

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE

Rue Dartois 29 - 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - M. Melen - I. Neiryck - H. Schrod - J. Weber

LETTRE

CIRCULAIRE



LCN117
Hiver 2016

CYCLE DE CONFÉRENCES 2016-2017

SISYPHE ET LES ATTRACTEURS : QUAND LA MALADIE ORGANISE LES RELATIONS FAMILIALES

14 MARS 2017

TROISIÈME CONFÉRENCE

CATHY CAULIER

PSYCHOLOGUE, FORMATRICE EN SYSTÉMIQUE, THÉRAPEUTE DE COUPLES ET DE FAMILLES

SISYPHE, ÉTERNELLEMENT CONDAMNÉ À POUSSER LE ROCHER DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ?

**SOUFFRANCE PSYCHIQUE D'UN PARENT : ORGANISATION DES FAMILLES ET
SOUFFRANCE SILENCIEUSE DES ENFANTS**

P.A.F. : 40€ par conférence, 130€ pour le cycle complet (4 conférences),
35€ par conférence, 120€ pour le cycle complet (pour les membres de
l'ABIPFS et les anciens du CFTF).

Inscription AVANT paiement :

Paiement : Sur le compte du CFTF BE67 0010 5080 9787, Code BIC GEBABEBB

Inscription (préalable au paiement et uniquement à cette adresse) :

marc.melen@gmail.com

Accréditation en éthique demandée pour les médecins

PRESENTATION

De nombreux enfants grandissent avec un parent en souffrance psychique. Les questions engendrées par un tel situation abondent :

En quoi cette situation influence-t-elle leur quotidien, leur développement et leur vécu?

A quelles difficultés les familles sont-elles confrontées, quelles sont leurs ressources?

Comment certaines dynamiques intra-familiales organisent-elles aussi les structures et interventions des professionnels?

Quels dispositifs inventer pour restaurer la créativité et la base de sécurité de l'enfant, du parent, de la famille et de l'intervenant?

Le séminaire s'adresse aux psychothérapeutes, aux médecins généralistes, aux travailleurs sociaux, aux éducateurs; à toute personne accueillant des enfants ou des adultes confrontés à ces questions.

POUR SE PREPARER A LA CONFERENCE

Voici quelques extraits de l'article de Cathy Caulier : GRANDIR AVEC UN PARENT EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE. Texte en version intégrale [ici](#)

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : UNE SITUATION DONT L'ENFANT CHERCHE A PARLER

L'enfant ne trouve pas toujours les mots pour évoquer la maladie de son parent. En effet, l'étrangeté de cette maladie qui ne ressemble pas aux autres, l'intensité de la souffrance mais encore la complexité de la situation peuvent laisser l'enfant sans voix.

Comme l'enfant est d'une grande loyauté à sa famille, il a beaucoup de pudeur à dire ce qu'il est interdit de dévoiler à l'extérieur puisque la maladie mentale est encore de nos jours un sujet tabou, un objet de désignation et une source de honte. Toutefois, ces difficultés de l'enfant à s'exprimer sur la souffrance portée par un parent et ressentie par l'ensemble de la famille, soulèvent une autre question : celle de nos propres difficultés à l'entendre.

Entendre un enfant exige de déconstruire certaines de nos représentations et croyances, et d'être également attentif à ses modes spécifiques de communication. Bien que nous ayons tous recours au langage verbal et non-verbal pour nous exprimer, l'enfant va surtout utiliser le corps pour traduire ce qu'il désire, ressent et craint.

Son corps montre aussi ce qu'il perçoit chez l'autre, dans les relations de son entourage. Le langage non verbal se traduit par des comportements, des attitudes, postures et mimiques, des tons de voix, parfois des symptômes.

Léo

Il est âgé de 7 ans, il n'a plus vu son père depuis 3 mois, mis en observation suite à un épisode maniaque. Depuis plusieurs semaines Léo ne dort plus, fouille la maison pendant la nuit à la recherche d'un objet chaque fois différent qu'il dit avoir perdu, ce qui l'angoisse. Ce comportement préoccupe beaucoup la mère qui y voit une ressemblance avec l'agitation du père.

