



**COMPÉTENCES ET FORMATION
DU CONDUCTEUR ET DU FACILITATEUR
DU
GROUPE DE PSYCHANALYSE
MULTIFAMILIALE**



« Compétences et Formation du Conducteur et du Facilitateur du Groupe de Psychanalyse Multifamiliale » représente le résultat de l'étude sur les composantes caractérisant un programme de formation sur les groupes de psychanalyse multifamiliale en Italie, Belgique, Espagne et Portugal. Ce volume rassemble les documents développés dans la deuxième phase du projet "Multifamily Groups in Mental Health" (FA.M.HE.), soutenu financièrement par l'Union européenne à travers le programme Erasmus+.

Les cinq partenaires du projet ont collaboré à son développement : « Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare » de Rome en tant que coordinateur du projet, « Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina » de Lisbonne, « Azienda Sanitaria Locale Roma1 » de Rome, « Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar » de Bilbao et « University Psychiatric Center Z.ORG KU » de Louvain.

© 2021-2024 par FA.M.HE. Projet « Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement les points de vue des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de toute utilisation qui pourrait être faite des informations qui y sont contenues ».

SOMMAIRE

PRÉFACE.....	5
PREMIERE PARTIE « VADEMECUM – ÉLÉMENTS CLÉS DE LA CONDUITE ET DE LA FACILITATION DES GROUPES DE PSYCHANALYSE MULTIFAMILIALE » BASÉ SUR LA THÉORIE DE JORGE GARCÍA BADARACCO ..	8
INTRODUCTION.....	8
1. FONDEMENTS THÉORIQUES	13
1.1. <i>Interdépendances Réciproques</i>	13
1.2. <i>Virtualité saine ('Virtualidad Sana')</i>	14
1.3. <i>Processus thérapeutique</i>	15
1.4. <i>Ressources du Moi authentique</i>	16
1.5. <i>Processus d'Identification</i>	17
1.6. <i>L'expérience Vécue (Vivencia)</i>	18
1.7. <i>Esprit Elargi</i>	19
2. RECOMMANDATIONS GENERALES POUR LA CONDUITE DES GPMF	20
2.1. <i>À propos du cadre</i>	20
2.2. <i>Transfert multiple</i>	20
2.3. <i>Climat émotionnel</i>	21
2.4. <i>Conseils pratiques</i>	21
2.5. <i>Facteurs de Guérison</i>	23
3. CONSIDERATIONS FINALES	24
DEUXIÈME PARTIE « LES COMPETENCES DU CONDUCTEUR ET DU FACILITATEUR DU GROUPE DE PSYCHANALYSE MULTIFAMILIALE »	25
INTRODUCTION.....	25
1. LE GROUPE PSYCHANALYTIQUE MULTIFAMILIAL	27
1.1. <i>Aspects théoriques</i>	27
1.2. <i>Risques et Importance des compétences du Conducteur</i>	33
1.3. <i>Compétences du Conducteur GPMF : une première liste</i>	34
1.4. <i>Conclusion</i>	35
2. MATRICE DES COMPETENCES DU CONDUCTEUR DE GPMF : DES FAMILLES DE COMPETENCES AUX COMPORTEMENTS COHERENTS	37
2.1. <i>Ce que l'on peut dire sur les compétences</i>	37
2.2. <i>Domaine de Compétences Stratégiques</i>	39
2.3. <i>Domaine de Compétences Managériales Thérapeutiques Transversales</i>	42
2.4. <i>Domaine des Compétences Personnelles, Ethiques, Sociales, Culturelles</i>	46
3. LA MATRICE DES FAMILLES DE COMPETENCES	48

TROISIEME PARTIE « PROGRAMME DE FORMATION POUR LES CONDUCTEURS ET LES FACILITATEURS DU GROUPE DE PSYCHANALYSE MULTIFAMILIALE »	49
INTRODUCTION	49
1. EXPERIENCES DE FORMATION LIPSIM	50
1.1. <i>Le chemin parcouru</i>	50
1.2. <i>Master en Psychanalyse Multifamiliale</i>	51
2. CONSIDERATIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES	52
2.1. <i>Schéma "Articulaciones"</i>	52
2.2. <i>Règles du cadre</i>	54
2.3. <i>Commentaires sur la participation des soignants professionnels</i>	54
3. PROPOSITION DE FORMATION	56
3.1. <i>Facilitateur et Conducteur d'un GPMF</i>	57
3.2. <i>Le parcours de formation</i>	59
3.3. <i>Les compétences du Facilitateur et du Conducteur</i>	61
QUATRIÈME PARTIE « CONTRIBUTIONS DES PARTENAIRES »	71
A. ESPAGNE	71
A.I « <i>Impact de la Psychanalyse Multifamiliale en Espagne</i> » Norberto Mascarò Masri	71
A.II « <i>Constitution d'un groupe multifamilial dans une institution publique.</i> » Norberto Mascaró Masri	73
B. PORTUGAL	77
B.I <i>Histoire des groupes multifamiliaux au Portugal.</i> Paula Godinho	77
B.II <i>Le "syndrome de la porte ouverte" : Un diagnostic basé sur un groupe multifamilial</i> Maria João Centeno; Paula Godinho; Teresa Fialho; Ana Luísa Teixeira; Isaura Manso Neto	78
C. BELGIQUE	83
C.I <i>La psychanalyse multifamiliale en Belgique</i> Martine Lambrechts	83
C.II « <i>La mise en place d'un groupe multifamilial (GMF) pour de jeunes patients psychotiques et leurs familles dans un cadre systémique et psychodynamique</i> » Martine Lambrechts et Jef Lisaerde	85
D. ITALIE	96
D.I <i>L'impact de la Psychanalyse Multifamiliale en Italie</i> Andrea Narracci	96
D.II - <i>Les principaux concepts de la psychanalyse multifamiliale</i> Andrea Narracci et Alessandro Antonucci	98
BIBLIOGRAPHIE	Errore. Il segnalibro non è definito.

PRÉFACE

« Compétences et Formation du Conducteur et du Facilitateur du Groupe de Psychanalyse Multifamiliale » est le produit de différents niveaux de connaissances et de traitement qui, au cours de près de deux ans de travail commun réalisé par les cinq partenaires du « FA.M.HE. », ont été croisés et connectés à travers :

- l'analyse des caractéristiques et de la diffusion des groupes multifamiliaux dans les quatre pays concernés;
- les considérations et réflexions partagées par les participants internationaux au Projet lui-même au cours de ces deux années;
- les expériences de formation acquises par les partenaires au fil des années.

L'objectif final était la co-construction d'un Programme de Formation en Psychanalyse Multifamiliale qui, tout en respectant le cadre épistémologique, garantit l'efficacité, la reproductibilité et la vérifiabilité des formations dans les différentes réalités socio-sanitaires européennes.

Le Programme de Formation est dédié aux deux figures centrales et intégrées dans leur rôle, actives dans le travail thérapeutique avec le Groupe Multifamilial de Psychanalyse: le Conducteur et le Facilitateur.

Le document s'adresse avant tout aux opérateurs qui exercent leur activité dans le secteur de la santé (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs) et aux familles intéressées par la santé mentale, mais la méthodologie décrite peut également être utilisée dans d'autres contextes lorsque le besoin s'en fait sentir : résolution de conflits relationnels ou institutionnels; il peut donc également être utilisé par des professionnels opérant dans des contextes éducatifs, judiciaires et sociaux.

Dans cette préface, nous présentons un bref résumé des trois documents qui représentent les trois chapitres qui composent le volume. Ils ont été développés par les partenaires au cours de ces mois et utilisés comme ouvrages intégrés pour la définition du parcours de formation en Psychanalyse Multifamiliale, dans le but de donner un sentiment de progression dans le développement du cadre méthodologique dans lequel s'inscrit la proposition de formation.

La **PREMIÈRE PARTIE** consiste en un Vademecum sur les mots clés de la Psychanalyse Multifamiliale.

Le Vademecum a été élaboré selon les idées de J. García Badaracco et les contributions des partenaires des pays participant à la recherche, avec la coordination du partenaire « Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar » de Bilbao. Le contenu de ce document a été défini par les cinq partenaires du projet lors d'un atelier transnational qui a eu lieu à Rome en novembre 2002. Le produit final a été développé par les partenaires puis discuté et approuvé lors de réunions en ligne ultérieures.

La Psychanalyse Multifamiliale (PMF), nouveau paradigme du système thérapeutique relatif à la souffrance psychique, a approfondi au fil des années sa conceptualisation théorique et son contenu méthodologique à travers une dialectique continue entre la pratique clinique (le Groupe Multifamilial comme laboratoire et foyer d'idées) et le théorie (ensemble d'hypothèses, produit de cette pratique clinique).

Le Vademecum met en valeur les contenus de théorie, de méthodologie et de pratique clinique qui définissent ensemble la philosophie des soins et de l'intervention. Le PMF constitue, en effet, un cadre de référence original et créatif qui permet à la fois de (re)penser le développement sain, l'organisation pathologique de la souffrance psychique et les parcours de soins des patients graves et/ou chroniques ; représente une manière de travailler innovante qui inclut la création d'un climat émotionnel de sécurité, de solidarité et de confiance et des méthodes d'intervention dialogiques et conjointes.

Le document décrit les fondements théoriques de l'intervention, les recommandations pratiques pour réaliser un GMF et les éléments curatifs de l'intervention multifamiliale.

La **DEUXIÈME PARTIE** décrit le « Système de Compétences des Conducteurs de GPMF : des familles de compétences aux comportements cohérents ».

La préparation de ce document a eu lieu avec la contribution de tous les partenaires et a été coordonnée par le partenaire "Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare" de Rome. Le contenu a été défini et perfectionné lors de diverses réunions en ligne, la forme définitive a été approuvée lors de la Rencontre Transnationale tenue à Bilbao en octobre 2023.

Le document vise à parvenir à la définition d'une matrice de compétences professionnelles du Conducteur/Facilitateur du Groupe Multifamilial. Cela commence par la description du profil du Conducteur, notamment par rapport aux compétences professionnelles spécifiques par rapport à d'autres figures psychothérapeutiques. En fait, le Groupe de Psychanalyse Multifamiliale représente une approche thérapeutique puissante dont il est important de reconnaître et de gérer soigneusement les risques et les défis potentiels afin d'assurer un traitement efficace et sûr pour tous les participants. Pour atténuer ces risques et assurer le succès du groupe thérapeutique, les compétences et la formation du Conducteur sont cruciales.

Le document souligne comment la référence n'est pas tant et non seulement un bagage théorique possédé par le Conducteur mais à l'expression de compétences thérapeutiques transversales sur lesquelles s'organise le cadre multifamilial spécifique et qui peuvent être possédées/développées par toutes les différentes figures qui composent l'équipe de direction.

Grâce à la définition du concept de compétence, des « familles » spécifiques de compétences ont été organisées, c'est-à-dire l'ensemble homogène de comportements qui font référence à des connaissances et des compétences similaires, caractérisant le comportement du Conducteur/Facilitateur, au sein du « cadre » spécifique.

Le processus de description des comportements observables dans chaque famille de compétences, résumés dans l'expression « savoir-faire », a permis d'élaborer la matrice des compétences du Conducteur/Facilitateur dont l'acquisition/développement contribue à garantir le bon fonctionnement du Groupe.

La **TROISIÈME PARTIE** propose le « Programme de formation pour Conducteurs et Facilitateurs de Groupes de Psychanalyse Multifamiliale »

Le contenu de ce document a été défini lors d'une réunion transnationale entre les partenaires qui a eu lieu à Bilbao et ensuite développé et approuvé avec la contribution de tous les partenaires du projet lors des réunions transnationales dédiées. Le partenaire "Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare" a coordonné son élaboration et sa version finale.

À partir des compétences de formation acquises au fil des années par les partenaires du projet, l'expérience du LIPsiM dans le domaine de l'enseignement et de la formation a été explorée, ce qui représente une première tentative de formuler un parcours d'apprentissage formel cohérent avec les hypothèses fondamentales du PMF.

Par la suite, les réflexions qui ont émergé dans les différents moments d'échange et de discussion entre tous les partenaires, qui ont également eu lieu en dehors du programme formel des réunions, ont été systématisées, parfois comme un « brainstorming » spontané et d'autres comme un récit expérientiel, mais qui pris ensemble constituait la précieuse parcelle sur laquelle co-construire tous les produits envisagés par le Projet

A partir de la définition des figures professionnelles auxquelles il est destiné, le Conducteur et le Facilitateur du Groupe de Psychanalyse Multifamiliale, est décrit le projet de formation, structuré en trois années consécutives, dont chacune permet l'acquisition d'aptitudes/compétences spécifiques à chacun ; les éléments les plus caractéristiques sont la première étape de formation partagée par tous les rôles professionnels prévus dans les services de santé mentale et la centralité de la participation directe à un groupe multifamilial avec une fonction pédagogique pendant toute la durée de l'expérience de formation. La dernière partie est consacrée à la définition d'un programme modulaire adaptable aux différentes réalités socio-sanitaires présentes en Europe mais à la fois efficace, vérifiable et reproductible.

PREMIERE PARTIE

« VADEMECUM – ÉLÉMENTS CLÉS DE LA CONDUITE ET DE LA FACILITATION DES GROUPES DE PSYCHANALYSE MULTIFAMILIALE » BASÉ SUR LA THÉORIE DE JORGE GARCÍA BADARACCO

INTRODUCTION

Un Groupe de Psychanalyse Multifamiliale (GPMF) est un espace thérapeutique efficace qui permet, à travers une expérience partagée, l'approche et le traitement d'une population hétérogène composée de familles présentant des pathologies différentes.

Dans les groupes de psychanalyse multifamiliale, il y a au moins deux générations présentes, y compris la personne qui reçoit des soins de santé mentale spécifiques.

Il s'agit d'un grand groupe ouvert ou semi-ouvert qui se forme progressivement et peut rassembler de 10 à plus de 100 personnes. La séance de groupe a généralement lieu une fois par semaine ou tous les quinze jours et dure entre 90 et 120 minutes.

Le groupe est le reflet de notre société (une mini-société), dans lequel des familles de cultures et de niveaux socio-économiques différents participent à une expérience commune à travers laquelle elles peuvent partager leurs angoisses et leur détresse et faire face à leurs difficultés dans un climat de sécurité et de confiance.

Le groupe est animé par des professionnels de la santé mentale qui travaillent en co-thérapie et forment une équipe thérapeutique pluridisciplinaire.

À la fin des années 1950, après son retour en Argentine, le psychiatre psychanalyste argentin J. García Badaracco a commencé à travailler dans un service pour patients chroniques à l'hôpital neuropsychiatrique José T. Borda, dans la ville de Buenos Aires.

Après avoir terminé sa formation psychiatrique et psychanalytique à Paris, influencé par les idées de Maxwell Jones sur la communauté thérapeutique et la psychothérapie institutionnelle française, il s'est consacré à l'application des connaissances psychanalytiques aux maladies mentales graves.

Pour ce faire, il utilise une méthodologie qu'il appelle "recontextualisation", qui consiste à valider les apports des différentes écoles psychanalytiques par l'observation et l'application de leurs concepts dans un contexte plus large (la communauté thérapeutique et le groupe multifamilial). Le

manque de moyens, les difficultés d'organisation et quelques situations exceptionnelles l'ont amené à réunir, au quotidien, tous les patients du service, leurs proches et les professionnels travaillant avec eux.

Le premier groupe de psychanalyse multifamiliale devient un laboratoire socio-expérientiel dans lequel l'interaction entre les membres du groupe a permis d'observer des phénomènes psychologiques qui n'avaient pas été décrits auparavant dans l'expérience clinique psychanalytique.

Le groupe de psychanalyse multifamiliale permet d'observer les trois dimensions de l'esprit, à savoir l'individu, la famille et le social, et génère une unité d'analyse qui permet une compréhension plus large du monde psychique intérieur et de son interaction avec le monde extérieur, qui se manifeste par des interdépendances réciproques.

Le concept d'*interdépendances réciproques* a gagné en pertinence au fil du temps et, avec la *'virtualité saine'*, les *'ressources du Moi authentique'*, le processus thérapeutique, l'*'objet délirant'* (présences délirantes) et d'autres, donne naissance à un nouveau paradigme : la psychanalyse multifamiliale (PMF).

Depuis plus de 60 ans, la conceptualisation théorique et la méthodologie de ce paradigme se sont approfondies à travers une dialectique permanente entre la pratique clinique, c'est-à-dire le Groupe de Psychanalyse Multifamiliale comme laboratoire, et la théorie, conçue comme un ensemble d'hypothèses comme produit de cette observation clinique.

Cette introduction met en évidence le contenu de la théorie, de la méthodologie et de la pratique clinique, qui définissent une philosophie des soins.

La psychanalyse multifamiliale est un cadre de référence original et créatif qui permet de (re)penser le développement sain, l'organisation pathologique de la souffrance psychique et les voies thérapeutiques des patients graves et/ou chroniques.

Contrairement à d'autres modes de travail psychanalytique, cette approche a une méthodologie spécifique en termes de cadre, de gestion du transfert, de création d'un climat émotionnel de sécurité, de confiance et de solidarité, et d'intervention par le biais de la parole. Tout cela est le fruit d'une réflexion complexe que nous tenterons d'élaborer dans ce Vademecum.

Une possibilité de traitement

Contrairement à ce qui se passe dans les directives psychiatriques basées sur la bio-organicité, qui envisagent la "gestion" des symptômes en vue d'une "normalisation" plus ou moins partielle du "patient", la Psychanalyse Multifamiliale propose de travailler avec les personnes et les relations dans un sens transformateur, en partant du potentiel inexprimé – la *virtualité saine* – plutôt que des éléments pathologiques.

Chacun est considéré comme une personne potentiellement saine plutôt que comme une personne malade, et il existe une possibilité de traitement même dans les situations les plus graves et/ou chroniques.

Le regard que l'on porte sur une personne est étroitement lié à ce que l'on imagine de l'autre, le regard ne se discute pas, il pénètre dans l'inconscient et connote émotionnellement la relation.

La peur, la perplexité, l'insignifiance présentes dans le regard de l'autre, en particulier celui d'un psychiatre, peuvent avoir un énorme pouvoir pathogène sur une personne déjà effrayée et désorientée par ce qui se passe, alors que le fait de se sentir regardé comme une personne au potentiel inexprimé génère de l'espoir et de la confiance, à partir desquels il est possible de commencer à guérir.

Une grande partie de la souffrance est le résultat d'une incompréhension, de malentendus et d'une cruauté inconsciente dans les relations avec les autres, en particulier les plus proches ; une crise peut être considérée comme une tentative désespérée de faire ressortir le potentiel sain, individuel et relationnel, une occasion d'introduire un changement et une transformation dans les pièges par lesquels la famille souffre.

De même, les différents symptômes peuvent être considérés comme l'expression concrète de besoins et d'états d'âme non exprimés, comme l'amplification de processus normaux et comme l'expression d'un potentiel invisible.

Les possibilités de guérison et de rétablissement s'articulent autour de la possibilité de tolérer le passage complexe entre certitude et incertitude, ordre et désordre, cohérence et contradiction : les régressions et les rechutes ne sont pas un signe d'"incurabilité", mais représentent des moments inévitables d'affirmation face à des situations nouvelles.

La souffrance mentale naît des relations entre deux ou plusieurs personnes

La souffrance mentale survient toujours dans la relation entre deux ou plusieurs personnes. Ces souffrances se développent dans des schémas mutuels, généralement inconscients, secrets et cachés, qui révèlent une dépendance mutuelle.

Il est possible de déceler la présence de ces schémas dans tous les conflits humains ; en ce sens, la souffrance psychique peut être considérée comme l'expression particulière d'une interdépendance réciproque, pathogène et pathologique.

Lorsque nous pensons à la maladie mentale, nous nous référons généralement à la psychopathologie comme à quelque chose qui appartient à la sphère individuelle, niant l'échange interactif entre l'esprit et l'environnement, c'est-à-dire excluant la réalité relationnelle.

Le potentiel de croissance et de développement de la personnalité est toujours présent dans l'être humain et représente la virtualité saine ; ce sont les interdépendances pathogènes et pathologiques, opérant à partir de la réalité externe ou intériorisée ("les autres en nous"), qui interfèrent avec la subjectivité et empêchent le développement d'un Moi authentique.

En d'autres termes, le monde extérieur et le monde intérieur influencent la possibilité de devenir un individu à part entière, légitimé et reconnu dans sa propre subjectivité. J. García Badaracco a déclaré : "...en ce sens, nous pourrions dire que la folie est toujours et finalement *une folie à deux*".

Processus thérapeutique

La notion large de processus thérapeutique inclut l'idée de la manière dont une personne et sa famille tombent malades et du chemin qu'elles doivent suivre pour guérir.

Par maladie mentale, nous entendons l'arrêt de la croissance et du développement de la personnalité, dans lequel des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont impliqués.

Le processus thérapeutique est un concept clinique par lequel on se réfère à l'ensemble des transformations que la personne et sa famille peuvent vivre à travers un traitement psychothérapeutique.

L'idée de processus fait référence à la succession de changements psychiques qui se présentent comme diverses réalisations, avec une cohérence interne et un sens progressif vers une condition humaine que l'on essaie de formuler comme la maturation de la personnalité, équilibre émotionnel, etc.

Ces changements se traduisent par des prises de conscience concrètes qui modifient les relations interpersonnelles et des expériences subjectives qui transforment le monde interne et déterminent des changements structurels dans la personnalité.

Cette succession n'est pas linéaire, ni n'a une cause unique, et se caractérise par des moments de déconstruction et de recomposition des parties d'un tout.

Le parcours thérapeutique vise à rétablir le processus normal de croissance et de développement de la personne qui, en raison de divers facteurs, a été interrompu et déformé au cours de son évolution.

Au cours du processus thérapeutique, le patient doit traverser des phases qu'il n'aurait jamais pu traverser dans sa vie familiale.

Les nouvelles expériences enrichiront et renforceront le moi, en lui fournissant les ressources authentiques nécessaires pour faire face aux processus d'identification qui modifieront la structure de la personnalité.

La démarche thérapeutique est nécessairement individuelle, et donc unique pour chaque personne ; ses caractéristiques dépendent du tableau clinique, de l'apparition de la maladie et de son évolution. Les circonstances familiales et sociales sont des facteurs très influents.

1. FONDEMENTS THÉORIQUES

1.1. Interdépendances Réciproques

Les êtres humains naissent, grandissent et se développent dans un réseau de relations personnelles interdépendantes, qui constitue le phénomène clé de l'interaction sociale et donne lieu aux processus de croissance et de développement de la personnalité qui se produisent tout au long de la vie.

Ce réseau d'Interdépendances Réciproques (IR) revêt un sens particulier dans le travail clinique du GPMF.

Les phénomènes humains sont très variés et difficiles à saisir dans une théorie psychologique unifiée; cette complexité acquiert une grande pertinence et elle nous offre une vision kaléidoscopique des événements psychologiques.

Le concept de IR permet d'appréhender cette complexité, qui commence à la naissance et se poursuit tout au long de la vie. C'est au sein des IR que se déroulent les processus d'identification qui sont à l'origine de la structure de la personnalité.

D'une part, les IR nous permettent de visualiser la pathologie du monde intérieur comme un "dialogue intérieur" entre le Moi et les "autres en nous" (présences vivantes). Ces "présences" "parlent" à l'individu, le menacent, le méprisent, le critiquent et le maltraitent (interdépendances pathologiques et pathogènes).

D'autre part, les IR s'extériorisent simultanément dans les relations. Il devient alors possible d'observer comment ces IR se structurent et se maintiennent dans le temps, entraînant souffrance et frustration.

Cette position théorique transcende l'attachement, puisque son étude intègre le monde interne ("réalité psychique"), la relation avec l'autre significatif (intersubjectivité) et les facteurs sociaux qui influencent la vie des personnes (trans-subjectivité), en mettant l'accent sur la dimension interactive ("réalité matérielle").

J. García Badaracco a classé les IR en deux catégories : celles qui favorisent la croissance et le développement de la personnalité (normogènes) et celles qui interfèrent avec ce processus (pathologiques et pathogènes). La qualité de ces IR a un impact sur le développement des ressources du Moi, dont dépend à son tour la résolution des conflits internes ou externes.

Travailler avec les IR nous amène aux schémas mutuels et aux interrelations dans lesquels un individu est immergé, aux conflits dilemmatiques et aux "présences vivantes" qui le peuplent et continuent d'agir dans son monde intérieur, déterminant ainsi la qualité des relations avec les autres.

Le GPMF vise à libérer le patient et sa famille de la situation dans laquelle ils sont tous deux enfermés, qui perpétue la maladie et renforce le pessimisme quant à une vie meilleure.

1.2. Virtualité saine ('Virtualidad Sana')

Dans la théorie de J. García Badaracco, la virtualité saine est un concept clé qui fait référence au potentiel de croissance et de développement de la personnalité.

Il est basé sur le concept d'"autopoïèse" de H. Maturana (1973), comme la propriété fondamentale des systèmes vivants de se reproduire et de se maintenir, où la réponse à l'extérieur dépend de la structure elle-même.

Pour J. García Badaracco, la "Virtualité saine" est liée à la capacité de neutraliser et de désarmer les "présences dérangeantes" du monde intérieur, et de lever les "IR pathogènes" du monde extérieur ("Ressources du Moi authentique").

La psychiatrie en général, qui se concentre souvent sur les symptômes de la "folie" et considère le patient comme une personne "folle ou malade", reproduit ainsi dans de nombreux cas l'attitude de la famille qui, pour diverses raisons (anxiété, peur, frustration et parfois agressivité), considère également son proche de la même manière.

Ce faisant, ils ignorent sa "virtualité saine", c'est-à-dire le potentiel de croissance et de développement présent dans chaque être humain, quel que soit son état de santé.

J. García Badaracco souligne le pouvoir du regard dans le travail psychothérapeutique, en donnant une signification particulière au pouvoir du regard : "le patient sentira ce que nous regardons".

Le regard en lui-même est naturel, il pénètre l'inconscient et donne un sens émotionnel à la relation.

Le regard du thérapeute peut donc avoir un énorme pouvoir pathogène en ne voyant pas le potentiel de croissance et de développement de la personnalité.

Le fait de voir ce potentiel génère l'espoir nécessaire pour s'engager dans le traitement et entamer le processus thérapeutique, en tant que voie de guérison.

Cela permet également à la famille de voir et d'expérimenter la situation d'un "point de vue différent".

Le concept de "virtualité saine" est au cœur d'un examen approfondi du "développement réussi" et des origines de la maladie mentale. Ce concept peut nous guider dans la compréhension du cycle de vie normal de l'individu et de sa famille, ainsi que dans les interventions de traitement des troubles psychiatriques les plus invalidants : le développement d'une "saine virtualité" à travers de nouvelles ressources du Moi authentique perpétue un changement possible et acceptable.

Le concept fait appel à l'image d'une "matrice originelle et primordiale de potentialités" qui peuvent se manifester, si elles sont reconnues et nourries dans un environnement émotionnel et relationnel favorable; le réseau transgénérationnel complexe de IR joue un rôle fondamental dans la création d'un environnement propice à l'émergence de ressources personnelles authentiques. Cette complexité se retrouve au sein d'un GPMF, qui vise à corriger une organisation pathologique dans un contexte familial.

Avec le "potentiel de virtualité saine non exprimée", l'intervention thérapeutique passe de la prise en charge des déficits individuels et familiaux à l'encouragement des ressources saines par la création d'un contexte de croissance naturelle.

1.3. Processus thérapeutique

La notion générale de processus thérapeutique englobe l'idée de la manière dont une personne et sa famille tombent malades et le chemin qu'elles doivent suivre pour guérir.

La maladie mentale est un arrêt de la croissance et du développement de la personnalité, dans lequel interviennent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Le processus thérapeutique est un concept clinique par lequel on désigne l'ensemble des transformations que la personne et sa famille peuvent connaître grâce à un traitement psychothérapeutique.

