Document généré le 12 oct. 2024 02:34

Santé mentale au Québec

La thérapie familiale auprès de jeunes enfants
Family therapy with young children

Herta A. Guttman

Volume 8, numéro 2, novembre 1983

Enfant et famille

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030193ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030193ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Guttman, H. A. (1983). La thérapie familiale auprès de jeunes enfants. *Santé mentale au Québec*, *8*(2), 134–139. https://doi.org/10.7202/030193ar

Résumé de l'article

Dans cet article, l'auteure démontre à l'aide d'exemples cliniques que la thérapie familiale ne doit pas uniquement considérer le symptôme comme l'expression d'un problème familial. Elle doit se centrer sur celui-ci, s'il compromet sérieusement le développement de l'enfant ou est le seul moyen d'obtenir la coopération de la famille dans le traitement, par exemple, des cas de phobie de l'école, de cysténose et d'anorexie nerveuse. Dans les cas où le symptôme ne compromet pas le développement immédiat de l'enfant, celui-ci peut être considéré comme un signal de détresse et l'intervention du thérapeute portera alors sur les modèles transactionnels et les règles familiales sous-jacentes.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1983

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

LA THÉRAPIE FAMILIALE AUPRÈS DE JEUNES ENFANTS

*Herta A. Guttman**

Dans cet article, l'auteure démontre à l'aide d'exemples cliniques que la thérapie familiale ne doit pas uniquement considérer le symptôme comme l'expression d'un problème familial. Elle doit se centrer sur celui-ci, s'il compromet sérieusement le développement de l'enfant ou est le seul moyen d'obtenir la coopération de la famille dans le traitement, par exemple, des cas de phobie de l'école, de cysténose et d'anorexie nerveuse. Dans les cas où le symptôme ne compromet pas le développement immédiat de l'enfant, celui-ci peut être considéré comme un signal de détresse et l'intervention du thérapeute portera alors sur les modèles transactionnels et les règles familiales sous-jacentes.

Habituellement, une thérapie familiale menée auprès d'un enfant identifié comme le malade considère le symptôme de ce dernier comme l'expression d'un problème familial. Corollairement, l'intervention ignore jusqu'à un certain point ce symptôme et se centre sur les problèmes qu'il sert à dissimuler ou à exprimer (Haley, 1971). Ainsi, les progrès de la thérapie dans la solution des problèmes familiaux sous-jacents à ce symptôme devraient le faire disparaître.

Des développements récents dans la théorie et la pratique de la thérapie familiale remettent en question cette règle de conduite. Des travaux ont montré que dans certaines situations l'intervention devrait se centrer sur le symptôme de l'enfant, même si les problèmes familiaux sous-jacents sont identifiés. On devrait agir ainsi lorsque le symptôme compromet sérieusement le développement de l'enfant ou si c'est le seul moyen d'obtenir la coopération de la famille dans le traitement. Il demeure néanmoins beaucoup de cas où le thérapeute peut centrer son attention sur les problèmes familiaux lorsque le symptôme est peu dangereux pour l'enfant ou peu essentiel au maintien de la stabilité familiale.

La confrontation du thérapeute à deux styles très différents de perception et de transmission de l'information complique l'intervention auprès de familles dont un enfant est identifié comme patient. En effet, les membres plus âgés de la famille (adolescents et adultes) pensent et communiquent principalement à travers le langage des processus secondaires (pensée rationnelle, logique et mathématique) alors que le jeune enfant communique à travers le langage des processus primaires (pensée métaphorique, intuitive et analogique). Étant adultes, les thérapeutes sont habituellement plus familiers avec les processus de pensée secondaire. Ils doivent donc apprendre à porter attention aux deux modes de communication, à passer de l'un à l'autre et à intervenir de façon à avoir un impact à la fois sur l'enfant et sur les membres de la famille plus âgés.