Je pourrais m'intéresser d'emblée à ce que Léo sait de l'hospitalisation de son père, aux angoisses de séparation qu'il exprime sans doute au cours de la nuit, au lien entre perte de ses objets et celle du père ou encore aux inquiétudes de la mère qui tend à identifier les comportements de son fils à ceux de son mari.

Toutefois, je décide de poser la question suivante à Léo :

« Qu'est ce qui pourrait t'aider à ne plus perdre tes objets ou à les retrouver plus rapidement ? ».

Il me répond : « appeler papa qui d'habitude sait où je peux les avoir mis ».

A ma question : « Est-il possible de l'appeler pour l'instant ? Tu as déjà demandé ? »

Il sursaute : « Ce serait possible ? Je croyais qu'il était enfermé et qu'on pouvait pas pour l'instant... ».

Un dialogue s'engage et va offrir l'occasion d'échanger ensuite sur cette maladie mystérieuse du père qui l'a amené à l'hôpital.

La mère confirme que c'est habituellement le père qui aide Léo à remettre de l'ordre, ce qui peut paraître étonnant avec sa maladie, précise-t-elle.

Mais je lui fais remarquer que cette maladie lui a peut-être aussi appris à s'organiser pour se débrouiller avec ses difficultés.

De la peur que l'enfant développe des comportements d'agitation similaires au père, nous passons à certaines compétences qu'il transmet aussi à Léo.

De l'idée que le père n'était plus joignable, nous passons aux hypothèses de le contacter, aux possibilités de le faire et aux limites à observer.

Le jeu, les mises en scène que l'enfant réalise avec les jouets, au travers de dessins, de collages, de sculptures de plasticine ou de terre sont également des supports d'expression non verbaux.

La créativité de l'enfant s'exprime aussi dans ses expressions métaphoriques, très souvent utilisées pour tenter de nommer la maladie du parent. La métaphore peut consister en une description imagée, un dessin, une mise en scène ou un jeu.

Certains enfants parlant des comportements qu'ils observent chez leur parent en souffrance disent : « Maman fait l'autruche, le hérisson, l'escargot, papa a un monstre dans la tête, un nuage dans les yeux ou au dessus de la tête, elle fait la toupie, marche comme un crabe... ». D'autres s'emparent d'une feuille pour dessiner.

Ana

Elle est âgée de 8 ans, son père souffrait de troubles bipolaires et il s'est suicidé un mois avant que je ne la rencontre avec sa mère. Au cours de l'entretien, elle réalise des dessins de visages dont certains sont coupés verticalement et présentent des dissymétries : un oeil, la moitié de la bouche ou de la coiffure ; tous avec une couleur et une forme différentes.

En nous les montrant, elle demande : « Qui est normal et qui ne l'est pas ? ». Elle repérait depuis longtemps les transformations d'expression du visage de son père, alors qu'il allait moins bien.

A côté de ce langage métaphorique, les enfants font preuve d'une grande capacité d'observation et donnent des descriptions précises qui concernent souvent le corps, sur la façon dont maman marche, sur le fait qu'elle est toujours couchée, sur la manière dont elle se tient les oreilles ou la tête penchée entre les deux mains, sur les difficultés de papa qui ne parvient plus à monter les escaliers, sur son retard pour conduire les enfants à l'école. Ils remarquent qu'il sent mauva

EXPERIENCE DONT TEMOIGNENT LES ENFANTS

Les enfants et les adolescents font part d'une grande diversité de situations dans lesquelles dominant le sentiment d'une grande confusion, de nombreuses peurs et d'un puissant sentiment de solitude.

Ces vécus témoignent de dynamiques relationnelles liées à la maladie mentale, à la fois conséquences et à l'origine de celle-ci.

Elles ont un impact sur la base de sécurité de l'enfant et de l'ensemble de la famille.

Nous mettrons l'accent sur l'enfant tout en rappelant que leur expérience croise celle de leur parent et celle de la famille dans son ensemble qui est touchée par la maladie mentale.