L'idée de "processus" se réfère à la succession de changements psychiques, se produisant sous la forme de diverses manifestations avec une cohérence interne, évoluant progressivement vers ce que nous appelons la maturation, l'équilibre émotionnel, etc.

Ces changements peuvent être objectivés dans des réalisations concrètes, telles que les relations interpersonnelles et les expériences subjectives qui transforment le monde intérieur, se traduisant par des changements structurels dans la personnalité.

La séquence de ces changements n'est pas linéaire, n'a pas de cause unique et se caractérise par des moments de déconstruction et de reconstruction des parties d'un tout.

L'objectif du processus thérapeutique est de rétablir le processus normal de croissance et de développement de l'individu qui, en raison de divers facteurs, a été interrompu et déformé au cours de son développement.

Au cours du processus thérapeutique, le patient doit passer par des phases qu'il n'aurait jamais pu vivre dans sa vie familiale.

Ces nouvelles expériences, par le biais de processus d'identification, fourniront des ressources authentiques au Moi, qui s'enrichira et se renforcera, permettant ainsi à la structure de la personnalité de se modifier.

Le processus thérapeutique est nécessairement individuel, et donc unique pour chaque personne; ses caractéristiques dépendent du tableau clinique, du début de la maladie et de son évolution. Les circonstances familiales et sociales sont également des facteurs très influents à cet égard.

1.4. Ressources du Moi authentique

Le concept de "Ressources du Moi Authentique" fait référence à un aspect essentiel de la santé mentale : la maturité de la personnalité. Il s'agit des conditions nécessaires pour que les fonctions du Moi puissent se développer (symbolisation, représentation, langage, sens de la réalité, contrôle des impulsions, etc.) et pour que le Moi peut atteindre ses objectifs.

Le manque de ressources du Moi ou le concept de 'déficit structurel' nous permet de comprendre une dimension importante de la pathogenèse. L'objectif principal du processus thérapeutique devient la maturation de nouvelles ressources du Moi.

La condition d'absence de défense et d'impuissance dans laquelle nous naissons pourrait être définie comme une condition de ressources du Moi limitées.

Le développement psychobiologique de la personnalité consiste, entre autres, en l'acquisition des ressources du Moi.

Au niveau biologique, la construction et la maturation du système nerveux jouent un rôle important, mais le rôle le plus important se situe au niveau psycho-relationnel, où les expériences de vie déterminent le développement du Moi, à travers les processus d'identification.

Certaines de ces expériences de vie conduisent à une structuration positive du Moi, tandis que d'autres entravent le développement en provoquant des changements dans le Moi qui donnent lieu à diverses pathologies.

D'un point de vue thérapeutique, ces patients se situent en dehors du domaine de la pathologie conflictuelle et ont besoin d'un traitement différent, dans lequel des expériences émotionnelles saines peuvent permettre l'incorporation de nouvelles ressources du Moi, indispensables à la maturation de la personnalité.

1.5. Processus d'Identification

Comme l'ont démontré plusieurs auteurs psychanalytiques, l'"identification" est l'un des processus fondamentaux de la structuration de la personnalité.

Les "processus d'identification" interviennent dès les premiers moments de la vie, en particulier dans la relation précoce de l'enfant avec le parent, et constituent, comme l'a soutenu S. Freud, la forme la plus primitive de l'attachement affectif, produisant des changements à long terme dans le fonctionnement psychologique de l'individu.

Le terme "identification" désigne une série d'opérations déterminant la tâche complexe de formation et d'organisation du "Moi". Au cours de la vie de chacun, les processus d'identification peuvent apporter des éléments positifs à la croissance et au développement de la personnalité ou, au contraire, entraîner des incorporations négatives qui aboutissent à la formation de structures pathologiques.

Sur la base de leurs caractéristiques, J. García Badaracco distingue les processus normogènes et pathogènes. Ces processus se déroulent dans l'intimité du IR, le climat émotionnel et les ressources du Moi des parents déterminant la qualité de ces identifications.

Dans les "identifications structurelles" (normogènes), les mécanismes d'assimilation et d'accommodation entre les membres de l'IR entrent en jeu. Il y a un échange créatif qui, avec le temps, permet à une dimension intersubjective de se développer en une interdépendance saine, qui permet au Moi de se différencier de l'"autre". En d'autres termes, à partir d'une symbiose primitive, à travers un processus de désymbiotisation, une individuation et une autonomie croissantes sont atteintes et ces identifications normogènes deviennent partie intégrante de la structure de la personnalité.

Si, au lieu du processus décrit ci-dessus, un développement déviant se produit en raison d'un manque d'identifications structurantes, l'individu reste piégé dans une interdépendance pathologique, la symbiose ne sera pas résolue avec succès et il y aura un manque de ressources du Moi ou un déficit structurel.

Ces identifications amènent dans la psyché des éléments qui restent séparés. Elles agissent comme des présences intrusives qui obligent le psychisme à s'organiser de manière dysfonctionnelle. Ces identifications pathologiques s'organisent sous la forme de parties scindées, que J. García Badaracco appelle des "objets affolant".

Dans ces cas, on retrouve toujours une histoire d'événements traumatiques et de souffrances psychologiques. La présence de l'autre "habite" la psyché du sujet, l'empêchant d'"être lui-même" et de vivre sa propre vie.

1.6. L'expérience Vécue (Vivencia)

Le terme "vivencia" a été introduit dans la langue espagnole par le philosophe espagnole José Ortega y Gasset. Formé en Allemagne, il ne trouva pas, à son retour en Espagne, de mot pour traduire le terme allemand "Erlebnis", qui différait du mot "Erfahrung" (expérience).

Ce dernier fait référence à la connaissance ou à la capacité d'effectuer une tâche.

La "vivencia" représente une expérience particulière qui modifie l'ego et "marque" la personnalité. Ortega y Gasset (1913) écrit que "tout ce qui atteint le Moi avec une telle immédiateté qu'il en devient partie intégrante, est une expérience de vie". Du point de vue de la psychologie, il s'agit d'une expérience de vie vécue avec une intensité émotionnelle qui laisse une trace dans la vie du sujet.

De notre point de vue, la *vivencia* est une expérience fondamentale qui se produit dans l'intimité des interdépendances réciproques (IR) et qui sert de cadre aux processus d'identification.

Normalement, les expériences rassurantes et protectrices au sein de la famille donnent lieu au développement des "ressources du Moi authentique", qui émerge des identifications normogènes et qui est essentielle pour traverser des processus de croissance et de développement satisfaisants.

À côté des vivencias rassurantes et protectrices, on trouve aussi des vivencias déconnectées, traumatiques, qui menacent l'absorption de ces ressources du Moi, perturbent la croissance et le développement de la personnalité, et donnent lieu à des souffrances psychologiques et à des maladies mentales.

Dans les dernières années de sa vie, J. García Badaracco a souligné à M. E. Mitre (2020) la pertinence du thème de la vivencia : l'esprit est essentiellement "vivencial". Le nourrisson vit la relation avec ses parents en termes de vivencias, dans le cadre d'"interdépendances réciproques". Cet échange émotionnel se traduit par l'acquisition saine ou malsaine des ressources du Moi authentique.

Dans la pratique psychothérapeutique, nous constatons que la compréhension intellectuelle des problèmes ne change pas la charge émotionnelle des situations traumatiques vécues par le patient.

Nous savons que la personne souffrante a besoin de plus que d'interprétations, comme l'ont noté de nombreux auteurs préoccupés par la possibilité de traiter des patients "difficiles".

La présence du thérapeute en tant que personne réelle crée une expérience réelle qui donne au patient ce qui lui a manqué dans les phases antérieures.

La plus grande symétrie dans le traitement favorise la proximité émotionnelle entre le patient, la famille et les membres de l'équipe thérapeutique, créant un climat émotionnel qui agira comme un stimulus pour les identifications normogènes, nécessaires à l'acquisition des ressources du Moi, rétablissant le processus de croissance et de développement précédemment perturbé.

1.7. Esprit Elargi

Le Groupe de Psychanalyse Multifamiliale fonctionne comme un "esprit élargi", "un grand esprit pensant" (J. García Badaracco, 2000).

Chaque participant enrichit l'ensemble en apportant son propre point de vue; chaque contribution peut générer des associations chez d'autres qui enrichissent l'ensemble. Une spirale créatrice peut se créer qui contribue à modifier des schémas structurels rigides (interdépendances pathogènes), qui fonctionnent dans l'esprit des gens comme des circuits réverbérant qui torturent et rendent les gens malades.

La capacité de penser avec les autres permet d'élargir son esprit sans perdre son autonomie, créant ainsi un réseau de connaissances à fort potentiel thérapeutique. Le climat de sécurité, de confiance et de solidarité nous incite à « penser ensemble » ce que nous ne pouvons pas penser seuls.

Observer différentes manières d'appréhender la vie chez les autres permet aux participants d'entamer une réflexion sur leur propre façon d'appréhender la vie et les amène à découvrir leur propre « manière d'être » dans l'échange avec les autres.

2. RECOMMANDATIONS GENERALES POUR LA CONDUITE DES GPMF

2.1. À propos du cadre

Le GPMF crée un contexte naturel et flexible, un vaste rassemblement social avec une participation spontanée et authentique.

La flexibilité est inhérente à ce groupe, et la participation n'est donc pas liée à un engagement formel de présence continue (selon qu'il s'agit d'un groupe ouvert ou lentement ouvert).

Les conditions de la session sont minimales : lieu, jour et heure. La durée varie de 90 à 120 minutes et le groupe a généralement lieu une fois par semaine ou tous les quinze jours tout au long de l'année.

Le travail en équipe est essentiel pour faire face à la complexité des situations qui se présentent au sein d'un GPMF ; plus qu'un choix, il s'agit d'une condition nécessaire pour favoriser le changement psychologique.

Fonctionnant à un niveau inconscient, l'équipe est chargée de contenir et d'accompagner les moments régressifs qui découlent tantôt de situations émotionnelles intenses, tantôt de grandes souffrances, tantôt de violences extrêmes, tantôt de replis intenses.

Cette attitude de contention et d'assistance de la part de l'équipe permet de transformer la régression pathologique – caractérisée par un manque de ressources du Moi pour contrôler la réalité interne et externe, par des impulsions destructrices et une forte anxiété – en une régression utile pour le processus thérapeutique, où les aspects sains – qui étaient entravés dans la croissance et le développement de la personnalité – sont rétablis.

Cette façon de travailler caractérise cette philosophie de soins.

2.2. Transfert multiple

La plupart des auteurs psychanalytiques contemporains s'accordent à dire que toutes les thérapies psychanalytiques – qu'elles soient individuelles, de groupe, de couple ou de famille – doivent remplir une condition primordiale : travailler avec le transfert. Ce qui distingue les différentes méthodes de travail analytique les unes des autres, c'est leur compréhension et leur application de ce notion.

S. Freud n'a jamais considéré le transfert comme une conséquence du traitement psychanalytique, mais que le traitement révèle et rend visible le transfert. En outre, il l'a caractérisé comme un phénomène général et universel, c'est-à-dire, de notre point de vue, comme un phénomène social.

Le GPMF, en tant qu'exemple d'une réalité sociale plus large (mini-société), nous permet d'observer comment nous sommes tous contenus dans le champ transférentiel et comment se crée un "champ psychologique de structure multifamiliale".

Il est important de noter que tout cadre formel, avec des règles et des normes prédéfinies, contribue à la création du transfert, mais en même temps partialise et dénature son analyse, en

excluant généralement les aspects sains du fonctionnement psychologique qui sont essentiels au processus thérapeutique.

L'expérience du GPMF en tant que milieu social nous montre qu'il s'agit du contexte naturel dans lequel le transfert s'exprime pleinement et qui nous permet de travailler avec lui de manière plus appropriée, en particulier avec les patients graves souffrant d'un déficit structurel, ceux que J. García Badaracco a définis comme manquant de ressources authentiques du moi.

Le concept d'interdépendance réciproque (IR) dans le travail clinique montre clairement les relations significatives entre les personnes. Il inclut le "transfert" en tant qu'expression des aspects inconscients des relations, et les "interactions" en tant que conséquences des actions des uns sur les autres.

Cette interaction s'étend dans le temps et constitue l'essence de l'interdépendance pathologique.

Dans les GPMF le transfert est « multiple » car tous les participants contribuent à structurer un « climat psychologique de structure multifamiliale ». En même temps, le transfert est « dispersé » (Mascaró Masri N., 1990) car des projections sont faites vers les membres du groupe et de l'équipe ; de cette manière, le milieu et l'institution réduisent la charge émotionnelle et permettent un travail plus efficace sur les facteurs les plus nocifs qui cachent la souffrance mentale.

Le contexte social élargi fournit une plus grande force de freinage qui réduit considérablement l'impact émotionnel des situations hautement traumatisantes réactivées dans l'activité thérapeutique.

2.3 Climat émotionnel

Il faut souligner que la variété des phénomènes qui se produisent dans un GPMF génère un environnement psychologique à structure multifamiliale, dont la complexité doit être prise en compte de manière appropriée par les Conducteurs.

L'une des tâches principales du Conducteur est de créer un climat émotionnel approprié, qui permette de partager les expériences douloureuses et qui serve de "déclencheur" à de nouvelles identifications qui contribueront au changement psychique.

Ce climat émotionnel est créé et entretenu par l'équipe thérapeutique, il est basé sur la confiance et favorise la sécurité, la solidarité et l'espoir.

2.4. Conseils pratiques

Les travaux de J. García Badaracco, M.E. Mitre et A. Fonzi (2008) décrivent les recommandations de base pour l'animation d'un GPMF. Aucune technique spécifique n'est mentionnée, mais l'accent

est mis sur l'apprentissage par l'expérience que les Conducteurs doivent réaliser sur la base de leur expérience personnelle. Il met donc l'accent sur la créativité et l'apprentissage par l'expérience du Conducteur, qui doit être capable de faire face à des situations nouvelles et imprévues. Ces conseils pratiques mettent l'accent sur l'extraordinaire, reconnaissent le caractère unique de chaque être humain et encouragent une attitude de découverte et de délibération.

Voici les recommandations les plus importantes :

- Le Conducteur doit encourager une conversation partagée, ouverte et inclusive. En observant et en comprenant les dialogues et le transfert, il émet des hypothèses sur les interrelations et leur évolution. La reconnaissance mutuelle et l'acceptation des différences permettent de faire ressortir le "meilleur de l'autre". Il s'agit souvent d'une situation inédite, qui peut donner un sens à l'identité. Tant celui qui parle que celui qui écoute peuvent tirer profit de cet échange.
- Les interventions du Conducteur peuvent être très variées (cfr. Activité interprétative de Zimmerman) et doivent contribuer à promouvoir et à maintenir un climat émotionnel approprié, permettant le partage des expériences de vie et soutenant les processus thérapeutiques des participants.
- Les participants sont invités à écouter avec respect, à ne pas porter de jugement et à considérer que le discours de l'autre personne peut élargir et compléter leurs propres connaissances.
- Il est expliqué aux participants qu'il ne s'agit pas d'avoir "raison", ainsi ils sont découragés dans l'intention de discuter, de confronter et d'isoler le Conducteur.
- Les Conducteurs sont chargés d'atténuer les souffrances des personnes concernées. Ils doivent être conscients que le climat émotionnel peut conduire à la résurgence d'expériences traumatisantes, parfois pour la première fois.
- Les Conducteurs doivent tolérer l'incertitude et la confusion associées au fait de "ne pas savoir" et éviter de donner des explications rassurantes. C'est le groupe lui-même qui formulera les bonnes réponses.
- Essayez de neutraliser et de dédramatiser les situations difficiles qui se présentent, en prenant pour référence les processus normaux de croissance et de développement.
- Les Conducteurs doivent être capables de tolérer les sentiments de vulnérabilité et d'impuissance cachés dans les mécanismes de défense, et à faire preuve d'empathie à leur égard.
- Les Conducteurs doivent être attentifs aux expériences, tant émotionnelles qu'affectives, qui, ensemble, forment le substrat dans lequel naissent les dépendances réciproques pathologiques.
- Les Conducteurs doivent respecter les rythmes propres à chacun afin que l'expérience partagée puisse conduire à un changement psychologique. Chaque participant devra trouver sa propre réponse de "guérison", sans avoir besoin de suggestions et d'interprétations. Il s'agit d'une expérience unique et non transférable.
- Les Conducteurs préfèrent travailler avec ce qui est actuel, avec ce qui se passe dans chaque rencontre et avec ce que cela éveille chez les autres. Les histoires personnelles peuvent être reconstruites tout en traitant des interdépendances pathologiques et pathogènes.
- Les Conducteurs/coordonateurs n'ont pas à résoudre les problèmes, mais à créer les conditions qui favorisent l'acquisition de nouvelles ressources du Moi, qui permettent d'affronter la vie plus efficacement et avec moins de souffrance.

- L'effet des échanges entre les participants doit être déstressant. Chacun, y compris les professionnels, doit avoir accès aux situations expérientielles qui se présentent dans le groupe et qui enrichiront sa vie personnelle (et professionnelle), et être en mesure d'en tirer des apprentissages. Les Conducteurs "guérissent" en même temps que les patients. De cette manière, le groupe grandit et devient plus horizontal et démocratique.
- En ce qui concerne l'intervention des participants, les modalités peuvent varier : vous pouvez travailler à main levée ou avec un dialogue plus spontané. Les Conducteurs doivent être conscients des implications de ces différentes formes et encourager une répartition égale du temps de parole.

2.5. Facteurs de Guérison

Le principal objectif thérapeutique des GPMF est de fournir, par le biais d'une expérience partagée, d'authentiques ressources du Moi qui contribuent à la restructuration de la personnalité. Ce 'changement psychique' va de pair avec la 'rupture' du réseau d'interdépendances pathogènes qui emprisonnent l'individu. Il en résulte une identité plus

Voici les principaux facteurs de guérison :

- Le passage du pessimisme quant à l'incurabilité de la maladie mentale à l'optimisme quant à la possibilité de guérison. Cela génère de l'espoir, qui est le moteur du traitement et du processus thérapeutique.
- En se tournant vers la virtualité saine d'un patient, celui-ci se sentira mieux compris et fonctionnera de manière plus constructive.
- Le passage d'une attitude passive ("ils s'occupent de moi") à une attitude active ("je m'occupe de moi") permet aux patients et à leurs familles de se sentir plus impliqués dans le traitement.
- En partageant en groupe des situations traumatisantes qui provoquent des souffrances psychologiques intenses, l'expérience peut être élargie et généralisée. Cela crée un soulagement, de l'empathie et de la solidarité.
- Les conversations partagées basées sur le respect (ne pas juger), la reconnaissance (accepter les différences), la responsabilité (prendre soin de ceux qui souffrent) et la curiosité (apprendre des autres) ont un fort potentiel thérapeutique.
- Le contexte plus large dans lequel s'inscrit le GPMF est la meilleure garantie de sécurité, de contenance et de solidarité, permettant l'expression du Moi authentique.
- Le partage des expériences de vie génère une cohésion de groupe qui permet de commencer à faire confiance et à s'appuyer sur les autres.

3. CONSIDERATIONS FINALES

Après de nombreuses années de travail avec les GPMF, il apparaît clairement que ces rencontres sociales ont un grand potentiel thérapeutique.

Le climat émotionnel joue un rôle clé. L'équipe doit créer et maintenir un climat de confiance et de sécurité, stimuler la communication/le dialogue participatif, développer la solidarité entre les participants et susciter l'espoir d'une vie meilleure. Une vie qui vaille la peine d'être vécue, à partir d'une expression créative du "Moi authentique" et non d'une obéissance à ce qui est imposé. Cela génère la vitalité nécessaire à une vie saine.

La dynamique particulière de ces groupes est déterminée par la présence d'au moins deux générations (parents et enfants), auxquelles s'ajoutent d'autres membres de la famille et des proches.

Les GPMF dans les établissements de santé occupent une place centrale dans le cadre thérapeutique et contribuent également à des changements profonds dans l'institution elle-même.

Enfin, il convient de noter que les GPMF constituent une ressource à fort impact préventif, utilisée dans divers services médicaux (médecine interne, oncologie, dermatologie pédiatrique), ainsi que dans des institutions non sanitaires pour la résolution de conflits (éducation, entreprises, système judiciaire, etc.).

DEUXIÈME PARTIE

« LES COMPÉTENCES DU CONDUCTEUR ET DU FACILITATEUR DU GROUPE DE PSYCHANALYSE MULTIFAMILIALE »

INTRODUCTION

Du parcours de réflexion partagé entrepris au fil des mois de travail entre les partenaires pour élaborer la matrice de compétences du Conducteur et du Facilitateur des GPMF, un « Domaine » de compétences est né. Le « Domaine » est une expression bien adaptée pour identifier ce domaine dynamique et évolutif, qui peut avoir des connotations spécifiques quels que soient les éléments qui l'intègrent, car les compétences sont diversement mises en œuvre dans les contextes qui les nécessitent.

Précisément, dans le cas des compétences des Conducteurs et Facilitateurs dans le cadre des réunions des Groupes de Psychanalyse Multifamiliale, le Domaine a été caractérisé par 18 familles de compétences qui s'entrelacent pour faciliter l'écoute et la communication entre les participants, et qui sont mises en œuvre en fonction des situations qui se présentent.

Mais pour les développer et les mettre en œuvre, le bagage de connaissances de l'opérateur ne doit pas conditionner sa relation avec les personnes présentes ni leur réalité par des interprétations préétablies, tandis qu'il doit se montrer prêt à accueillir sans préjugés les suggestions et les indications qui surgissent du groupe.

Cette ouverture d'esprit devient une condition sine qua non de toute réflexion et approche visant à définir des compétences, c'est une capacité qui inclut également l'indication de Freud lorsqu'il parle de « suspendre le jugement de réalité » dans les relations avec les patients.

À la base des réflexions sur les compétences se trouvent donc des conditions préalables qui garantissent le développement des compétences.

Déjà dans le « Cadre européen des compétences clés » de 2008, l'importance de la compétence « Apprendre à apprendre » a été renforcée, un message diffusé depuis la fin du siècle dernier dans le secteur de la formation et pas uniquement, fondamental pour l'acquisition des autres compétences et pour le développement des compétences acquises dès les premières années de la vie, dans des environnements et des situations de formation formels, informels et non formels.

« Apprendre à apprendre » est la compétence à la base de l'autonomie de l'individu et est fondamentale dans la gestion de groupes de psychanalyse multifamiliaux, mais dans cet éventail de compétences du Conducteur s'est insérée la réflexion sur la nécessité, qui est également préalable à la analyse et développement de toute compétence, pour introduire également comme préalable la capacité de l'opérateur qui intervient à "Apprendre à désapprendre".

Lorsque García Badaracco participait à des groupes familiaux, il invitait ses collègues à participer à "Vamos a aprender".

Dans cette invitation, "Apprendre à apprendre" est inextricablement associé à "Apprendre à désapprendre", et ces deux conditions représentent les conditions préalables au développement des compétences et sont contenues dans ce "Vamos a aprender" qui implique la volonté de se mettre en jeu, pour apprendre du groupe mais aussi pour désapprendre et construire de nouvelles connaissances, ensemble avec le groupe.

"Apprendre à apprendre" et "Apprendre à désapprendre" sont bien représentés par les compétences incluses dans le domaine "Compétences personnelles, éthiques, sociales et culturelles", compétences liées à la culture et à l'éthique du comportement du Conducteur et au besoin d'apprendre à transférer des connaissances dans différents contextes familiaux et/ou thérapeutiques.

La capacité à développer de nouvelles compétences qui naissent de la comparaison entre les individus et les cultures, la capacité à adopter un comportement éthique et respectueux selon les conditions et la prédisposition à l'apprentissage affectif représentent fortement ces conditions de base qui caractérisent le travail du Conducteur et du Facilitateur de Groupes Multifamiliaux, et qui sont transmises par cette invitation de « Vamos a aprender » de García Badaracco.

1. LE GROUPE PSYCHANALYTIQUE MULTIFAMILIAL

Le Groupe de Psychanalyse Multifamiliale est un espace thérapeutique qui permet d'approcher et de traiter un groupe hétérogène de patients souffrant de différentes pathologies et leurs familles.

Il s'agit généralement d'un groupe large et ouvert, qui rassemble généralement 10 à 50 personnes mais peut exceptionnellement atteindre 100 participants ; reproduit un échantillon de notre société (mini société), avec des familles issues de cultures et de niveaux socio-économiques différents qui sont appelées à partager une expérience commune. Ils partagent leurs inquiétudes et leurs peurs et peuvent affronter les difficultés dans une atmosphère de sécurité et de confiance.

Outre les patients et leurs familles et/ou proches, divers professionnels participent au groupe. Le groupe est coordonné par des professionnels de santé (Conducteurs) qui travaillent en co-thérapie et forment une équipe thérapeutique.

Le GPMF est né avec l'idée de permettre à chacun d'être présent, quand et comme il le souhaite. Contrairement à d'autres groupes dans lesquels des règles de participation plus ou moins rigides sont établies, ici il n'y en a pas. La présence et la continuité sont souhaitées mais une non-présence occasionnelle n'est pas une considération négative. Concernant la durée, plusieurs expériences nationales n'ont pas codifié exactement le nombre de participants, la durée des séances ou leur fréquence.

1.1. Aspects théoriques

Parce que le GPMF est composé de plusieurs familles dont au moins un membre présente une sensibilité psychotique, le groupe fournit un cadre unique et universel pour comprendre la maladie mentale et son traitement. Le faux dilemme entre les thérapies systémiques ou cognitivo-comportementales, qui travaillent avec le présent, et les traitements psychanalytiques traditionnels, qui travaillent avec le passé, est résolu dans le cadre de cette méthodologie. En même temps, cette méthodologie permet aux participants de passer par un processus d'adaptation graduel et substantiel au climat thérapeutique.

Cette méthode conduit à la création d'un nouveau schéma dans lequel les patients et les membres de leur famille peuvent se confronter à des expériences jusqu'alors inexprimables. Ainsi, les interactions fondamentales entre les facteurs pathogènes et pathologiques, qui ont entraîné le développement de la souffrance psychologique au fil du temps, peuvent apparaître *en temps réel*, devant un grand groupe.

Il peut en résulter un processus de modification substantielle d'un environnement familial pathologique, qui permet au patient de sortir du rôle de malade incurable et aux membres de la famille de devenir des participants actifs au traitement. Cela permet à chacun de se souvenir et de comprendre le passé sans avoir à en assumer la responsabilité, et de réfléchir ensemble à ce qui pourrait être la meilleure contribution au développement du processus de traitement aujourd'hui.

Le concept clé de la pensée de J. García Badaracco concerne le potentiel de croissance et de développement de la personnalité et se fonde sur le concept d'"*autopoïèse*" de H. Maturana (1973). Il s'agit de la propriété fondamentale des systèmes vivants de se reproduire et de se maintenir, où la réponse à l'extérieur dépend de la structure elle-même.

Selon J. García Badaracco, cette qualité, qu'il appelle "virtualité saine", est liée à la croissance et au développement de la personnalité. Il souligne la capacité psychique à neutraliser et à désarmer les "présences dérangeantes" dans le monde *intérieur*, et à dissoudre ou au moins à limiter les

relations d'interdépendance pathologiques et pathogènes dans le monde *extérieur* (par la redécouverte des ressources du Moi authentique).

J. García Badaracco souligne le pouvoir du "regard" dans une perspective clinique. En général, la psychiatrie se concentre sur les "symptômes de la folie" et considère les patients exclusivement comme des "fous". Elle reproduit donc la mentalité de la famille qui, pour diverses raisons (frustration, peur, anxiété et parfois haine), considère les patients comme des "fous" et ignore leur "saine virtualité", quelle que soit la maladie.

