ralentir le rythme de la thérapie.

- Mettre en évidence des thèmes communs qui émergent des expériences partagées par tous les membres (par exemple : *“Beaucoup de choses importantes semblent ne pas être dites dans cette famille parce que vous voulez vous protéger mutuellement de la douleur et des blessures”*).

En observant les schémas répétitifs de comportement, le thérapeute peut reformuler les interactions jusqu’à ce que la négativité soit réduite et que les membres de la famille adoptent ce nouveau cadre de perspective.

Explorer et clarifier le sens de l’usage de substances au sein de la famille

Une tâche essentielle dans la phase de motivation est d’explorer et de clarifier la signification de la consommation de substances au sein des familles. La consommation de substances exerce souvent un impact profond sur plusieurs générations, et son influence transgénérationnelle est bien documentée.

Impact familial et divergences parentales

La consommation de substances par les parents et fratries figure parmi les prédicteurs les plus puissants des TUS chez les adolescents, et un historique familial de consommation parmi les membres élargis est également courant. Sur la base de leurs expériences passées, chaque parent peut avoir des croyances profondément ancrées sur la consommation de substances qui diffèrent les unes des autres, ce qui peut créer des tensions relationnelles.

Exemple clinique

Dans une famille accompagnée, la mère avait perdu son frère des suites d’une overdose, ce qui alimentait sa peur de voir son fils escalader sa consommation et connaître le même destin tragique. À l’inverse, le père se montrait peu préoccupé par la consommation de son fils.

- Cette divergence de perspectives générait des conflits : la mère se sentait frustrée et isolée, l’adolescent recevait des messages contradictoires, et le père se retrouvait pris au milieu.

Intervention thérapeutique

Le thérapeute a souligné la nature relationnelle du problème. L’objectif n’était pas de persuader les parents de changer leurs opinions, mais d’identifier comment ces

différences de perception empêchaient les parents de fonctionner comme une équipe solidaire. Cette dynamique laissait les membres de la famille se sentir non soutenus, alimentait les conflits parentaux, et permettait à l'adolescent de maintenir son comportement problématique.

Approches punitives et absence de renforcement positif

Un autre schéma courant est une approche excessivement punitive, où toute nouvelle instance de consommation est perçue comme une violation des règles ou un échec.

- Cela instaure un climat de crise qui perturbe le traitement et compromet le processus progressif de rétablissement attendu.
- Dans ces cas, il est nécessaire de redéfinir le focus : il ne s'agit pas uniquement de rétablir les règles, mais aussi de renforcer les liens affectifs positifs comme fondement motivationnel pour le changement.

Certains parents manifestent une préoccupation marquée concernant les “drogues dures” tout en tolérant, tacitement ou explicitement, la consommation de marijuana. Dans ces familles, les parents et les jeunes entament souvent le traitement sans percevoir un besoin de changement.

Rôle du thérapeute pour renforcer la motivation :

- Valider les bénéfices perçus de la consommation pour réduire la résistance au changement.
- Mettre en avant les conséquences négatives que la famille elle-même a déjà identifiées.
- Faciliter une prise de conscience collective des impacts relationnels et comportementaux de la consommation.

En travaillant sur ces aspects contextuels et relationnels, le thérapeute peut créer un espace où les familles développent une nouvelle compréhension de la consommation, des conflits qui y sont liés, et des possibilités de changement, tout en consolidant un cadre motivationnel positif pour l'adolescent et sa famille.

Évaluation

L'évaluation dans le cadre de la thérapie familiale fonctionnelle (FFT) pour les troubles liés à l'usage de substances (TUS) se fait à deux niveaux :

1. Quel changement est nécessaire (c'est-à-dire les cibles comportementales à changer)

2. Comment le changement doit-il se produire afin de maintenir les fonctions remplies par le comportement (c'est-à-dire le processus de changement).

Méthodes d'évaluation

La FFT pour les TUS adolescents repose sur plusieurs méthodes pour déterminer ce qui doit être modifié :

- Rapport familial
- Observations en séance
- Instruments d'évaluation formels (lorsqu'ils sont jugés appropriés).

Les analyses de toxicologie urinaires peuvent aussi être un outil précieux pour les thérapeutes FFT, tant que les résultats sont intégrés dans les séances familiales comme un moyen d'encourager et de soutenir les efforts de sobriété, et non comme un moyen de souligner les comportements problématiques et justifier des réponses punitives.

Concept de la fonction interpersonnelle du comportement

Un aspect unique du modèle FFT est la fonction interpersonnelle des comportements, un élément essentiel pour déterminer comment les techniques de changement comportemental doivent être mises en œuvre. Le thérapeute élabore un plan unique pour chaque famille en tenant compte des caractéristiques et des besoins individuels, ainsi que de l'ajustement entre ces caractéristiques à niveau relationnel.

Définition des fonctions relationnelles

Les fonctions relationnelles sont définies en termes de connexion interpersonnelle ou d'interdépendance que ces comportements permettent d'atteindre entre les membres de la famille. Chaque membre de la famille exerce une fonction relationnelle (c'est-à-dire proximité, distance, ou un compromis entre les deux) avec chaque autre membre.

- Proximité : Si un comportement entraîne une connexion accrue ou une interdépendance entre les membres, la fonction de ce comportement est la proximité.
- Distance : Si un comportement entraîne une séparation physique ou psychologique entre les membres, sa fonction est la distance.
- Compromis: Certaines relations sont marquées par une combinaison de proximité et de distance, ce qui est appelé compromis.

Fonctions relationnelles et comportement

Les fonctions relationnelles sont uniques à chaque relation, et un comportement donné peut avoir des effets différents selon la dyade. Par exemple, la consommation de drogue par le fils peut :

- Susciter nourriture et préoccupation chez la mère (fonction de proximité),
- Augmenter la distance entre le fils et le père (fonction de distance).

Les fonctions des comportements : adaptatives ou maladaptatives

Les fonctions relationnelles ne sont pas intrinsèquement bonnes ou mauvaises. Les fonctions peuvent être exprimées de manière adaptative ou maladaptative. Le but du traitement est de changer les comportements maladaptatifs utilisés pour atteindre ces fonctions, tout en préservant les fonctions relationnelles qui sont importantes pour les relations familiales.

Développement du plan de changement

L'identification des fonctions pour chaque dyade familiale permet au thérapeute de créer un plan de changement qui :

- S'attaque aux comportements maladaptatifs.
- S'assure que les fonctions relationnelles de chaque membre avec les autres sont maintenues, afin que les changements soient durables.

Changement de comportement

Pendant la phase de motivation, des techniques sont utilisées pour changer la signification des comportements et les attributions que les membres de la famille ont les uns envers les autres. Bien que ces changements soient des prérequis importants pour un changement à long terme, ils ne seront pas maintenus à moins que la famille n'adopte des modèles comportementaux plus fonctionnels. La phase de changement de comportement se concentre sur l'établissement et le maintien de ce changement, tant au niveau individuel qu'au niveau de la famille dans son ensemble.

Objectif principal de la phase de changement de comportement

L'objectif principal de cette phase est d'établir de nouveaux comportements et de nouveaux modèles d'interaction qui remplaceront les anciens, afin d'éviter que des

modèles maladaptatifs ne réapparaissent et de produire un changement à long terme au sein de la famille.

Structure et techniques utilisées

Les interactions pendant cette phase sont hautement structurées, et le thérapeute joue un rôle actif et directif. Les techniques introduites dans cette phase peuvent inclure toutes les stratégies ou dispositifs capables de changer les comportements et d'accomplir ces objectifs. Les thérapeutes peuvent utiliser une flexibilité importante pour tirer parti d'autres traitements cognitivo-comportementaux fondés sur des données probantes, afin d'intégrer les stratégies nécessaires pour chaque famille.

Thèmes abordés en séance

Les séances couvrent des sujets tels que :

- Augmenter les activités familiales positives
- Communication (se sentir entendu)
- Résolution de problèmes
- Gestion de la colère
- Compétences en assertivité
- Faire face à la dépression et à l'anxiété
- Compétences parentales et compétences professionnelles

Les thérapeutes appliquent également des interventions cognitives-comportementales spécialisées pour les troubles liés à l'usage de substances. Par exemple, une analyse fonctionnelle du comportement de consommation de substances peut être menée avec la famille pour identifier les antécédents et conséquences associés à la consommation de drogues ou d'alcool, ainsi que la quantité et la fréquence de cette consommation. Cela peut renforcer la compréhension de la nature relationnelle des problèmes de consommation de substances, en aidant à guider la sélection des interventions spécifiques liées à la substance et en soulignant les moyens par lesquels l'adolescent et le parent peuvent se soutenir mutuellement dans leurs efforts de réduction de la consommation.

Modules supplémentaires pour le changement comportemental

D'autres modules ou techniques de changement de comportement peuvent suivre l'analyse fonctionnelle, y compris :

- Compétences pour faire face aux envies et désirs de consommer des drogues ou de l'alcool

- Refus de substances
- Prise de décision pour éviter la consommation de substances
- Alternatives à la consommation de drogues, adaptées aux besoins de chaque adolescent et famille

Ces stratégies sont intégrées dans un plan de changement comportemental cohérent, permettant à chaque séance de s'appuyer sur les compétences apprises lors des séances précédentes. Par exemple, les stratégies pour réguler les humeurs négatives et les émotions incluront des liens entre les humeurs et la consommation de substances. Les séances sur la gestion des humeurs négatives visent à accroître la conscience des humeurs négatives des membres de la famille et à fournir des moyens de désescalader les réponses émotionnelles et de mieux communiquer les besoins aux autres membres.