La confusion et le doute

La maladie mentale est souvent source de grande confusion et de doute pour celui qui en est atteint. L'enfant n'échappe pas à cette confusion qui touche le parent et imprègne toutes les relations. Ses difficultés de développement et d'apprentissage, ses jeux, ses dessins et ses collages où dominant les points d'interrogation, les images morcelées et les ficelles emmêlées la trahissent. La confusion constitue une puissante atteinte de la base de sécurité de l'enfant et son impact est renforcé quand la maladie n'est pas nommée, quand l'enfant n'est pas reconnu dans ses perceptions par son parent fragilisé, par l'autre parent ou par un autre adulte. L'enfant doit pouvoir compter sur son entourage pour l'aider à comprendre la situation et quand il se retrouve seul ou face à un entourage qui minimise ses perceptions ou les dénie, il entre dans un véritable « micmac émotionnel », selon l'expression de Morgane.

Morgane est une jeune adolescente qui a été placée très jeune en institution et en famille d'accueil suite aux nombreuses hospitalisations de sa mère célibataire.

Aujourd'hui la mère va un peu mieux, elle a un compagnon avec lequel elle vit. Le service d'aide à la jeunesse envisage un retour en famille, hypothèse angoissante pour Morgane qui ne veut plus être confrontée aux débordements qu'elle a connus et qu'elle ne comprenait pas.

En cas de non validation des perceptions de l'enfant, le doute risque de s'emparer de lui, le plonge dans un sentiment d'étrangeté et dans une angoisse lancinante.

Le doute est un état : celui de ne savoir que croire, de manquer de certitude ; mais il est aussi une action : celle qui consiste à laisser quelqu'un dans le doute en l'isolant, par le silence mais aussi par la mise en suspicion ou la banalisation de ses perceptions.

Certaines questions telles que : « Tu es certain de ce que tu as vu ? Tu ne penses pas que tu as confondu, mal compris ? », banaliser, minimiser les événements par des commentaires comme : « Rien n'est grave, ce n'est quand même pas si important, ça va passer » contribuent à mettre en doute ces perceptions. La mise en doute et la banalisation sont des dynamiques exacerbées par la souffrance psychique dont nous cherchons à nous protéger et à protéger l'entourage.

es dynamiques peuvent aller jusqu'au déni de nos propres perceptions ou de ce que l'autre a vu, entendu, ressenti : « Tu n'as pas vu cela, ça n'existe pas, c'est impossible ! Tu inventes ! ». Le déni est un mécanisme de défense qui vise à nier une réalité trop douloureuse pour l'individu mais il aura des conséquences dans la relation aux autres et sur le développement de l'enfant. Si ces situations se répètent, elles peuvent plonger l'enfant dans la confusion et provoquer d'importants malaises.

La confusion, synonyme de désordre voire de chaos, est aussi engendrée par certains modes de communication parmi lesquels nous relevons les paradoxes.

Nous sommes tous confrontés à des messages de nature paradoxale sans que cela ne nous affecte. Des phrases telles que : « Sois spontané », « Sois autonome » jalonnent notre vie d'enfant et d'adulte, nous laissent indifférents ou nous font rire, nous fâchent, nous laissent perplexes. En effet, comment répondre à une injonction de spontanéité ?

Toutefois, quand les messages paradoxaux deviennent le mode privilégié de communication, la souffrance s'empare du système et un symptôme devient l'expression de cette souffrance. C'est ainsi que les chercheurs de l'école de Palo Alto ont mis en évidence la prédominance de la communication paradoxale dans les familles où un membre présentait une schizophrénie.

Ces observations les ont amenés à élaborer la théorie du « double bind », double lien ou double contrainte en français.

En résumé, la communication comprend deux aspects : la communication verbale qui transmet un contenu et la communication non verbale qui donne des informations sur la nature de la relation entre les personnes. Lorsque ces deux aspects se contredisent, il est difficile de savoir ce qu'il faut croire entre ce qui se dit et ce qui se montre.

Ainsi, quand un parent exprime avec ses mots qu'il apprécie le contact tendre de son enfant mais que son corps montre de la distance, l'enfant est face à un paradoxe, il ne sait pas ce qu'il doit croire et cette situation peut générer du doute voire de la confusion.

Le double lien, grand pourvoyeur de confusion, est défini par trois caractéristiques qui le distinguent du simple paradoxe : la forte fréquence des messages paradoxaux, la nature vitale du lien dans lequel le message s'exprime, l'impossibilité de méta-communiquer. La métacommunication consiste en une communication sur la relation, c'est à dire qu'elle offre la possibilité d'exprimer le malaise dans lequel la communication plonge l'individu.