Le processus de traitement de chaque personne doit nécessairement être et rester unique et individualisé. L'évolution dépend du tableau clinique, du type de maladie qui s'est manifesté au départ et de la façon dont la maladie a évolué au fil du temps. La famille et l'environnement sont également des facteurs déterminants. Le GPMF offre un environnement naturel et flexible qui reproduit un large rassemblement social dans lequel la participation est spontanée et authentique. La flexibilité est inhérente au groupe. La participation ne dépend pas d'une obligation formelle de présence continue, mais les gens participent en fonction de leurs propres besoins et intérêts.

L'équipe thérapeutique est flexible et se compose d'un certain nombre d'experts ayant une formation méthodologique similaire (par exemple, le Conducteur, le Facilitateur et parfois un Superviseur). L'équipe fonctionne à un niveau inconscient, en fournissant une *contention* et une assistance pour les moments régressifs qui surviennent de différentes manières à partir de situations émotionnelles intenses, impliquant parfois beaucoup de souffrance, une violence extrême ou un repli intense sur soi.

Cette attitude de retenue et d'assistance de la part de l'équipe permet de transformer la régression pathologique – caractérisée par un manque de force pour contrôler la réalité interne et externe, par des impulsions destructrices et une grande anxiété – en une régression utile pour le processus thérapeutique, où les aspects sains – qui étaient bloqués dans la croissance et le développement de la personnalité – sont rétablis.

Le GPMF, en tant que champ social, fournit un contexte naturel dans lequel les transferts peuvent être exprimés dans leur plénitude et offre l'occasion la plus appropriée de travailler avec eux. Il s'agit d'une méthode de traitement particulièrement appropriée pour les patients gravement malades présentant un déficit structurel, que J. García Badaracco a redéfini comme un manque de ressource de Moi authentique.

Le concept de relations d'interdépendance réciproque, au cœur de la pensée de García Badaracco, souligne l'importance des relations significatives entre les personnes. Il comprend à la fois le "transfert", l'expression des aspects inconscients des relations, et la "dépendance réciproque", qui souligne les conséquences des actions d'une personne sur une autre et vice-versa.

Ce modèle d'interaction réciproque se maintient dans le temps et constitue l'essence d'une éventuelle relation d'interdépendance réciproque pathologique.

Si nous examinons l'évolution de la théorie psychanalytique et des outils utilisés en relation avec l'efficacité du traitement, nous pouvons voir comment les expériences de groupe sont nées de la difficulté d'intercepter et de découvrir des changements psychologiques profonds, significatifs et durables dans la condition classique d'un thérapeute et un patient.

Les groupes ont permis l'émergence et la diffusion d'approches plus performantes, comme la thérapie basée sur une approche multifamiliale.

En observant l'évolution de la théorie psychanalytique et des méthodes de traitement utilisées en relation avec l'efficacité du traitement, nous pouvons voir comment la méthode de la thérapie de groupe est née de la difficulté d'obtenir des changements psychologiques profonds, significatifs et durables dans le cadre de la méthode classique thérapeute-patient. Par la suite, le cadre du groupe a permis l'émergence et la diffusion d'approches plus performantes, comme la thérapie basée sur une approche multifamiliale.

Selon J. García Badaracco¹ :

"Un groupe multifamilial crée un environnement psychologique propice à une forme de vie commune qui encourage la réflexion personnelle, la résolution des conflits et l'apprentissage mutuel.

En d'autres termes, ils offrent la possibilité de reprendre une communication régulière dans un contexte humain authentique, en activant les forces sous-jacentes qui lient les individus à leur environnement familial et social et en améliorant leur capacité à résoudre les conflits. Ces forces sont associées à l'engagement affectif qui naît de la communication des sentiments et des mots avec d'autres membres de la famille et avec ceux qui, même s'ils sont issus de milieux différents, ont vécu des conflits similaires".

(...) "En réunissant les patients de mon unité avec les membres de leur famille et le personnel de soutien, comme dans une communauté thérapeutique, j'ai pu trouver un moyen d'exercer une guidance qui, en travaillant systématiquement à partir de la dé-idéalisation, a permis d'utiliser le tissu social pour promouvoir le changement de comportement, l'amélioration et la guérison. En intégrant la lecture psychanalytique de l'inconscient individuel à la capacité de neutraliser l'influence des facteurs pathogènes opérant dans les relations d'interdépendance dans lesquelles la maladie mentale se manifeste au sein de la cellule familiale, il est devenu possible de restaurer les interactions de groupe saines et les expériences sociales reconstructives qui peuvent avoir lieu dans le contexte du grand groupe, avec ses propres connotations traditionnelles, telles que celles des environnements tribaux".

(...) "L'expérience a montré que l'une des difficultés à surmonter est la peur du thérapeute ou du superviseur, qui se sent beaucoup plus exposé dans un contexte multifamilial que dans une thérapie en petit groupe ou une psychanalyse individuelle. Mais en réalité, je n'avais pas affaire à la peur de voir se déchaîner les forces incontrôlables du groupe, une situation qui semblait d'autant plus probable que le groupe était grand ; au contraire, c'est l'inverse qui s'est produit, comme si la présence de nombreuses personnes augmentait la sécurité émotionnelle de chaque participant".

Dans ce contexte, le GPMF :

(...) "Si l'on considère la famille comme un contexte transitoire pour la croissance de l'individu, le GPMF devrait faciliter l'ouverture de nouveaux espaces mentaux. Ainsi, les patients peuvent faire l'expérience du développement à travers l'action thérapeutique".

(...) "L'expérience que j'ai acquise dans les groupes multifamiliaux a permis, comme on le verra dans ce livre, de nombreux développements originaux. Parmi eux : voir la possibilité d'intégrer les différentes approches et théories dans une vaste unité virtuelle, englobant la dimension psychanalytique individuelle, la dynamique de groupe et la pathologie de la famille, afin que

¹ García Badaracco J. (2004). "Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi", Turin, Bollati Boringhieri.

différentes approches et bien d'autres outils thérapeutiques puissent être utilisés par les participants, dans la mesure de ce dont chacun est capable, sans tomber dans un éclectisme appauvrissant".

(...) "C'est dans le groupe multifamilial que tous les phénomènes décrits dans d'autres contextes peuvent être observés et travaillés sur le plan thérapeutique. Dans certains cas, ce contexte offre les meilleures possibilités. En général, nous pouvons dire que chaque personne peut avoir une expérience précieuse qui peut briser une impasse dans le processus thérapeutique qui se déroule dans un autre contexte. Elle peut relancer une stagnation, accélérer un processus bloqué et fournir des opportunités pour le changement psychique nécessaire contre des pathologies particulièrement difficiles lorsque les techniques habituelles ne donnent pas de résultats. Elle est différente à tant d'égards qu'il devient difficile de la spécifier. Au lieu de s'interroger sur la raison de certains changements et sur la nature de la technique utilisée, il est souvent préférable de partir des résultats thérapeutiques obtenus".

Dr Andrea Narracci, l'un des principaux thérapeutes italiens, promoteur de la psychanalyse multifamiliale en Italie et ami personnel de Jorge García Badaracco, est d'accord avec lui² :

"Le GPMF est le seul endroit où la psychose se manifeste de manière typique", a déclaré Jorge García Badaracco. Ni dans la thérapie individuelle, ni dans la thérapie de groupe pour les patients psychotiques, ni dans la thérapie familiale nucléaire, nous ne pouvons observer le fonctionnement de la psychose comme dans le GPMF. Nous partons toujours de l'idée que nous étudions le comportement humain en considérant que les personnes qui sont devant nous nous ressemblent et, si elles ne nous ressemblent pas, qu'elles peuvent être plus ou moins affectées par une pathologie.

L'étude des psychoses est généralement abordée à partir d'un contexte d'observation partiel et inadéquat : dans la thérapie individuelle, on ne considère qu'une partie de l'ensemble que constitue la folie ; dans la thérapie de groupe pour les patients psychotiques, le contexte n'est certainement pas le contexte naturel et, par conséquent, ce qui se passe ne peut être qu'une reproduction qui ressemble à la réalité, mais qui n'est pas la réalité.

Dans le contexte thérapeutique de la thérapie familiale, la possibilité de réflexion autour d'un contexte pathologique s'ajoute, mais ne permet pas la confrontation des expériences et des psychoses "possibles". En thérapie familiale, la tension pathologique entrave la tentative de créer un climat partagé d'auto-observation et donc un processus thérapeutique. Dans toutes ces approches, nous partons cependant de la possibilité de voir fonctionner expérimentalement le "syncytium" familial, c'est-à-dire une paire ou un trio d'individus sans frontières délimitées formant un tout et confrontés séparément à d'autres "syncytiums" familiaux ou à des membres d'autres familles. Nous pouvons sentir et comprendre que l'état normal de la vie des schizophrènes et de leurs proches diffère du nôtre en observant l'intensité beaucoup plus grande avec laquelle se manifeste le phénomène des "autres en nous" ("los otros en nosotros"), c'est-à-dire les projections et les identifications projectives qui se produisent dans le contexte de la thérapie familiale. Pour les thérapeutes, la possibilité existe de faire l'expérience de la réalité non seulement de leur point de vue habituel, avec des frontières, mais aussi du point de vue des autres, sans frontières, uniquement dans le GPMF".

² Narracci A., (2011). "Il nuovo contesto di cura per i pazienti psichiatrici gravi in Badaracco García J., "Voir également Narracci A., "La Psicanalisi Multifamiliare in Italia", Turin, Antigone Edizioni.

En ce sens, le GPMF est un lieu d'observation des dynamiques réelles. C'est un lieu d'apprentissage mais aussi, comme nous le verrons, de désapprentissage.

Cette approche a des implications significatives en ce qui concerne les compétences des Conducteurs des GPMF, qui sont au centre de notre analyse. Dans le contexte de la GPMF, ces compétences sont associées à un comportement professionnel, personnel et thérapeutique approprié. Les Conducteurs doivent être conscients de la genèse, de la dynamique et des effets découlant de la nature non répétable de la gestalt qui les place, à un moment spécifique et non répétable, face aux participants du groupe multifamilial.

Pour l'expliquer davantage, nous utilisons une métaphore chère aux photographes, celle de l'alignement du cœur, de l'œil et de la tête, conçue par Cartier-Bresson comme une caractéristique fondamentale d'une bonne photographie. De même, le GPMF vise à promouvoir la création, l'analyse et la compréhension des moments où le cœur, l'esprit et la tête sont parfaitement alignés.

Lorsque ces moments se produisent, une opportunité d'apprentissage est générée pour les participants au GPMF. L'expérience d'une transformation possible vers l'alignement que la photographie a capturé permet d'entrevoir une réalité qui n'existait pas auparavant. Cette expérience (comme le dit le photographe : une nouvelle façon de se voir, un instantané unique et imprévu) peut alors être utilisée comme un stimulus qui libère de l'énergie pour le changement afin que l'on puisse s'embarquer dans un voyage pour prendre conscience de l'existence d'un Moi (la réalité "possible" de l'instantané) qui est présent, vivant et capable de générer une transformation thérapeutique dans le contexte d'un GPMF. La confusion possible causée par la perception d'un Moi actif, qui peut générer une confusion proche de la non-reconnaissance de soi, est liée à la surprise générée par la perception d'un Moi vivant.

Bien entendu, dans ce type de situation, il est de la plus haute importance de savoir quelles sont les compétences à utiliser par les Conducteurs.

Comme l'affirme Antonio Maone³ :

"Il ne s'agit pas seulement d'interpréter ce qui se passe, mais d'intervenir activement dans le cadre paralysant, de démêler les relations pathogènes réciproques et interdépendantes, et de fournir les outils thérapeutiques qui activent les mécanismes d'auto-organisation qui permettent à l'homme d'agir. (...) [Les patients] découvrent que ces processus de désidentification, vécus comme une profonde dépersonnalisation, ne sont pas destructeurs (...). (...) mais que ce sont précisément ces processus qui lui permettent d'entrer en contact avec son "Moi authentique". Ils commencent à se rendre compte qu'il y a quelqu'un en eux, le 'Moi authentique', à qui l'on peut donner une nouvelle chance d'exploiter les possibilités virtuelles qui ont été bloquées au cours de leur développement : on peut parler d'une véritable renaissance".

Comme dans un village, le groupe permet aux participants de réfléchir non seulement sur eux-mêmes et sur leurs propres contextes familiaux, mais aussi sur le fonctionnement de différentes unités familiales similaires à la leur ; de cette manière, le groupe fournit des moyens créatifs pour ne pas répéter indéfiniment les mêmes erreurs et pour démêler les relations d'interdépendance pathologiques qui bloquent les processus de croissance personnelle dans des contextes familiaux spécifiques. C'est précisément là que les différences entre un groupe de parole et une thérapie individuelle ou familiale apparaissent clairement, lorsque l'accent est mis sur l'individu ou la cellule

³ Narracci A (a cura di) (2015). "Psicanalisi Familiare come esperanto", Turin, Antigone Edizioni.

familiale et que l'objectif est d'explorer et de résoudre les dynamiques internes et les problèmes spécifiques à cette famille. Dans ce contexte, les thérapeutes travaillent principalement avec les membres d'une seule famille, en essayant d'identifier les modèles d'interaction dysfonctionnels et de promouvoir des changements dans le fonctionnement de la famille.

Dans un GPMF, les processus inconscients en partie responsables de la souffrance émergent spontanément et peuvent être analysés, traités, compris et éventuellement transformés. Le groupe valorise les moments de rencontre, qui peuvent devenir des moments d'adaptation empathique multiple. Plus que tout autre contexte psychanalytique, le groupe multifamilial offre la possibilité d'observer les aspects normaux et pathologiques de la communication, verbale ou non-verbale, logique ou primitive, qui imprègne la vie de tout un chacun.

Le travail avec un groupe composé de plusieurs familles et professionnels ouvre de nouvelles perspectives dans le traitement de la psychose et offre des différences significatives par rapport aux thérapies individuelles ou familiales classiques :

- **L'implication de plusieurs familles** : le GPMF implique plusieurs familles, chacune avec sa propre dynamique et ses propres problèmes ; cela permet de découvrir différentes expériences et modèles de fonctionnement familial, ce qui ouvre la voie à une meilleure compréhension et à un meilleur apprentissage mutuel.
- **Réflexion et apprentissage conjoints** : dans le cadre du GPMF, les membres de différentes familles peuvent réfléchir et apprendre ensemble. Ce processus de partage et de comparaison leur permet d'acquérir de nouvelles perspectives et d'élargir leur connaissance de la dynamique interne de chaque famille.
- **Éviter les erreurs** : la capacité d'observer la dynamique et les erreurs d'autres familles permet à chaque participant d'apprendre des expériences des autres pour éviter de répéter les mêmes schémas dysfonctionnels.
- **Travailler sur les relations d'interdépendance pathologiques** : le groupe multifamilial facilite l'émergence, l'observation et la compréhension des relations d'interdépendance dysfonctionnelles entre les membres de différentes familles. Cette prise de conscience permet aux thérapeutes de travailler à la compréhension et à la modification de ces dynamiques pathologiques et de promouvoir un développement plus sain des personnes concernées.
- **Renforcement du processus de croissance** : le GPMF offre un contexte dans lequel les familles font face aux défis ensemble et peuvent se soutenir réciproquement. Cela permet d'améliorer et de renforcer le processus de croissance de l'individu et de la famille.

Le groupe se caractérise par d'autres particularités :

- Les malades se sentent mieux compris et leur comportement s'améliore lorsque leur "saine virtualité" est prise en compte et imaginée.
- Le passage d'une attitude passive ("*ils me soignent*") à une attitude active ("*je me soigne*") crée un engagement direct et une adhésion au traitement chez les patients et leurs familles.
- Le partage de situations traumatisantes avec les participants du groupe, qui provoque une souffrance psychologique intense, universalise les problèmes et crée du soulagement, de l'empathie et de la solidarité.
- Une conversation partagée basée sur le respect (absence de jugement), la reconnaissance (acceptation des différences), la responsabilité (prendre soin de ceux qui souffrent) et la reconsidération (apprendre des autres) a un fort potentiel thérapeutique.

- Le contexte de grand groupe du GPMF est la meilleure garantie de sécurité, d'inclusion et de solidarité et permet au "Moi authentique" de s'exprimer.
- Le partage des expériences de vie génère de la solidarité et une cohésion de groupe qui permet aux gens de commencer à faire confiance aux autres.

En résumé, le GPMF est une évolution de la thérapie familiale traditionnelle qui améliore considérablement les compétences de collaboration des professionnels, des patients et de leurs familles. Le GPMF offre une approche globale et inclusive qui favorise la confrontation, l'apprentissage mutuel et la possibilité de surmonter les relations réciproques et interdépendantes pathogènes qui entravent la capacité à grandir et à guérir, en particulier dans le contexte de la psychose.

1.2. Risques et Importance des compétences du Conducteur

Le GPMF peut être une option de traitement efficace. Toutefois, dans certaines situations, il peut également présenter des risques et des défis potentiels qu'il convient de prendre en compte :

- **Transfert, contre-transfert et processus mentaux inconscients dans le groupe** : les Conducteurs doivent être conscients du transfert et du contre-transfert, qui sont tous deux plus complexes et plus visibles que dans la psychothérapie individuelle. Les Conducteurs doivent prêter une attention particulière aux phénomènes de transfert dirigés contre eux-mêmes, les autres membres de l'équipe et les participants.
- **Conflits et dynamiques complexes** : du fait de la présence de différentes familles dans le groupe, des conflits et des dynamiques complexes peuvent survenir entre les membres du groupe. Pour éviter que les conflits ne s'aggravent et n'entravent le processus thérapeutique, le Conducteur doit être capable de gérer ces circonstances de manière productive.
- **Confidentialité et vie privée** : le partage d'informations entre différentes familles peut compromettre leur confidentialité et leur vie privée. Les Conducteurs doivent veiller à ce que l'environnement soit sûr. Ils doivent encourager la confidentialité et fixer des règles claires pour le partage d'informations au sein du groupe.
- **Limites de la généralisation** : s'il peut être utile de comparer différentes familles pour tirer des enseignements de différentes expériences, il est important de se rappeler que chaque famille est unique et que la dynamique peut différer de manière significative. Par conséquent, les modèles ou les approches utilisés avec certaines familles peuvent ne pas être appropriés ou efficaces pour d'autres familles.
- **Participation inégale des familles** : certaines familles peuvent participer activement et tirer pleinement parti du groupe, tandis que d'autres peuvent être plus passives ou avoir du mal à profiter de la dynamique du groupe. Le Conducteur doit être conscient de cette hétérogénéité et s'efforcer d'impliquer toutes les familles de manière égale et efficace.
- **Gérer les situations d'urgence** : la psychose peut être une maladie complexe et il arrive que des situations d'urgence ou de crise surviennent au sein du groupe. Les Conducteurs doivent être préparés à faire face à ces situations de manière appropriée. Ils doivent disposer d'un réseau de soutien et de ressources pour faire face à toute crise.
- **Dépendance à l'égard du groupe** : dans certains cas, les membres de la famille peuvent devenir trop dépendants du groupe ou du Conducteur et éprouver des difficultés à appliquer ce qu'ils ont appris en dehors du contexte du groupe. Le Conducteur doit encourager la *responsabilisation* et l'autonomie de la famille afin de promouvoir un changement durable.

- **Effets négatifs de la confrontation** : la confrontation avec d'autres familles peut être utile, mais elle peut aussi provoquer des tensions ou des incertitudes chez les participants. Les Conducteurs de GPMF choisissent de peser soigneusement le degré de confrontation et ne s'engagent dans la confrontation que si elle est constructive pour le processus thérapeutique.
- **Exposition à des contenus traumatisants** : les participants au groupe peuvent être exposés à des contenus potentiellement traumatisants, tels que des histoires de violence, d'abus ou de mort. Cela peut être particulièrement difficile pour les membres du groupe qui ont déjà vécu des expériences traumatisantes. Les Conducteurs doivent savoir comment gérer ces situations et comment maintenir la stabilité du groupe sans cacher la vérité.
- **Comparaison avec les autres** : les membres du groupe peuvent se sentir comparés aux autres, en particulier s'ils présentent des symptômes plus graves ou si leur état ne s'améliore pas au même rythme que celui des autres. Cela peut entraîner des sentiments de honte, d'inadéquation et d'isolement, que le Conducteur doit essayer de réduire et de gérer tout en encourageant la responsabilisation et l'autonomie.
- **Liens affectifs avec d'autres membres du groupe** : les membres du groupe peuvent développer des liens avec d'autres membres du groupe, ce qui les empêche de quitter le groupe. Cela peut être particulièrement difficile si les membres du groupe ont eu une expérience positive dans le groupe. Les Conducteurs doivent encourager l'autonomie et une gestion saine des liens affectifs qui se développent dans le groupe.

En résumé, la GPMF est une méthode thérapeutique à fort potentiel curatif, mais qui comporte aussi des défis et des difficultés qui peuvent être très complexes. Pour s'assurer que chaque participant reçoit un traitement sûr et efficace, il est essentiel d'identifier et de gérer soigneusement les risques ou les obstacles. Les antécédents et la formation des Conducteurs sont essentiels pour réduire ces risques et garantir l'efficacité du groupe thérapeutique.

1.3. Compétences du Conducteur GPMF : une première liste

Les Conducteurs du GPMF doivent avoir des compétences différentes de celles du thérapeute familial, du thérapeute de groupe et du psychanalyste individuel. En fait, on attend de l'Conducteur qu'il possède les compétences de ces trois professionnels et qu'il les intègre de manière différente et créative, sans avoir à suivre un plan préétabli.

Les compétences partagées avec d'autres thérapeutes sont les suivantes :

- **Expertise psychanalytique** : la formation psychanalytique se distingue des autres par le fait que le futur psychanalyste, dans le cadre d'une analyse personnelle, fait également l'expérience du point de vue du patient.
- **Compétences cliniques** : le Conducteur doit avoir une formation clinique spécifique axée sur la thérapie familiale et la thérapie de couple.
- **Compétences de groupe** : le Conducteur doit avoir une bonne connaissance de la psychologie de groupe et de la dynamique créée au sein d'un groupe.
- **Compétences en matière de gestion** : le Facilitateur doit être capable de diriger et de gérer le groupe de manière efficace.
- **Compétences relationnelles** : le Conducteur doit être capable d'établir des relations de confiance et de soutien avec les membres du groupe.

- **Compétences en matière de communication** : le Conducteur doit être capable de communiquer de manière claire et concise, tant avec les membres du groupe qu'avec les autres professionnels impliqués dans le traitement.
- **Empathie** : le Conducteur doit être capable de gérer les émotions des participants et d'intervenir efficacement en cas de conflit ou de crise.

Les Conducteurs jouent un rôle clé dans le GPMF. Ils sont chargés de créer un environnement sûr et protecteur dans lequel les membres du groupe peuvent librement exprimer leurs sentiments et partager leurs expériences. En outre, ils doivent aider les participants au groupe à comprendre la dynamique relationnelle dans laquelle ils sont impliqués, à développer de nouvelles stratégies d'adaptation et à améliorer la communication. Les Conducteurs doivent également établir des règles de comportement qui, comme nous le verrons, correspondent à des domaines de compétence spécifiques.

Parmi les plus importantes, citons :

- Écoutez avec respect, évitez les jugements de valeur et rappelez-vous que ce que disent les autres peut enrichir vos propres connaissances.
- Il ne s'agit pas d'avoir raison. La tendance à argumenter sans écouter, qui vise à confronter et à isoler l'autre personne, est découragée.
- Prendre la responsabilité d'atténuer les souffrances causées par les expériences traumatisantes.
- Tolérer l'incertitude et la confusion liées au fait de "ne pas savoir" et éviter les déclarations rassurantes. C'est le groupe lui-même qui apportera les réponses.
- Essayez de garder la croissance et le développement normaux comme point de référence et n'exagérez pas les circonstances négatives.
- Être capable de se connecter et de tolérer les sentiments d'impuissance et de défaite qui se cachent derrière les défenses et les actions.
- Essayer de faire ressortir l'expérience, à la fois émotionnelle et affective, qui est l'amorce de l'émergence de relations pathologiques de dépendance réciproque.
- Respecter le rythme de chacun afin que l'expérience partagée puisse conduire à un changement psychologique. Chaque participant doit trouver sa propre réponse de "guérison". Aucune suggestion ou interprétation n'est nécessaire, il s'agit d'une expérience unique et non transférable.
- Se concentrer sur le présent, sur ce qui émerge dans chaque rencontre et sur ce qu'elle évoque chez les autres. Dans le traitement des relations pathologiques de dépendance réciproque, la reconstruction de l'histoire personnelle ne vise pas à résoudre les problèmes, mais à créer les conditions pour acquérir une nouvelle force afin d'affronter la vie plus efficacement et avec moins de souffrance.
- Assurer une communication ouverte afin que chacun, y compris les Conducteurs, puisse apprendre et comprendre à partir des situations expérientielles créées dans le groupe. Cela enrichira la vie professionnelle et personnelle de chacun.
- Les Conducteurs (principaux) "guérissent" en même temps que les patients. De cette manière, le groupe se développe et devient plus horizontal et démocratique.

1.4. Conclusion

Il est clair que les Conducteurs GPMF doivent posséder des compétences qui sont largement communes aux autres thérapeutes.

Ce qui les rend "uniques et spécifiques", c'est leur utilisation sur le moment, de sorte que certaines compétences, qui font partie du bagage culturel et des connaissances du Conducteur, deviennent plus pertinentes que d'autres.

Compte tenu de la structure spécifique du cadre thérapeutique, le profil de base et spécialisé souhaité du Conducteur GPMF peut interagir avec ceux des positions professionnelles de la même ligne professionnelle (Conducteur, Facilitateur, superviseur) et ceux des profils qui ne sont pas strictement psychothérapeutiques, mais qui ont une expérience technico-relationnelle reconnue, acquise dans la pratique quotidienne.

Dans ce cas, nous ne parlons pas seulement de l'arrière-plan théorique de référence, comme mentionné ci-dessus, mais aussi des compétences transversales qui font partie de l'arrière-plan personnel et qui peuvent être utilisées efficacement, une fois qu'elles sont rendues transparentes et activées par la personne qui les possède et les met en pratique.

Cela n'est pas en contradiction avec le document actuel, qui prévoit la formalisation d'une matrice de compétences techniques spécifiques pour les Conducteurs. En effet, l'étude traite également d'exemples où le processus de reconnaissance pourrait être différent.

De cette manière, il y a également une "démocratisation" de la participation et des connaissances qui, si elles respectent les "règles" implicites et explicites du traitement thérapeutique, rendent toutes les expériences pertinentes.

Cela ne signifie pas que tout le monde peut faire les mêmes choses ou avoir les mêmes tâches.

Comme nous le verrons, plus ou moins tous les travailleurs sociaux impliqués devraient pouvoir faire les mêmes choses, même si c'est à des niveaux de responsabilité différents (redondance des compétences et connaissances communes). Ils doivent créer un espace commun où il n'est pas nécessaire d'assigner et/ou de hiérarchiser les rôles et les fonctions, mais seulement de partager les expériences, de ne pas envoyer de signaux contradictoires et/ou de ne pas générer de conflits de position dysfonctionnels.

En effet, l'inclusion et/ou l'autonomisation du Conducteur dans un groupe multifamilial est l'un des aspects les plus fascinants de la réflexion sur le rôle du Conducteur et les caractéristiques du cadre thérapeutique.

Enfin, le travail présenté ici vise à systématiser et à organiser certains aspects de l'expérience professionnelle du Facilitateur/de la facilitatrice pour la rendre lisible, transparente et transférable.

2. MATRICE DES COMPETENCES DU CONDUCTEUR DE GPMF : DES FAMILLES DE COMPETENCES AUX COMPORTEMENTS COHERENTS

Avant de passer de l'identification des 18 grandes familles de compétences à la description de la matrice de compétences, réfléchissons brièvement à la description du concept de compétence.

Cette description facilitera le développement des comportements caractéristiques de chaque famille et permettra de clarifier les liens entre les concepts.