Gestion des contingences (CM)

La gestion des contingences (CM) est une approche fondée sur des données probantes qui consiste à fournir des objets tangibles à faible coût ou de l'argent aux jeunes qui démontrent régulièrement un changement de comportement ciblé. Dans le cadre de la FFT, les résultats des tests de toxicologie et les incitations sont discutés dans le contexte des efforts constructifs de la famille pour soutenir le rétablissement de l'adolescent.

Prévention des rechutes

La plupart des familles reçoivent une formation en prévention des rechutes, à commencer dans la phase de changement de comportement et se poursuivant dans la phase de généralisation. La prévention des rechutes est généralement abordée avec toute la famille, et des responsabilités spécifiques sont attribuées aux membres de la famille pour soutenir la sobriété de l'adolescent.

Application des techniques et résistance au changement

L'application de ces techniques dépend à nouveau de la compréhension des fonctions interpersonnelles. Les tentatives d'intervention peuvent conduire à un changement rapide ou à une résistance, selon la manière dont la stratégie d'intervention est adaptée à la fonction interpersonnelle de chaque membre de la famille avec les autres membres. Même si la stratégie de changement comportemental est techniquement correcte et bien développée, une résistance apparaîtra si l'intervention mise en place est incohérente avec les fonctions interpersonnelles des membres de la famille.

Par exemple, si l'usage d'opiacés par un adolescent crée une distance avec ses parents tout en permettant au père de se rapprocher de la mère pour discuter des

préoccupations concernant leur fils, une intervention qui cherche à rapprocher l'adolescent de ses parents risque de ne pas réussir. En revanche, encourager l'adolescent à participer à des activités extérieures qui concurrencent l'usage des opiacés aura plus de chances de succès.

Enseignement de stratégies fonctionnelles

Le modèle FFT met l'accent sur l'application des techniques dans le contexte des payoffs fonctionnels dans la famille, adaptées à chaque ensemble de relations familiales, pour garantir que les changements apportés soient durables.

Généralisation et Terminaison

Les phases finales de la FFT sont conçues pour faciliter le maintien du changement comportemental et la généralisation des progrès du traitement dans l'environnement naturel. Une fois que les changements comportementaux sont établis au sein de la famille, l'objectif de la thérapie se déplace vers le maintien de ces changements et l'établissement de l'indépendance de la famille vis-à-vis de la thérapie, avec une diminution progressive du rôle actif du thérapeute.

Phase de généralisation

Un objectif clé de cette phase est d'aider les familles à appliquer les compétences comportementales nouvellement acquises à des situations nouvelles, en dehors de la thérapie. Les membres de la famille sont constamment confrontés à de nouveaux défis qui peuvent rapidement les faire revenir à leurs anciens comportements. Pendant cette phase, il est utile de revoir les tentatives des familles pendant la semaine d'utiliser les compétences de changement de comportement apprises. Les familles sont généralement plus réussies dans l'application des stratégies de changement comportemental au fil du temps, lorsqu'elles sont capables d'identifier les situations où elles n'ont pas pu les appliquer à la maison et d'examiner les obstacles rencontrés.

Facteurs extrafamiliaux

Certaines variables externes à la famille ne peuvent pas être modifiées (par exemple, la criminalité dans le quartier, la disponibilité des drogues). Cependant, les stratégies d'adaptation par évitement apprises pendant la phase de changement comportemental peuvent être généralisées à l'environnement écologique. D'autres facteurs, tels que la réactivité du personnel scolaire, peuvent être modifiables. Le thérapeute peut interagir directement avec des systèmes extrafamiliaux (par exemple, systèmes juridiques et éducatifs) au nom de la famille et aider la famille à interagir plus efficacement avec ces systèmes de manière autonome. Anticiper les futurs problèmes et solutions

potentielles peut également aider la famille à améliorer la probabilité d'une réponse appropriée lorsque la situation se présente, consolidant ainsi les progrès du traitement.

Phase de terminaison

La thérapie approche de la terminaison lorsque la consommation de drogues et d'alcool, ainsi que d'autres comportements problématiques, ont diminué ou disparu, que des modèles d'interaction adaptatifs et des styles de résolution de problèmes ont été développés et se manifestent de manière indépendante du thérapeute, et que la famille semble posséder la motivation, les compétences et les ressources nécessaires pour maintenir une trajectoire clinique positive sans le soutien de services continus.

6-3 La thérapie d'interaction parent-enfant et le traitement des troubles du comportement perturbateur

Aperçu du problème clinique

La thérapie d'interaction parent-enfant est un traitement basé sur des preuves destiné aux jeunes enfants présentant des troubles du comportement perturbateur répertoriés dans le DSM 5 dans la catégorie troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites. Ces troubles, comme le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites, constituent la raison la plus fréquente de consultation des jeunes enfants dans les services de santé mentale. Quand ils sont à début précoce, ces troubles sont associés à des altérations significatives du fonctionnement social, émotionnel et éducatif, et prédisent des difficultés d'adaptation à l'âge adulte.

Ce diagnostic constitue le facteur de risque le plus important pour des comportements délinquants ultérieurs, notamment la violence interpersonnelle, la consommation de substances et la destruction de biens. Ces conséquences négatives engendrent des coûts élevés pour les services éducatifs, de santé mentale, les forces de l'ordre et les services sociaux — estimés à être 10 fois plus élevés pour les enfants ayant ce genre de troubles par rapport à ceux sans problèmes. Afin de réduire ces coûts sociétaux élevés, ainsi que la détresse émotionnelle significative chez les enfants et les familles, une intervention précoce est essentielle.

Modèle conceptuel guidant le programme de traitement

Selon la théorie développementale de l'éducation parentale de Baumrind (élaborée en 1966), les pratiques parentales peuvent être caractérisées comme permissives, autoritaires ou démocratiques, variant selon les degrés d'exigence et de réceptivité.

Baumrind définit le "parent démocratique" comme un parent qui n'adopte ni le style disciplinaire coercitif d'un parent autoritaire ni le style disciplinaire indulgent d'un parent permissif, mais qui, au contraire, est à la fois réceptif et exigeant, confrontant et soutenant l'autonomie, affectueux et affirmant son autorité (Zisser-Nathenson et al., 2017, p. 104).

En s'appuyant sur la conceptualisation de l'éducation parentale de Baumrind, cette thérapie combine les principes de l'attachement et de l'apprentissage social pour enseigner un style parental démocratique, qui allie bienveillance, communication claire et application cohérente des normes comportementales. Ce style parental a été associé à un moindre nombre de problèmes de comportement chez les enfants et à une meilleure santé mentale à long terme par rapport aux autres styles parentaux dans une grande diversité de populations cliniques.

En effet, les enfants élevés dans un style parental démocratique avaient des taux plus faibles de consommation de substances, de comportements antisociaux et de symptômes intériorisés à l'adolescence que ceux élevés selon d'autres styles parentaux. Ces résultats ont été confirmés dans de nombreux pays aux systèmes de valeurs très divers, tels que la Chine, le Pakistan, Hong Kong, l'Écosse, l'Australie et l'Argentine.

Selon la théorie de l'attachement, la chaleur et la réceptivité parentales envers le jeune enfant contribuent à sa compréhension des relations. Cela favorise une meilleure régulation émotionnelle et renforce le désir de plaire ainsi que la volonté de coopérer de l'enfant. À l'inverse, une éducation parentale non réceptive est associée à un attachement insécurisant, lequel est lié à l'agressivité de l'enfant et à de mauvaises relations avec ses pairs. De plus, un attachement insécurisant entre le parent et l'enfant est corrélé à une augmentation du stress maternel et à un risque accru de maltraitance infantile.

Les techniques comportementales spécifiques enseignées dans la thérapie d'interaction parent-enfant s'appuient sur la théorie de l'apprentissage social, qui met en évidence la manière dont les contingences façonnent les interactions dysfonctionnelles entre les enfants présentant des troubles du comportement perturbateur et leurs parents. Pour interrompre le cycle d'escalade mutuelle de comportements aversifs entre ces enfants et leurs parents, ces derniers doivent modifier leurs comportements en intégrant des limites claires dans le cadre d'une relation parentale démocratique.

Cette thérapie postule qu'une relation d'attachement forte et sécurisante est une base essentielle pour établir des limites efficaces et une discipline cohérente, ce qui conduit à des améliorations durables dans les comportements du parent et de l'enfant. Ainsi, l'objectif de la première phase de la thérapie est d'augmenter la réceptivité parentale et

de renforcer une relation sécurisante et bienveillante entre le parent et l'enfant. L'objectif de la deuxième phase du traitement est d'améliorer la capacité des parents à fixer des limites et à maintenir une discipline cohérente afin de réduire la non-conformité, l'agressivité et d'autres comportements négatifs de l'enfant.

Au cours des dernières semaines de la thérapie, les cliniciens aident les parents ou les soignants à appliquer les principes et compétences enseignés pendant le traitement aux nouveaux défis qui se présentent.

Caractéristiques du programme de traitement

Caractéristiques familiales

Dans la thérapie d'interaction parent-enfant, les enfants et leurs parents sont pris en charge ensemble. Bien que la plupart des études sur cette thérapie concernent des enfants de 3 à 6 ans présentant des troubles du comportement perturbateur, des enfants plus jeunes et plus âgés issus de diverses populations cliniques ont également obtenu des résultats positifs grâce à ce traitement.

La base de preuves pour cette thérapie inclut des familles issues de groupes ethniques et socio-économiques variés, ainsi que des enfants ayant des troubles intériorisés, des déficiences cognitives ou des parents ayant des antécédents de maltraitance physique. Le traitement peut inclure un ou les deux parents, ou d'autres soignants significatifs dans la vie de l'enfant.