Elle pourrait s'exprimer ainsi : « Que dois-je croire, ce que tu me dis ou ce que tu me montres ? » ou encore : « Je suis perdu parce que j'ai l'impression que tu m'envoies deux messages qui se contredisent... ». L'impossibilité à métacommuniquer est la situation dans laquelle peut se retrouver un enfant face à un parent, et cela surtout quand celui-ci est malade. Lorsque le double lien est porté par les deux parents, on parlera de « double lien scindé » quand un adulte fait une demande à l'enfant tandis que l'autre exprime le contraire.

Aux côtés des double liens, un processus particulier génère un véritable imbroglio pour l'enfant. En effet, dans certaines situations l'enfant est instigué par un parent contre un autre membre de la famille, par une attitude qui consiste à lui exprimer une préférence qui n'en est pas une.

Le présumé privilège est une stratégie dirigée contre quelqu'un, en général l'autre parent. La découverte de la trahison plonge l'enfant ou l'adolescent dans un désarroi et une confusion totale, d'autant plus qu'il ne lui est pas possible de le mettre en lumière par les mots, c'est à dire de métacommuniquer. (...)

La solitude et l'isolement

« Quand je pense à mon enfance, je vois la solitude » : cette expression d'une jeune fille de 19 ans traduit bien ce puissant sentiment qui s'empare de nombreux enfants mais aussi de leurs parents. La solitude exprime l'isolement social fréquemment observé dans ces situations de souffrance psychique et l'impossibilité de partager une telle expérience.

La solitude et l'isolement sont souvent utilisés comme synonymes alors qu'ils désignent des concepts différents. L'isolement définit un manque de réseau, une absence ou une pauvreté de contacts sociaux et cette carence est appelée l'isolement social.

Certaines populations y sont plus exposées que d'autres, c'est le cas des personnes qui souffrent de troubles psychiques. L'isolement est un des facteurs qui peuvent susciter un sentiment de solitude. Il témoigne d'une tendance au repli sur soi propre à la maladie mais il est également une conséquence du regard porté sur cette maladie mystérieuse, qui reste un sujet tabou et pousse la famille à se protéger du regard des autres. A l'isolement social, il faut ajouter celui qui touche la famille en son sein, il n'est pas rare d'observer qu'il concerne plusieurs générations et les liens au sein de la fratrie.

Cet isolement social et interne à la famille traduit souvent la honte, la peur, l'impuissance, la détresse ou la colère. Il est une tentative d'adaptation à la situation et aux fréquentes expériences de désignation, mais il constitue à plus long terme une menace pour tous.

En effet, la perte de la relation aux autres met le sentiment d'existence de chacun en danger. L'isolement est d'ailleurs une des formes de torture utilisée dans certains contextes, bien décrit par Stefan Zweig dans son roman « Le joueur d'échecs », dans lequel un homme est isolé en cellule après avoir été arrêté. Afin de survivre psychiquement et d'échapper à la perte du sentiment d'existence, il décide de jouer aux échecs contre lui-même. Il trouve dès lors un moyen de créer un dialogue entre les deux joueurs qui sont en lui.

Dans le film « Seul au monde » Tom Hanks, naufragé sur une île déserte, fait de même en dessinant un visage sur un ballon trouvé parmi les bagages de son crash d'avion. Il le transforme de la sorte en personnage avec lequel il peut dialoguer. Bien que les enfants se trouvent rarement dans des situations aussi dramatiques d'isolement, nous savons combien un contact personnalisé est indispensable à leur développement.

Les bébés qui en sont privés se laissent mourir dans les pouponnières, comme d'ailleurs certaines personnes âgées placées en institution et certains patients en psychiatrie. Le sentiment de solitude des enfants traduit parfois celui de « se sentir lâché » par les adultes. L'isolement, rappelons-le, renforce la confusion en n'autorisant pas de potentielles confirmations des perceptions de l'enfant.

Quand un parent est en souffrance, sa disponibilité et sa qualité de relation sont évidemment affectées. Son absence psychique et parfois physique, l'atteinte de sa capacité à prendre soin de soi et de l'autre, à jouer, l'imprévisibilité de ses comportements ou sa confusion peuvent avoir des conséquences pour l'enfant qui peut se sentir lâché. Ce sentiment traduit parfois aussi le manque d'attention des professionnels à son égard.