2.1. Ce que l'on peut dire sur les compétences

Au cours des deux dernières décennies, le concept de "compétence" a acquis une importance stratégique dans les politiques d'éducation, de formation continue et d'apprentissage tout au long de la vie, ainsi que dans le développement de stratégies de capital humain dans les entreprises et, plus généralement, dans les professions publiques et privées.

Nous pouvons définir la "compétence" comme la dimension conceptuelle (et opérationnelle) de l'analyse autour de laquelle les aspects suivants sont le plus développés :

- Les processus d'apprentissage et d'enseignement qui se déroulent dans les écoles de tous niveaux, dans l'enseignement professionnel, dans l'enseignement supérieur et dans la formation continue.
- Les processus de définition et d'enrichissement du capital humain des entreprises, essentiels pour le recrutement et l'embauche.
- Les trajectoires d'introduction des métiers émergents et non codifiés (dans notre cas), construites à partir de l'observation des comportements les plus efficaces, principalement de nature expérientielle, tels qu'ils se manifestent dans la pratique professionnelle.

Il convient de mentionner l'impulsion donnée à une réflexion générale sur la "compétence" par le contexte réglementaire européen. Nous faisons référence ici à :

- La Recommandation du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2008 établissant le cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie, qui définit à la fois les compétences, décrites en termes d'autonomie et de responsabilité, et leurs liens avec les connaissances et les aptitudes pour compléter leur contextualisation correcte ;
- La Recommandation "Une stratégie en matière de nouvelles compétences pour l'Europe" – COM(2016) 381 ;
- Recommandation du Conseil du 22 mai 2018 sur la redéfinition des compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie - COM 2018/C 189/01 ;
- Le document de discussion sur la gestion de la mondialisation - COM(2017) 240 ;
- Un Agenda européen des compétences pour la compétitivité durable, l'équité sociale et la résilience 2020 - COM(2020) 274.

Selon nous, les dimensions suivantes sont les éléments convergents du débat sur les compétences :

- **Observabilité** : une compétence existe si quelqu'un peut la reconnaître. Il s'agit donc d'un comportement "observable" qui ne peut être reconnu que dans le cadre d'une relation sociale.
- **Modularité** : les compétences sont modulaires, c'est-à-dire qu'elles peuvent être combinées avec d'autres compétences pour produire des résultats complexes (familles)

utiles pour agir dans des contextes spécifiques difficiles. C'est la méthode que nous avons choisie pour combiner plusieurs compétences en ensembles de comportements (compétences) qui peuvent être regroupés au sein d'une même famille.

- **Autonomie** : une compétence est essentielle pour soutenir la dimension d'autogestion des individus dans un contexte où une action et/ou un changement est nécessaire.

En d'autres termes, la "compétence" peut être définie comme :

"un comportement organisationnel reconnaissable qui rassemble des connaissances tacites et explicites, des aptitudes et des techniques que l'individu utilise pour accomplir des tâches et des activités plus ou moins complexes dans un contexte donné".

Ainsi comprise, la "compétence" n'a pas tant pour fonction d'indiquer les connaissances, les aptitudes et/ou les compétences que l'individu possède, mais plutôt leur reconnaissabilité réelle dans un contexte donné.

Cette reconnaissabilité a une grande valeur sociale et relationnelle, car seuls ceux qui ne possèdent pas la compétence peuvent souligner son existence réelle lorsqu'ils la voient s'exprimer dans un comportement organisationnel individuel spécifique et efficace. Par conséquent, nous pouvons dire que la compétence a un caractère hautement subjectif, dynamique et relationnel.

La "compétence" fait référence à la capacité de chaque personne/professionnel - dans le cas présent, le Conducteur du GPMF - à "mobiliser" ses forces pour assumer certaines tâches en fonction du contexte, en combinant de manière dynamique les connaissances (générales et techniques) et les aptitudes. De cette manière, la "compétence" facilite et permet d'être plus précis dans l'exercice que nous voulons entreprendre.

Premièrement, la "compétence" garantit que le travail analytique n'est pas enfermé dans un schéma prédéterminé, mais laisse le travail ouvert en le considérant comme une manière d'observer ce qui se passe dans l'expérience thérapeutique concrète. Deuxièmement, en mettant l'accent sur des caractéristiques contextuelles et essentiellement individuelles plutôt que sur des aptitudes individuelles, la "compétence" nous aide à identifier avec suffisamment de précision le comportement de conseil à observer et à vérifier ses effets dans le temps.

Le processus de description du comportement observable dans chaque famille de compétences repose sur une étape intermédiaire. Celle-ci conduit à une définition précise et spécifique de chaque famille de compétences.

Celles-ci sont définies comme des comportements de supervision avec lesquels la personne peut agir avec une maîtrise (reconnaissable) dans n'importe quel contexte professionnel, et sont résumées dans l'expression "*savoir-faire*".

Les familles de compétences sélectionnées constituent la base pour décrire les comportements qui les caractérisent individuellement.

2.2. Domaine de Compétences Stratégiques

Dans cette section, nous définissons les compétences que le Conducteur doit posséder en tant que bagage technique professionnel de base, à la fois théorique et pratique, nécessaire pour comprendre la dynamique familiale et les relations entre les membres de la famille au sein du système familial.

1. Être capable de Réflexion Psychanalytique cohérente : reconnaître le rôle central de concepts tels que la psychose et l'identification pathologique dans la structuration des relations de dépendance réciproque pathogènes actualisées dans le GPMF. Pouvoir faire le lien entre ce qui se passe dans le psychisme de l'individu et ce qui se passe dans la relation entre l'individu et les figures parentales.

Le Conducteur du GPMF connaît et maintient la validité de ces concepts, et recontextualise constamment leur utilisation dans le GPMF, en facilitant l'articulation du monde intérieur/de la dimension relationnelle et en encourageant sa reconnaissance et sa compréhension.

2. Être capable de promouvoir la Pensée Systémique : comprendre comment les actions et les comportements individuels affectent l'ensemble de la famille et comment le système familial affecte les comportements individuels, et donc promouvoir le changement en termes de processus systémique.

Le Conducteur GPMF est conscient que le changement au sein du système familial peut s'avérer difficile et nécessite une approche systémique. Si la dynamique familiale reste inchangée, le fait de traiter les problèmes individuels de manière isolée peut ne pas conduire à un changement durable.

3. Être capable de mettre en œuvre une approche multigénérationnelle : étant donné que plusieurs générations sont impliquées dans la thérapie multifamiliale, les thérapeutes peuvent travailler sur des problèmes et des dynamiques qui ont été transmis au fil du temps. Cela permet de mieux comprendre les schémas intergénérationnels et leur impact sur le fonctionnement de la famille.

Dans la GPMF, l'approche multigénérationnelle est un aspect précieux du processus thérapeutique. Le Conducteur GPMF a la capacité d'analyser ces aspects intergénérationnels. Il essaie de **comprendre** comment les difficultés que l'individu (le patient désigné) rencontre aujourd'hui trouvent leur origine dans des problèmes qui ont été rencontrés par les générations précédentes mais qui n'ont jamais été abordés.

4. Être capable de travailler avec une approche visant à partager les émotions qui émergent dans le groupe : tous les types d'émotions sont importants, c'est pourquoi le Conducteur doit être capable d'exploiter de manière appropriée le potentiel d'un GPMF, qui vise à contenir et à traiter toute expression d'émotion, quelle que soit la manière dont elle se manifeste. Cette compétence est centrale, car l'apparition trop intense de diverses émotions rend souvent impossible l'intervention dans d'autres contextes thérapeutiques.

Le Conducteur GPMF est en mesure de créer un contexte émotionnel sûr dans lequel les états émotionnels intenses liés à la souffrance peuvent être accueillis plutôt qu'évités. De cette manière, leur expression appropriée et durable est encouragée et soutenue. En légitimant et en partageant différents états émotionnels (y compris les siens), le Conducteur GPMF vise à ce que les expériences douloureuses du passé puissent apparaître et soutenir l'adaptation.

Dans ce qui suit, nous faisons quelques considérations générales pour étayer les compétences définies ci-dessus, et qui nous aident à placer ces compétences stratégiques dans un cadre théorique précis.

L'originalité de l'œuvre de Jorge García Badaracco réside dans le fait qu'il a réuni des points de vue différents provenant d'univers conceptuels différents, ce qui était très difficile à imaginer à la fin des années 1960. Intéressé par la compréhension du psychisme et du comportement humain, il a terminé ses études de médecine en Argentine et a vécu en France pendant huit ans, où il a approfondi ses connaissances en psychiatrie, neurologie et psychanalyse.

De retour en Argentine, il remporte un concours public et devient chef d'un des services d'hospitalisation de l'hôpital psychiatrique pour hommes de Buenos Aires, où il commence à se familiariser avec les patients gravement malades et la manière dont ils sont traités. Sa première impression fut qu'ils n'étaient pas traités comme des êtres humains, ce qu'il commença à faire, à la désapprobation des chefs des autres services. Les patients ont compris le message et leur état s'est amélioré.

À ce moment-là, Badaracco a décidé d'organiser une réunion avec les familles des patients pour discuter de la possibilité pour certains patients de rentrer chez eux. Le groupe, composé de patients, de proches et de soignants, s'est réuni régulièrement. Trois acteurs m'ont aidé à donner un sens à ce que je voyais : les patients, les parents et la pensée psychanalytique", a déclaré M. Badaracco.

a) Un premier élément clair est apparu : les patients ne diffèrent pas d'un ou des deux parents, comme ces derniers le prétendent. Cela l'a amené à penser que dans chaque famille psychotique, il existait un lien symbiotique entre un enfant et un parent. Le problème ne réside pas dans le patient schizophrène - 70 % des personnes admises dans le service ont été diagnostiquées comme telles - mais dans la relation entre les patients et la personne qui s'est le plus occupée d'eux jusqu'à ce moment de leur vie.

Le besoin de comprendre ce qu'il observe l'a conduit à :

1. L'utilisation de la pensée psychanalytique en relation avec le concept de symbiose.
2. Le passage, toujours dans le contexte de la pensée psychanalytique, de ce qui se passe à *l'intérieur de l'individu* à ce qui se passe *entre l'individu* et la personne qui s'est toujours occupée de lui, et donc à la relation entre les deux.
3. L'utilisation de la pensée systémique, c'est-à-dire la lecture des situations pathologiques dans le contexte où elles se produisent ; dans ces mêmes années, précisément en 1956, les travaux de Gregory Bateson et d'autres avaient permis d'établir un nouvel ordre épistémologique fondé sur la considération que le comportement des patients schizophrènes était également lié au contexte dans lequel il se produisait, et qu'il était possible de lui donner un sens.

b) Une autre constatation qui a particulièrement frappé Badaracco et ses collègues est que depuis la réorganisation du service en communauté thérapeutique, les patients ont montré qu'ils se sentaient mieux pendant leur hospitalisation que lorsqu'ils retournaient dans leur famille à la maison.

Cela semblait confirmer que les problèmes étaient liés à la manière dont les patients étaient traités : à l'admission, ils étaient abordés en tant qu'individus et se sentaient mieux ; à la maison, ils étaient entourés par le système de relations qui les avait rendus malades, et leur état se détériorait rapidement.

Il est apparu clairement que les problèmes se situaient dans des relations importantes, souvent dans une relation en particulier, et que le travail thérapeutique devait consister à s'interroger sur la façon dont cette relation était perçue par les deux membres. En même temps, il est apparu qu'un groupe multifamilial, comprenant au moins un ou plusieurs membres de la famille de chaque patient, était le meilleur contexte pour discuter de ces questions.

(Les compétences 1 et 2 définissent la dimension mixte de l'intervention)

Un GPMF permet de formuler les problèmes en termes intergénérationnels. Il ne s'agit pas de reconstruire la relation originelle par la transmission, ni de ne considérer qu'une seule famille gravement pathologique à la fois. Il s'agit de construire un grand groupe dans lequel les patients et les familles (au moins un membre par famille) peuvent participer, avec différents professionnels.

La présence de plusieurs familles, complètes ou partielles, rend possible une tâche qui serait autrement plus difficile avec une seule famille : reconstituer l'histoire familiale de tous les participants impliqués, c'est-à-dire faire prendre conscience à chacun d'entre eux qu'il fait simultanément partie d'une famille "dans l'espace présent", ainsi que d'un ensemble de relations entre parents de sang "à travers le temps".

De cette manière, les participants peuvent commencer à comprendre que les problèmes qui surgissent dans les familles au présent et qui se manifestent dans la souffrance et le comportement de l'un des membres, le "patient désigné", ont commencé il y a longtemps, dans les relations que l'un ou les deux parents ont eues avec leurs parents, c'est-à-dire les grands-parents du patient, ou même plus tôt.

(Compétence n. 3)

La compréhension progressive de leur propre état est un processus très douloureux et difficile pour tous les participants au GPMF, mais c'est précisément parce qu'ils sentent qu'ils sont dans un lieu où leur souffrance n'est pas évitée mais accueillie, qu'ils commencent à s'engager dans le travail qui peut être fait, là, ensemble. La souffrance exprimée, vécue et partagée par tous les

participants devient le ciment qui leur permet de se sentir moins seuls et de "retrousser leurs manches" pour faire ce qu'il faut pour sortir de la situation dans laquelle ils se trouvent. C'est la souffrance partagée par tous les acteurs - patients, parents, autres membres de la famille et professionnels - qui les amène à former une alliance. Ainsi, chacun peut retrouver la confiance et la force d'apporter sa contribution pour que les patients, les familles et les professionnels se sentent mieux.

(Compétence n. 4)

2.3. Domaine de Compétences Managériales Thérapeutiques Transversales

Il s'agit des compétences de base relatives aux aptitudes spécifiques nécessaires pour exercer le rôle de Conducteur d'un GFMP :

5. Être capable d'utiliser d'excellentes aptitudes à la communication : la communication efficace est cruciale dans un GPMF. Les thérapeutes doivent être capables d'écouter activement, d'exprimer de l'empathie et de faciliter une communication ouverte et honnête entre les membres de la famille.

Les compétences en communication sont essentielles pour les thérapeutes GPMF. Une communication efficace jette les bases pour établir la confiance, comprendre la dynamique familiale et faciliter un changement positif au sein du système familial.

6. Être capable de gérer et renégocier des conflits : dans un groupe de travail familial, des conflits et des tensions peuvent survenir au sein d'une même famille. De plus, lorsque les familles se réunissent en groupe, les conflits et les tensions peuvent s'intensifier en raison des différences de points de vue, de besoins et de styles de communication.

Le Conducteur GPMF doit être capable d'aider les familles à gérer et à résoudre les conflits de manière constructive. Les compétences en matière de résolution des conflits permettent au Conducteur d'aider les familles à faire face à ces défis de manière constructive.

7. Être capable de conduire un groupe de façon non intrusive : il est nécessaire de créer un environnement psychologiquement sûr où personne ne prend la place de l'autre et où chacun se sent protégé et compris dans son expression spontanée.

Pour calibrer le climat émotionnel d'un GPMF, les messages non verbaux ont plus de poids que le contenu verbal. Il est donc essentiel de prêter attention à la fois à la "manière de dire" et au "contenu" et de veiller à la cohérence entre les deux niveaux.

Le Conducteur du GPMF doit créer et maintenir une atmosphère de soutien et d'empathie. Il est essentiel d'assurer l'égalité des échanges grâce à une écoute empathique réciproque.

8. Être capable d'utiliser les dynamiques relationnelles des groupes, être conscient du « miroir métaphorique », des « transferts multiples » et des « enactments », dans un GPMF, les phénomènes présents dans la dimension bi-personnelle prennent une forme "multiple"; le Conducteur doit donc être capable de les utiliser comme un enrichissement du champ de travail thérapeutique, en attribuant la fonction de "troisième médiateur" à la dimension de groupe.

Le Conducteur doit pouvoir permettre au "collectif" de développer une capacité à découvrir la dimension transférentielle dans toute relation interpersonnelle, de sorte que tous les participants puissent d'abord reconnaître quelque chose chez les autres et ce qui les concerne également. Tous les participants peuvent contribuer à faire émerger ces phénomènes et à les rendre gérables dans ce nouveau contexte de guérison.

9. Être capable de s'adapter et travailler de façon flexible : Les Conducteurs du GPMF peuvent travailler avec des familles ayant des besoins et des défis différents. Être adaptable et flexible dans les approches thérapeutiques est essentiel pour aborder efficacement les différentes problématiques.

L'adaptabilité et la flexibilité des approches thérapeutiques sont essentielles pour traiter efficacement les différents problèmes. Les familles qui participent à un GPMF viennent souvent d'horizons différents et ont un large éventail de besoins et de défis à relever. L'adaptabilité et la flexibilité des approches thérapeutiques permettent au Conducteur GPMF d'adapter les interventions et les stratégies afin de répondre efficacement aux besoins uniques de chaque famille.

10. Être capable de renforcer la Facilitation : le Conducteur du GPMF doit créer un environnement sûr et favorable afin que plusieurs familles puissent interagir et s'engager ensemble dans une thérapie. Cela nécessite de solides compétences de facilitation pour gérer la dynamique de groupe, encourager la participation et garantir que toutes les voix sont entendues.

La Facilitation est une compétence clé pour les thérapeutes GPMF. Étant donné que le groupe rassemble plusieurs familles qui se réunissent dans le cadre d'un groupe, les compétences de facilitation du thérapeute jouent un rôle crucial dans la création d'un environnement thérapeutique sûr et favorable.

11. Être capable de promouvoir la Résilience : en travaillant dans un contexte multifamilial, le thérapeute multifamilial peut permettre aux participants de développer des compétences en matière de résolution de problèmes et des stratégies d'adaptation collaborative. Cela peut favoriser la résilience et augmenter le potentiel de changement positif au sein de chaque système familial.

La résilience est un aspect crucial de la thérapie de groupe multifamiliale (GPMFS). En utilisant les caractéristiques du contexte multifamilial de manière créative, les thérapeutes du GPMF peuvent permettre aux participants de développer de nouvelles compétences en abordant les problèmes avec une attitude flexible et en expérimentant des stratégies de coping de manière collaborative. Cette approche représente un soutien adaptatif vers une plus grande capacité à faire face aux situations de tension et de stress, augmentant ainsi le potentiel de changement positif.

12. Être capable d'utiliser la thérapie en format ouvert : Les séances de thérapie multifamiliale ont généralement un format ouvert, permettant à diverses familles ou membres de la famille de se réunir en groupe en fonction de leurs besoins et/ou possibilités. Chaque famille ou membre peut avoir des demandes d'aide ou des préoccupations spécifiques qui sont abordées dans le contexte du groupe plus large.

Les séances de thérapie multifamiliale adoptent souvent un format ouvert, ce qui implique la capacité du Conducteur à s'adapter et à travailler simultanément avec plusieurs besoins individuels et familiaux. Ce format ouvert offre l'avantage d'un contexte flexible et non contraignant, adaptable aux différents besoins ; cela aide également à tolérer l'incertitude et à transformer l'imprévisibilité en surprise créative.

13. Être capable d'encourager l'exploration collaborative : Le thérapeute multifamilial encourage l'exploration collaborative des problèmes et des préoccupations entre les familles et les membres. Il permet aux participants d'apprendre les uns des autres, de partager leurs expériences et d'offrir leur soutien, créant ainsi un environnement thérapeutique riche et diversifié.

L'exploration collaborative est une caractéristique clé de la thérapie de groupe multifamiliale (GPMFS). Les thérapeutes du GPMFS encouragent activement les participants à s'engager dans des discussions collaboratives, à explorer ensemble leurs problèmes et leurs préoccupations et à apprendre des expériences de chacun. Cette approche collaborative crée un environnement thérapeutique riche et diversifié présentant de nombreux avantages. Cette approche collaborative crée un environnement thérapeutique riche et diversifié.

14. Être capable de promouvoir l'apprentissage partagé : Le Conducteur multifamilial permet aux participants de bénéficier d'un apprentissage partagé en observant et en interagissant avec d'autres familles confrontées à des défis similaires ou différents. Cela peut favoriser un sentiment d'universalité et réduire les sentiments d'isolement ou de stigmatisation.

Le partage de l'apprentissage est un aspect puissant de la thérapie de groupe multifamiliale (GPMF). Les Conducteurs du GPMF permettent aux participants de bénéficier d'un apprentissage partagé en observant et en s'engageant avec d'autres familles confrontées à des défis similaires ou différents, facilitant ainsi la responsabilisation active de chacun dans les processus de soins. Cette expérience favorise un sentiment d'universalité, réduit les sentiments d'isolement ou de stigmatisation et contribue à créer un environnement thérapeutique favorable et enrichissant.

Le domaine des Compétences Managériales Thérapeutiques Transversales constitue le cœur des actions thérapeutiques qu'un Conducteur et un Facilitateur doivent maîtriser pour promouvoir l'établissement et la croissance d'un GPMF.

La capacité à utiliser ces compétences, d'une part, est une mesure de la qualité du travail des psychiatres et des psychologues. Il leur est demandé, à partir d'une remise en question de leurs études approfondies – psychanalytique, systémique et théorie des groupes –, de créer le GFMP auquel ils participent en tant que "Conducteur". D'autre part, il s'agit d'une mesure de qualité pour le travail des travailleurs sociaux, des infirmiers et des thérapeutes en réadaptation psychiatrique, qui sont habitués à une rencontre systématique entre la théorie et la pratique dans l'exercice de leur fonction professionnelle spécifique. À partir de là, ils peuvent apporter une contribution originale à la mise en œuvre du GPMF en jouant le rôle de "Facilitateurs".

L'hypothèse de départ de ce projet Erasmus+ partait des considérations suivantes :

- Dans le cas d'un GPMF, la pathologie qui affecte les patients peut être attribuée à la non-reconnaissance de l'importance des événements traumatiques et/ou des deuils non traités dans l'histoire évolutive des relations entre les membres de différentes générations d'une même famille.
- L'aptitude à diriger et à faciliter un groupe de réflexion sur la gestion des conflits est constituée de connaissances pratiques et théoriques, axées sur l'expérience consistant à se libérer des effets de l'automutilation sur des parties essentielles de soi en les rendant accessibles à ceux qui sont impliqués dans ces mécanismes complexes.
- L'expérience du GPMF a montré que les connaissances théoriques des "Conducteurs" et les connaissances pratiques des "Facilitateurs" peuvent coexister. D'une part, certains "Conducteurs" peuvent être trop théoriques ; d'autre part, certains "Facilitateurs" sont trop

pratiques. Il serait bon que ces deux aspects soient présents chez chaque "Conducteur" et chez chaque "Facilitateur", même si c'est à des degrés divers. La mise en mots des différences est toujours un facteur de développement personnel.

En fin de compte, c'est le résultat qui compte, et l'objectif est de devenir des "experts en reconnaissance de l'importance des émotions" pour comprendre et reconstruire l'histoire de la souffrance psycho-psychiatrique à laquelle chacun peut être confronté dans sa vie, à petite ou grande échelle.

2.4. Domaine des Compétences Personnelles, Ethiques, Sociales, Culturelles

Les compétences relevant de ce domaine sont liées à la culture et à l'éthique comportementale du Conducteur, ainsi qu'à la nécessité d'apprendre à transférer les connaissances dans différents contextes familiaux et/ou thérapeutiques.

Les compétences associées à ce domaine sont les suivantes :

15. Être capable d'effectuer des évaluations et des diagnostics : La compétence pour effectuer des évaluations familiales et diagnostiquer les problèmes familiaux est importante pour comprendre les besoins des familles impliquées et élaborer des plans de traitement appropriés. Cela peut leur permettre de jouer un rôle actif dans leur propre guérison et leur croissance.

L'évaluation et le diagnostic sont des éléments cruciaux de la thérapie de groupe multifamiliale (GPMF). L'expertise dans la réalisation d'évaluations familiales complètes et dans le diagnostic des problèmes familiaux permet non seulement aux thérapeutes du GPMFS d'acquérir une compréhension approfondie des familles impliquées, de personnaliser des plans de traitement appropriés, mais également de construire une alliance thérapeutique efficace, en encourageant les processus de responsabilité personnelle dans les processus de guérison.

16. Être capable d'améliorer la propre compétence culturelle : Être sensible et comprendre le contexte culturel des familles impliquées dans les GPMF est crucial pour fournir une thérapie inclusive et efficace.

La compétence culturelle est une compétence vitale pour les thérapeutes du GPMF. Comprendre et être sensible aux contextes culturels des familles impliquées est essentiel pour favoriser un climat inclusif qui fait des multiples diversités une ressource. Être capable d'enrichir la dimension multifamiliale à travers le multiculturalisme et la multiracialité.

17. Être capable de maintenir l'Éthique et les Limites. Comme pour toute approche thérapeutique, le maintien de normes éthiques et de limites claires est essentiel dans les GPMF pour garantir le bien-être des familles et le processus thérapeutique.

Afin d'utiliser correctement la dimension d'ouverture, d'inclusion, d'intégration du contexte spécifique, l'éthique et la définition des limites revêtent une importance particulière dans la thérapie de groupe multifamiliale (GPMF). Le respect des normes éthiques et l'établissement de limites claires sont essentiels pour garantir la sécurité, le respect et le bien-être des familles et pour garantir l'intégrité et l'efficacité du processus thérapeutique. Le respect des normes éthiques et la fixation de limites claires sont essentiels pour garantir la sécurité, le respect et le bien-être des familles, ainsi que l'intégrité et l'efficacité du processus thérapeutique.

18. Être ouvert à l'Apprentissage Affectif par la participation au Groupe de Psychanalyse Multifamiliale, la formation, l'encadrement et l'Atheneo, sa propre thérapie) : être capable de se préparer à toujours apprendre quelque chose de nouveau à travers son propre fonctionnement émotionnel, pour favoriser la dimension affective de changement et d'utiliser ses « vivencias » de manière créative.

Grâce à leur apprentissage affectif personnel, les Conducteurs de GPMF favorisent le développement de nouvelles expériences transformatrices pour chaque participant ; la capacité d'apprentissage affectif au sein du groupe permet de développer de nouvelles compétences émotionnelles et relationnelles.

Enfin, elle est nécessaire en termes de Compétences Sociales, Culturelles et Ethiques :

- Ne pas se contenter des lignes directrices de l'analyse psychiatrique. Il est donc nécessaire de connaître la psychopathologie, mais il est tout aussi important de ne pas s'arrêter là.
- Accorder une grande attention à la dimension "socioculturelle" des circonstances dans lesquelles se produisent les faits à traiter, car celles-ci sont influencées par le contexte dans lequel elles se produisent.
- Les actions reposent toujours sur le respect mutuel.

Cela peut sembler évident, mais ce n'est pas le cas : la rencontre avec l'autre est souvent "perturbatrice", imprévue, elle nous interpelle, elle nous oblige à nous poser des questions. Si nous sommes prêts à les poser, il peut en résulter un enrichissement mutuel. Dans le cas contraire, il est plus logique d'éviter ou de limiter les contacts. Pour comprendre et aider les autres, il faut apprendre à souffrir avec eux.

3. LA MATRICE DES FAMILLES DE COMPETENCES

1. Être capable d'adhérer de façon cohérente à la Pensée Psychanalytique	Domaine de Compétences Stratégiques
2. Être capable de promouvoir la Pensée Systémique	
3. Être capable de privilégier une Approche Multigénérationnelle	
4. Être capable d'utiliser une approche basée sur le Partage (de tous types) d'émotions	
5. Être capable d'utiliser d'excellentes compétences en Communication	Domaine de Compétences Managériales Thérapeutiques Transversales
6. Être capable de travailler à la Renégociation des Conflits	
7. Être capable de mettre en œuvre une Conduite de Groupe non intrusive et de maintenir un climat solidaire et empathique	
8. Être capable d'exploiter la Dynamique Relationnelle des groupes, être conscient des multi-transferts et des enactment	
9. Être capable de travailler avec Flexibilité et Adaptabilité	
10. Être capable d'améliorer les Facilitations	
11. Être capable de favoriser la Résilience	
12. Être capable d'utiliser le format Thérapie Open Format	
13. Être capable d'encourager l'Exploration Collaborative	
14. Être capable de promouvoir l'Apprentissage Partagé	Domaine de Compétences Personnelles, Ethiques, Sociales et Culturelles
15. Être capable de procéder à une Evaluation et à un Diagnostic	
16. Être capable d'améliorer la propre Compétence Culturelle	
17. Être capable de maintenir l'Ethique et les Limites	
18. Être ouvert à l'Apprentissage Affectif (par la formation, la supervision, l'Athénée, la propre thérapie...)	