La communication sur le mode primaire avec de très jeunes enfants se fait à travers leurs jeux, le thérapeute doit comprendre ce mode et l'intégrer aux interactions des autres membres plus âgés de la famille qui se font de façon plus verbale (Guttman, 1975). Quant aux enfants en période de latence, leur passage graduel des processus primaires aux processus secondaires se manifeste à travers leur intérêt pour les jeux et leurs règles (Piaget, 1945). Le thérapeute peut utiliser ce mode de communication en fixant des tâches ou en organisant des jeux auxquels participe toute la famille.

Cet article présente successivement des situations familiales où le symptôme de l'enfant devrait faire l'objet principal de l'intervention thérapeutique et des situations où il ne devrait pas l'être. Lorsque la situation s'y prête, ces cas serviront à illustrer quelques méthodes d'intégration des processus de pensée secondaire des membres plus

* L'auteure, M.D., travaille à l'hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis.

âgés de la famille avec les processus de communication primaire du jeune enfant ou avec le mode de communication hybride de l'enfant en période de latence.

A. SITUATIONS DANS LESQUELLES LE SYMPTÔME EST CONSIDÉRÉ COMME LE PROBLÈME LE PLUS IMPORTANT

Lorsque l'enfant présente des problèmes tels que des accès de colère régressifs, mouille son lit, souffre d'encoprésie, présente divers comportements incontrôlables ou souffre de troubles somatiques ou psychosomatiques, son développement est clairement compromis. Ces situations créent des tensions énormes chez les parents et mettent en question leur valorisation d'eux-mêmes en tant que prodigueurs de soins. Ces sentiments peuvent croître au point où les parents deviennent de plus en plus incompétents et l'enfant, de plus en plus incontrôlable.

La thérapie familiale doit alors s'attaquer principalement au symptôme. J'exposerai quelques exemples où le thérapeute centre son intervention sur le symptôme et arrive à le contrôler tout en amenant des changements affectifs et structurels dans la famille.

1. Phobie de l'école

Bien que la phobie de l'enfant puisse être le reflet des difficultés de vivre de l'un ou l'autre parent, le symptôme en lui-même a un effet tellement négatif sur le développement de l'enfant qu'il devrait être supprimé le plus tôt possible. Les énergies de la famille devraient être mobilisées tout entières pour régler d'abord ce problème. Les autres problèmes familiaux, individuels ou de couple, peuvent être mis de côté pour une intervention ultérieure qui s'y attaque de front.

a) Un garçon de sept ans qui refusait de prendre l'autobus scolaire jouait sans arrêt à un même jeu qui consistait à aller sous l'eau dans sa baignoire pour y chercher son automobile miniature. Sa mère avait été récemment très perturbée par la mort de son frère et avait failli perdre ses deux parents. Ce jeu de l'enfant inquiétait beaucoup ses parents parce qu'il leur rappelait la mort par noyade de son jeune oncle.

Le thérapeute intervint en amenant les parents à jouer avec l'enfant dans la baignoire de façon à leur montrer qu'en rejouant la scène de la mort de son oncle, l'enfant n'essayait pas de se noyer mais de se rapprocher de son oncle, c'est-à-dire «d'être au ciel avec les anges» comme eux-mêmes le lui avaient annoncé. Il leur expliqua que les enfants de cet âge ne comprennent pas la mort de la même façon que les adultes. Il leur suggéra également que l'enfant exprimait ainsi son besoin de leur attention car ils semblaient l'avoir un peu oublié au cours des événements tragiques qui avaient frappé leur famille. Ces sessions de jeu rassurèrent à la fois les parents et l'enfant qui finit par retourner à l'école.

b) Une petite fille de onze ans souffrait de maux d'estomac qui l'empêchait d'aller régulièrement à l'école. Elle était sur le point de manquer son année. Ces maux avaient commencé au même moment où son père avait eu une attaque aiguë de la maladie de Crohn et avait dû subir une iléostomie temporaire. Depuis ce temps, il était très déprimé et vivait en retrait de sa famille, ce qui faisait beaucoup souffrir les siens. Malgré leur colère contre la fillette qui refusait d'aller à l'école, les deux parents n'insistaient pas pour qu'elle y aille.