En effet, des enfants se plaignent que les professionnels ne se sont jamais adressés à eux alors qu'ils accompagnaient leurs parents dans les divers lieux de soin: consultation chez le généraliste, le psychiatre, le service de santé mentale ou l'hôpital.

L'isolement, rappelons-le, renforce la confusion en n'autorisant pas de potentielles confirmations des perceptions de l'enfant.

DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES INTERVENANTS

Les intervenants peuvent éprouver des difficultés à créer un dialogue avec l'enfant et à mettre en place les conditions favorables à la transformation de son expérience de la maladie mentale du parent. Les causes évoquées sont diverses.

Quand c'est la maladie qui est en cause...

Les intervenants peuvent être tentés d'imputer la cause de leurs difficultés à la maladie ou au fonctionnement familial. Certains diagnostics évoquent un plus grand degré de gravité, certains fonctionnements familiaux apparaissent plus pathologiques.

Attribuer les difficultés de l'intervention à ces causes risque de laisser le professionnel dans une position d'observateur, face à l'autre et non avec l'autre. Il nous semble plus intéressant de les réfléchir en les situant dans le processus de rencontre qui est une co-construction.

En effet, les dynamiques évoquées précédemment ne concernent pas que les familles, elles concernent aussi les relations établies dans les institutions, entre les intervenants et avec les familles.

L'isomorphisme est un mécanisme bien connu dans les institutions.

Dans le travail avec les familles dont un membre souffre de troubles psychiques, il n'est pas rare d'observer que la confusion, la solitude, la dramatisation ou les difficultés de différenciation s'emparent aussi des intervenants. Prenons l'exemple de la dramatisation : les professionnels peuvent éprouver des difficultés à repérer les compétences et ressources d'un parent malade mental. La tendance à ne relever que les problèmes peut s'exprimer au travers des questions posées mais aussi de façon très subtile, au travers de la communication non verbale de l'intervenant qui note dans le dossier exclusivement les difficultés exprimées par la famille.

Il est aussi intéressant d'observer une dynamique courante lors de réunions d'équipe : on y présente les difficultés d'un enfant ou d'un adulte en les reliant avec évidence aux troubles psychiques exprimés dans la famille et ce, bien souvent sur plusieurs générations.

L'intervenant qui fait un entretien avec la famille à la suite de cette réunion, risque d'avoir de fortes difficultés à aller à la rencontre des autres représentations possibles du problème et à dégager les ressources de cette famille.

Quand c'est l'organisation de l'institution...

Les difficultés sont parfois imputées à l'organisation de la structure institutionnelle ou encore aux moyens dont elle dispose.

Les manques de subsides ou de personnel formé au travail avec les enfants sont souvent évoqués, le cloisonnement des formations, des interventions menées auprès de l'adulte et de l'enfant.

Sans nier ces influences, nous devons reconnaître que de nombreuses difficultés renvoient avant tout à certaines idées préconçues, à certaines représentations bloquantes.

Quand les représentations sont au coeur du problème...

Parler avec l'enfant va lui faire du mal.

L'idée selon laquelle l'enfant a besoin de connaître les éléments importants de son histoire s'est largement répandue. Toutefois, la maladie mentale dérange, fait souvent peur et en parler n'est guère facile. Quand il s'agit d'aborder le sujet avec l'enfant, la complexité est encore plus nette.

Claire est assistante sociale dans une équipe d'accueil familial, elle parle de sa difficulté à échanger avec un enfant sur la maladie mentale : « Avec un enfant, j'ai beaucoup plus de facilité à aborder une maladie grave comme le cancer, le sida...c'est douloureux aussi mais c'est comme si ça me semblait plus naturel. Je crois que ça me fait moins peur... ».

De tels propos sont fréquents, nous les entendons aussi dans les familles.

La maladie mentale mystérieuse et souvent associée à la violence fait peur. Cette représentation a longtemps provoqué l'éloignement des « fous » et reste tenace malgré l'évolution des regards.

La peur de la stigmatisation

La peur de ne pas protéger mais aussi celle de stigmatiser le parent et l'enfant empêchent parfois d'entamer un dialogue avec lui, avec la famille.

La stigmatisation est un véritable danger auquel il faut être vigilant.