TROISIEME PARTIE

« PROGRAMME DE FORMATION POUR LES CONDUCTEURS ET LES FACILITATEURS DU GROUPE DE PSYCHANALYSE MULTIFAMILIALE »

INTRODUCTION

Dans la complexité des résultats issus des recherches de terrain menées par les partenaires dans le cadre de la première étape du projet « FA.M.HE. », il semble utile de souligner ici comment il a été possible de mettre en évidence une diffusion de l'expérience multifamiliale dans la prévention et le traitement de différentes formes de détresse mentale. Cependant, la diffusion est encore limitée par diverses formes de résistance institutionnelle, tant culturelles qu'idéologiques, qui doivent être prises en compte en investissant dans une formation adéquate axée sur la culture et le fonctionnement des contextes de soins et de soutien en santé mentale.

En effet, un aspect considéré comme très important par les participants à la recherche, les membres des familles et les techniciens de différentes orientations théoriques, est la formation des Conducteurs et Facilitateurs, soulignant que le développement de leurs compétences doit être basé sur une solide formation théorique et technique mais qui comprend un composante clinique expérientielle.

En particulier en ce qui concerne les GPMF, différents modes de fonctionnement ont émergé de la recherche, qui mettent en évidence la nécessité d'une formation partagée structurée sur les compétences individuelles du Conducteur/Facilitateur, sur l'accompagnement de l'équipe technique et sur la préparation du contexte socioculturel, contexte dans lequel ils réalisent les GPMF.

Les données qui ont émergé convergent vers la nécessité urgente de créer une formation spécifique et solide pour les Conducteurs. Ce qui répond à un autre des objectifs de ce projet : renforcer le rôle et la figure du Conducteur/Facilitateur sur le marché du travail et dans les services de santé mentale à travers un cursus de formation européen basé sur la connaissance des concepts clés du PMF et sur l'acquisition de aptitudes et compétences essentielles.

Ces dernières années, tous les partenaires ont développé une expérience de formation en PMF mais seul le LIPsiM a créé des parcours d'apprentissage formels qui en l'espace de sept ans ont formé une quarantaine de nouveaux Conducteurs GPMF. Le développement de cette expérience est décrit ci-dessous.

1. EXPERIENCES DE FORMATION LIPSiM

1.1. Le chemin parcouru

En 2016, le *Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare* (LIPSiM - Laboratoire de psychanalyse multifamiliale) a lancé des activités de formation destinées aux psychothérapeutes intéressés par l'approfondissement de la méthodologie multifamiliale.

La première formation a pris la forme d'un cours de master de deux ans, axé sur la théorie et la pratique de Jorge García Badaracco. Deux journées de formation consécutives ont été organisées chaque mois (pendant 10 mois par an).

Au cours de ces journées, les stagiaires participent aux :

- Séminaire au LIPSiM - Ce séminaire, qui existe depuis la création du LIPSiM, comprend une présentation théorique suivie d'une discussion ouverte avec les participants. Il a lieu le troisième vendredi après-midi du mois et dure environ 2,5 heures.
- GPMF clinique - Créé en 2016 par les membres du Lab, ce groupe est guidé par des psychanalystes multifamiliaux expérimentés. Ce groupe se réunit tous les quinze jours, le vendredi, et dure une heure et demie. Il est suivi de l'*athénée* d'une demi-heure (débriefting ou post-groupe).
- Leçons théoriques complétées par le visionnage et la discussion de matériel vidéo sur la psychanalyse multifamiliale. Ces conférences ont lieu le samedi suivant et durent toute la journée (8 heures).

Au fil des ans, plusieurs ajustements ont été apportés au programme de master, sur la base de l'expérience de formation croissante de l'équipe enseignante du LiPsiM :

- Au moins une fois par mois, les membres du laboratoire participent au GPMF. Le groupe clinique est progressivement devenu un espace d'apprentissage partagé.
- Par conséquent, l'heure du séminaire LiPsiM a été avancée, doublant la durée du débriefting pour la porter à une heure.
- Les enseignants participant à l'activité de formation du samedi sont censés assister au GPMF du vendredi et à son compte rendu afin que le contenu des leçons puisse être aligné sur ce qui s'est passé la veille.
- Chaque étudiant doit produire une thèse théorique finale sur le processus de démarrage d'un nouveau GPMF.

Ces changements ont été effectués en fonction de la forme de travail fortement inspirée par la pratique clinique, de ce qui a été vécu ensemble dans le groupe, complété par le contenu théorique et méthodologique des conférences.

En outre, un tuteur a été assigné à chaque étudiant. Ce mentor est l'un des enseignants et propose à l'étudiant des entretiens périodiques et individuels (au moins 3 par an). Le tuteur a pour objectif de soutenir les efforts de l'étudiant pour réaliser un changement profond en ce qui concerne l'approche théorique de la pathologie psychologique grave. En outre, le tuteur est un point de référence pour l'étudiant quant à la création de son propre groupe multifamilial, qui peut débiter à la fin du programme de Master de deux ans.

1.2. Master en Psychanalyse Multifamiliale

Le Master en PMF est destiné aux professionnels de la psychothérapie (psychologues ou médecins) qui souhaitent approfondir leur connaissance de la méthode et devenir compétents dans le « Conduction » d'un groupe psychanalytique multifamilial. L'objectif du master est de former les étudiants à l'utilisation d'un outil de prévention et de traitement innovant, applicable dans différents contextes.

La formation dure deux ans et présente une structure théorique-clinique-expérimentale.

La méthodologie didactique garantit la dimension théorique-clinique-expérientielle du modèle grâce à des séminaires théoriques mensuels dispensés de manière interactive, à la participation directe à un GPMF, au visionnage d'enregistrements vidéo de matériel clinique à des fins de formation et à la création indépendante de leur propre GPMF dans divers contextes d'application. Au cours de chaque année de formation, les étudiants ont au moins trois réunions individuelles avec un enseignant de référence dans le but de mieux guider leur formation.

La formation requiert une présence mensuelle (vendredi après-midi et samedi complet) au siège du Laboratoire à Rome et une présence bimensuelle au GPMF du LIPsiM. En outre, il est souhaitable qu'une semaine soit consacrée à la participation intensive à divers groupes de travail du réseau du Laboratoire.

Le corpus théorique utilisé comme base du cours est ancré dans le schéma "*Articulaciones*" de Jorge García Badaracco (voir annexe 1). La complexité de ce schéma permet une utilisation souple et progressive, adaptée aux questions des étudiants et à leur processus d'apprentissage.

La participation aux séminaires mensuels du LIPsiM donne l'occasion de se familiariser avec les différentes expériences multifamiliales. Cela permet aux étudiants d'explorer la mise en œuvre et l'applicabilité dans divers contextes de traitement professionnel. L'hétérogénéité des contributions favorise le développement de la méthode elle-même dans de nouveaux contextes.

Une participation active au GPMF est requise. Cela permet à l'étudiant d'expérimenter directement le fonctionnement du modèle, à la fois à des fins didactiques en tant que Facilitateur GPMF en formation, et pour l'auto-développement en tant que participant au groupe.

Après le groupe se déroule une discussion post-groupe, l'*Athénée*, qui permet de réfléchir à ce qui s'est passé dans le groupe, tant en ce qui concerne la dynamique entre les participants qu'en ce qui concerne les expériences des Conducteurs.

Chaque étudiant a un tuteur individuel, dont l'objectif est de guider l'étudiant, d'explorer toute situation personnelle qui survient pendant la participation au groupe (et éventuellement de chercher quel soutien supplémentaire devrait être fourni pour les situations critiques), et de se concentrer sur le travail de fin d'année. Il y a au moins trois réunions par an avec le tuteur.

Chaque année, les étudiants doivent rédiger un document théorique et un travail de projet sur le lancement d'un GPMF dans un contexte de leur choix. L'objectif du travail final est de soutenir le groupe de démarrage et d'encourager le travail en réseau en fonction de leur propre projet.

2. CONSIDERATIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES

2.1. Schéma "Articulaciones"

La psychanalyse multifamiliale est à la fois simple et complexe, et doit être considérée comme un tout, un ensemble indissociable structuré par des interconnexions diverses.

Cette idée de base a inspiré à Jorge García Badaracco le schéma des *Articulaciones* (voir annexe 1). Dans ce schéma, nous pouvons identifier une composante centrale : la "*sabiduría*" ("sagesse"), quelque chose à poursuivre plutôt qu'à atteindre. Il est ensuite possible de subdiviser le contenu conceptuel du schéma *Articulaciones* en trois niveaux.

Le premier groupe contient des éléments destinés à former et à caractériser la "méthode" : "comment le groupe travaille" :

1. Respect : l'attitude de base des participants au GPMF ;
2. GPMF comme laboratoire pour le développement de nouvelles idées : au sein du groupe, rien n'est acquis ; au contraire, chaque groupe peut faire surgir des pensées jusqu'alors impensables. Ces surprises cachées peuvent influencer les "croyances" les plus profondes de tous les participants ("*Vamos a aprender*") ;
3. rôle central du dialogue : à la suite d'Edgar Morin, le conversationnisme est compris comme un moyen de stimuler la capacité humaine à passer de l'*action* au *commentaire* d'une action. Cela implique un changement dans le niveau logique de fonctionnement de l'esprit ;
4. la recherche du "savoir", non pas pour lui-même, mais pour permettre de "savoir" et d'"aider" ;
5. offrir de l'espoir : le GPMF offre à ceux qui ont perdu la foi en la possibilité d'être aidés, une expérience qui leur permet de croire à nouveau qu'ils peuvent "compter sur quelqu'un d'autre", sur l'aide de quelqu'un d'autre ;
6. réfléchir à la santé mentale ; réfléchir à la maladie structurée dans le temps au sein des relations. Nous naissons tous en bonne santé et nous pouvons être considérés comme potentiellement en bonne santé.

Le deuxième groupe comprend le cadre théorique conçu par Jorge García Badaracco pour conceptualiser les phénomènes qui émergent dans un GPMF ("ce sur quoi le groupe travaille") :

1. Le phénomène "*Los otros en nosotros*" : nous ne vivons pas seulement en relation avec les autres, mais nous vivons dans les autres, les autres vivent en nous, nous vivons dans les autres; c'est bien tant qu'il s'agit d'un phénomène passager, mais s'il devient un mode de vie stable, même s'il découle d'une intention positive, il peut donner lieu à des problèmes :
2. Souffrance psychique due au fait que lorsque quelqu'un d'autre nous habite en permanence, nous ne pouvons plus faire la distinction entre nous et l'autre; cela est nécessaire au début de la vie ou dans des circonstances exceptionnelles, mais si cela persiste dans le temps, cela empêche de devenir le "sujet" de sa propre existence.
3. Cela se manifeste dans le groupe par une profonde similitude entre le patient et l'un de ses parents ou les deux, en contraste avec les différences visibles et inexplicables entre le fils/la fille et les parents, habituellement présentées par ces derniers. Le fils/la fille semble être une caricature du parent, comme s'il/elle essayait d'être le parent le plus proche de lui/elle, en vivant en totale conformité avec ses attentes. Ceci au lieu de poursuivre le développement de sa propre personnalité, en oubliant qu'il/elle en a une.

4. La force intérieure du moi reste cachée : le GPMF permet de la (re)découvrir pour les deux membres de la dyade parent-enfant. Chacun d'entre eux pourra les retrouver et les développer :
5. De la "saine virtualité" qui est présente en chacun, mais que les gens ne savaient pas qu'ils la possédaient. Elle englobe un éventail de possibilités qui peuvent être réalisées si l'on se défait de l'attachement à l'autre :
6. Relations de dépendance mutuelle (interpersonnelle) pathologiques et pathogènes entre des membres de la famille de deux générations différentes, généralement un parent et un enfant. Ce type de relation naît d'une situation où le parent traite l'enfant comme s'il faisait partie de lui-même. Par la suite, l'enfant, n'ayant connu que ce type de relation prématurée, tend à reproduire la même relation avec le(s) parent(s), dans une dimension de réciprocité.

Dans le troisième groupe, le cadre est défini en fonction des "résultats attendus", des objectifs à atteindre ("ce à quoi le groupe travaille") :

1. Reconnaître la dimension hypercomplexe dans laquelle les événements traumatiques sont produits et actualisés : cela est nécessaire pour tenter de comprendre comment, à l'intérieur d'une personne, la souffrance s'est accumulée, si profondément qu'elle la conduit à renoncer à sa vie.
2. Améliorer la capacité d'écoute, de reconnaissance et de mise en mots de ses propres émotions et de celles des autres sans les éviter : les émotions complexes sont rarement exprimées clairement, explicitées, tout au plus suggérées. Par conséquent, lorsque ces émotions apparaissent, elles doivent être comprises et explorées. Après tout, auparavant, on avait souvent l'impression qu'il était impossible et/ou trop dangereux d'entrer en contact avec elles. En donnant de l'espace aux émotions, on s'aperçoit qu'il est non seulement possible mais aussi important de les intégrer pleinement dans les échanges communicatifs. Cela implique souvent l'utilisation de métaphores, d'images qui parlent sans parler, comme les rêves qui révèlent et cachent en même temps, mais qui peuvent être "interprétés".
3. L'acceptation que l'on ne sait pas tout et toujours : il est important de tolérer l'incertitude et d'adopter une attitude inquisitrice, principalement par les Conducteurs du GPMF. Le praticien renonce à l'attitude étriquée qui consiste à placer le patient dans la bonne case diagnostique de son appareil de référence. Il adopte plutôt une attitude d'écoute et de collecte de données. À partir de là, il tente de formuler des hypothèses, qui peuvent être modifiées à tout moment. Tous les participants sont invités à faire de même et sont aidés à le faire.
4. Une fois ces objectifs activement atteints, le GPMF commence à fonctionner comme une "*mente ampliada*", un esprit élargi. Avec ce concept, Jorge García Badaracco décrit comment les différentes opinions des participants ne s'opposent pas les unes aux autres, mais tendent à s'intégrer progressivement dans un ensemble créatif, générant une pensée complexe qui englobe toutes les opinions exprimées. Les esprits individuels commencent à fonctionner d'une manière plus ouverte et intégrative, plus riche et enrichie par rapport au fonctionnement individuel antérieur.
5. Le GPMF devient alors une communauté multifamiliale au travail, une petite société capable de relever des défis difficiles et de faire face à des problèmes complexes.

2.2. Règles du cadre

A tout cela s'ajoutent les règles qui caractérisent le cadre spécifique du GPMF. Elles ont été formulées dès le départ et consolidées au fil du temps, avec la diffusion du GPMF et les réflexions qui en ont découlé.

Ce cadre est défini comme suit :

- 1) Chaque participant est invité à s'exprimer à la première personne, en évitant autant que possible de parler "à la place" de quelqu'un d'autre, généralement le patient ou la patiente désigné(e).
- 2) Les participants sont encouragés à adopter une attitude consistant à ne pas prétendre avoir raison, mais à essayer de tolérer d'autres opinions.
- 3) La prise de parole se fait en demandant le tour de parole, en empêchant une intervention immédiate pour réfuter/contredire ce qui a été dit par un autre participant.

L'assimilation de ces règles, d'abord introduites de manière ferme par les Conducteurs, est facilitée par les participants expérimentés qui donnent l'exemple aux nouveaux membres.

Il s'agit en apparence de simples règles qui permettent de parler, mais en réalité d'un mode de communication antithétique utilisé par les membres d'une famille psychotique ou souffrant d'autres troubles. Par exemple, une personne, généralement un parent, peut avoir tendance à parler "à la place" d'une autre personne, généralement le patient mais pas nécessairement ; généralement, ce parent parle comme s'il avait raison, imité par l'enfant qui a adopté cette façon de parler. Enfin, chacun parle comme s'il contredisait ce que dit l'autre et affirme sa propre "vérité". Dans cette situation, il convient de souligner qu'il est souhaitable que chacun réfléchisse à une vision personnelle de la situation et puisse l'exprimer ouvertement. En outre, si l'on parvient également à suivre la troisième règle, on pourra constater que toutes les interjections, même si elles représentent des idées différentes, parviennent à coexister et qu'elles contribuent finalement à la formation d'une seule idée générale dont le groupe peut parler (phénomène de la "*mente ampliada*").

Pour les familles qui ont l'expérience de la psychose, il peut être très utile de savoir que l'on peut tolérer une situation où des opinions différentes émergent sans avoir à les combattre, qu'il peut y avoir à la fois des convergences et des divergences entre les personnes.

2.3. Commentaires sur la participation des soignants professionnels

En portant un regard différent sur la pathologie psychique, le GPMF vise à remodeler le travail thérapeutique. Il est donc souhaitable que l'ensemble du personnel d'une institution/département y participe, qu'il s'agisse de médecins, de psychologues, d'infirmières, d'assistants sociaux ou d'autres thérapeutes.

Dans un GPMF, l'occasion est donnée d'entrer en contact, d'observer et d'interagir avec les manifestations de la détresse psychologique, de la même manière qu'elle se manifeste dans la réalité familiale. Cela rend l'expérience multifamiliale particulièrement utile et fascinante, mais aussi surprenante et peut-être déconcertante. Il s'agit d'une confrontation à la réalité sans la médiation du professionnel ; il est nécessaire de se distancier de la "protection" garantie par les relations de pouvoir au sein de la relation professionnelle-patient habituelle.

Tout cela a des implications qu'il convient de prendre en compte :

1. Le contact direct avec la souffrance n'est pas médiatisé par la "connaissance", et cela peut être difficile. En même temps, au fil du temps, cela peut générer un sentiment de grande solidarité entre les participants.
2. Le partage des émotions est plus direct et plus authentique, ce qui implique un "dévoilement de soi" qui est plus difficile dans d'autres contextes, ou du moins qui ne présente pas les mêmes caractéristiques et la même intensité.
3. Pour "vivre pleinement" les émotions, le professionnel est invité à se mettre sur un pied d'égalité avec les autres membres du groupe, libéré de tout ce qui le sépare habituellement des patients et des membres de la famille : il s'agit d'une rencontre entre personnes.

3. PROPOSITION DE FORMATION

La conduction au sein du GPMF revêt une connotation spécifique en lien avec les caractéristiques opérationnelles particulières du Groupe lui-même.

Le Groupe

Le GPMF est un groupe thérapeutique ouvert en ce qui concerne divers aspects de son organisation :

- Le groupe a une date de début mais pas de date de fin, l'arrivée de nouveaux participants étant possible à tout moment.
- Le groupe est ouvert aux différents professionnels de santé qui font partie du contexte institutionnel. Le groupe intègre différents parcours de formation.
- L'assiduité, bien que souhaitable, n'est pas obligatoire : chacun participe en fonction de ses besoins et de ses capacités.
- La structure physique est également ouverte : par exemple, il y a une préférence pour les sièges circulaires, dont le nombre et la position ne sont pas fixes.

Le fonctionnement et la structure ouverts du GPMF exigent des Conducteurs qu'ils soient également flexibles et réactifs aux stimuli du groupe, qui est multigénérationnel et multiculturel. Les conseillers adoptent un style de conseil ouvert et flexible, mais sont également fermes dans le respect des quelques règles du cadre, des limites éthiques et déontologiques, de la protection de la vie privée et de la sécurité émotionnelle du contexte. Cela implique que la fonction d'orientation s'étende au-delà de la réunion singulière, qu'elle protège les limites du groupe et qu'elle en assure la continuité.

Auto-éco-organisation

Si nous considérons un GPMF comme un système de fonctionnement hypercomplexe, nous pouvons clairement visualiser la manière dont les phénomènes mentaux sont produits dans un champ d'interrelations. Le fonctionnement mental d'une personne dépend des autres, généralement sous une forme subliminale ou même cachée. Parfois, ce conditionnement mutuel prend la forme d'une entrave à la pensée et d'une obligation de se comporter comme si l'on était déterminé de l'extérieur. Badaracco écrit :

"Dans le fonctionnement du GPMF, il ne s'agit pas seulement d'interpréter ce qui se passe, mais d'intervenir activement dans ces dynamiques paralysantes, pour dénouer les interdépendances pathogènes et faire fonctionner les ressources thérapeutiques (...du groupe...), en fonction d'une activation des mécanismes d'auto-organisation des individus ainsi que des systèmes familiaux et sociaux".

Dès lors qu'il est capable de s'auto-organiser, l'individu se différencie de l'environnement tout en se liant plus étroitement à lui. L'auto-éco-organisation se fait dans le sens où chaque individualité crée des relations de dépendance mutuelle avec l'environnement. Plus l'individu est autonome, moins il est isolé.

Pour paraphraser Edgar Morin, on peut dire qu'elle nécessite des échanges continus en termes de nourriture, d'énergie, d'information et d'ordre. Stimulé par l'équipe de support, le Groupe retrouve le pouvoir naturel de s'auto-éco-organiser, ce qui a un puissant effet multiplicateur en permettant aux individus d'auto-organiser leur esprit.

En termes de support, cela signifie que cette fonction, au fur et à mesure de l'évolution du Groupe, peut être pensée comme une fonction/ressource transversale de l'ensemble du Groupe et que les Conducteurs/Facilitateurs deviennent des participants au même titre que ceux du groupe, dans le sens d'apports subjectifs de même nature, facilitant le fonctionnement « avec une ouverture d'esprit élargie » du groupe lui-même.

3.1. Facilitateur et Conducteur d'un GPMF

L'affinement progressif de la proposition de formation au cours des différentes phases du projet a permis d'orienter la formation également vers les travailleurs de la santé mentale qui, bien que n'ayant pas reçu de formation psychothérapeutique, jouent un rôle indispensable dans le fonctionnement du GPMF. Cette évolution a permis de définir deux profils différents actifs dans l'équipe de conseil, le Conducteur et le Facilitateur, qui, en intégrant leurs niveaux de responsabilité, permettent au groupe de fonctionner de manière optimale.

L'enquête menée lors de la première phase du projet montre que plus de 80 % des GPMF fonctionnaient avec une équipe de conseil hétérogène, quelle que soit la méthode utilisée. Plus précisément, la participation des différents profils se répartissait comme suit : 89% de psychologues, 56% de psychiatres, 45% d'infirmiers, 31% d'assistants sociaux, 13% d'éducateurs, 11% d'ergothérapeutes, 38% d'autres soignants.

Le Conducteur et le Facilitateur sont de nouveaux profils dans le panorama des interventions familiales en santé mentale, émergeant d'un nouveau paradigme/philosophie de traitement de la psychose, et de la spécificité de la fonction de conseil d'un GPMF. Comme nous le verrons, ils représentent également un rôle innovant dans le contexte des thérapies de groupe.

La force d'un GPMF réside dans le regroupement et l'intégration de différentes tâches et compétences au sein d'une équipe d'encadrement.

Le Conducteur assume la responsabilité du cadre : il garantit la sécurité du groupe en signalant le non-respect des règles et limite les dynamiques destructrices lorsque le groupe n'est pas en mesure de le faire (par exemple, dans la phase de démarrage ou en période de crise). Au fur et à mesure que le groupe grandit, il est capable de renoncer à sa position centrale et de s'effacer pour permettre des échanges directs entre les participants. Il est en fait le chef clinique, formel et légal du contexte thérapeutique.

Le Facilitateur n'a pas de responsabilité directe à l'égard du groupe. Il peut exprimer plus librement ses sentiments et ses expériences et aider le groupe à élargir son champ émotionnel et de pensée. Il organise ses interventions à partir des compétences personnelles qu'il a acquises grâce à son expérience clinique.

Compte tenu de la spécificité du rôle du Conducteur dans le GPMF, il est souhaitable que les deux niveaux puissent alterner dans chaque soignant de l'équipe de supervision.

La fonction de Conduction dans le GPMF

Dans le document sur les "Compétences du Conducteur d'un GPMF", nous soulignons la volonté d'interaction entre la formation d'un Conducteur GPMF avec celle des conseillers ayant la même formation thérapeutique et celle des Conducteurs n'ayant pas de formation psychothérapeutique au sens strict mais disposant d'une expérience technico-relationnelle reconnue et acquise dans la pratique clinique quotidienne.

Il ne s'agit donc pas seulement du bagage théorique du Conducteur, mais aussi des compétences transversales qui font partie de son bagage personnel et qui peuvent être utilisées efficacement.

On assiste ainsi à une "démocratisation" de la participation et de la connaissance, qui rend chacune de ces compétences tout aussi pertinente, tout en respectant les "règles" implicites et explicites qui régissent le fonctionnement du groupe.

Cela ne signifie pas que tout le monde doit faire la même chose ou avoir les mêmes tâches. Mais les Conducteurs impliqués doivent pouvoir faire les mêmes choses, même si c'est à des niveaux de responsabilité différents (redondance des compétences et connaissances partagées) : la création d'un espace commun où il n'est pas nécessaire d'expliquer et/ou de hiérarchiser les rôles et les fonctions, mais où l'on se concentre uniquement sur le partage d'expériences, sans envoyer de signaux contradictoires et sans générer de conflits dysfonctionnels.

Le Facilitateur dans les GPMF : autres considérations

Nous définissons le Facilitateur comme tout travailleur de la santé mentale qui participe au conseil d'un GPMF et devient un membre actif de l'équipe de conseil : infirmier, travailleur social, thérapeute en réadaptation psychiatrique, éducateur, travailleur social, ainsi que psychiatres et psychothérapeutes.

Notre expérience, acquise dans différents contextes cliniques sur une période de 20 ans, nous a appris que la présence de ces figures professionnelles joue un rôle fondamental dans l'orientation d'un GPMF. Elles sont indispensables à l'émergence et à l'ancrage du groupe dans le contexte institutionnel, à son fonctionnement cohérent et à son efficacité transformatrice.

Bien que les fonctions du Facilitateur se recoupent à bien des égards avec celles du Conducteur, nous soulignons certaines fonctions spécifiques, à la fois externes et internes au groupe :

Externe :

- Ils exercent souvent une fonction de contact auprès des patients et des membres de leur famille. Ils sont donc dans une position privilégiée pour transmettre la philosophie du GPMF dès les premiers contacts et faciliter la participation au groupe.
- La participation de divers soignants facilite la diffusion de la culture multifamiliale dans le contexte institutionnel.
- Les Facilitateurs se déplacent dans les espaces transversaux de l'organisation institutionnelle et garde les limites du groupe, à la fois par rapport aux participants (il garantit l'échange de communication, rappelle les réunions) et par rapport au contexte institutionnel (il garde les espaces physiques et relationnels, garantit un comportement correct).

Interne :

- Étant donné que la GPMF réunit plusieurs familles dans un cadre collectif, les compétences de l'équipe de conseillers jouent un rôle crucial dans la création d'un environnement thérapeutique sûr et encourageant.
- Lorsque les familles se réunissent au sein du groupe, des conflits et des tensions peuvent survenir en raison de perspectives, de besoins et de styles de communication différents. Les compétences des Conducteurs en matière de résolution des conflits, grâce à une mise en correspondance minutieuse, aident les familles à faire face à ces défis de manière constructive.