La première intervention thérapeutique consista à fixer la tâche suivante : la fillette devait noter chaque jour sur une feuille les heures où elle avait mal à l'estomac et devait la montrer à son père (Liebman *et al.*, 1976; White, 1979). Ce dernier devait décider quand elle devait ou ne devait pas aller à l'école. Les relations familiales se modifièrent grâce à la participation du père aux décisions familiales et à l'allègement du fardeau des responsabilités de la mère qui en était venue à surprotéger le père et l'enfant. Mais l'effet le plus manifeste et le plus immédiat de l'intervention fut le retour de l'enfant à l'école. Au début, elle se plaignait de maux d'estomac à l'école, mais petit à petit ceux-ci cessèrent. Un échec scolaire presque certain fut ainsi évité.

2. Problèmes somatiques et psychosomatiques

a) *Cystinose*. Au cours de cette maladie héréditaire, les reins perdent graduellement leur capacité de retenir le potassium qui est un élément vital

pour l'organisme. Pour maintenir la quantité de potassium nécessaire, le malade doit en prendre en gouttes, mais elles ont mauvais goût.

Dans le cas qui nous occupe, un garçon de dix ans refusait de prendre son potassium et à cause de cela, il devait être périodiquement hospitalisé pour recevoir des solutions de ce minéral par voie intraveineuse. Sentant que sa vie était menaçée, les parents ne voulaient pas l'obliger à faire quelque chose de désagréable et arrivaient difficilement à le persuader à prendre son médicament. Le thérapeute les incita à fixer des règles de comportement telles que l'enfant accumulait des points à chaque fois qu'il prenait son médicament. Ces points s'additionnaient pour lui mériter une récompense. Cette intervention réduisit le nombre d'hospitalisation de l'enfant.

b) *Anorexie nerveuse*. Chez les jeunes enfants, contrairement aux adolescents et aux jeunes adultes, cette maladie recouvre presque toujours un jeu complexe de relations familiales (Minuchin *et al.*, 1978). Cependant, le symptôme peut quelquefois menacer la vie de l'enfant et demande alors une intervention immédiate.

Dans le cas présent, une fillette de douze ans avait déjà perdu trente-cinq livres et prétendait manger suffisamment. Elle se mettait en colère lorsque ses parents la contredisaient. Pendant une session de thérapie, elle en vint à se saisir d'un objet métallique sur le bureau du thérapeute et à le jeter par terre. Le thérapeute utilisa cet incident pour commencer à restaurer l'autorité du père et bloquer les attentions ambivalentes de la mère. Dans ce but, le thérapeute insista pour que le père force sa fille à ramasser l'objet. L'homme eut besoin d'une heure et demie pour forcer sa fille à lui obéir. Ce fut un pas important pour l'obtention de la collaboration des parents. L'hospitalisation de l'enfant fut décidée et elle put ainsi regagner du poids.

3. Graves problèmes de comportement

Dans certains cas, le comportement de l'enfant est tellement destructif ou auto-destructeur qu'une intervention immédiate et constante est nécessaire tant de la part du personnel traitant que des parents. Patterson a traité ce genre de problèmes en instaurant lors de sessions thérapeutiques des règles de comportement très strictes à des familles comportant des garçons très agressifs (Patterson, 1975). Montalvo détaille pour sa part une méthode d'intervention avec la famille d'une petite fille qui mettait le feu à la maison (Montalvo, 1978).

B. SITUATIONS DANS LESQUELLES LE SYMPTÔME EST TRAITÉ COMME LE SYMPTÔME D'UN PROBLÈME FAMILIAL

Dans la plupart des cas, le symptôme ne met pas en danger le développement immédiat ou le bien-être de l'enfant. Dans un tel contexte, le symptôme peut être considéré comme une métaphore ou un signal de détresse à propos d'un problème inhérent aux relations familiales ou des difficultés d'un autre membre de la famille. L'enfant exprime ainsi ce qu'il pense ou ressent à propos de ce qui se produit ou ne se produit pas dans sa famille. Le surgissement de ce symptôme lors d'une thérapie déjà en cours peut indiquer un changement dans l'équilibre des forces familiales et demande un changement de stratégie thérapeutique. Dans un tel cas, le thérapeute analyse les modèles transactionnels et les règles familiales sous-jacentes. Il élabore alors une intervention qui ne se centre pas sur l'enfant bien que son symptôme soit pris en considération.