C'est un phénomène complexe et subtil : il parle à la fois de la position d'un individu et d'un processus relationnel qui se joue à partir de la croisée des regards que chacun porte sur l'autre et prête à l'autre. La peur est au centre des processus de désignation

Le livre de Claude Quételet intitulé « images de la folie » présente un bel aperçu de la diversité des représentations de la folie, qui ont évolué au travers des siècles.

Malgré cette évolution, bien des enfants ont fait ou font encore aujourd'hui l'expérience douloureuse de rejet en lien avec le problème du parent. Rappelons nous de cette jeune fille rencontrée en consultation, qui refusait de retourner à l'école à cause des stigmatisations subies après les comportements de son père schizophrène. Une rumeur avait rapidement fait le tour de l'école, après que le père fut venu chercher sa fille dans un état de négligence et d'agitation qui avait marqué les esprits.

C'est aussi la situation de ces parents qui entrent dans mon bureau en disant : « Je suis schizophrène et il est bipolaire ! ». Et tout semblait dit, les mots mis sur eux étaient devenus les leurs.

La désignation peut s'exprimer dans des attitudes et actes posés mais aussi dans la façon dont la situation va être nommée : allons-nous parler de maladie, de trouble, de folie, d'un diagnostic, de souffrance ?

Ces questions renvoient au délicat sujet de la terminologie et de la nomination.

« Comment rencontrer quelqu'un avec une étiquette ? » Telle est la question qui s'impose parfois au professionnel qui doit veiller aux outrages de certaines représentations, à ces tendances à diagnostiquer de façon abusive.

Soyons cependant attentifs au fait que si la désignation est un risque, celui-ci ne doit pas nous faire glisser dans la minimisation ou l'évitement du problème.

En effet, de nombreux adultes témoignent de leur souffrance d'enfant qu'ils relient au fait que rien n'ait été saisi ou dit du problème.

Ces peurs de la désignation attisent aussi les difficultés de l'intervenant à soutenir la préoccupation pour chacun. L'intervenant partage le conflit de loyauté décrit dans le paragraphe sur les vécus des enfants. Il est souvent très difficile de maintenir cet équilibre entre souci de l'enfant et souci du parent dans certaines situations de grande souffrance.

La mère de Morgane est très en colère sur moi quand elle a le sentiment que je me soucie trop de sa fille : « J'en ai marre que tout le monde pense à Morgane, il n'y en a que pour elle ! ». Ses capacités à s'identifier à sa fille cèdent parfois sous la douleur qui nécessite qu'on soit « de son côté ».

Si les entretiens familiaux sont des ressources importantes, il peut être nécessaire de proposer conjointement des espaces individuels à l'enfant et à l'adulte où puisse s'expérimenter cette alliance pour soi. Toutefois, en l'absence du parent, il faudra rester vigilant à la nécessité de s'affilier à lui pour pouvoir accompagner l'enfant.

Au-delà de la loi qui impose d'obtenir l'accord du parent (des deux en cas de séparation du couple) pour rencontrer l'enfant, le puissant sentiment de loyauté de celui-ci à l'égard du parent malade nous impose de créer les conditions maximales d'affiliation.

La crainte de renforcer la parentification

Aurélie est une jeune psychologue engagée dans un hôpital psychiatrique. Elle a été interpellée par un père hospitalisé souhaitant rencontrer ses enfants en entretien de famille. Cette demande lui fait peur : « Ces enfants ont déjà pris plein de choses en main à la maison, ils se sont occupés beaucoup de leur père. Maintenant, ils soufflent un peu. Est ce que je ne vais pas à nouveau les responsabiliser en les voyant avec lui ? ». L'échange avec l'enfant seul ou en famille, met certains intervenants mal à l'aise car ils ont l'impression de renforcer la parentification de l'enfant et de l'inviter dans une position de co-thérapeute du parent.

Contrairement à une idée fort répandue, la parentification n'est pas un processus exclusivement destructeur, vouloir en extraire trop vite l'enfant est une non reconnaissance de ce qu'il fait pour son parent. De plus, l'enfant ou l'adolescent refuse souvent d'occuper la place de patient dans le souci de se différencier du parent et d'éviter les angoisses d'hérédité de la maladie.