- Les familles qui participent au GPMF peuvent venir d'horizons différents et présenter un large éventail de besoins et de défis. L'adaptabilité et la flexibilité permettent à l'équipe de conseillers d'adapter les interventions et les stratégies pour répondre efficacement aux besoins uniques des familles.
- En utilisant de manière créative les caractéristiques du contexte multifamilial, les Conducteurs permettent aux participants de développer de nouvelles compétences en abordant les problèmes avec une attitude flexible et en expérimentant ensemble des stratégies d'adaptation. Cette approche permet d'accroître la capacité d'adaptation pour faire face à des situations tendues et stressantes, augmentant ainsi le potentiel de changement positif.
- La présence des Conducteurs permet aux participants de bénéficier d'un apprentissage partagé en observant et en interagissant avec d'autres familles confrontées à des défis similaires, ce qui favorise l'autonomisation active de chaque individu dans le processus de soins. Cette expérience favorise un sentiment d'universalité, réduit les sentiments d'isolement ou de stigmatisation et contribue à créer un environnement thérapeutique favorable et enrichissant.

3.2. Le parcours de formation

La formation se déroule sur trois années consécutives et interdépendantes. Chaque étape garantit la délivrance d'un certificat professionnel spécifique, permettant ainsi au professionnel de progresser dans l'expérience de formation, selon sa motivation et son aptitude.

La première année s'adresse à tous les professionnels de la santé mentale (infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs, techniciens en réhabilitation psychiatrique, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes) désireux d'approfondir leurs connaissances en matière de PMF.

Les Facilitateurs participent à cette année de formation.

La deuxième année est le premier niveau de formation des Conducteurs et s'adresse aux psychiatres et psychologues psychothérapeutes qui, après avoir franchi la première étape en tant que Facilitateurs, envisagent d'élargir leur formation psychothérapeutique antérieure par l'acquisition de compétences en méthodologie et en pratique multifamiliale.

La troisième année s'adresse aux Conducteurs qui, ayant suivi les deux premières étapes de formation, ont développé un intérêt particulier pour la PM et s'intéressent à la création et à la gestion de GPMF dans le secteur public ou privé, à travers l'expérimentation de la création d'un nouveau GPMF, processus exigeant en termes d'implication directe et de prise en charge du projet.

Structure du Parcours de Formation		
Année	Destinataires	Attestation
Première année 140 heures	Travailleurs en santé mentale (infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs, techniciens en réadaptation psychiatrique, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes)	Facilitateur GPMF
Deuxième année 140 heures	Psychiatres, psychologues, psychothérapeutes	Conducteur GPMF
Troisième année 60 heures	Psychiatres, psychologues, psychothérapeutes	Conducteur expert GPMF

Le parcours de formation vise à une appropriation progressive d'un paradigme innovant dans les soins de santé mentale préventifs et dans le traitement de la souffrance mentale. Il s'agit d'assurer l'unité d'une pensée complexe, intégrative et transdisciplinaire. L'enjeu est d'évaluer dans quelle mesure les différents éléments, qui forment un tout indissociable, n'entravent pas la démarche de formation, nécessairement modulée en séquences successives.

L'appropriation graduelle peut être obtenue par un niveau progressif de participation à la formation, à la fois théorique (transfert interactif de connaissances) et pratique (apprentissage par la pratique).

Les activités de formation font référence au renforcement des compétences identifiées dans la Matrice des Compétences Professionnelles qui se répartit en 18 familles de compétences, regroupées en trois domaines de spécialisation :

- Domaine de connaissances stratégiques
- Domaine de compétences managériales thérapeutiques stratégiques
- Domaine de compétences personnelles

Qui se développent aux différents niveaux du schéma « Articulaciones »

- Comment fonctionne le GPMF
- Ce sur quoi travaille le GPMF
- À quoi sert le GPMF

Avec une analyse approfondie du contenu du Vademecum, selon un schéma progressif qui aborde :

- Fondements théoriques
- Recommandations générales pour la conduite d'un GPMF
- Facteurs de guérison

Pour les trois années, l'étude approfondie des compétences identifiées dans le « Référentiel de compétences » et la mise en œuvre du troisième niveau des « Articulaciones » sont prévues, à partir de la troisième phase, des réunions mensuelles de *visites* réciproques/discussions entre pairs, coordonnées par un formateur.

Tout au long de la formation, chaque étudiant sera accompagné par un tuteur avec un rôle d'analyse approfondie et d'évaluation périodique des apprentissages et d'accompagnement dans la rédaction du mémoire de fin d'année.

La formation des deux premières années comprend un niveau d'apprentissage théorique/méthodologique mis en œuvre à travers des séminaires mensuels structurés en mode groupe interactif/dialogique, accompagnés d'ateliers expérientiels et de participation simultanée à un GPMF, animés par au moins un enseignant/formateur et intégré à la formation comme un moment d'apprentissage par la pratique. Il s'agit de deux méthodes d'apprentissage connectées et interdépendantes, toutes deux indispensables à l'acquisition progressive de niveaux de compétence adéquats selon les schémas « savoir », « savoir-faire » et « savoir être » identifiés dans la matrice des domaines de compétences professionnelles.

En ce qui concerne la troisième année centrée sur le démarrage d'un nouveau GPMF, le processus de formation comprend des moments de participation directe du formateur au nouveau Groupe et à l'Athénée ultérieure, en alternance avec des moments de « Supervision Externe » sur le travail de gestion réalisé de manière autonome par l'étudiant en collaboration avec l'équipe de direction.

Pour chaque année, l'évaluation finale sera centrée sur la discussion critique du travail de fin d'année, sur les observations menées par le tuteur au cours du processus de formation ainsi que sur les compétences exprimées par l'étudiant lors de sa participation au GPMF. L'évaluation sera menée par une équipe d'évaluateurs (au moins trois, dont le tuteur), chacun possédant une expérience avérée dans le domaine clinique et de la formation.

3.3 Les compétences du Facilitateur et du Conducteur

Les participants au programme de formation développeront progressivement des compétences spécifiques pour devenir des Facilitateurs et/ou Conducteurs, à travers la planification d'activités théoriques et pratiques adaptées à l'atteinte des objectifs de l'année de participation.

Les 18 compétences font partie du bagage professionnel du Conducteur et du Facilitateur selon différents niveaux d'approfondissement.

En analysant les rôles de ces deux profils lorsqu'ils opèrent au sein du GPMF, il est important de souligner la centralité de certaines compétences plus que d'autres.

En particulier, il est essentiel que tous deux partagent certaines compétences présentes dans le domaine des connaissances stratégiques, qui sont nécessaires pour comprendre la dynamique familiale et l'interconnexion des membres de la famille au sein du système, et deux compétences présentes dans le domaine personnel, qui concernent le contexte culturel et éthique et davantage liées à la nécessité d'apprendre à transférer des connaissances dans différents contextes familiaux et/ou thérapeutiques. Ces compétences représentent le bagage technique professionnel de base, acquis tant au niveau théorique que pratique, du Conducteur et du Facilitateur.

Les compétences du Domaine de Gestion Thérapeutique sont fondamentales pour réaliser la « Conduction » des GPMF de manière appropriée et efficace. Le Facilitateur doit également en être conscient mais, comme pour certaines compétences dans les deux autres Domaines, il n'est pas tenu d'intervenir activement ou de mettre en œuvre toutes les compétences qui font partie de ce Domaine : au cours de la première année, il pourra développer des connaissances approfondies, la capacité d'utiliser d'excellentes compétences en communication, de travailler avec flexibilité et adaptabilité, dans un climat collaboratif et Facilitateur.

Les activités de la deuxième année sont dédiées notamment au développement, chez le Conducteur, des 9 autres compétences du « Référentiel de Compétences », celles qui nécessitent une intervention proactive de la part du Conducteur, lorsque surviennent des situations délicates qui nécessitent un diagnostic et des compétences d'évaluation, de partage d'émotions et qui nécessitent la mise en œuvre de compétences spécifiques pour faire face à d'éventuelles rediscussions de conflits et intervenir en respectant les orientations d'une pensée systémique visant à renforcer les facilitations et à favoriser la résilience. Ces compétences doivent être exercées dans un climat de respect des émotions et d'ouverture aux apprentissages affectifs.

La troisième année est consacrée au renforcement des 18 compétences, en les mettant également en pratique dans un contexte créatif et original, comme la création d'un nouveau Groupe de Psychanalyse Multifamiliale, pour lequel sont nécessaires des compétences supplémentaires liées à la création, planification, à l'interaction avec le public et/ou organismes privés, vérification des résultats obtenus.

FAMILLES DE COMPÉTENCES ET COMPÉTENCES CLÉS PAR ANNÉE DE FRÉQUENCE	1° année	2° année
DOMAINE DE COMPÉTENCES STRATÉGIQUES		
1. Être capable d'adhérer de façon cohérente à la Pensée Psychanalytique		X
2. Être capable de promouvoir la Pensée Systémique		X
3. Être capable de privilégier une Approche Multigénérationnelle	X	
4. Être capable d'utiliser une approche basée sur le Partage (de tous types) d'émotions		X
DOMAINE DE COMPÉTENCES MANAGÉRIALES THÉRAPEUTIQUES TRANSVERSALES		
5. Être capable d'utiliser d'excellentes compétences en Communication	X	
6. Être capable de travailler à la Renégociation des Conflits		X
7. Être capable de mettre en œuvre une Conduite de groupe non intrusive et de maintenir un climat solidaire et empathique	X	
8. Être capable d'exploiter la Dynamique Relationnelle des groupes, être conscient des multi-transferts et des enactment		X
9. Être capable de travailler avec Flexibilité et Adaptabilité	X	
10. Être capable d'améliorer les Facilitations	X	
11. Être capable de favoriser la Résilience		X
12. Être capable d'utiliser le format Thérapie Open Format		X
13. Être capable d'encourager l'Exploration Collaborative	X	
14. Être capable de promouvoir l'Apprentissage Partagé	X	
DOMAINE DE COMPÉTENCES PERSONNELLES, ÉTHIQUES, SOCIALES ET CULTURELLES		
14. Être capable de promouvoir l'Apprentissage Partagé		X
15. Être capable de procéder à une Evaluation et à un Diagnostic	X	
16. Être capable d'améliorer la propre Compétence Culturelle	X	
17. Être capable de maintenir l'Éthique et les Limites		X

3.4 Objectifs et organisation des activités

3.4.1 Première année

Au cours de la première année, la priorité est donnée aux activités et aux contenus visant à former les compétences de base qui garantissent une compréhension maximale entre le Conducteur et le Facilitateur dans leurs rôles respectifs au sein du groupe.

Les objectifs de la formation concernent principalement le développement des 9 compétences qui caractérisent le travail de facilitation nécessaire à la gestion et au développement du GPMF, le premier et le deuxième niveau des "Articulaciones" (comment et sur quoi travaille le GPMF) et les principaux contenus du « Vademecum ».

Chaque étudiant est accompagné par un tuteur avec une fonction d'orientation et d'accompagnement individuel dans le développement de l'expérience de formation. La présentation d'un travail théorique en fin d'année est obligatoire.

Réaliser la première année de formation permet de participer en connaissance de cause au mouvement transformateur, activé dans un Groupe de Psychanalyse Multifamilial, reproductible sur le plan personnel, professionnel et institutionnel.

Permet d'obtenir le certificat "Facilitateur".

Il comprend dix séminaires théoriques mensuels de huit heures chacun, structurés selon une modalité de groupe interactive/dialogique, accompagnés d'ateliers expérientiels d'une durée de trois heures chacun et d'une participation simultanée à un GPMF, animés par au moins un enseignant/formateur et intégrés au parcours de formation. .

Chacun des 10 modules de formation mensuels, plus une journée d'évaluation finale du parcours individuel de formation et de discussion d'un travail théorique/expérientiel, est structuré en deux journées consécutives de formation de 14 heures, pour un total de 140 heures d'activité d'enseignement. Les activités de chaque module sont structurées comme suit :

PREMIÈRE ANNÉE – SCHEMA GÉNÉRAL			
Destinataires : intervenants en santé mentale (infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs, techniciens en réadaptation psychiatrique, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes)			
10 modules développés en deux jours chacun	Contenu des 10 Modules	HEURES	JOURS
	Présentation/analyse approfondie d'expériences multifamiliales nationales et internationales, présentation d'ouvrages (articles, livres, vidéos) liés aux problématiques liées aux PM.	3	Premier jour
	Participation au GPMF avec fonction d'enseignement et participation ultérieure à l'Atheneo.	3	
	Présentation et analyse approfondie des "Contenus théoriques" du Vademecum en relation avec les réflexions sur ce qui a émergé lors de la participation au Groupe.	2	Deuxième jour
	Etude des contenus du premier et deuxième niveau des Articulations (comment et sur quoi travaille le Groupe).	2	
	Définition, analyse approfondie, exercice sur les 9 compétences spécifiques et communes du Facilitateur et du Conducteur.	2	
	Conclusion avec le visionnage de matériel vidéo, d'éclairages bibliographiques, d'exercices pratiques, en lien avec les contenus abordés au cours des deux journées.	2	
	TOTAL DES HEURES DE CHAQUE MODULE		14

Les deuxième et troisième année sont dédiées au développement des compétences spécifiques du Conducteur.

3.4.2 Deuxième année

En plus du développement des 9 compétences décrites dans le tableau précédent, les activités sont dédiées aux thématiques correspondant au deuxième niveau des « Articulations » notamment en ce qui concerne les liens avec l'épistémologie psychanalytique, systémique et psychodynamique de groupe. Par ailleurs, un espace approfondi est dédié aux éléments théoriques et méthodologiques du « Vademecum ».

Comme en première année, dix séminaires théoriques/méthodologiques de huit heures chacun sont prévus mensuellement, structurés selon une méthode de groupe interactive/dialogique, accompagnés d'ateliers expérientiels et d'une participation au moins bimensuelle à un GPMF animé par au moins un formateur. /professeur et intégré au parcours de formation, comme un moment de formation par l'expérience.

Chaque étudiant est accompagné par un tuteur ayant pour fonction d'approfondir les aspects méthodologiques et cliniques. La présentation d'un mémoire théorique/méthodologique est requise.

La conclusion de la deuxième année de formation implique la capacité du professionnel à opérer dans un sens thérapeutique au sein du GPMF et implique l'introduction de la méthodologie multifamiliale dans son activité clinique.

Permet d'obtenir le certificat de Conducteur

Il est structuré comme la première année, avec 10 modules mensuels de deux journées de 14 heures de formation, à l'exception de la présentation des travaux relatifs au projet de démarrage d'un GPMF qui accompagne le mémoire de fin d'année.

SECONDE ANNEE : SCHEMA GÉNÉRAL			
Destinataires : Psychiatres, psychologues, psychothérapeutes			
10 modules développés en deux jours chacun	Contenus des 10 Modules	Heures	Jours
	Présentation/analyse approfondie d'expériences multifamiliales nationales et internationales, présentation d'ouvrages (articles, livres, vidéos) liés aux problématiques liées aux PM	3	Premier jour
	Participation au GPMF avec fonction d'enseignement et participation ultérieure à l'Atheneo	3	
	Présentation et analyse approfondie des « Facteurs thérapeutiques » et des « Recommandations pratiques » du Vademecum	2	Deuxième jour
	Étude approfondie du contenu du deuxième niveau des "Articulaciones", notamment en ce qui concerne les liens avec l'épistémologie analytique psychanalytique, systémique et analytique de groupe.	2	
	Définition, analyse approfondie et exercices sur les 9 compétences spécifiques du Conducteur, incluses dans les trois Domaines du Référentiel de Compétences	2	
	La journée se termine par deux heures consacrées à des approfondissements thématiques sur les contenus apparus au cours des deux journées proposées par les étudiants à travers l'utilisation de matériel vidéo, de productions artistiques, de contenus journalistiques.	2	
TOTAL HEURES ORE POUR CHAQUE MODULE	14		

3.4.3. Troisième année

En troisième année, il ne s'agit pas seulement d'approfondir ses connaissances et ses expériences de participation à un GPMF mais de les transformer en pratiques opérationnelles à travers le processus de fondation et de gestion d'un nouveau Groupe, ce qui implique une sensibilisation et une implication d'autres opérateurs d'un organisme public ou privé intéressé par le développement des GPMF.

Il s'agit d'une expérience spécifique et particulière de "formation sur le terrain", dans laquelle l'étudiant est soutenu par un formateur/Conducteur expert qui suit le processus à travers des réunions bimensuelles, au cours desquelles sont élaborés les différents aspects qui interviennent dans la conception et la réalisation du projet, en plus de préparer le contexte dans lequel fonctionnera le GPMF, prévoir l'équipe de support et lancer le processus de création.

Lors de ces réunions, les aspects théorico-méthodologiques relatifs aux 18 compétences du Conducteur et à la mise en œuvre du troisième niveau des "Articulaciones" (ce pour quoi le Groupe travaille) sont explorés en profondeur.

Après l'ouverture du Groupe, le processus de formation se poursuit en alternant des moments de participation directe du formateur au GPMF et au Groupe Athénée/Post groupe avec des moments de "Supervision Externe" sur le travail de gestion réalisé de manière autonome par l'étudiant en collaboration avec l'équipe de « Evaluation externe » sur le travail de « Conduction » réalisé de manière autonome par l'étudiant en collaboration avec l'équipe de « Conduction ». Il est pensé comme un processus de suivi permanent du parcours de formation et comprend des moments spécifiques d'évaluation/ajustement liés au fonctionnement du nouveau GPMF.

Cette modalité active un mouvement d'affinement progressif des compétences de Conducteur exprimées par l'étudiant, à partir de la reconnaissance des situations critiques; Elle a pour objectif l'acquisition de la capacité d'apprendre de ses erreurs, considérée comme une opportunité de réflexion, et l'augmentation de la capacité de modifier son travail à partir de l'élaboration de l'expérience.

Par ailleurs, des moments mensuels de visites/entretiens réciproques entre pairs sont activés dans le but de favoriser la discussion directe et l'échange opérationnel entre tous les étudiants impliqués dans le processus de formation.

Conclure la troisième année de formation implique la capacité à sensibiliser un contexte institutionnel à la pratique multifamiliale, à constituer une équipe d'encadrement et à transférer des connaissances et des compétences aux opérateurs participant au GPMF. Cela implique un engagement spécifique en faveur du développement et de la diffusion de la pensée et de l'expérience multifamiliales.

La participation en troisième année permet d'obtenir le certificat de Conducteur Expert.

La troisième année implique la réalisation de 20 unités d'apprentissage bimensuelles d'une durée de 3 heures chacune (60 heures au total), pendant lesquelles chaque étudiant est accompagné par un Formateur/Conducteur expert, et réparties en phases avec une modalité progressive selon l'évolution du projet.

Un travail de fin d'année est exigé dans lequel l'étudiant décrit la mise en œuvre du projet et les résultats obtenus; Il rend compte de l'auto-évaluation de son parcours de formation et des compétences acquises, en mettant en avant les points forts et les points critiques.

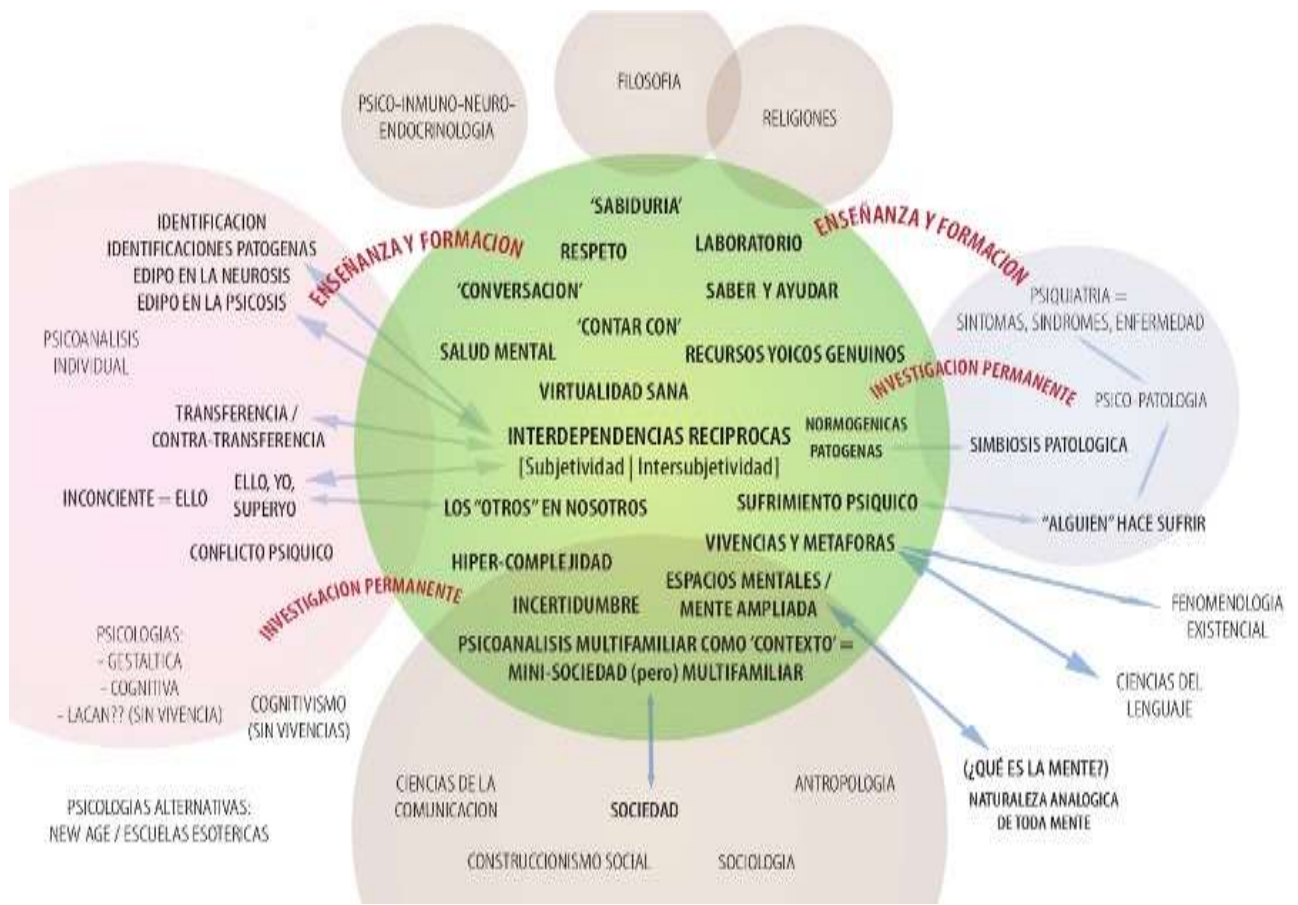
L'évaluation des résultats du projet comprend, outre les contenus prévus pour les deux années précédentes, la vérification des activités réalisées et leurs éventuels réajustements, l'évaluation du fonctionnement et de la satisfaction du GPMF, l'évaluation des effets du projet sur le contexte opérationnel.

TROISIEME ANNEE : SCHEMA GÉNÉRAL			
ACTIVITES	SESSIONS	GÉNÉRAL	HEURES
CONCEPTION	1	Définition du contexte institutionnel/opérationnel	Quinze heures dans deux mois et demi
	2	Définition des objectifs et des destinataires	
	3	Définition des objectifs et des destinataires	
	4	Définition des délais et modalités de mise en œuvre	
	5	Développement du projet et définition de la méthode et des outils de suivi	
Construction/ préparation du contexte	6	Rencontres avec stakeholders et présentation du projet	Quinze heures dans deux mois et demi
	7	Définition de l'équipe, des rôles et des compétences	
	8	Définition de l'organisation : lieu, fréquence, horaires	
	9	Transfert d'informations opérationnelles et de base	
	10	Suivi en cours de la phase	
Création et démarrage du GPMF	11	Présentation du projet au Service/Institution	Trente heures en cinq mois
	12	Contact et implication des familles intéressées	
	13	Démarrage du Groupe PMF	
	14	Conduite du groupe - Participation du formateur au GPMF	
	15	Conduite du groupe - Supervision externe, éclairages méthodologiques sur la Conduite, évaluation du GPMF et suivi permanent	
	16	Conduite du groupe - Participation directe du formateur au GPMF et vérification des compétences	
	17	Conduite du groupe - Supervision externe, éclairages méthodologiques sur la Conduite, évaluation du GPMF	
	18	Conduite du groupe - Participation directe du formateur au GPMF et vérification des compétences Management de groupe - Participation directe du formateur au GPMF et vérification des compétences	
	19	Conduite du groupe - Visite/Discussion entre pairs	
	20	Visite/ échanges entre pairs et évaluation finale	
Suivi et évaluation	5	Définition de la méthode et des outils de suivi	
	10-15	Suivi continu des activités et des compétences	
	20	Évaluation finale du projet terminé	

STRUCTURE DU PROGRAMME DE FORMATION

ANNEE	Destinataires	Domaine théorique	Domaine expérientiel	Travail final	Attestations
Première année	Travailleurs en santé mentale (infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs, techniciens en réadaptation psychiatrique, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes)	- 9 compétences spécifiques -Premier et deuxième niveau des « Articulations » -Approche des principaux contenus du "Vademecum".	Participation à un GPMF Accompagnement d'un tuteur avec une fonction d'orientation et soutien individuel dans le développement de l'expérience de formation.	-La présentation d'un travail théorique est requise.	Facilitateur GPMF
Deuxième année	Psychiatres psychologues psychothérapeutes	- 9 compétences spécifiques -Deuxième niveau des « Articulations », liens avec l'épistémologie psychanalytique et systémique -Recommandations pratiques et facteurs thérapeutiques du Va-demecum	Participation à un GPMF -Accompagner un tuteur avec une fonction d'orientation et d'accompagnement individuel dans le développement de l'expérience de formation.	-La présentation d'un travail théorique et la formulation d'un projet pour démarrer un GPMF sont requises	Conducteur GPMF
Troisième année	Psychiatres psychologues psychothérapeutes	<p>Elle est structurée comme une expérience de « Formation sur le terrain », une intervention individualisée divisée en 4 macro-activités</p> <p>A Une phase de conception /planification</p> <p>B- Définition et préparation du contexte opérationnel/institutionnel</p> <p>C- Fondation et lancement du GPMF</p> <p>D- Suivi et vérification</p>			Conducteur expert en GPMF

Annexe 1 Schéma de "Articulaciones" de Jorge García Badaracco



QUATRIÈME PARTIE

« CONTRIBUTIONS DES PARTENAIRES »

Cette partie contient les contributions que chaque partenaire a jugées significatives pour enrichir les analyses réalisées. Les contributions concernent la diffusion des GPMF dans leurs pays et un aperçu de certains aspects spécifiques de la Psychanalyse Multifamiliale.

I – L'impact du PMF sur les soins de santé publics et privés dans les pays participant à la recherche

II- Éléments intégrateurs du PMF.

A. ESPAGNE

A.1 « Impact de la Psychanalyse Multifamiliale en Espagne »

Norberto Mascaró Masri

À la fin des années 1950, Jorge García Badaracco a commencé dans un service de l'hôpital psychiatrique José T. Borda de la ville de Buenos Aires, une série d'expériences novatrices dans le traitement de la psychose. S'appuyant sur les idées de Maxwell Jones sur la communauté thérapeutique, il introduit la psychanalyse dans le traitement des pathologies mentales graves dans ce vaste contexte social, où il commence à faire des rencontres multifamiliales, où il observe, dans ces groupes, une dynamique particulière qui les différencie de la thérapie de groupe et de la thérapie familiale.

De cette expérience naît une façon de penser et de traiter la maladie, qui permet l'approche simultanée de la dimension individuelle, familiale et sociale de l'esprit, qui se constitue en un modèle intégratif propre, qu'il nomme Psychanalyse Multifamiliale. Ce modèle s'est nourri des conceptualisations de différentes écoles psychanalytiques et d'autres courants de thérapies de groupe et de famille, passées au crible de l'expérience dans les groupes multifamiliaux, un processus qu'il a appelé "recontextualisation de la psychanalyse".

Les idées de García Badaracco sur le traitement des pathologies mentales graves, à travers des contextes larges tels que la Communauté Thérapeutique (Communauté Thérapeutique Psychanalytique de Structure Multifamiliale, 1990) et le Groupe Multifamilial (Psychanalyse Multifamiliale, 2000) sont introduites en Espagne à travers des conférences tenues à Madrid et à Bilbao à partir de 1998 et ont suscité un intérêt particulier chez de nombreux professionnels et administrateurs de la santé mentale.