Structure de la thérapie

Les deux phases de la thérapie sont appelées l'interaction dirigée par l'enfant et l'interaction dirigée par le parent. Chaque phase du traitement débute par une séance d'apprentissage où un thérapeute explique, modélise et joue des rôles avec les parents pour leur enseigner les compétences d'interaction. Cela est suivi de séances de coaching où les thérapeutes guident les parents pendant qu'ils pratiquent ces compétences avec leur enfant.

Les séances de coaching commencent par une brève révision de la semaine précédente, suivie d'une observation codée de 5 minutes de l'interaction parent-enfant pour identifier les compétences qui seront les principaux objectifs du coaching. La majorité du temps de chaque séance est consacrée à l'accompagnement des soignants dans l'application des compétences enseignées durant la thérapie.

Les thérapeutes coachent généralement depuis une salle d'observation équipée d'un miroir sans tain donnant sur la salle de jeu, en utilisant un système « bug-in-the-ear »

pour communiquer avec les parents pendant qu'ils jouent avec leur enfant. Le coaching consiste en des déclarations fréquentes et brèves qui donnent un retour immédiat aux parents sur leurs compétences en interaction dirigée par l'enfant ou en interaction dirigée par les parents (par exemple, « Bravo pour cet éloge précis »), leur attitude (par exemple, « Excellent travail pour rester calme »), ou leur effet (par exemple, « Vos descriptions permettent de maintenir son attention plus longtemps »). Le thérapeute peut également formuler des suggestions (par exemple, « Vous pouvez féliciter cela ») ou donner des indices (« Il vous a demandé poliment »). Pour éviter de distraire le jeu, ces commentaires sont faits uniquement lorsque ni l'enfant ni le parent ne parle. Les coachs adaptent leur approche au vocabulaire, au style et au niveau de compétence des parents.

À la fin de chaque séance, les thérapeutes passent en revue avec les parents une fiche récapitulative montrant la fréquence à laquelle ils ont utilisé chaque compétence en interaction dirigée par l'enfant ou en interaction dirigée par les parents lors de l'observation initiale. Les thérapeutes et les parents décident ensuite ensemble de la compétence sur laquelle se concentrer le plus durant les séances de pratique quotidienne de 5 minutes prévues pour la semaine suivante.

Contenus des séances du traitement

Interaction dirigée par l'enfant

La règle principale pour les parents pendant la phase d'interaction dirigée par l'enfant est de suivre l'initiative de leur enfant. Les parents apprennent à utiliser des compétences de communication spécifiques (descriptions de comportements, réflexions et éloges étiquetés) pour accorder une attention positive au jeu approprié de leur enfant. Ils apprennent également à ne pas utiliser certaines communications (ordres, questions et critiques) qui tentent de diriger l'interaction et peuvent être intrusives pendant un jeu dirigé par l'enfant (voir tableau 1). En accordant de l'attention uniquement aux comportements positifs de l'enfant lors de cette première phase du traitement, les parents apprennent à utiliser la technique de l'attention sociale différenciée pour modeler le comportement de leur enfant.

Tableau 1 : quelques compétences de communication spécifiques

Compétences	Raisons	Exemples
Compétences à développer (suivi positif)		
Eloges étiquetés	- Augmentent les comportements qui sont félicités.	- Bon travail pour avoir rangé.

	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentent l'estime de soi - créent des sentiments positifs 	<ul style="list-style-type: none"> - J'aime comment tu construis si tranquillement. - Merci d'avoir partagé avec moi.
Réflexions	<ul style="list-style-type: none"> - Laisser l'enfant diriger la conversation. - Montrer que le parent écoute et comprend. - Améliorer le langage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant : J'ai dessiné un arbre. - Parent : Oui, un grand arbre de la maison.
Descriptions de comportements	<ul style="list-style-type: none"> - Laisser l'enfant diriger l'activité. - Montrer que vous êtes intéressés. - Maintenir l'attention de l'enfant sur la tâche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tu construis un fort. - Tu as dessiné six pétales sur ta fleur.
Les compétences de « ne pas faire »		
Commandes	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre l'initiative à la place de l'enfant - Risque d'interaction négative. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jouons avec les voitures. - Donne-moi la voiture rouge.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Peut s'agir de commandes implicites. • Suggère que vous n'écoutez pas. • Suggère que vous désapprouvez. 	<ul style="list-style-type: none"> • « Quelle couleur est-ce ? » • « Nous construisons une grande maison, n'est-ce pas ? » • « Tu mets des blocs rouges sur la tour ? »
Déclarations critiques	<ul style="list-style-type: none"> • Réduisent l'estime de soi. • Créent une interaction désagréable. • Augmentent le comportement critiqué. 	<ul style="list-style-type: none"> • « Tu te trompes encore. » • « Ce n'est pas une bonne idée. » • « Arrête de gigoter. »

Si l'enfant devient perturbateur pendant une séance d'interaction dirigée par l'enfant, les parents sont coachés pour ignorer le comportement perturbateur en détournant le regard et en ne parlant pas ou ne faisant pas de gestes vers l'enfant. Ignorer le comportement négatif aide l'enfant à comprendre la différence entre les réponses parentales aux comportements positifs et négatifs. On explique aux parents que le

comportement ignoré peut empirer avant de s'améliorer et qu'ils doivent continuer à ignorer jusqu'à ce que le comportement cesse.

Les parents sont ensuite coachés pour fournir immédiatement les compétences d'attention positive lorsque l'enfant adopte un autre comportement positif. Ils sont également coachés pour interrompre l'interaction en cas de comportements agressifs ou destructeurs. Les thérapeutes coachent le parent pour expliquer que le temps spécial avec l'enfant est terminé à cause du comportement destructeur ou agressif (par exemple, « Le temps spécial est terminé parce que tu as [frappé] »). Les parents sont encouragés à reprendre l'interaction dirigée par l'enfant plus tard, lorsque l'enfant est calme.

Les thérapeutes continuent de coacher les parents dans l'utilisation des compétences d'interaction dirigée par l'enfant jusqu'à ce qu'ils atteignent les critères minimaux de maîtrise pendant l'observation initiale de 5 minutes : (1) 10 descriptions de comportements, (2) 10 déclarations réflexives, (3) 10 éloges étiquetés et (4) aucune commande, question ou critique. Une fois que les parents ont atteint ces critères, ils passent à la deuxième phase du traitement : l'interaction dirigée par le parent. Cependant, comme les compétences d'interaction dirigée par l'enfant constituent une base essentielle pour établir et maintenir une discipline efficace, les thérapeutes continuent d'observer et de coder les interactions dirigées par l'enfant de 5 minutes au début des séances suivantes. Si les parents ne remplissent pas les critères pour une compétence d'interaction dirigée par l'enfant, les thérapeutes les coachent sur ces compétences avant de commencer le coaching d'interaction dirigée par le parent dans cette séance. Les séances de pratique à domicile d'interaction dirigée par l'enfant de 5 minutes continuent également tout au long du traitement.

Interaction dirigée par le parent

Les objectifs principaux de l'interaction dirigée par le parent incluent la réduction de la non-conformité et des comportements inappropriés qui ne répondent pas à l'attention sociale différenciée ou qui sont trop graves pour être ignorés (par exemple, frapper, détruire des jouets). Les parents continuent d'accorder une attention positive aux comportements appropriés en interaction dirigée par le parent. Cependant, au lieu de suivre exclusivement l'initiative de l'enfant, les parents apprennent à donner des consignes efficaces et à les suivre de manière cohérente avec des réponses calmes et prévisibles aux comportements de l'enfant.

Tant les parents que les enfants savent quelles seront les conséquences de l'obéissance ou de la désobéissance de l'enfant, ce qui réduit l'anxiété parentale et aide les parents à se sentir plus en contrôle du comportement de leur enfant. Cette prévisibilité renforce

probablement aussi le sentiment de sécurité de l'enfant au sein de la relation parent-enfant. Les thérapeutes enseignent aux parents huit règles pour des consignes efficaces, qui incluent les suivantes :

- Donnez des ordres directs plutôt qu'indirects.
- Donnez un ordre à la fois.
- Formulez les ordres de manière positive.
- Faites des ordres spécifiques.
- Donnez les ordres sur un ton de voix neutre.
- Donnez des ordres adaptés au développement de l'enfant.
- Fournissez une explication avant de donner l'ordre ou après l'obéissance.
- Utilisez des ordres directs uniquement lorsque cela est nécessaire.

Ensuite, les thérapeutes enseignent aux parents des étapes spécifiques à suivre une fois qu'un ordre a été donné. Si l'enfant obéit, les parents lui donnent un éloge étiqueté pour sa conformité (par exemple, « Merci d'avoir écouté ! »), puis reviennent aux compétences d'interaction dirigée par l'enfant jusqu'à ce qu'un nouvel ordre soit nécessaire. Si l'enfant désobéit, les parents entament la procédure de mise à l'écart (time-out). Les parents apprennent à ne jamais ignorer la non-conformité, car un comportement non conforme est renforcé si l'enfant est autorisé à désobéir. La procédure de mise à l'écart fournit des étapes concrètes à suivre par les parents après une désobéissance, et se termine par la conformité de l'enfant à l'ordre initial.

Lorsque la procédure de mise à l'écart (time-out) est terminée, le parent est coaché pour donner à l'enfant un éloge étiqueté très enthousiaste pour avoir obéi, puis revenir aux compétences d'interaction dirigée par l'enfant. De cette manière, l'enfant apprend à rechercher l'attention positive qui suit la conformité, plutôt que l'attention négative qui suit la non-conformité.