1. Crises familiales dévastatrices

À certains moments du cycle de la vie familiale, les parents peuvent être particulièrement perturbés par des événements qu'ils peuvent à peine ou pas du tout contrôler. Cela peut les préoccuper à un point tel qu'il leur reste peu d'énergie ou d'attention à consacrer à leurs enfants. Ces derniers réagissent alors au moyen de diverses plaintes. Comme nous l'avons déjà vu, une crise familiale comme une maladie ou une mort peuvent provoquer des symptômes aussi aigus que la phobie de l'école. Dans d'autres cas, les symptômes ne sont pas si précis ou importants et ne requièrent pas une attention thérapeutique immédiate.

Exemples de cas

a) Un garçon de quatre ans et demi avait régressé à un comportement de bébé depuis la mort

subite de sa grand-mère paternelle qui prenait soin de lui. Ses parents avaient des revers financiers auxquels s'ajoutaient des problèmes de santé. Ils se sentaient dépassés par la mort de la grand-mère et par la responsabilité additionnelle que représentaient les soins à l'enfant. Ils se querellaient constamment et lorsque cela tournait en bagarre, le père chroniquement en chômage fuyait en s'éloignant de la maison pendant quelques jours pour chercher du travail en dehors de la ville. Bien que de santé faible, sa femme continuait à travailler et apportait ainsi l'essentiel de leur revenu. Pendant ces périodes, le petit garçon devenait très sensible et de mauvaise humeur, pleurant pour des riens. À l'école pré-maternelle qu'il fréquentait, il ne portait plus attention à l'enseignement malgré son intelligence supérieure.

Pendant les sessions de thérapie familiale, les parents se querellaient et l'enfant se tournait vers le thérapeute, coupant et collant du papier avec lui, jouant avec des blocs ou plaçant des personnages dans une petite automobile. Remarquant qu'à ces moments-là les parents oubliaient complètement l'enfant, le thérapeute les incita à continuer de discuter entre eux pendant que lui-même aidait l'enfant à couper, coller et construire. Le thérapeute souligna les attentes muettes de toute la famille envers lui en les verbalisant : «Je ne peux pas être la nouvelle grand-mère dans cette famille. Vous devrez apprendre à vous débrouiller par vous-mêmes.» Le petit garçon exprima ses besoins en fabriquant des couronnes de papier pour le thérapeute, ses parents et lui-même, reconnaissant ainsi son désir de voir ses parents investis d'un pouvoir magique comme un roi et une reine. L'aspect œdipien de son jeu s'exprimait également avec clarté. L'enfant avait des accès de colère contre son père et lui reprochait de ne pas construire une tour de blocs assez haute. Puis, il détruisait la tour de son père et courait chercher réconfort et protection dans les bras de sa mère.

Les crises de colère de l'enfant diminuèrent rapidement au fur et à mesure que ses besoins étaient mieux compris. À la maison, il se mit à faire beaucoup de choses en compagnie de son père. Sa mère commença à le traiter comme un garçon de son âge, alors qu'auparavant elle le traitait comme un bébé. La capacité du couple à élever l'enfant s'améliora et il parvint à mieux contrôler ses disputes, l'enfant réagit alors en fabriquant de nouvelles coiffures de papier pendant les sessions de thérapie familiale : un chapeau de Napoléon pour son père, une couronne pour sa mère, un casque pour lui-même etc., rien pour le thérapeute.

b) Une fillette de six ans suivait une thérapie familiale avec ses parents et son frère de neuf ans, identifié comme le malade. Elle n'avait jamais présenté de problème alors que son frère avait des troubles de comportement. À un moment donné alors qu'une de ses tantes était hospitalisée à cause d'une tumeur au cerveau, la petite fille commença à avoir des cauchemars à propos de personnes mortes. Ce symptôme exprimait la terreur muette des parents au sujet de la mort probable de la tante et permit d'analyser à fond cette crise familiale.