Après plusieurs années de diffusion de ses propres idées, par le biais de visites périodiques, Norberto Mascaró, directeur associé de la clinique DITEM dirigée à Buenos Aires par J. García Badaracco, arrive à Guecho, en Biscaye (Espagne), au début de l'année 1984. Engagé comme conseiller d'un Centre Expérimental (Consortio Uribe Costa de Salud Mental), dont la mission était de mettre en œuvre une psychiatrie innovante intégrant les différents courants psychothérapeutiques de l'époque.

Cette année-là, avec José María Ayerra et José L. López Atienza, ils ont mis en pratique les idées de García Badaracco, transformant l'hôpital de jour pour patients psychotiques en une communauté thérapeutique de structure multifamiliale, créant à la fin de l'année un groupe de psychanalyse multifamiliale qui fonctionne encore aujourd'hui. De cette expérience est né l'ouvrage "La constitution d'un groupe multifamilial dans une institution publique" (N. Mascaró Masri, 2000).

Progressivement, cette méthode de travail s'est diffusée à travers les réunions annuelles des hôpitaux de jour, les conférences et les congrès nationaux et internationaux. C'est ainsi que cette activité s'est étendue à d'autres domaines thérapeutiques publics et privés, ainsi qu'à la sphère sociale (écoles, hôpitaux non psychiatriques, associations de quartier, etc.) Toutes ces expériences ont été documentées et présentées lors de différents congrès pour être discutées et diffusées.

Depuis le début de cette expérience, nous disposons de la Fondation basque pour la recherche en santé mentale (OMIE), créée en 1979, qui promeut les connaissances dans le domaine de la santé mentale. En collaboration avec des institutions sanitaires et éducatives, elle propose des cours de formation dans différents domaines du travail psychiatrique/psychologique pour les professionnels de la santé. Cette institution nous a permis d'étudier les facteurs familiaux et sociaux qui influencent la maladie mentale et d'organiser une formation sur ces groupes multifamiliaux, ainsi que de diffuser son corps doctrinal que nous appelons la psychanalyse multifamiliale.

Plus tard, nous avons reçu le soutien d'une institution privée de Bilbao (Avances Médicos) qui, au début de l'année 2000, a développé dans son hôpital de jour les idées de García Badaracco sur la Communauté Thérapeutique de Structure Multifamiliale et a mis en place plusieurs groupes multifamiliaux. De plus, cette société a financé la réalisation de deux Journées Européennes des Groupes Multifamiliaux (2009 et 2015).

En 2000, l'Institut de psychanalyse multifamiliale a été créé à Buenos Aires, qui assure la formation et la diffusion de cette discipline. Depuis l'expansion de ces idées en Espagne, des médecins et des psychologues résidents, des infirmiers psychiatriques et des travailleurs sociaux des différentes provinces d'Espagne ont commencé à se rendre à Buenos Aires. Au cours de plus de 20 ans, environ 600 professionnels ont été formés, ce qui a permis la réalisation de nombreux groupes multifamiliaux en Espagne, qui sont actuellement plus de 60 sur l'ensemble du territoire, dont 28 ont participé à la recherche.

Comme nous l'avons noté dans le rapport final de cette recherche (sur les 28 répondants), nous avons observé une distribution géographique irrégulière, démontrant une concentration dans certaines provinces et une absence dans la majorité d'entre elles. À Madrid, 9 FMV opèrent (4 dans la communauté et 5 dans la ville de Madrid). En Biscaye, 9 (6 à Bilbao et 3 à Guecho). À Grenade, 2 (1 dans la province et 1 dans la capitale). À Barcelone, 2 dans la ville. A Elche 2, un dans la ville et un en ligne pour la communauté, et à Malaga (Marbella), Navarra (Pamplona), Alicante (ville), 1 dans chaque province.

Il est significatif que sur les 50 provinces et les 2 villes autonomes d'Espagne, ces groupes multifamiliaux soient présents dans 8 provinces selon les enquêtes, bien que nous sachions que ces GPMF sont également présents dans quelques autres provinces.

En 2017, nous avons créé à Bilbao l'Association de psychothérapie psychanalytique du couple, de la famille et du groupe multifamilial, qui vise à promouvoir et à diffuser la psychanalyse multifamiliale par le biais de cours de formation, de conférences et de congrès.

Il ne fait aucun doute que l'impact de la psychanalyse multifamiliale en Espagne a été important, mais il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne les soins psychiatriques et psychologiques des patients et de leurs familles, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Cette perspective "humanise" la psychiatrie et permet, grâce au traitement bio-psycho-social et surtout aux FMV, prendre soin d'un plus grand nombre de personnes avec moins de ressources économiques, humaines et financières.

Enfin, il convient de mentionner que le GPMF est un "laboratoire social" qui permet d'étudier la complexité des phénomènes mentaux et leur interrelation avec le monde environnant, de favoriser l'apprentissage par l'expérience des professionnels et, surtout, de faciliter la guérison des participants.

Le GMF fournit un modèle d'assistance communautaire qui permet d'aborder les différentes dimensions de l'esprit, dans leurs aspects individuels, familiaux et sociaux, ainsi que les problèmes familiaux et sociaux dans lesquels les individus sont plongés. Son potentiel de développement lui assure un avenir prometteur.

A.II 'Constitution d'un groupe multifamilial dans une institution publique.'

Norberto Mascaró Masri

Tout d'abord, je tiens à remercier les organisateurs de ces journées, l'occasion de partager avec vous une série de réflexions sur le Groupe Multifamilial (GMF) et notamment de vous transmettre comment on crée un groupe de cette nature dans une institution publique. Cette expérience passionnante, complexe et enrichissante, bien que peu répandue, ouvre de nouveaux horizons dans la recherche d'une meilleure prise en charge de la pathologie grave.

Mon expérience personnelle dans ce domaine a commencé en 1972 dans le cadre d'une C.T.P. (Communauté Thérapeutique Psychanalytique) qui fonctionnait à Buenos Aires depuis 1968, et qui avait été créée et dirigée par le Professeur García Badaracco, pionnier dans ce type d'expérience.

Au fil des ans, le GMF s'est révélé être une ressource fondamentale pour aborder les pathologies mentales graves. Les patients et leurs familles ont besoin d'un contexte dans lequel ils peuvent exprimer leurs difficultés personnelles, c'est-à-dire leur "folie particulière" : Ce contexte sera rendu possible par les "autres" capables de contenir les aspects les plus primitifs et manquants de la souffrance psychique et de nous permettre de penser l'impensable et de ressentir l'indicible. La "folie particulière" devient la folie de tous".

Nous pouvons esquisser que l'expression des conflits pathologiques dans la dimension du lien est caractérisée par la présence d'un type d'interdépendances pathogènes vécues avec les figures parentales et qui ont dans le monde interne une validité actuelle qui tend à reproduire ces interdépendances pathologiques dans leurs relations actuelles. Ces situations mettent en évidence ce que l'on appelle le transfert psychotique. Les patients semblent habités par de multiples personnages, souvent incompatibles entre eux, produits d'identifications pathologiques avec les parents qui ont empêché le développement d'un moi. Ainsi, le malade mental grave a besoin d'être sauvé de la "folie" dans laquelle il est plongé, c'est-à-dire du réseau d'interdépendances pathogènes qui l'enferme dans la relation avec les autres et des objets délirants qui peuplent son monde intérieur.

Je décrirai ensuite une expérience de constitution d'un GMF en 1985, dans l'hôpital de jour d'une institution publique située à Guecho, en Biscaye. Cet hôpital de jour, qui fonctionne selon les principes du C.T.P., accueillait quotidiennement 16 patients dans un horaire compris entre 9h30 et 13h30, où ils réalisaient une série d'activités de groupe complétées par des thérapies individuelles et familiales. La consolidation du système thérapeutique, selon les principes du CTP, comme García Badaracco l'avait développé à Buenos Aires, nous a amenés à relever le défi de la mise en place d'un groupe multifamilial.

L'équipe thérapeutique qui a mené à bien cette tâche a opéré en cothérapie et était composée de trois psychiatres, d'un psychologue et d'un infirmier psychiatrique. Nous partagions tous l'intérêt

de soulager la souffrance mentale des patients et de leurs familles, et le besoin d'une expérience qui inverserait le pessimisme existant dans le traitement de ces patients graves. Il convient de noter que l'expérience professionnelle n'était pas comparable chez tous les membres de l'équipe, ce qui n'était pas un obstacle à la tâche, puisque la coterapia était un magnifique moyen d'apprentissage, par le biais du travail clinique et de la réflexion continue.

La nécessité de créer cette ressource, du point de vue de son potentiel thérapeutique, était connue par certains et intuition née par d'autres membres de l'équipe. Le début de l'expérience a respecté le moment évolutif de l'équipe thérapeutique, qui commençait à peine son voyage, en tenant compte de sa capacité émotionnelle, psychologique et formative à contenir les angoisses intenses que les différents moments régressifs produisent et à contenir à leur tour les propres angoisses produites par les nouvelles expériences.

Le meilleur début nous a été présenté comme un groupe de familles auquel les patients désignés ne participaient pas. Les fantasmes destructeurs qu'ils ont produits en réunissant plusieurs familles avec leurs membres psychotiques ont été partagés par certains membres de l'équipe et leurs propres membres de famille.

Le travail précédent avec les familles pour obtenir leur participation, s'est concentré sur la transmission de l'importance de partager avec d'autres familles, des difficultés similaires en relation avec les circonstances qu'elles vivaient. En outre, on leur a offert la possibilité d'apprendre à connaître les problèmes auxquels elles devaient faire face dans l'intimité de la vie familiale. Après de multiples rencontres avec chaque famille, ils ont pu surmonter la résistance à affronter leurs propres difficultés, souvent masquées par des peurs et des préjugés liés à la rupture de leur propre intimité.

Nous commençons donc à rencontrer les familles une fois par mois. Au cours de la première année de travail, le discours a tourné autour des absents-présents, c'est-à-dire des patients désignés.

Tout d'abord, les parents se sont intéressés à la nature de la maladie mentale et aux attitudes à adopter dans des situations qui leur étaient inconnues. Une attitude pédagogique de la part de l'équipe était alors très utile. D'autre part, l'hostilité commençait aussi à se manifester chez les absents-présents, dépositaires des aspects les plus destructeurs et sadiques des géniteurs.

Dans ces premiers moments, nous n'avons jamais perdu de vue que notre objectif principal était de mobiliser les défenses, d'analyser les conflits déplacés dans les relations et de s'occuper fondamentalement des déficiences structurelles et des besoins émotionnels profonds, qu'au fur et à mesure que notre travail avançait, nous nous retrouvions nous-mêmes.

Malgré cela, le début a été axé sur la maîtrise des angoisses, l'évitement des conflits et surtout le soulagement de l'intense culpabilité que ces maladies génèrent.

La préoccupation initiale était de créer un climat émotionnel de fiabilité, où nous n'étions pas persécutés, mais des personnes désireuses de les aider. Une activité thérapeutique active avec une teinture de dialogue a contribué à créer ce climat. Nous savions que la potentialité thérapeutique n'est pas donnée en soi, mais qu'elle dépend, selon notre expérience, d'une façon de faire particulière.

Après un an de travail, le groupe s'étant consolidé, les parents ont demandé à augmenter la fréquence des séances. Ils ont affirmé que c'était le seul espace dont ils disposaient pour parler de

leurs problèmes ; et en ce qui concerne leurs enfants, qui suivaient un traitement intensif (4 heures par jour, du lundi au vendredi), ils disposaient d'un rendez-vous mensuel, ce qui était insuffisant.

L'équipe a estimé que cette demande était importante pour le processus thérapeutique et a envisagé d'augmenter la fréquence des réunions, qui sont devenues bimensuelles.

Au cours du développement du groupe multifamilial, nous sommes passés d'un discours circulaire centré sur les patients à un partage de situations de vie douloureuses : angoisse profonde, culpabilité intense, insécurités, frustrations et un pessimisme intense qui était la principale barrière au processus thérapeutique de ces personnes. Ainsi, une culture thérapeutique a été créée dans laquelle ce qui arrivait aux patients désignés n'était pas si différent de ce qui leur arrivait à eux-mêmes. L'inclusion des histoires familiales, en termes d'origines, a également aidé à comprendre que la maladie mentale a une histoire et que chacun peut être victime de situations imprévisibles qui décident de notre destin.

Peu à peu, l'espoir est apparu que les choses pouvaient changer et qu'une vie plus satisfaisante pouvait être réalisée.

Ce développement de groupe a permis aux parents d'effectuer leur propre processus thérapeutique; ainsi, différents moments d'évolution ont été observés chez eux, ce qui a généralement conduit les plus âgés à assumer des fonctions co-thérapeutiques. Quoi de mieux qu'une mère ou un père ayant vécu des situations de souffrance psychologique intense pour comprendre et transmettre un espoir à d'autres parents en période de crise.

Après environ deux ans de travail, une fois le groupe consolidé, la nécessité d'inclure physiquement les enfants a commencé à être perçue comme un moyen d'approfondir le problème. Cette situation a été partagée avec les parents, qui ont d'abord exprimé un rejet manifeste, et qui se sont installés dans des fantasmes, déjà notés comme destructeurs et catastrophiques ; bien que certains membres de l'équipe se soient contre-identifiés avec ces aspects paternels, se sont opposés à l'inclusion sous le prétexte que ces parents étaient privés du seul endroit qu'ils avaient comme leur propre maison. Inconsciemment, ils vivaient la situation comme si nous jouions un champ de bataille où les enfants détruiraient leurs parents. D'autres membres de l'équipe, en revanche, ont parié "pour une tâche plus complexe et plus difficile, mais en même temps plus gratifiante.

L'inclusion de patients désignés s'est faite progressivement et il a été observé que le dialogue s'est approfondi. Les aspects initiaux de la catastrophe imminente ne se sont pas réalisés et le groupe existe depuis 15 ans. Les réunions sont hebdomadaires et une trentaine de personnes y participent.

En termes de travail thérapeutique, nous voudrions souligner que, dans une perspective psychanalytique, les relations interpersonnelles de nature narcissique, où la communication verbale et non verbale est au service du contrôle et non de l'information, sont la reconnaissance de l'autre en tant qu'être indépendant.

On observe comment les difficultés des parents, ce que García Badaracco appelle le manque de ressources égoïques, sont compensées par des dépôts massifs, générant des relations de complémentarité pathologique.

Toute situation de discrimination ou d'autonomie au sens de l'épanouissement psychologique est vécue comme une menace pour l'équilibre familial. Ainsi s'établit l'ordre d'une homéostasie

perverse. Ce climat émotionnel favorise au fil du temps l'introjection de relations pathologiques qui, recréées dans le monde interne de chaque membre de la famille, constituent ce que García Badaracco appelle l'objet délirant, qui, agissant de manière dissociée dans l'esprit, contribue à créer une situation pathologique et pathogène.

L'équipe, travaillant alors en contre-interrogatoire, fera une lecture des phénomènes inconscients qui déterminent une dynamique particulière dans le groupe. D'autre part, elle analysera les caractéristiques de la personnalité de ses membres, le type de communication manifeste, le leadership assumé et le jeu de rôle établi.

Les exigences émotionnelles et intellectuelles plus importantes auxquelles le thérapeute de groupe est soumis font de cette procédure partagée une ressource d'une grande efficacité thérapeutique pour faire face à des phénomènes complexes et difficiles.

J'ai évoqué précédemment l'importance de cette procédure dans la formation des thérapeutes de groupe et de famille.

Pour conclure, je voudrais souligner certains aspects du travail clinique.

Tout d'abord, il est nécessaire de favoriser un climat émotionnel qui facilite la communication et la confiance. Pour cela, il est important que les membres de l'équipe trouvent le bon dialogue pour chaque situation. Parfois, la prise de contact avec une situation donnée nécessite de faire équipe avec des aspects symbiotiques du groupe multifamilial. Sachant que ces modalités pathologiques traduisent l'existence de carences profondes et de besoins affectifs cachés et non partagés sagement, qui empêchent la possibilité d'une pensée élaborée. Souvent, le thérapeute est "immergé" dans ces situations pour être investi d'aspects transférentiels intenses, mais il a toujours la présence d'autres personnes qui agissent comme une sauvegarde de l'expérience, en parlant à un autre niveau et en interprétant ce qui se passe dans la séance. Cela fournit la nourriture nécessaire pour poursuivre la tâche. Cette complémentarité opérationnelle permettra d'échanger les rôles et de constituer un processus dialectique dans lequel la famille est incluse.

Cette façon de travailler exige de la part de l'équipe une capacité d'auto-analyse et de réflexion pour faire face aux angoisses qui émergent dans la tâche, ainsi qu'aux divergences, qui s'installent souvent sur des rivalités latentes, mais qui correspondent à des impacts transférentiels intenses, qui déterminent une dynamique spéciale dans l'équipement qui, si elle n'est pas élaborée, deviendra une résistance dans le travail avec le groupe multifamilial. L'analyse de ce que l'on appelle le contre-transfert au sens large est un élément essentiel pour mener à bien cette tâche.

B. PORTUGAL

B.1 Histoire des groupes multifamiliaux au Portugal.

Paula Godinho

Les groupes multifamiliaux (GMF), qui réunissent au moins deux générations et impliquent la présence de patients en traitement, ont vu le jour au Portugal en 2001 à l'hôpital de jour du service de psychiatrie de l'hôpital Santa Maria, actuellement désigné comme l'hôpital de jour du service de psychiatrie et de santé mentale de l'hôpital Santa Maria/département des neurosciences et de la santé mentale du centre hospitalier universitaire de Lisbonne-Nord (CHULN).

L'hôpital de jour était l'unité d'hospitalisation pionnière inaugurée dans le service de psychiatrie de l'hôpital Santa Maria en 1957, marquant l'établissement du premier service de psychiatrie au Portugal intégré dans un hôpital général. Il a été fondé par le premier directeur du service, le professeur Barahona Fernandes, qui a inculqué une culture institutionnelle de coexistence pluraliste.

Le modèle opérationnel actuel a été mis en place en 1977 par un groupe de psychiatres : João França de Sousa, César Vieira Dinis, Isaura Manso Neto et Sara Ferro. Ils ont développé un modèle principalement psychanalytique et analytique de groupe opérationnel dans un contexte de groupe, où l'équipe thérapeutique a toujours joué un rôle crucial. Ce modèle englobe des objectifs thérapeutiques, de formation et de recherche.

L'hôpital de jour de l'hôpital Santa Maria a été développé sur le modèle du séminaire João dos Santos (França de Sousa, 2013), un pionnier de la pédopsychiatrie moderne et de la santé mentale au Portugal et l'un des fondateurs de la Société psychanalytique portugaise. Le Dr João dos Santos a étudié et travaillé en France avec Henri Wallon, G. Heuyer, J. Ajuriaguerra, H. Ey, A. Thomas, René Diatkine, Jacques Lacan, Sacha Nacht, Pierre Luquet et Serge Lebovici.

L'impact de cette unité de référence au Portugal, dans le traitement des patients réputés "difficiles" et dans la formation des étudiants de premier et de deuxième cycle, a été principalement documenté dans les ouvrages "Treating and Training - A 30 Years Experience of a Team with a Group-Analytic Framework" (Traiter et former - 30 ans d'expérience d'une équipe avec un cadre d'analyse de groupe). Il a reçu le prix Jane Abercrombie décerné par la Group Analytic Society (Londres) en 2008 (Neto, Fialho, Godinho et Centeno, 2010).

Depuis sa création, le traitement à l'hôpital de jour a mis l'accent sur l'importance des interactions et des relations familiales dans l'origine des pathologies et l'évolution thérapeutique des patients. Dans les premières années, les familles ont été invitées à participer au processus thérapeutique, avec des entretiens menés à des fins diagnostiques et thérapeutiques. Pendant de nombreuses années, Isaura Neto a organisé des groupes de parents sans la présence de patients. Ces groupes exclusivement parentaux ont permis de recueillir des données cliniquement pertinentes qui ne pouvaient pas être utilisées directement dans le traitement des patients pour des raisons de confidentialité.

En 2001, lors du troisième congrès européen de l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent sur le thème "Psychopathologie et parentalité", qui s'est tenu à Lisbonne, Isaura et moi avons parcouru, comme d'habitude, les livres qui venaient d'arriver de l'autre côté de l'Atlantique. Nous avons trouvé "Multifamily Psychoanalysis" de Jorge García Badaracco, récemment publié, que nous avons décidé d'acheter. Isaura Neto a immédiatement

organisé sa lecture en distribuant les chapitres entre Maria João Centeno, Teresa Fialho, l'infirmière Pilar Marques et le reste de l'équipe de l'hôpital de jour. Après la lecture du livre, le premier groupe multifamilial (MFG) au Portugal est né immédiatement, et il s'est poursuivi sans interruption jusqu'à aujourd'hui.

Le Groupe Multifamilial de l'Hôpital de Jour est un groupe semi-ouvert, à ouverture lente (sans date de début ou de fin, les nouveaux membres remplacent ceux qui partent), hétérogène en termes de diagnostic, avec une fréquence bihebdomadaire, une durée de 2 heures, et est animé par une équipe multidisciplinaire. Au cours de ces 22 années, il a subi quelques adaptations. Dans les premières années, il n'incluait que les patients qui dépendaient financièrement de leurs parents, à l'exclusion des patients qui vivaient déjà de manière indépendante. Plus tard, il a commencé à inclure tous les patients de l'hôpital de jour, en élargissant également la présence à d'autres membres de la famille et à des personnes significatives. Ainsi, les parents, les conjoints, les oncles, les cousins, les frères et sœurs, les grands-parents, etc. ont commencé à participer, ayant déjà réuni simultanément trois générations et plus de 50 personnes. Pendant la pandémie de Covid-19, les groupes ont fonctionné en ligne pendant environ deux ans, avant de revenir à la formule actuelle en personne.

Depuis le début, ce MFG à Lisbonne inclut la présence d'observateurs externes, ce qui a conduit à sa diffusion dans d'autres institutions de notre pays : dans l'hôpital de jour de l'hôpital Fernando da Fonseca (Godinho, P ; Dias, M.J, Matos, M.,2004) et, en 2006, dans le centre de jour de l'Institut de traitement des addictions (IDT), puis dans l'hôpital de jour du service de psychiatrie de l'hôpital Egas Moniz/Centre hospitalier de Lisbonne-Ouest, et dans des communautés thérapeutiques : à la Fondation Romão de Sousa (Estremoz), à la Communauté Vie et Paix (Fátima), etc.

Les services de santé au Portugal sont dans une phase de restructuration et de réorganisation. Le potentiel des MFG s'étend de la maladie mentale ou physique à la santé, des hôpitaux à la communauté. La législation portugaise récente souligne l'importance de l'intégration des soins de santé hospitaliers et communautaires, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Nous sommes confrontés au défi et aux multiples opportunités d'une plus grande diffusion de ce puissant outil de transformation, générateur de dialogue et école d'humanité.

***B.II Le "syndrome de la porte ouverte" : Un diagnostic basé sur un groupe multifamilial
Maria João Centeno; Paula Godinho; Teresa Fialho; Ana Luísa Teixeira; Isaura Manso Neto***

Résumé

Les auteurs ont créé un groupe multifamilial (MFG) dans un hôpital de jour psychiatrique d'un grand centre hospitalier universitaire de Lisbonne, accueillant des patients aigus et sévères. Cet hôpital de jour, qui fonctionne depuis 1997, adopte un cadre principalement psychanalytique et groupal.

Le MFG est un outil psychothérapeutique innovant fondé sur la psychanalyse multifamiliale de Jorge García Badaracco, qui a été intégré au programme psychothérapeutique de l'hôpital de jour depuis avril 2001. La MFG englobe les patients, leurs proches et l'équipe clinique, sur au moins deux générations.

En plus de ses objectifs thérapeutiques, le MFG remplit des fonctions éducatives et de formation pour divers professionnels de la santé, à savoir des psychiatres, des psychologues et des infirmières, qui effectuent des stages à l'hôpital de jour.

Les auteurs donnent ici un bref aperçu des caractéristiques du MFG, en le situant dans le contexte de l'hôpital de jour. Ils attirent l'attention sur un ensemble de signes et de symptômes associés à une symbiose pathologique et à l'absence de limites au sein de certaines familles. Ces manifestations se manifestent par des interactions intrafamiliales reproduites dans la MFG. Les auteurs ont inventé le terme de "syndrome des portes ouvertes" pour résumer cet ensemble de signes et de symptômes.

Mots-clés : Famille, Journée d'hospitalisation, Multifamille, Psychiatrie, Syndrome.

"Quand une porte se ferme, une fenêtre s'ouvre." (Proverbe populaire)

Introduction

L'hôpital de jour

L'hôpital de jour est une unité psychiatrique au sein d'un grand centre hospitalier universitaire à Lisbonne, dédié au traitement des maladies mentales sévères. Établi en 1977, cet hôpital de jour (HdJ) fonctionne principalement dans un cadre psychanalytique et analytique de groupe, traitant des patients, principalement de jeunes adultes, atteints de troubles anxieux et de l'humeur, ainsi que de décompensations psychotiques souvent liées à des troubles de la personnalité.

Au HdJ, le programme thérapeutique comporte des activités individuelles et de groupe, comprenant un groupe analytique psychothérapeutique et, depuis 2001, un groupe multifamilial (GMF) basé sur la psychanalyse multifamiliale de Jorge García Badaracco. Le GMF comprend des patients, leurs proches et l'équipe clinique, sur au moins deux générations.

Ce qui distingue ce groupe des autres cadres thérapeutiques est sa capacité unique à observer directement les modèles comportementaux et relationnels familiaux, qui se manifestent spontanément dans ce cadre.

Tout au long de son existence, l'équipe HdJ a été consciente de l'importance des relations familiales, tant dans l'origine des pathologies que dans l'évolution thérapeutique de ses patients. Indépendamment des diagnostics nosologiques, de nombreux patients révèlent des interdépendances pathologiques telles que la symbiose pathologique. Au sein de ces familles, certains membres entretiennent des relations d'interdépendance pathologique, ne reconnaissent pas les différences, exercent un contrôle et sont intrusifs. En d'autres termes, ils ignorent ou rejettent l'existence de limites psychologiques. Il est intéressant de noter que nous avons observé dans ces familles une corrélation entre l'absence de limites psychologiques et l'absence de limites physiques dans leur environnement de vie.

L'équipe et les patients

Les personnes qui suivent un traitement à l'hôpital de jour présentent souvent certaines des caractéristiques suivantes :

1. Antécédents de traitements antérieurs dans d'autres contextes et sous différentes approches, menés avec peu ou pas de succès.
2. Symptômes graves de dépression et d'anxiété.
3. Idées suicidaires et comportements suicidaires et autodestructeurs.
4. Abus de substances, engagement dans des comportements à risque et difficultés d'adaptation sociale.
5. Autonomie limitée.

Dans une analyse psychodynamique, ces patients présentent un fonctionnement psychologique caractérisé par :

1. Des perturbations précoces des relations d'objet.
2. Une angoisse de séparation prédominante.
3. Un moi peu cohérent et narcissiquement déficient.
4. Des egos fragiles et des super egos mal organisés.
5. Instabilité affective prononcée, due à la répétition continuelle du processus d'idéalisation/dés idéalisation.
6. Mécanismes de défense faibles ou insuffisants, avec recours à des défenses primitives comme le clivage, l'identification projective, l'idéalisation et le déni.
7. Déficits dans la mentalisation de la vie psychique.

Groupe multifamilial et familles

Le groupe multifamilial de l'hôpital de jour est une initiative thérapeutique issue du travail clinique avec les patients et leurs familles, d'une durée de 120 minutes toutes les deux semaines.