Mesure des progrès du traitement

Les thérapeutes évaluent les progrès de la famille à travers la thérapie en utilisant des données d'observation et des échelles de notation. Les interactions parent-enfant sont observées et codées chaque semaine à l'aide d'une échelle d'interaction parent-enfant pour sélectionner les compétences parentales à travailler lors des séances de coaching et pour déterminer la progression des parents dans le protocole. Cette échelle est un système d'observation comportementale qui mesure la qualité de l'interaction parent-enfant. Les cliniciens enregistrent les verbalisations des parents qui indiquent qu'ils suivent (par exemple, descriptions des comportements) ou qu'ils dirigent (par exemple, ordres), ainsi que les verbalisations qui réduisent significativement la qualité de

l'interaction (par exemple, paroles négatives), et les réponses de l'enfant (par exemple, conformité, non-conformité, paroles négatives, paroles prosociales).

Les parents remplissent également des évaluations hebdomadaires sur un inventaire du comportement de l'enfant. Cet inventaire est une échelle de 36 éléments à 7 points qui mesure la fréquence des problèmes de comportement perturbateur courants à la maison (par exemple, « Refuse de faire les tâches ménagères lorsqu'on lui demande », « Répond de manière insolente ») et dans des contextes sociaux (par exemple, « Taquine ou provoque d'autres enfants »).

Les parents doivent répondre aux critères établis tant pour leurs compétences observées que pour leurs évaluations du comportement de l'enfant afin de terminer le traitement. Ils doivent également exprimer leur confiance dans leur capacité à gérer le comportement de leur enfant de manière autonome avant que le traitement ne soit considéré comme terminé. Ainsi, l'interaction dirigée par le parent est basée sur la performance et non sur une durée limitée, et le nombre de séances varie de 10 à 20, avec une moyenne d'environ 14 à 16 séances.

Commentaires de conclusion

La thérapie d'interaction parent-enfant est destinée pour les jeunes enfants ayant des troubles du comportement perturbateur et leurs familles. Les éléments clés du traitement sont illustrés, y compris l'implication des parents et de l'enfant ensemble dans le traitement, l'utilisation de l'évaluation pour guider les progrès de la famille, le coaching actif des parents dans les compétences de changement de comportement et de relation, ainsi que la continuation du traitement jusqu'à ce que les parents maîtrisent les compétences et que le comportement de l'enfant soit dans la norme. Ces caractéristiques de la thérapie s'appuient à la fois sur les principes de l'attachement et de l'apprentissage social pour produire des améliorations durables dans la relation parent-enfant et des réductions durables du comportement perturbateur de l'enfant.

Le respect de la théorie comportementale, l'adaptation du traitement aux besoins uniques des familles, les améliorations continues guidées par des recherches bien menées, et la fidélité au modèle de traitement peuvent expliquer la mise en œuvre réussie et la généralisation de cette thérapie à travers divers symptômes de santé mentale, contextes et cultures à ce jour. Les compétences, l'engagement et la sensibilité des prestataires de soins pratiquant cette thérapie jouent également un rôle crucial (Zisser-Nathenson et al., 2017).

6-4 Psychothérapie de couple

La psychothérapie de couple est une approche thérapeutique qui vise à aider les partenaires à surmonter des conflits, améliorer leur communication et renforcer leur relation.

Elle s'applique à divers contextes, comme les conflits relationnels, l'infidélité, les troubles sexuels, ou encore les transitions de vie (ex. : mariage, parentalité, retraite).

De manière générale, la psychothérapie de couple vise les objectifs suivants :

1. Améliorer la communication : Identifier et modifier les schémas de communication dysfonctionnels.
2. Résoudre les conflits : Développer des stratégies pour gérer les désaccords.
3. Renforcer l'intimité : Travailler sur la connexion émotionnelle et physique.
4. Promouvoir la compréhension mutuelle : Aider les partenaires à mieux comprendre leurs besoins respectifs.

Nous donnons un exemple détaillé d'une thérapie de couple : la Thérapie Comportementale Intégrative de Couple.

La Thérapie Comportementale Intégrative de Couple

Christensen, Wheeler, Doss et Jacobson (2021) présentent la Thérapie Comportementale Intégrative de Couple (TCIC), qui est une approche innovante pour traiter la détresse conjugale. TCIC se distingue de la thérapie comportementale traditionnelle de couple en mettant l'accent sur l'acceptation émotionnelle des différences entre partenaires, plutôt que sur le seul changement comportemental. Les auteurs soulignent que la détresse conjugale, bien que souvent négligée dans les classifications diagnostiques traditionnelles, peut avoir des conséquences psychologiques graves, affectant non seulement les partenaires, mais aussi leurs enfants. Ils plaident pour une attention thérapeutique accrue à ces problèmes relationnels.

Ainsi, la TCIC vise à aider les couples à développer une nouvelle compréhension de leurs différences, en transformant les conflits en opportunités d'intimité et de compassion. Plutôt que de chercher à éliminer les conflits enracinés, cette approche encourage les partenaires à accepter et à valoriser leurs différences, favorisant ainsi une relation plus harmonieuse. Les étapes de TCIC incluent une évaluation approfondie de la relation, suivie de l'application de stratégies spécifiques pour promouvoir l'acceptation et le changement. Les interventions peuvent inclure des

techniques de communication, des exercices d'empathie et des activités visant à renforcer la connexion émotionnelle entre les partenaires.

En somme, la TCIC est une approche prometteuse pour traiter la détresse conjugale, en combinant des stratégies d'acceptation et de changement pour aider les couples à surmonter leurs difficultés et à renforcer leur relation.

Une part significative des couples mariés ou en union libre font face à des niveaux variés de détresse, qui peut avoir des répercussions sur la santé mentale (dépression, anxiété) et physique des partenaires, ainsi que sur les enfants. Dans le cadre de cette thérapie, la détresse conjugale est définie comme un état émotionnel négatif résultant de conflits fréquents ou non résolus entre partenaires. Elle peut inclure des émotions telles que la frustration, le ressentiment, ou l'insatisfaction. Les auteurs insistent sur la nécessité d'inclure les problèmes relationnels dans les classifications diagnostiques psychiatriques et de leur accorder une attention thérapeutique accrue.

Facteurs contribuant à la détresse conjugale

- Facteurs individuels :
 - Traits de personnalité incompatibles.
 - Problèmes de santé mentale ou de stress personnel.
- Facteurs relationnels :
 - Mauvaise communication (critiques, attitudes défensives, mépris, etc.).
 - Modèles de conflit répétitifs et chroniques (reproches et retraits émotionnels).
- Facteurs contextuels :
 - Stress externe (financier, professionnel, parentalité).
 - Influence des normes sociétales ou des familles élargies.

Présentation de la Thérapie Comportementale Intégrative de Couple (TCIC)

La thérapie comportementale traditionnelle de couple vise l'amélioration des interactions en enseignant des compétences spécifiques comme la communication et la résolution de conflits. Bien que cette approche soit efficace pour certains couples, elle se heurte souvent à des résistances ou échoue à traiter les conflits enracinés dans des différences fondamentales entre les partenaires.

Développée en réponse aux limites de la thérapie comportementale traditionnelle, la TCIC combine des stratégies d'acceptation et de changement. Elle vise à aider les couples à accepter leurs différences fondamentales tout en travaillant à modifier les comportements problématiques spécifiques.

Elle intervient sur trois axes principaux :

1. **Acceptation émotionnelle :**
 - Comprendre et accepter les différences individuelles, plutôt que d'essayer de les éliminer.
 - Encourager une vision empathique des motivations et des vulnérabilités du partenaire.
2. **Tolérance :**
 - Développer des stratégies pour gérer les comportements négatifs de manière constructive.
 - Techniques comme l'humour, la recontextualisation ou la mise en perspective.
3. **Changement comportemental :**
 - Appliquer des outils issus de la TCIC pour améliorer les interactions positives et réduire les comportements nuisibles.

Pour ce faire, le déroulement de la thérapie se fait en deux phases. Dans la première phase d'évaluation, le thérapeute tente de comprendre les causes spécifiques de la détresse conjugale, et identifie les schémas interactionnels répétitifs qui alimentent les conflits. Dans la deuxième phase d'intervention, le thérapeute va utiliser des techniques comme les "thèmes centrés sur le couple" pour explorer les dynamiques fondamentales. Il va également encourager des discussions ouvertes et empathiques pour favoriser la connexion émotionnelle. Certaines techniques spécifiques comme les exercices de communication basés sur l'écoute active et réduction des "cercles vicieux" comportementaux par des interventions ciblées font partie de la boîte à outils de thérapeute.

La TCIC est une approche prometteuse pour traiter la détresse conjugale, particulièrement lorsque les conflits reposent sur des différences fondamentales. Les auteurs soulignent l'importance d'une intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la détresse et encourager une meilleure satisfaction relationnelle à long terme.

6-5 Formation à la gestion parentale et entraînement aux compétences de résolution de problèmes pour les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent

Aperçu du problème clinique

Ce travail d'intervention s'est concentré sur les troubles du comportement perturbateur chez les enfants et les adolescents (âgés de 2 à 15 ans) qui sont orientés vers des traitements en hospitalisation ou en consultation externe.

Le principal objectif a été de traiter des enfants référés pour des comportements d'agression physique extrême et de destruction de biens. Cependant, ces enfants manifestent toute une gamme de comportements inclus dans le diagnostic de trouble des conduites (TC), tels que l'intimidation et les menaces envers autrui, les mensonges, le vol, la cruauté envers les animaux, les incendies volontaires, entre autres.

Dans nos travaux plus récents, nous avons élargi notre champ d'action pour inclure les enfants référés pour des comportements tels que l'entêtement, la défiance et des comportements ingérables relevant du diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation (TOP).