2. Conflits parentaux chroniques

Traditionnellement, le symptôme de l'enfant est le plus souvent considéré comme un moyen pris pour détourner l'attention d'un conflit entre les parents. Dans certains cas, l'enfant devient le bouc émissaire des deux parents. Ou, au contraire, l'inquiétude des deux parents à son sujet leur permet de se rapprocher. Dans d'autres cas, l'un des deux fait alliance avec l'enfant contre l'autre parent.

Exemples de cas

a) Le symptôme de l'anorexie peut prendre des proportions alarmantes et menacer la vie de la patiente. Mais, grâce à un dépistage précoce par les médecins, beaucoup de cas sont référés assez tôt au personnel psychiatrique. Dans de tels cas, le thérapeute peut laisser de côté le symptôme et centrer son attention sur la famille.

Une petite fille de douze ans fut référée aux services psychiatriques par son pédiatre à cause d'une perte de poids croissante et parce qu'elle présentait les signes psychologiques typiques de l'anorexie nerveuse (Minuchin *et al.*, 1978). Elle avait deux frères, âgés de dix-huit et seize ans. Sa mère était une obsédée des diètes et de l'exercice, jolie, athlétique et arrivait première à l'école. Le fils aîné avait des problèmes d'apprentissage qu'il compensait en étudiant de façon compulsive. Le plus jeune des garçons était gâté et avide de choses matérielles. Bien que le père présenta d'abord sa femme comme une femme dévouée, il se sentait de

toute évidence dans l'incapacité de discipliner ou de guider ses enfants à cause de l'attitude vigilante et contrôlante de son épouse.

Au cours de la thérapie, le conflit entre les parents devint évident. Le père abandonna son attitude blagueuse et semi-sarcastique qui lui servait de bouclier et affronta sa femme de façon plus directe. Le couple acceptant de regarder ses difficultés en face, la petite fille reprit son poids normal et l'attention se reporta sur le plus jeune garçon. On s'aperçut alors qu'il se sentait malheureux et dévalorisé, qu'il servait de bouc émissaire à la famille et qu'il avait besoin de l'attention de ses parents.

b) Une petite fille de onze ans était présentée comme un problème par ses parents. Ces derniers étaient d'âge moyen et avaient deux autres filles dans la vingtaine qui ne vivaient plus avec eux mais venaient occasionnellement aux sessions de thérapie familiale. Les parents avaient toujours été associés étroitement dans une entreprise commune et se décrivaient comme les meilleurs amis l'un de l'autre. Ils avaient récemment subi de sérieux revers en affaires, en particulier parce que monsieur avait fait de mauvais investissements en ignorant l'avis de sa femme. Les deux filles aînées avaient fui la tension et la tristesse qui en avaient résulté en quittant la maison. La plus jeune, Herdi, ne pouvait pas réagir ainsi.

Les parents, et en particulier le père, décrivaient Herdi comme exigeante, froide, brusque et n'ayant aucun respect. Ils répétaient continuellement qu'eux-mêmes avaient toujours été respecteux de leurs propres parents. Le père reprochait aussi à ses filles aînées de ne pas montrer de respect et de les avoir abandonnés au lieu de les aider. La plus âgée des deux en avait les larmes aux yeux.

Ce qui n'était jamais exprimé, c'était que la mère avait de moins en moins de respect pour son mari. Elle continuait à jouer vaillement le rôle de sa meilleure amie et ne s'opposait jamais à lui de façon ouverte. L'attitude brusque d'Herdi servait à exprimer les véritables sentiments de la mère à sa place.

Le thérapeute commença à soulever ce problème délicat en disant que la fille aînée exprimait en réalité la tristesse de la mère et son désir de partir, alors qu'Herdi exprimait la colère de sa mère. Le couple ne s'affronta pas au cours des sessions thérapeutiques mais commença à avoir des discussions plus ouvertes en affaires.

3. Le symptôme comme une arme protectrice pour un parent

Tout comme l'enfant peut détourner l'attention d'un conflit entre les parents, son comportement peut avoir une fonction protectrice pour l'un d'entre eux.