Un premier temps d'accueil de cette position de co-thérapeute est indispensable pour pouvoir envisager avec l'enfant, les possibilités d'occuper une autre place par la suite.

Rapidité et efficacité

Une autre représentation qui a cours de nos jours est celle de l'efficacité et de la rapidité.

« Il faut rapidement trouver une solution pour cette famille, il y a trop de souffrance surtout pour ces enfants ! », est une injonction que de nombreux intervenants ressentent. Elle peut également être celle de l'institution qui exige une certaine efficacité.

Or, il faut du temps pour rétablir la capacité de transformation d'un enfant, d'une famille blessée. L'accueil de la souffrance invite à une position de disponibilité et non à une nécessité d'action et de résultat.

L'attention à l'autre et le respect de sa temporalité, de la temporalité de la rencontre sont sollicités. L'intervenant est invité à s'engager auprès de chacun selon un double mouvement : il doit y aller et se retenir. (...)

POUR CONCLURE

De nombreux enfants ayant grandi avec un parent en souffrance psychique, ne présentent pas de problème majeur. Ils se développent « ni mieux, ni moins bien » que les autres car ils ont pu trouver des points d'appui qui les ont aidés à grandir dans ces situations particulières. La reconnaissance par un adulte de ce que l'enfant a vu, entendu, ressenti constitue un pilier fondamental. Cela nécessite que l'adulte crée un lien qui favorise les échanges avec l'enfant et lui propose des supports créatifs d'expression. Pour ce faire, il est indispensable de dépasser certaines représentations de la maladie mentale. (...)

Crédit photographique : *Paysage ardennais sous la neige*, Carine Fontaine (janvier 2017).

Envoyez à un collègue :

Aidez vos collègues à rester informés des conférences et des formations du CFTF en leur envoyant cette Lettre Circulaire Numérique [ENVOYER->](#)

Si vous ne voulez plus recevoir cette Lettre Circulaire Numérique :

Pour ne plus recevoir cette Lettre et vous désinscrire, cliquez sur le lien ci-dessous avec comme objet

Désinscription [ENVOYER->](#)

C.F.T.F

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE

Rue Dartois 29 - 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - M. Melen - I. Neiryck - H. Schrod - J. Weber

LETTRE

CIRCULAIRE

Centre de Formation à la Thérapie de Famille
Cycle de conférences 2016-2017

Sisyphé et les « attracteurs » :
Quand la maladie organise les relations familiales

25 octobre 2016

**Sisyphé, éternellement condamné à pousser le rocher de la maladie somatique ?
Impact de la maladie somatique sur les familles : un défi pour les thérapeutes**

Dr Marco Vannotti

**Psychiatre, Professeur à l'Université de Lausanne, Formateur en systémique,
Thérapeute de couples et de familles**

6 décembre 2016

**Sisyphé, éternellement condamné à pousser le rocher des maladies du grand âge ?
Réorganisations familiales autour des maladies liées au vieillissement**

Isabelle Neiryck¹, Marc Melen²

(1) Psychologue, (2) Dr en psychologie

Formateurs en systémique, Thérapeutes de couples et de familles

14 mars 2017

**Sisyphé, éternellement condamné à pousser le rocher de la souffrance psychique ?
Souffrance psychique d'un parent : organisation des familles et
souffrance silencieuse des enfants**

Cathy Caulier

Psychologue, Formatrice en systémique, Thérapeute de couples et de familles

29 mai 2017

**Sisyphé, éternellement condamné à pousser le rocher de l'anorexie mentale ?
Ingrédients actifs des interventions concernant l'anorexie mentale**

Robert Pauzé

**Dr en Psychologie, Professeur à l'Université Laval (Québec),
Directeur scientifique du Centre Jeunesse (Québec)**

Lieu : Salle polyvalente du CHP LE PETIT BOURGOGNE,
[Rue Professeur Mahaim 84, 4000 Liège](#)

Horaire : 9h-15h30

P.A.F. : 40€ par conférence, 130€ pour le cycle complet 35€ par conférence, 120€ pour le cycle complet (membres de l'ABIPFS, anciens du CFTF)

Paiement : Sur le compte BE67 0010 5080 9787 du CFTF

Inscription (avant paiement et uniquement à cette adresse) : marc.melen@gmail.com