Les enfants souffrant de TC ou de TOP présentent une altération significative de leur fonctionnement à la maison, à l'école et dans les contextes communautaires (par exemple, lors d'événements sociaux ou sportifs).

On en sait beaucoup sur le trouble des conduites (TC) en ce qui concerne ses corrélats, ses facteurs de risque et de protection, son évolution à long terme, ses influences génétiques et les caractéristiques de l'activité cérébrale.

Par exemple, en ce qui concerne le TC, il est établi qu'il entraîne des conséquences délétères à long terme, touchant la santé mentale et physique, l'abus de substances, les comportements criminels, ainsi qu'un fonctionnement inadapté dans la vie quotidienne (par exemple, l'emploi ou la gestion des finances).

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) présente également un mauvais pronostic à long terme, bien que ce trouble ait été moins étudié que le TC.

Pour le trouble des conduites (TC) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), des questions fondamentales concernant l'étiologie et les processus par lesquels les symptômes apparaissent restent encore à résoudre.

Cependant, il est encourageant de constater qu'à ce jour, plusieurs traitements basés sur des preuves scientifiques ont été développés. Ces interventions couvrent toute la gamme de la sévérité, allant de l'entêtement et de la défiance chez les jeunes enfants à la violence chez les adolescents ayant des démêlés avec la justice.

Modèle conceptuel guidant le programme de traitement

Notre traitement par défaut a été la formation à la gestion parentale (PMT, en anglais Parental Management Trainig). Cependant, dans nos premiers travaux avec des cas en hospitalisation, il arrivait qu'aucun parent ne soit disponible pour participer au

traitement (par exemple, en raison de troubles mentaux, de toxicomanie ou d'une incarcération).

Pour ces cas particuliers, nous avons développé l'entraînement aux compétences de résolution de problèmes cognitifs et nous ne rencontrons que l'enfant dans le cadre du traitement.

Notre accent sur la formation à la gestion parentale (PMT) provient de deux corps de recherche distincts : la recherche conceptuelle et empirique fondamentale de Patterson et de ses collègues, qui se concentre sur les séquences coercitives des interactions parent-enfant et sur la manière dont elles peuvent être modifiées, et les avancées en analyse comportementale appliquée concernant la manière de modifier le comportement (par exemple, l'utilisation des opérations d'établissement, l'analyse fonctionnelle, le renforcement différentiel. Ces travaux peuvent être traduits en plusieurs techniques concrètes pour modifier à la fois les comportements des parents et des enfants.

La formation à la gestion parentale (PMT) met l'accent sur le changement de la manière dont l'enfant réagit dans des situations interpersonnelles à la maison, à l'école, dans la communauté, et avec les enseignants, les parents, les pairs, les frères et sœurs, ainsi que d'autres personnes. Le traitement utilise des procédures basées sur l'apprentissage pour développer les comportements et inclut des techniques telles que la modélisation, l'incitation, le façonnement, le renforcement positif, la pratique et les répétitions, l'extinction, et des punitions légères. Les séances de traitement développent des compétences que les parents utilisent pour mettre en œuvre des programmes de changement de comportement à la maison.

Le PSST (Entraînement aux compétences de résolution de problèmes cognitifs) se concentre sur les processus cognitifs, un large ensemble de concepts liés à la manière dont les individus perçoivent, codent et vivent le monde. Les individus qui manifestent des comportements problématiques de conduite, en particulier l'agression, présentent des distorsions et des déficits dans divers processus cognitifs.

Les exemples incluent la génération de solutions alternatives à des problèmes interpersonnels (par exemple, différentes manières de gérer des situations sociales), l'identification des moyens d'atteindre des objectifs particuliers (par exemple, se faire des amis) ou des conséquences des actions de l'individu (par exemple, ce qui pourrait se passer après un comportement particulier) ; faire des attributions erronées concernant les motivations des actions des autres, percevoir les émotions des autres, et avoir des attentes sur les effets de ses propres actions.

Les déficits et distorsions parmi ces processus sont liés aux évaluations des enseignants sur les comportements perturbateurs, aux évaluations des pairs, et à l'évaluation directe du comportement manifeste.

Caractéristiques du programme de traitement

Qui est vu en traitement

Notre programme a commencé avec une concentration exclusive sur le trouble des conduites (TC) chez les enfants âgés de 5 à 12 ans, orientés pour des soins hospitaliers (Service de soins intensifs psychiatriques pour enfants, Université de Pittsburgh, School of Medicine). Le programme s'est ensuite élargi pour inclure des traitements ambulatoires, qui ont été au centre de notre travail pendant environ 25 ans.

Notre programme actuel, mis en œuvre au Yale Parenting Center, offre des services aux enfants et aux familles. Les demandes croissantes des professionnels de la santé mentale et des parents ont progressivement élargi notre tranche d'âge (de 2 à 15 ans). Nous continuons de nous concentrer sur le trouble des conduites (TC). Cependant, le nombre de références a augmenté chez les enfants de moins de 5 ans, qui sont plus susceptibles d'être orientés pour des problèmes d'entêtement, de crises de colère et de défiance à la maison et dans d'autres contextes (école maternelle, garderie).

Les enfants sont orientés pour des comportements opposants, agressifs et antisociaux, et répondent généralement aux critères d'un diagnostic principal (selon les critères du DSM) de trouble des conduites (TC) ou trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Environ 70 % des enfants répondent aux critères de deux troubles ou plus (plage : de zéro à cinq troubles). La plupart des jeunes se situent dans la plage normale de l'intelligence (par exemple, le QI total moyen = 100–105 ; plage de 60 à 140 selon l'échelle de Wechsler pour enfants, révisée).

Les familles que nous rencontrons sont principalement d'origine européenne américaine (~60-70 % dans nos projets), afro-américaine (~10-20 %), ou hispanique américaine (~1-7 %), asiatiques et amérindiennes (~1-2 % chacune), les familles multiraciales formant le reste. Le rapport de sexe des garçons et des filles dans nos projets est de 3-4:1. Environ 50 % de nos cas proviennent de familles biparentales, et un éventail complet de statut socio-économique et de niveau éducatif est représenté.

Contenu des séances de PMT - Intervention avec le parent (ou les parents)

La PMT est principalement réalisée avec le(s) parent(s) ou le(s) tuteur(s). Le traitement de base consiste actuellement en cinq à dix séances hebdomadaires (de 45 à

60 minutes chacune). La durée du traitement a varié au fil des projets. Notre traitement actuel comprend un ensemble central de thèmes (voir Tableau 9.1), chacun étant généralement abordé lors d'une seule séance. Des séances optionnelles (généralement trois ou moins, si nécessaire) peuvent être utilisées pour traiter des problèmes émergents, affiner un programme de changement de comportement ou revoir le contenu d'une séance précédente.

Les séances individuelles commencent généralement par une discussion du concept général et de la technique de la séance, ainsi que de la manière dont elle doit être mise en œuvre. La majeure partie de la séance de traitement consiste en une démonstration par le thérapeute, suivie de jeux de rôle et de répétitions de la part du parent.

Par exemple, lors d'une séance sur l'attention et l'ignorance, les parents participent à plusieurs jeux de rôle avec le thérapeute. Le parent et le thérapeute peuvent alterner les rôles de l'enfant et du parent. Le "comportement de l'enfant" est modélisé par le thérapeute, qui demande quelque chose, notamment après avoir reçu un "non". Le thérapeute geint, suit le parent qui s'éloigne et exige d'être entendu, cherchant à faire annuler une décision parentale ; le parent ignore. Une fois que l'enfant se calme ou commence à demander quelque chose gentiment, le parent s'adresse à l'enfant et, en fonction du comportement, peut même le féliciter pour s'être calmé rapidement. Ce processus est répété plusieurs fois pour aider le parent à pratiquer l'ignorance et le fait de s'éloigner, puis à revenir calmement pour renforcer les comportements plus appropriés de l'enfant.

Le thérapeute façonne le comportement parental en utilisant des antécédents (verbaux et non verbaux avant et pendant les mises en scène), des retours d'information et des félicitations (pour les petites ou grandes composantes du comportement du parent), le façonnement, et en passant à des comportements plus complexes et déraisonnables de l'enfant qui imitent les pires scénarios possibles du comportement de l'enfant.

Séances de formation à la gestion parentale (PMT) : Aperçu des thèmes centraux et des séances

- 1. Introduction** **et** **Aperçu**
Cette séance fournit aux parents un aperçu du programme et décrit les exigences qui leur sont imposées ainsi que l'objectif de l'intervention.
- 2. Définir** **et** **Observer**
Cette séance forme les parents à identifier, définir et observer les comportements. Les parents et le formateur définissent des problèmes spécifiques qui peuvent être observés et élaborent un plan spécifique pour commencer les observations.

3. **Renforcement Positif (Tableau de Points et Louanges)**

Cette séance se concentre sur l'apprentissage du concept de renforcement positif, des facteurs qui contribuent à son application efficace, et de la pratique de son application en relation avec l'enfant cible. Un tableau de récompenses (points/jetons) est créé, et la manière dont le parent exprime ses louanges est développée à travers des démonstrations, des incitations, des retours d'information et des félicitations du thérapeute.

4. **Exclusion du Renforcement (Time-Out)**

Les parents apprennent le concept de "time-out" et les facteurs associés à son application efficace. La mise en pratique de la méthode de "time-out" est largement jouée en jeu de rôle et répétée.

5. **Attirer l'attention et Ignorer**

Les parents apprennent les techniques d'attention et d'ignorance, et choisissent un comportement indésirable qu'ils ignoreront ainsi qu'un comportement positif opposé sur lequel ils se concentreront. Ces procédures sont pratiquées pendant la séance.