Exemple de cas

Une petite fille de neuf ans était très détendue au début des sessions de thérapie familiale. L'intervention se concentrait sur la réconciliation difficile de ses parents après une année de séparation. Celle-ci s'était produite au moment où la mère avait fait un épisode d'hypomanie. À cette époque, madame A. était devenue très abusive face à son mari et l'avait finalement mis à la porte de la maison.

Le mari commençant à exprimer plus ouvertement ses besoins pendant les sessions de thérapie, sa femme manifesta de plus en plus d'anxiété. Le retour de ses symptômes maniaques fut précédé de plusieurs sessions où sa fille se vantait et faisait des dessins très colorés aux formes vagues et infantiles alors qu'auparavant ses dessins correspondaient à son âge. Le comportement symptomatique de la fillette semblait avoir pour but de détourner l'attention du thérapeute de sa mère pour la diriger vers elle. Finalement, la mère se montra elle-même excentrique et maniaque lors d'une session et se mit à faire des dessins très colorés et infantiles. Ceci entraîna nécessairement une réévaluation du cas (Guttman, 1973).

CONCLUSION

À la lumière d'expérimentations plus poussées des techniques de thérapie familiale, il est devenu clair qu'on ne devrait pas toujours laisser de côté le symptôme manifeste de l'enfant. Au contraire, dans certains cas, toutes les énergies familiales doivent être mobilisées pour aider à agir sur le symptôme. De cette façon, les motivations et les affects des autres membres de la famille qui contribuent au symptôme sont inévitablement modifiés. Il reste néanmoins des cas où il faut diminuer l'importance accordée au symptôme manifeste de l'en-

fant. Il faut alors adapter les techniques d'intervention de façon à contrôler les transformations successives du symptôme, tout en dirigeant l'attention sur le système familial.

Sur le plan technique, le travail le plus important consiste à intégrer les processus de pensée primaires de l'enfant aux processus de pensée secondaires des membres adultes de la famille. Selon l'âge de l'enfant, des jeux ou des tâches doivent être insérés dans l'intervention thérapeutique. De cette façon, son impact sur tous les membres de la famille en sera accru.

RÉFÉRENCES

GUTTMAN, H.A., 1973, A Contraindication for Family Therapy : The Prepsychotic or Postpsychotic Young Adult and his Parents, *Archives of General Psychiatry*, 29, 352.

GUTTMAN, H.A., 1975, The Child's Participation in Conjoint Family Therapy, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 490.

HALEY, J., 1971, Approaches to Family Therapy in *Changing Families*, J. Haley (Ed.), New York, Grune and Stratton.

LIEBMAN, R., HONIG, P., BERGER, H., 1976, An Integrated Treatment Program for Psychogenic Pain, *Family Process*, 15, 397.

MINUCHIN, S., ROSMAN, B., BAKER, L. *et al.*, 1978, *Psychosomatic Families*, Cambridge, Harvard University Press.

MONTALVO, B., 1974, *The Initial Interview : The Gordons & Braulio Montalvo* in Minuchin, S., Ed., *Families and Family Therapy*, Cambridge, Harvard University Press, 206.

PATTERSON, G.L., 1975, *Families : Applications of Social Learning to Family Life*, Champaign, Ill., Research Press.

PIAGET, J., 1945, *La formation du symbole chez l'enfant, imitation, jeu et rêve, image et représentation*, Neuchâtel, Delachéux et Niestlé.

WHITE, M., 1979, Structural & Strategic Approaches to Psychosomatic Families, *Family Process*, 18, 303.

SUMMARY

In this article, the author demonstrates, using clinical examples, that family therapy must not consider the symptom uniquely as the expression of the family problem. Therapy must focus on it, if the symptom seriously compromises the child's development, or if it is the sole means of obtaining the family's cooperation in the treatment, as in the case of school phobia, of cystenosia, and of anorexia nervosa. In cases in which the symptom does not compromise the child's immediate development, it can be considered as a distress signal and the intervention of the therapist will then direct itself at the interactional models and the underlying family rule.