6. Les parents sont formés à développer des comportements en renforçant des approximations successives et à utiliser des incitations et l'atténuation des incitations pour développer des comportements finaux. Lors de cette séance, des plans sont élaborés pour mettre en place un programme de renforcement à domicile afin de développer des comportements liés à l'école, sur la base de la consultation du thérapeute avec l'école.

7. **Revue du Programme**

Les observations de la semaine précédente, ainsi que l'application du programme de renforcement, sont passées en revue. Les détails concernant l'administration des louanges, des points et des renforts supplémentaires sont discutés et mis en pratique afin que le thérapeute puisse identifier comment améliorer la performance des parents. Le parent s'exerce à concevoir des programmes pour un ensemble de problèmes hypothétiques.

8. **Réunion Familiale**

Lors de cette réunion, l'enfant et le(s) parent(s) sont intégrés à la séance. Les programmes sont discutés ainsi que les problèmes rencontrés. Des révisions sont effectuées au besoin pour corriger des malentendus ou améliorer la mise en œuvre.

9 et 10. **Négociation, Contrat, et Compromis**

L'enfant et le parent se rencontrent pour négocier de nouveaux programmes comportementaux et les formuler sous forme de contrat. Le thérapeute façonne les compétences de négociation du parent et de l'enfant, renforce le compromis et fournit

de moins en moins de guidance à mesure que des situations plus difficiles sont présentées.

11. Réprimandes et Conséquences pour les Comportements Peu Fréquents

Les parents sont formés à l'utilisation efficace des réprimandes et à la gestion des comportements peu fréquents tels que l'incendie volontaire, le vol ou l'absentéisme scolaire.

12. Revue, Résolution de Problèmes, Pratique, Inversion des Rôles

Les parents s'exercent à concevoir de nouveaux programmes, réviser les programmes défectueux et répondre à une gamme complexe de situations dans lesquelles les principes et les pratiques abordés lors des séances précédentes sont revus. De plus, les parents jouent le rôle du thérapeute et "forment" le thérapeute qui joue le rôle du parent.

Dans certaines de nos études cliniques, l'enfant a été intégré aux séances de PMT pour rejouer des situations qui se sont produites à la maison et gérer de nouvelles situations. Lorsque l'enfant est présent, on peut observer directement l'exécution des procédures par les parents et le comportement de l'enfant lors de la reconstitution de situations vécues à la maison. De plus, nous pouvons poser des questions à l'enfant qui corroborent le rapport des parents sur le programme à la maison ou suggérer des incohérences. Actuellement, nous n'incluons pas l'enfant dans les séances ; une intervention efficace n'a pas nécessité cela. De plus, la planification des séances avec la présence de l'enfant a posé davantage de défis dans la prestation du traitement, car les séances ne peuvent être menées qu'après l'école ou en retirant l'enfant de l'école pour assister à la séance.

Composantes du programme à souligner Traitements et problèmes

Le PMT comprend trois composantes essentielles pour provoquer un changement de comportement chez le parent et l'enfant : l'utilisation des antécédents, des comportements et des conséquences. Les **antécédents** (ce qui précède le comportement) augmentent la probabilité d'obtenir les comportements souhaités chez l'enfant (c.-à-d. incitations, opérations d'établissement) et incluent des instructions, un ton de voix calme ou ludique, des gestes et regards encourageants, ainsi que la possibilité de faire des choix lorsque cela est possible.

Nous formons également les parents à éviter les commentaires durs, les reproches, les menaces, les appels à l'autorité et les contacts physiques punitifs (par exemple, tirer un enfant), qui sont susceptibles de réduire la conformité ou les comportements prosociaux (c.-à-d. opérations d'abolition).

Le **comportement** fait référence aux moyens de développer et d'obtenir les comportements souhaités et inclut trois stratégies.

La première, la plus simple, est le **modelage**, qui consiste à développer un comportement cible par étapes ou petits incréments jusqu'à atteindre l'objectif final.

La deuxième stratégie repose sur des **simulations**, où le parent et l'enfant jouent les comportements désirés dans des circonstances ludiques. Par exemple, le parent et l'enfant peuvent jouer à un jeu appelé le "**jeu des caprices**", dans lequel le parent simule le refus d'une activité ou d'un privilège (par exemple, "Tu ne peux pas utiliser l'ordinateur ce soir"), l'enfant joue une crise contrôlée (par exemple, sans frapper le parent, casser des objets ou crier) et reçoit des éloges pour ce résultat.

Ce "jeu" peut être utilisé pour de nombreux comportements lorsque le modelage n'est pas une option viable, car les premiers petits incréments du comportement ne sont pas présents ou ne se produisent pas suffisamment fréquemment.

Le "jeu" constitue un excellent moyen de combiner les **antécédents** et les **conséquences**, et permet aisément d'atteindre l'objectif principal de l'intervention : la pratique répétée. Comme dans d'autres "simulations" (par exemple, celles utilisées par les pilotes de ligne commerciaux ou par les équipes sportives universitaires et professionnelles), cette pratique se transfère aux situations quotidiennes et peut ensuite être directement encouragée (renforcée) dans ces contextes.

Enfin, nous utilisons le composant ludique du jeu pour des situations réelles qui ne sont pas tout à fait des simulations. Par exemple, pour encourager à parler gentiment ou sans jurer, nous avons mis en place un jeu ou un défi lors du dîner, impliquant une contingence pour toute la famille. Il s'agit d'un jeu dans un certain sens (ludique, artificiel et stimulant), mais aussi d'une véritable situation quotidienne (prendre le dîner ensemble). Le **modelage** peut être intégré au jeu si nécessaire pour développer progressivement le comportement souhaité.

Le troisième composant, **les conséquences**, met principalement l'accent sur l'utilisation des éloges. Nous distinguons les éloges que les parents utilisent habituellement (que nous encourageons à maintenir) des éloges stratégiques et spécifiques conçus pour modifier un comportement.

Pour les jeunes enfants, il s'agit généralement d'éloges effusifs, accompagnés d'une déclaration précise sur ce qui est valorisé, suivis d'un geste non verbal (par exemple, une tape dans le dos ou sur l'épaule). Pour les adolescents, les trois composantes (éloge verbal, déclaration précise, geste non verbal) sont incluses, mais adaptées pour être plus "cool" et compatibles avec leur âge. Par exemple, pas d'effusion, mais un

éloge et une déclaration chuchotés ou transmis discrètement, accompagnés d'un geste tel qu'un "high-five" dans les airs.

D'autres conséquences sont également enseignées, basées sur l'**extinction** (ignorer, s'éloigner) et une **punition légère** (bref moment en retrait, coût de réponse, perte temporaire d'un privilège).

Les **conséquences** incluent également un système de renforcement par jetons ou un tableau de points à la maison, qui offre un moyen structuré de mettre en œuvre les contingences de renforcement. Notre utilisation des jetons n'est pas tant destinée à l'enfant qu'aux parents. Les parents sont plus susceptibles de suivre le programme d'éloges lorsque la structure et les exigences de celui-ci sont clairement définies.

Un tableau de points est utilisé (par exemple, pour surveiller la distribution, l'accumulation et l'utilisation des points). De plus, les jetons facilitent le suivi des échanges de renforcement entre les parents et l'enfant (gagner et dépenser les jetons). Si des changements de comportement sont nécessaires à l'école (par exemple, conduite, réalisation des devoirs), nous consultons les enseignants. Un système de renforcement par jetons basé à la maison est élaboré, dans lequel les performances de l'enfant à l'école sont suivies (par exemple, via e-mail, téléphone), et les conséquences sont appliquées à la maison par les parents.

Contenu des séances de PSST

Le PSST se compose de séances hebdomadaires avec l'enfant, chaque séance durant généralement entre 30 et 50 minutes. Le programme de base peut être complété par des séances optionnelles si l'enfant a besoin d'une aide supplémentaire pour comprendre les étapes de résolution de problèmes (au début du traitement) ou pour les appliquer dans des situations de la vie quotidienne (plus tard dans le traitement).

Le traitement repose essentiellement sur le développement de l'utilisation des **étapes de résolution de problèmes**, qui servent de prompts verbaux que les enfants se donnent à eux-mêmes pour engager des pensées et des actions guidant leur comportement. Ces étapes ou auto-instructions incluent :

1. « Que suis-je censé faire ? »
2. « Je dois réfléchir à ce que je vais FAIRE et à ce qui va SE PASSER. »
3. « Je dois faire un choix. »
4. « Je dois vérifier comment je m'en suis sorti. »

La combinaison des étapes 2 et 3 exige de l'enfant qu'il identifie une solution (ce qu'il va FAIRE) et ensuite la conséquence (ce qui va SE PASSER), et qu'il le fasse pour trois solutions ou plus avant de passer à l'étape 4. L'utilisation des étapes, l'identification et le choix de solutions prosociales, ainsi que la mise en pratique de ces solutions au cours des séances, sont largement modélisées et répétées. Au fil du traitement, les étapes passent d'un mode explicite (dites à haute voix) à un mode implicite (silencieuses, internes).

Les premières séances utilisent des tâches simples et des jeux pour enseigner les **étapes de résolution de problèmes** et aider à inhiber les réponses impulsives. Le contenu évolue ensuite vers des domaines de problèmes individualisés pour l'enfant (par exemple, les interactions avec les pairs, les parents, les frères et sœurs, les enseignants et d'autres personnes), en utilisant de multiples exemples et situations variées pour favoriser la **généralisation** et le **maintien** des compétences acquises. Tout au long du traitement, le thérapeute guide la performance de l'enfant par des **prompts verbaux et non verbaux**, offre un riche programme d'éloge, donne des retours concrets sur la performance et modèle des façons améliorées d'agir.

Problem-Solving Skills Training (PSST): Aperçu des Séances de Base

- 1. Introduction et apprentissage des étapes :**
Lors de cette session d'introduction, l'enfant apprend les étapes de la résolution de problèmes de manière ludique, sous forme de jeu. Le thérapeute et l'enfant s'alternent pour pratiquer chaque étape individuellement avant de les combiner en une séquence complète. L'enfant est encouragé à verbaliser les étapes au fur et à mesure, ce qui renforce le processus cognitif.
- 2. Application des étapes :**
Pendant ces sessions, l'enfant commence à appliquer les étapes de résolution de problèmes à des scénarios simples, souvent en utilisant un jeu de société comme support. Le thérapeute et l'enfant alternent les tours, simulant divers problèmes et solutions. À mesure que le traitement progresse, des devoirs sont introduits, où l'enfant applique les étapes à des situations de plus en plus complexes et cliniquement pertinentes.
- 3. Application des étapes et jeu de rôles :**
Dans cette session, l'enfant identifie des solutions et des conséquences pour plusieurs situations réelles en utilisant les étapes de la résolution de problèmes. Une fois que l'enfant a sélectionné la solution la plus appropriée en fonction des conséquences probables, il pratique la solution choisie à travers des jeux de rôles. Cela permet à l'enfant de perfectionner ses compétences en résolution de problèmes et d'améliorer sa capacité à gérer de futurs défis.

4. Contact Parent-Enfant :

Dans cette session, les parents et l'enfant participent ensemble. L'enfant continue d'utiliser les étapes de la résolution de problèmes, tandis que les parents apprennent à soutenir ce processus. Le thérapeute forme les parents à renforcer l'utilisation des étapes par l'enfant et la sélection de solutions prosociales avec de l'attention et des félicitations. L'implication des parents aide à intégrer l'apprentissage de l'enfant dans l'environnement familial.

5. Contact Parent-Enfant :

Lors de cette session, les parents, le thérapeute et l'enfant sont présents. L'enfant applique les étapes de la résolution de problèmes pour résoudre des situations. Les parents apprennent davantage sur ces étapes et sont formés pour fournir de l'attention et des félicitations conditionnées pour l'utilisation des étapes par l'enfant ainsi que pour la sélection et l'application de solutions prosociales.

6-11. Applications continues à des situations réelles :

L'enfant utilise les étapes de la résolution de problèmes pour générer des solutions prosociales face à des problèmes interpersonnels provocants ou à des situations sociales. Chaque session se concentre sur une catégorie différente d'interaction sociale que l'enfant pourrait rencontrer dans sa vie réelle (p. ex., avec des pairs, des parents, des frères et sœurs, des enseignants). Des situations réelles, générées par l'enfant, les parents ou issues des contacts avec les enseignants et d'autres personnes, sont mises en scène ; des situations hypothétiques sont également présentées pour approfondir certains thèmes et domaines problématiques de l'enfant (par exemple, répondre à une provocation, se battre, être exclu socialement, être poussé par des pairs à adopter des comportements antisociaux). Les devoirs de l'enfant deviennent également une partie intégrante de chaque session ; ils sont rejoués avec le thérapeute dès le début de la session afin d'évaluer comment l'enfant transfère ses compétences dans son environnement quotidien.

12. Clôture et Renversement des rôles :

Cette session de clôture est incluse pour (a) aider le thérapeute à évaluer de manière générale ce que l'enfant a appris pendant les sessions, (b) clarifier toute confusion restante que l'enfant pourrait avoir concernant l'utilisation des étapes, et (c) fournir un résumé final à l'enfant de ce qui a été couvert durant les rencontres. La session finale repose sur un renversement des rôles, où l'enfant joue le rôle du thérapeute et le thérapeute joue le rôle d'un enfant apprenant et appliquant les étapes.

Illustration d'une situation typique de résolution de problème :

Une situation typique pourrait survenir lorsqu'un enfant est taquiné ou menacé par un pair à l'école. Lors de la session, le thérapeute présente le problème à l'enfant, et l'enfant est invité à utiliser ses étapes de résolution de problème. L'enfant commence par poser l'étape 1, puis y répond ("Je suis censé résoudre ce problème sans frapper ni me mettre dans des ennuis"), puis passe aux autres étapes. À l'étape 2, l'enfant identifie une alternative (par exemple, "Je pourrais ignorer et partir") et passe immédiatement à l'étape 3 pour évaluer l'effet probable de cette action ("Cela pourrait fonctionner, car l'enfant pourrait arrêter de me taquiner, et je n'aurais pas de bagarre"). L'enfant revient ensuite aux étapes 2 et 3 pour proposer une autre solution et conséquence (par exemple, "Je pourrais aller voir l'enseignant" ; "Ce qui se passerait, c'est qu'il pourrait aider à arrêter cela et savoir que je me faisais embêter sans rien faire"). Cela continue pendant au moins trois solutions prosociales. L'enfant passe ensuite à l'étape 4 pour faire un choix et explique pourquoi il a sélectionné cette solution. Enfin, l'enfant passe à l'étape finale pour dire comment il a agi ("J'ai utilisé les étapes, j'ai trouvé de bonnes solutions, celle que j'ai choisie ne m'a pas causé de problème ; j'ai bien réussi !").

Le thérapeute fournit également des éloges enthousiastes, en notant les éléments du processus qui ont été bien réalisés, et donne un retour (si des changements supplémentaires sont nécessaires), puis la séquence est mise en scène en jeu de rôle de manière fluide et sans interruption, avec la solution prosociale choisie.

Cet exemple montre comment l'enfant peut appliquer les étapes de la résolution de problèmes dans une situation sociale réelle, en générant plusieurs solutions, en choisissant la meilleure, et en évaluant les conséquences. Le processus est renforcé par des éloges et un jeu de rôle pour aider l'enfant à internaliser les compétences et les stratégies qu'il a apprises.

Les enfants commencent chaque session avec des jetons (petits morceaux de plastique) qui peuvent être échangés contre de petits prix dans un "magasin" à la fin de chaque session. Pendant la session, les enfants peuvent perdre des jetons (coût de réponse) pour avoir mal utilisé ou ne pas utilisé les étapes de la résolution de problèmes, ou bien gagner quelques jetons supplémentaires, bien que cela soit rare. Le renforcement social et l'extinction sont utilisés davantage que le renforcement par jetons pour modifier le comportement de l'enfant. Les jetons offrent des opportunités pour aborder des problèmes ou des situations particulières avec l'enfant, comme encourager un type spécifique de solution prosociale que l'enfant pourrait avoir du mal à appliquer.

La pratique *in vivo*, appelée "supersolvers", consiste en des missions systématiquement programmées visant à étendre l'utilisation et l'application des compétences en résolution de problèmes par l'enfant à des situations quotidiennes. Au fur et à mesure de l'évolution du traitement, les parents sont impliqués dans les sessions pour apprendre les étapes et pratiquer des missions conjointes de "supersolver" qui seront mises en œuvre à la maison. Le thérapeute utilise le façonnement et des éloges pour développer le comportement des parents. Au fil du temps, les supersolvers augmentent en complexité et couvrent les domaines de problèmes qui ont conduit à la référence de l'enfant pour le traitement. Dans le cadre de la formation pendant les sessions, les enfants pratiquent des situations où les solutions prosociales qu'ils ont choisies ne fonctionnent pas et doivent passer à d'autres alternatives (par exemple, demander l'aide de l'enseignant).

Commentaires finaux

Nous avons évalué le PMT et le PSST auprès d'un éventail d'échantillons d'enfants, y compris des cas hospitalisés et ambulatoires. Parmi tous nos échantillons, les enfants présentent des troubles multiples et, généralement, plusieurs facteurs de risque pour des dysfonctionnements persistants. Comme on pourrait s'y attendre, les problèmes des enfants sont souvent ancrés dans des contextes comprenant des sources de dysfonctionnement parental, de stress et des problèmes familiaux (par exemple, la violence domestique, les inégalités socioéconomiques). Nos interventions ont produit des changements fiables dans le comportement des enfants à la maison, à l'école et dans la communauté, même chez les cas les plus sévèrement affectés et dans des situations familiales complexes. De plus, nous constatons une diminution de la dépression et du stress des parents, ainsi que des améliorations des relations familiales. Apporter des changements concrets dans le fonctionnement des enfants dans la vie quotidienne semble avoir des effets collatéraux positifs sur les parents et la famille.

Nos travaux les plus récents se sont concentrés sur comment rendre le PMT plus accessible et applicable cliniquement en réduisant le temps nécessaire à l'intervention du thérapeute professionnel et en offrant le traitement en ligne. Nos premières preuves suggèrent qu'il n'y a pas de perte d'efficacité du traitement avec ces changements. Ces résultats vont dans le sens de ceux d'autres chercheurs qui ont étendu le PMT d'une manière qui dépasse le traitement individuel en personne. Parmi le travail de nombreux chercheurs, le PMT est l'une des interventions les plus étudiées, avec une base de recherche expérimentale et appliquée solide. Les défis résident dans l'extension de cette approche à une échelle qui ait un impact sur la société, en plus des vies des enfants individuels et de leurs familles (Kazdin, 2017).

Synthèse

La thématique de cet enseignement associe deux variables déjà abordées dans les enseignements précédents, mais généralement de manière séparée. L'idée centrale ici est donc de voir de près la relation qui existe entre la famille et les troubles psychiques. En effet, il est important d'encourager l'étudiant à développer une pensée circulaire car les problématiques cliniques rencontrées sur le terrain s'inscrivent dans un contexte et une dynamique relationnels et interrelationnels dont la pensée linéaire ne peut rendre compte.

Sur le plan conceptuel, nous avons privilégié une approche empirique afin d'encourager l'étudiant à développer un raisonnement basé sur des données probantes et solides.

Tout au long de cet enseignement, nous avons tenté de montrer le rapport bidirectionnel qui existe entre la famille et les troubles psychiques. Il est important de toujours garder en tête que les deux variables s'influencent réciproquement. Cela se traduit dans la notion de la famille comme facteur de risque ou de protection, et de l'impact des troubles psychiques qu'un individu peut porter sur la dynamique familiale. Ce rapport bidirectionnel est expliqué dans la plupart des syndromes et troubles psychiques.

Comme, historiquement parlant, le paradigme familial vient pour répondre aux insuffisances de l'approche psychologique individuelle, il était logique de lui consacrer une bonne partie de cet enseignement.

Enfin, même si nous avons présenté les grandes lignes thérapeutiques propres à chaque trouble psychique qui intègrent le facteur familial ou qui se définit carrément comme une thérapie familiale, nous avons estimé qu'il est très important que l'étudiant prenne connaissance de l'existence de thérapies et de programmes de prévention ciblés et probants pour la prise en charge et la prévention des troubles abordés. En effet, nous avons présenté quelques exemples de ces thérapies à la fin de ce travail.

Références bibliographiques

1. Abdellaoui, L. (2022). La famille algérienne entre tradition et modernité, émancipation et fragilité. *majalat rawafid lidirassat oua elabhath elailmia en sciences sociales et humaines*, Vol (6), N 2, 472-486.
2. Albernhe, K & Albernhe, Th. (2008). *Applications en thérapies familiales systémiques*. Paris : Elsevier Masson.
3. Amrane-Minne, D. (2009). *Les séismes en Algérie et leurs conséquences sur la population*. Revue de Géographie de l'Algérie.
4. Ausloos, G. (1995). *Du cote de chez soi. La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Edition Eres.
5. Bationo-Tillon, A., & Caria, A. (2015). *La clinique de concertation : Penser et agir ensemble face à des situations complexes*. Toulouse : Érès.
6. Benedetti, G (2003). Psychopathologie sociale et maladies mentales. *Sud/Nord*, 18, p. 129-139. DOI : 10.3917/sn.018.0129
7. Berger, M. (2003). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris: Dunod.
8. Bergeret, J. (2004). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
9. Bertalanffy, L,V (1993). *Théorie générale des systèmes*. Paris : Dunod.
10. Boucebci, M. (2007). La psychopathologie au regard de la culture. *L'évolution psychiatrique*, 72, 789-802.
11. Bonnafont, C. (1979). La thérapie familiale. *Psychologie*, N 109, 9-13.
12. Boutefnouchet, M. (1982). *La famille algérienne : évolution et caractéristiques récentes*. Alger : Office des Publications Universitaires.
13. Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte : La séparation*. Paris : PUF.
14. Catherine M. Lee. L'importance de la famille : psychologie de la famille et famille de la psychologie. *Canadian Psychology*, 2010, Vol. 51, No. 1, 9–16.
15. Christensen, A., Wheeler, J.G., Doss, B.D., et Jacobson, N.S. (2021). Couple distress. In *Clinical Handbook of psychological disorders. A Step-by-Step treatment*

manual (edited by David, H. Barlow). Sixth edition. New York : Guilford Press, (pp. 742-771).

16. Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

17. Cyrulnik, B. (1999). *Les vilains petits canards*. Paris : Editions Odile Jacob.

18. Dandurand, R., & Lafontaine, M.-F. (2013). *La dynamique familiale : Comprendre les liens dans les familles*. Presses de l'Université du Québec.

19. Delage, M. (2001). *Le silence des familles : Secrets et souffrances*. Paris : Payot.

20. Duriez, N. (2009). *Changer en famille. Les modérateurs et les médiateurs du changement en thérapie familiale*. Toulouse : Editions eres.

21. Eiguer, A et al. (1997). *Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*. Paris: Dunod.

22. Fergani, L., Benamsili, L. (2020). Phobie individuelle et phobie familiale : Illustration à partir d'un cas. *Journal of Psychological and Educational Sciences*, 6, (4), 307-315.

23. Fergani, L., Benamsili, L. (2021). Fonctionnement familial : intérêts théorique et clinique des modèles explicatifs. *Revue des Sciences Sociales et Humaines, Université de Batna 1*, Vol (22), N 2, 1121-1134.

24. Garret-Gloanec, N & Gloanec, Y. (2007). De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-25, 10 p.

25. Goldbeter-Merinfeld, E. (2001). *Enfant, famille et psychothérapie Introduction. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 27, p. 5-14. DOI 10.3917/ctf.027.0005.

26. Graham, Ph., Reynolds, Sh. (2013). *Couple distress. Cognitive Behaviour therapy for children and families*. Third edition. New York : Cmbridge University Press.

27. Groupe de Recherche en Psychologie de l'Environnement (2015). *Impact des feux de forêt sur la population algérienne*. *Revue de Psychologie et Environnement*.

28. Hellal, S., Lemaire, J.M. (2016). *De proche en proche. Proximité et Travail Thérapeutique de Réseau, une formation à l'épreuve du terrain*. Paris : Dunod.
29. Heireman, M. (1979). *Du cote de chez soi. La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*. Paris : EST editeur.
30. Kaës, R. (2009). *Le mal-être familial : Les complexes familiaux dans la transmission psychique*. Dunod.
31. Kazdin, A.E. (2017). Parent Management training and Problem-Solving Skills Training for child and adolescent conduct problems. In *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (edited by Joh R. Weisz and Alan E. Kazdin. Third edition. New York : Guilford Press, (pp. 142-158).
32. Kellerhals, J., & Montandon, C. (1991). *Les stratégies éducatives des familles*. Paris : Nathan.
33. Kendall, Ph.C. (2012). *Child and adolescents therapy. Cognitive behavioral procedures*. Fourth edition. New York : Guilford Press.
34. Knauer, D. M. & Nanzer, N. (2005). Que nous apportent les parents dans la psychothérapie psychodynamique individuelle de l'enfant. *Psychothérapies*, Vol. 25, 155-163. DOI 10.3917/psys.053.0155.
35. Lazartigues, A. (2010). Nouvelles structures familiales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, (37)180- A-10.
36. Loumaye, S. (2000). Un jeune se suicide et après ? Etude des répercussions psychosociales du suicide des jeunes en termes de contagion suicidaire et perspectives préventives. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 14, 215-236.
37. Lugan, J-C. (2000). *La systémique sociale*. Paris : PUF.
38. Marty, F. (2009). *Les grandes problématique de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
39. Manciaux, M. (2001). *La résilience : résister et se construire*. Paris : Armand Colin.

40. McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Génogrammes : Évaluation et intervention*. Paris : InterÉditions.
41. Miermont, J. (2005). Thérapies en couple et en famille. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie 2*, 145- A-168.
42. Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1997). *Family-focused treatment of bipolar disorder: A psychoeducational approach*. New York: Guilford Press.
43. Mimouni, M-B., Sebaa, F-Z., Mimouni, M. & Djaoui, B. (2010). *Tentatives de suicide et suicide à Oran : désespoir ou affirmation de soi ?*. Oran: Editions du Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle.
44. Minuchin, S. (1974). *Familles et thérapie familiale*. Paris : Inter Éditions.
45. Moussa, N. (2013). *Les effets de la sécheresse sur les communautés rurales algériennes*. Revue de l'Environnement et des Ressources Naturelles.
46. Ortigues, E. (1972). La psychanalyse et les institutions familiales. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 4/5, 1091-1104.
47. Paul, N.L et Paul, B.B. (1995). *Un casse-tête conjugal. Analyse transgénérationnelle et conseil conjugal*. Editions Eres.
48. Goldbeter-Merinfeld, E. (1999). *Le deuil impossible. Familles et tiers pesants*. Paris : EST editeur.
49. Pauze, R., et Petipas, J. (2013). Evaluation du fonctionnement familial : état des connaissances. *Médecine et hygiène*, 1 (34), 11-37. DOI : 10.3917/tf.131.0011
50. Piacentini, J.C., Peris, T.S., March, J.S., et Franklin, M.E. (2012). Obsessive Compulsive disorder . In *Child and adolescents therapy. Cognitive behavioral procedures* (edited by Philip C. Kendall. Fourth edition. New York : Guilford Press, (pp. 259-282).
51. Poirier, F. (2011). *Les inondations et leur impact psychologique sur la population algérienne*. Revue des Sciences Sociales.
52. Robert, Ph. (2007). Psychopathologie du groupe familial. *Actualité de la psychanalyse*, 189-208.

53. Salem, G. (2009). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris : Elsevier Masson.
54. Schützenberger, A. (1998). *À chacun sa vie, à chacun son héritage*. Paris : Éditions Desclée de Brouwer.
56. Schützenberger, A. (1993). *Le génogramme : l'arbre généalogique, un outil pour mieux se connaître et mieux comprendre les autres*. Paris : Éditions Desclée de Brouwer.
57. Stierlin, H et al. (1979). *Le premier entretien familial. Théorie, pratiques, exemples*. Jean-Pierre Delarge Editeur.
58. Zisser-Nathenson, A.R., Herscell, A.D., et Eyberg, S.M. (2017). Parent-Child Interaction Therapy and the treatment of Disruptive Behavior Disorder. In *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (edited by Joh R. Weisz and Alan E. Kazdin. Third edition. New York : Guilford Press, (pp. 103-121).