Au fur et à mesure que l'engagement des familles dans le groupe s'intensifie et que leur confiance dans les Conducteurs s'approfondit, l'exploration partagée des contenus psychiques devient plus évidente à travers les interactions du groupe. Ces interactions montrent comment, par exemple, le désaccord des enfants avec leurs parents, qui reflète souvent une tentative de se différencier de leurs parents, sert de cause sous-jacente aux conflits et tensions familiaux. Ces conflits perpétuent des liens pathologiques et pathogènes, empêchant le développement de l'autonomie.

Dans ces familles, le défi de rester ensemble et l'impossibilité de se séparer sont palpables. L'absence d'individuation fait de la famille la projection d'un corps collectif indifférencié, où l'altérité n'est pas reconnue. La prévalence du "non-dit" domine dans ces familles, dont les liens visent à maintenir déniée et/ou répudiée la souffrance psychique qui ne peut être envisagée.

Les difficultés évidentes de mentalisation conduisent à privilégier l'action sur la pensée et la symbolisation, éliminant progressivement les possibilités de s'organiser en tant qu'individus distincts. Au lieu de cela, les individus se retrouvent piégés dans des cycles répétitifs sans issue apparente. Les comportements parentaux déviants, tels que l'inceste ou la conduite incestueuse, se manifestent souvent, les rôles et les positions au sein de la famille changeant de manière interchangeable. Cela souligne l'absence de limites pour le moi. Dans de tels contextes, l'autorité et l'altérité ne sont pas reconnues.

Les enfants adoptent souvent le rôle de soignants pour leurs parents et sont fréquemment contraints de jouer le rôle de médiateurs dans les conflits conjugaux, voire d'intervenir pour prévenir les agressions physiques entre leurs parents. En outre, les enfants peuvent se voir confier les révélations sexuelles intimes de leurs parents, ce qui apparaît initialement comme un geste flatteur mais se révèle finalement être un cadeau préjudiciable, car cela peut contribuer à la perturbation et à la désorganisation de leur personnalité et de leur sexualité.

Dans ce contexte, Racamier (2010) a introduit une pathologie dans le domaine de la séduction narcissique, qu'il a qualifiée d'"incestuelle". Celle-ci désigne une forme d'organisation du groupe familial qui s'écarte de la structure œdipienne, typiquement liée à la triangulation et à la prohibition de l'inceste. En d'autres termes, il s'agit d'une atmosphère de vie individuelle et collective caractérisée par l'inceste, sans qu'il s'agisse nécessairement d'aspects directement liés

aux préoccupations génitales. Il en résulte un brouillage des frontières entre l'espace public et l'espace privé. Toutes les frontières sont mal définies, la seule frontière distincte étant celle imposée par le monde extérieur, dépeint comme périlleux et menaçant. Il n'y a pas de démarcation claire entre la vie privée de la famille et des enfants, une situation qui se manifeste souvent dans l'utilisation de l'espace physique à l'intérieur de la maison.

La maison, en tant qu'espace physique, sert de paradigme pour l'établissement ou l'absence de limites. Il peut s'agir d'un lieu ouvert ou fermé à l'observation extérieure, avec ou sans barrières internes. Cet espace peut être soit régulé par des règles ou des contraintes, soit un espace transparent sans limites, où chaque place appartient à tout le monde et à personne. L'espace intérieur de la maison comprend les murs et les portes qui agissent comme des éléments de séparation et des marqueurs de l'espace ou de l'absence d'espace de l'autre. Dans leur transparence ou leur opacité, ils s'engagent dans une sorte de "jeu de cachette et de silence, ou de révélation, de vue et d'écoute". La maison peut être le théâtre de conquêtes et de compromis, d'ordre ou de chaos, un havre de sécurité ou, au contraire, un lieu qui menace l'intégrité et l'individualité.

Dans de nombreuses familles, tout est transparent et ouvert : la porte de la chambre des parents reste ouverte. De même, les enfants n'ont pas le droit de fermer la porte de leur chambre, ni même celle de la salle de bain, et leur droit à l'intimité n'est ni reconnu ni respecté. Souvent, les enfants, qu'ils soient adolescents ou adultes, n'ont pas de chambre ou de lit individuel. Certains partagent leur chambre avec leurs parents, leurs grands-parents ou d'autres membres de la famille, une pratique acceptée sans critique. Dans de nombreux foyers, les portes n'ont pas de clés ou les serrures ont été intentionnellement endommagées, ce qui les empêche d'être sécurisées.

Plusieurs membres de la famille utilisent simultanément la salle de bain sans aucun sens de l'intimité ou de la discrétion, en maintenant une proximité physique exagérée, parfois sous le couvert de la surveillance et du maintien de l'hygiène ou de la santé. La banalisation de ces aspects apparaît comme un obstacle important à l'identification de la dynamique incestueuse dans le contexte clinique. Les parents perçoivent tout ce qui n'est pas ouvertement partagé par leurs enfants comme intrinsèquement répréhensible et inapproprié, se rebellant contre la non-transparence. Les enfants, soumis à un contrôle rigoureux, sont souvent découragés d'établir des contacts en dehors de la famille, soi-disant pour leur protection.

Lors d'une séance du groupe multifamilial, la mère d'une patiente a expliqué qu'elle avait l'habitude de s'asseoir à côté de sa fille lorsqu'elle utilisait l'ordinateur pour discuter avec ses amis. Elle a exprimé sa confusion face aux objections de sa fille, estimant que si celle-ci affirmait ne pas être engagée dans des activités inappropriées, il ne devrait pas y avoir de problème à observer à qui elle parlait et la nature de ses conversations avec ses amis.

Une autre mère a exprimé sa perplexité quant au besoin de sa fille d'appeler ses amis et de passer du temps avec eux alors que, selon elle, les parents pouvaient apporter plus d'aide que n'importe qui d'autre. Elle a explicitement désapprouvé la préférence de sa fille pour les conversations avec des amis plutôt qu'avec la famille, affirmant que la confiance devait être placée exclusivement dans la famille. Cette même mère désapprouve le fait que sa fille s'isole dans sa chambre. En réponse, la fille a expliqué qu'elle avait simplement besoin d'un espace personnel et qu'elle accueillait volontiers les personnes qui frappaient à la porte pour signaler leur arrivée. La mère a critiqué cette attitude qu'elle a jugée déraisonnable et inutile, l'interprétant comme un signe que sa fille avait probablement quelque chose à cacher.

Les parents d'un autre patient ont expliqué qu'aucune porte n'était fermée à clé dans leur maison. Ils avaient enlevé toutes les serrures il y a quelques années pour empêcher leur fils de s'isoler, déclarant qu'il n'était pas nécessaire de verrouiller les portes car, de leur point de vue, il n'y avait rien à cacher. L'un des thérapeutes leur a demandé ce qu'ils pensaient qu'il arriverait à leur fils. La mère a répondu, en exprimant son incertitude, que "peut-être qu'il pourrait se sentir mal ou être dans une situation où il pourrait mourir seul, sans que personne ne puisse l'aider".

Le père d'un autre patient a raconté que, pendant l'enfance de son fils, il avait retiré toutes les clés des portes, craignant qu'il ne lui arrive quelque chose. Même après que les clés aient été remises en place, les portes sont restées déverrouillées.

Une autre patiente s'est plainte de ne pas pouvoir fermer la porte de sa chambre parce que sa mère avait tourné la clé dans la serrure, laissant le pêne à l'extérieur et faisant disparaître la clé.

Ces extraits des MFG mettent en évidence la surveillance continue des enfants et l'entrave à leur intimité, indiquant l'incapacité des parents à reconnaître et à comprendre leur besoin de différenciation. Nous qualifions cet ensemble d'éléments cliniques de "syndrome de la porte ouverte", représentant un paradigme des défis intrafamiliaux dans l'atteinte de l'autonomie.

Conclusion

Nous affirmons qu'en tant que cliniciens, nous devons être de plus en plus attentifs aux modèles relationnels et comportementaux au sein de la cellule familiale, en reconnaissant que même des comportements apparemment normaux peuvent dissimuler des troubles psychologiques importants. Dans le contexte de l'incapacité à rompre les liens symbiotiques, les tendances incestueuses peuvent apparaître comme le seul mécanisme de défense contre la séparation redoutée.

Il semble important de s'enquérir des habitudes d'hygiène de la famille et de caractériser l'espace physique, en examinant la façon dont il est utilisé et partagé par les différents membres du ménage. Cette exploration peut révéler des dimensions cachées du dysfonctionnement individuel et familial. Il est également recommandé de poser des questions, car les individus peuvent ne pas divulguer ou exprimer volontairement leurs préoccupations. Ils perçoivent souvent comme naturels et banals certains comportements et habitudes qui, après un examen plus approfondi, se révèlent hautement pathologiques et pathogènes. Cette approche peut servir de voie pour dévoiler des secrets cachés et des vérités inavouées, sous la surface de l'équilibre familial supposé.

Ce dysfonctionnement ne peut souvent être diagnostiqué qu'en interrogeant les conditions les plus fondamentales de la vie privée au sein de la famille. Les questions concernant les chambres à coucher individuelles, l'organisation du sommeil, la pratique de la fermeture des portes de la chambre et de la salle de bain, l'utilisation solitaire de la salle de bain et la courtoisie de frapper avant d'entrer sont cruciales.

L'interrogation sur ces aspects chez les adultes reste un domaine où les professionnels de la santé mentale semblent insuffisamment attentifs. Nous soulignons l'importance d'investir davantage dans la sensibilisation, la formation et la préparation des professionnels de la santé, ainsi que la nécessité de créer des programmes dédiés à la détection précoce des dysfonctionnements familiaux, souvent déguisés en normalité.

Au sein du foyer, il est nécessaire de fermer les portes pour pouvoir ouvrir les fenêtres sur le monde.

C. BELGIQUE

C.1 La psychanalyse multifamiliale en Belgique

Martine Lambrechts

La psychanalyse multifamiliale est arrivée en Belgique en 2015. Lors du congrès de l'ISPS à New York (2015), le Dr Andrea Naracci et Catherina Tabasso ont montré une vidéo de leur travail multifamilial à Rome. Profondément touchés, nous avons été immédiatement convaincus du puissant potentiel de la réunion des familles dans la guérison et la compréhension d'une crise psychotique.

Martine Lambrechts (psychologue/psychothérapeute psychanalytique) a apporté cette expérience sur son lieu de travail, le programme de soins de la psychose au Centre Psychiatrique Universitaire Z.Org KULeuven (Kortenberg). Avec Jef Lisaerde (psychologue/psychothérapeute systémique), ils ont lancé un groupe multifamilial (GMF) ciblant les jeunes adultes présentant une vulnérabilité psychotique, qui sont soignés dans deux endroits différents :

- Dans le service hospitalier Joris, qui offre un environnement thérapeutique et structuré, combine les principes d'une communauté thérapeutique (Ciompi) avec les idées de la psychothérapie institutionnelle (Oury). Le service a une longue tradition de travail avec les familles monoparentales, inspiré par la tradition du modèle du dialogue ouvert et enrichi par les idées psychanalytiques interpersonnelles de Bion et Winnicott, entre autres.
- Au sein d'un service ambulatoire de psychose précoce, VRINT, situé au cœur de la ville de Louvain (à 10 km de l'hôpital). Ce service vise à fournir des soins à bas seuil, basés sur les besoins, aux jeunes présentant des signes précoces de psychose et à leurs familles. Conformément au modèle dimensionnel et diagnostique de Van Os et Kapur, il renonce à la vision pessimiste de la psychose et de la schizophrénie et tente d'installer l'espoir dans le travail avec le patient psychotique.

Une collaboration privilégiée existe entre le service d'hospitalisation et le service ambulatoire, car tous deux travaillent souvent avec les mêmes patients à un moment différent de leur maladie. Par conséquent, il était assez "naturel" d'organiser un GMF axé sur les patients et leurs familles au sein de ces 2 services. La première réunion a lieu en janvier 2016. Martine Lambrechts et Jef Lisaerde en rendent compte lors du congrès 2017 de l'ISPS dans une conférence intitulée : *The start-up of a multi-family group for young psychotic patients and their families within a systemic and psychodynamic framework* (Le démarrage d'un groupe multifamilial pour les jeunes patients psychotiques et leurs familles dans un cadre systémique et psychodynamique).

Le GMF gagne progressivement plus de soutien au sein des équipes des deux services. Pour leur permettre également de mieux connaître le fonctionnement et la théorie du GMF dans le cadre de García Badaracco, une visite de travail à Rome suit en 2018 avec une délégation de Vrint et Joris (Sophie Guiot (psychiatre/superviseur de service/thérapeute psychanalytique), Niel Van Cleyenbreughel (psychologue/thérapeute psychanalytique), Saskia Verbesselt (infirmière), Leen Lambrechts (infirmière), Jef Lisaerde et Martine Lambrechts. Ils participent à certains GMF à Rome, guidés par Andrea Naracci, Catherina Tabasso et leur équipe. A cela s'ajoutent des sessions théoriques sur les principes du travail de García Badaracco.

En 2019, Vrint et Joris décident de scinder le groupe commun pour des raisons pratiques. Il en résulte deux groupes multifamiliaux selon le modèle de García Badaracco, l'un à Vrint et l'autre à Joris. La relance du groupe dans le service d'hospitalisation fera l'objet d'un rapport lors du

congrès de l'ISPS à Rotterdam (2019), sous le titre " La grossesse du bébé GMF - devenir des parents GMF".

Les deux groupes GMF connaissent alors une progression différente, amplifiée par l'arrivée de la pandémie. Vrint choisit de créer un groupe numérique, tandis que Joris choisit d'interrompre le groupe et de le reprendre en 2021. Entre-temps, les deux groupes ont leur propre identité. Leur intégration dans l'opération thérapeutique propre à chaque service soulève également de nouvelles questions sur la technique. En témoigne la conférence au congrès de l'ISPS à Pérouse en 2022 - "Quand le corps est invité à parler : lever les mains comme technique dans la GMF."

Grâce à Mariska Christiaenen (psychologue/psychothérapeute systémique et psychanalytique), qui travaille au GMF de Vrint et qui enseigne dans le programme de formation postuniversitaire en psychothérapie psychanalytique à l'Université catholique de Louvain, la psychanalyse multifamiliale entre dans le programme d'études des thérapeutes en formation.

La recherche de terrain dans le cadre du projet Erasmus+ nous apprend deux choses importantes sur la psychanalyse multifamiliale:

- Les GMF existant en Belgique s'orientent selon deux courants : un GMF plus orienté vers le comportement, dans lequel le travail se fait avec des groupes protocolaires et fermés ; un GMF plus orienté vers la systémique, travaillant avec des groupes ouverts et continus. Le GMF psychanalytique, jusqu'à présent inconnu en Belgique, semble se rapprocher de cette seconde tradition.
- Dans les groupes de discussion, il est apparu clairement que les thérapeutes de GMF ont un grand besoin de formation et d'« intervision ».

Le projet a réussi à faire connaître la psychanalyse multifamiliale et à jouer un rôle de premier plan dans le développement de la formation. Grâce au projet, il apparaît clairement que l'impact de la psychanalyse multifamiliale doit être développé de deux manières :

- Bottom-up - à partir de la pratique clinique :

1. Dans le cadre du suivi du projet Erasmus+, une demande est faite pour une subvention afin de soutenir le démarrage d'un nouveau groupe multifamilial pour les jeunes âgés de 15 à 25 ans (âge de transition) ayant des difficultés mentales, qui sont sur la liste d'attente pour l'admission dans un service de l'hôpital psychiatrique universitaire de Kortenberg. Ce projet comprend également la formation des nouveaux collègues qui participeront à ce groupe.
2. Continuer à développer le réseau des MFG-thérapeutes, c'est pourquoi nous organisons une réunion avec tous les MFG-thérapeutes intéressés lors de notre journée d'étude en janvier.

- Du haut vers le bas - par des initiatives au niveau de l'organisateur

3. Dans le centre psychiatrique, avec la possibilité de développer davantage le MFG tant sur le plan clinique qu'au niveau de l'organisation de la formation.
4. À l'université, où la place de la MFG peut se développer davantage dans la formation postuniversitaire des thérapeutes et en tant que projet de doctorat au sein du département clinique.

C.II « La mise en place d'un groupe multifamilial (GMF) pour de jeunes patients psychotiques et leurs familles dans un cadre systémique et psychodynamique »

Martine Lambrechts et Jef Lisaerde

Introduction

Nous avons l'intention de donner une idée du processus de démarrage d'un groupe multifamilial. Tout d'abord, nous voulons examiner de plus près comment comprendre une crise psychotique dans un contexte familial. Ensuite, nous présenterons les auteurs qui nous inspirent pour organiser un groupe multifamilial, et nous formulerons les objectifs thérapeutiques et les caractéristiques de notre GMF. En cours de route, nous indiquerons les obstacles, les questions et les doutes rencontrés, et nous mettrons en évidence les aspects qui semblent fonctionner.

Compréhension d'une crise psychotique

García Badaracco (2003) parle de la psychose en termes d'"interdépendance pathologique". Bien que nous puissions comprendre ce concept sur le plan théorique, il est de plus en plus difficile de penser de cette manière en étant assis devant les parents. Faisons un petit détour pour mieux comprendre ce concept.

En prenant la relation comme centre d'intérêt dans les soins, il est important de noter qu'une relation interpersonnelle concrète, externe (p. ex. mère - enfant) n'est pas égale aux représentations internes de cette relation dans la psyché d'une personne, à savoir les relations d'objet. Sans présenter un exposé théorique complet de la tradition des relations d'objet de Klein, Bion et Winnicott, nous ne formulerons que quelques-unes de nos intuitions cliniques.

Nous considérons notre champ de travail comme l'espace qui se déploie entre l'enfant et ses parents au niveau intra-psychique de chacun. Nous parlons de l'inter-connexion intra-psychique, en soulignant l'imbrication des affects, des sentiments et des pensées. Ce champ relationnel, inconscient et interchangeable est très complexe. Les mécanismes de base essentiels à l'œuvre dans ce jeu entre réalité interne et externe sont la projection, l'identification projective et l'introjection.

Le fait de se concentrer sur la relation a des répercussions importantes sur la compréhension de l'étiologie, de la nature et du traitement de la psychose.

Au niveau des relations extérieures, nous voyons comment elles sont mises sous forte pression par l'éclatement de la psychose. L'état psychotique suscite beaucoup d'anxiété et d'incompréhension dans l'environnement proche. C'est ainsi que fonctionne le mécanisme de la psychose : il installe un clivage entre le jeune adulte "malade" (fou, incompréhensible) et l'environnement "sain" (rationnel, connaissant).

Nous pourrions comprendre ce clivage comme la projection d'une double condition interne. En suivant Bion, nous pouvons différencier une partie psychotique et une partie non psychotique en chacun de nous. Richard Lucas explique les idées de Bion de manière très claire dans son livre "The psychotic wavelength" (2009) :

"Bion suggère que, dès le début de la vie, une partie psychotique distincte attaque tous les aspects de l'esprit qui ont trait à l'enregistrement de la conscience de la réalité interne et externe. Cependant, le contact avec la réalité n'est jamais totalement perdu, en raison de l'existence d'une partie non psychotique de la personnalité qui fonctionne parallèlement à la partie psychotique, bien qu'elle soit souvent masquée par cette dernière".

Nous comprenons ainsi la fragilité de l'équilibre psychologique de chacun d'entre nous, et la vulnérabilité de tous à un mode de fonctionnement psychotique.

Quels sont les mécanismes qui peuvent jouer un rôle dans le déclenchement d'une psychose?

Du côté des parents

Searles souligne que les parents - pour défendre leur propre mode de fonctionnement psychotique - peuvent déplacer/projeter leur partie psychotique dans la relation avec leur enfant. Dans le même ordre d'idées, Narracci (2008) avance l'hypothèse "qu'au cours de leur développement, les enfants ont été l'objet d'identifications projectives massives de la part des parents, à travers lesquelles les parents ont déplacé vers les enfants une série de fluctuations affectives qu'ils n'ont pas pu garder en eux-mêmes".

Contrairement à ce que l'on pense souvent, nous ne mettons pas nécessairement cette projection en relation avec des troubles psychiques graves des parents. Nous considérons que ce mécanisme inconscient sert à protéger la capacité des parents à bien s'occuper de l'enfant dépendant et vulnérable contre les attaques provenant de leur propre partie psychotique.

Du côté de l'enfant

Narracci poursuit qu'en raison de l'immaturation de son appareil psychique ("ego"), l'enfant n'est pas en mesure de filtrer, discriminer et distinguer ce qui lui appartient de ce qui ne vient pas de lui, jusqu'à ce que cette souffrance explose et aboutisse à la dépersonnalisation (Bion, 1970).

Les projections massives et affectives peuvent créer un piège narcissique pour l'enfant : l'enfant remplit une position vitale dans l'esprit du parent, ce qui le rend fort à *l'intérieur* mais faible *en dehors de la* relation avec le parent.

Il en résulte une vulnérabilité, décrite par Narracci (2008) comme la détérioration progressive des structures qui intègrent et gèrent les fonctions affectives et cognitives. Avec le temps, les fonctions affectives sont remplacées par un système d'identifications pathologiques et pathogènes dans lequel les parents et les enfants sont également impliqués.

Interdépendance réciproque

García Badaracco décrit cette interdépendance où le parent et l'enfant sont concernés, ils sont co-auteurs d'une situation pathologique. Le comportement des parents maintient vivante la symptomatologie de leur enfant, et l'enfant contraint ses parents dans une position tout aussi impossible, celle de ne pas pouvoir se libérer de la fonction de soigner quelqu'un qui ne veut pas être aidé.

Il conçoit la relation d'interdépendance comme un continuum, avec d'un côté l'interdépendance saine et réciproque qui génère les ressources du Moi et une identité cohérente, et de l'autre une interdépendance pathogène, génératrice de confusion, d'hallucinations ou de délires.

Ainsi, la pathologie peut être formulée et comprise comme les différentes modalités de la présence familiale dans l'inconscient individuel, ou comme les différentes formes de la présence des autres en nous.

En tant que telle, une crise psychotique met toute la famille en crise : l'équilibre naturel est perturbé. Cela conduit à inviter l'ensemble de la famille à s'impliquer dans la guérison de la psychose. L'accent n'est donc pas mis exclusivement sur la personne psychotique, mais sur le bien-

être psychologique de tous les membres de la famille et sur les relations qu'ils entretiennent entre eux.

En intégrant un aspect environnemental dans l'étiologie, nous pourrions penser que cela revient à blâmer les parents. C'est pourquoi une remarque importante sur la "culpabilité" est utile. Plutôt que de "blâmer", nous invitons les membres de la famille à réfléchir à leur propre souffrance mentale et à la douleur qu'ils ont pu projeter sur leur enfant. Il s'agit d'une façon de penser fragile et délicate. Comme l'indique Narracci (2008), il n'est souvent pas difficile d'expliquer au patient comment son comportement influence la qualité de vie de ses parents. Mais il est beaucoup moins facile de créer une situation thérapeutique dans laquelle un parent peut considérer que ses propres difficultés ont eu une influence sur la façon dont la pathologie de l'enfant s'est développée.

Dans ce contexte, la question de la culpabilité se pose souvent. Celle-ci peut être vécue par les parents comme très effrayante et menaçante pour leur propre santé mentale.

Martindale (2008) distingue trois formes différentes de culpabilité :

- Culpabilité projetée : les sentiments de culpabilité sont évacués de manière massive. L'autre est jugé responsable, critiqué et attaqué.
- Culpabilité punitive, obsessionnelle : la personne se punit elle-même ou anticipe un châtiment pour tout ce qu'elle pense faire de mal.
- Culpabilité réparatrice : on se préoccupe de l'autre qui a été blessé. La réparation du préjudice est l'objectif premier. L'amour et la gratitude caractérisent ce type de relation.

Van Bouwel (2009) complète ces formulaires avec :

- La culpabilité comme mécanisme omnipotent pour faire face aux traumatismes : le sentiment de culpabilité nous met dans une position active et nous transforme en personnes beaucoup plus fortes que nous ne le sommes en réalité.

Au lieu d'éviter, de minimiser ou au contraire d'accentuer les sentiments de culpabilité, nous essayons de les comprendre dans le cadre de la relation interpersonnelle et de "travailler sur la culpabilité" (Van Bouwel). En aidant les parents à explorer et à travailler sur leurs sentiments douloureux, les mécanismes de réparation et les préoccupations peuvent être mobilisés de manière constructive. Ils peuvent passer d'un lien omnipotent et coupable à un lien "suffisamment bon". Au cours de ce processus, la fonction parentale de soutien du moi de l'enfant, telle qu'elle a été formulée par Winnicott, peut être rétablie.

Historique de la thérapie multifamiliale

Dans cette perspective relationnelle de la psychose, nous pensons que le GMF est une technique unique et précieuse. En examinant la littérature sur la MFG, il nous est apparu clairement qu'au cours des deux dernières décennies, elle suscite un intérêt croissant.

Le résumé suivant ne prétend pas être un résumé complet de tous les types de GMF, il veut seulement mettre en évidence certaines initiatives et idées que nous avons trouvées utiles pour le développement de notre groupe multifamilial.

Peter Laqueur est généralement considéré comme le père fondateur du groupe multifamilial. Depuis 1951, il traite des patients atteints de troubles schizophréniques à l'hôpital psychiatrique d'État de Creedmoor, à New York. Le Dr Laqueur a remarqué que les familles des patients, après les heures de visite, se rassemblaient devant les portes de l'hôpital et il a constaté qu'elles avaient

besoin d'interagir et de discuter des difficultés auxquelles elles étaient confrontées. L'idée est venue de formaliser ces contacts et le premier groupe multifamilial est né. Inspiré par les premières théories familiales systémiques telles que la théorie de la double contrainte, il a évolué vers un "atelier protégé de communication familiale". Laqueur (1964) est parti de l'idée que, et je cite : "les relations familiales dans lesquelles la maladie est apparue peuvent et doivent être modifiées afin d'accélérer la guérison". Selon lui, le principal problème du patient consiste en un conflit entre la lutte pour parvenir à se différencier en tant qu'individu, d'une part, et le besoin d'un attachement symbiotique aux objets familiaux primaires, d'autre part. Laqueur a eu l'idée que la GMF est le cadre idéal pour aborder ce conflit. Laqueur cite Boszormeny-Nagy en disant que "la présence simultanée de figures familiales originelles et transférentielles fournit un cadre de croissance favorisant la diversification des opportunités relationnelles significatives" (1962).

Laqueur a choisi un groupe homogène et fermé composé de cinq familles et a laissé le choix du sujet aux participants. Il a observé que les membres apprenaient indirectement les uns des autres par analogie, interprétation indirecte, mimétisme et identification. Laqueur décrit pour la première fois comment, au cours de ce processus d'apprentissage indirect, les thérapeutes sont confrontés à moins de résistance que lorsqu'ils utilisent la confrontation directe.

Laqueur a été une source d'inspiration pour William Mc Farlane, qui est probablement l'auteur le plus connu dans le domaine de la thérapie multifamiliale. Il a organisé des groupes multifamiliaux pour des patients souffrant de troubles psychotiques sévères. Mc Farlane insiste sur la composante biologique des troubles psychotiques et le groupe est basé sur les principes thérapeutiques des théories de l'émotion exprimée. De ce point de vue, et contrairement à Peter Laqueur, Mc Farlane insiste sur le fait que toute famille est une famille saine, jusqu'à preuve du contraire.

Les objectifs de Mc Farlane étaient d'élargir le réseau social des familles confrontées à la psychose, de lutter contre la stigmatisation de cette maladie et, en éduquant la famille sur les symptômes de la psychose, de rendre les soignants plus tolérants à l'égard des patients, ce qui a un effet positif sur le climat affectif dans la famille.

Il a d'abord organisé trois sessions d'adhésion avec des familles singulières, puis un atelier éducatif d'une journée pendant un week-end. Une partie de l'atelier consistait en un GMF. Le groupe était composé de 5 à 8 familles, y compris le patient index. Ils se sont ensuite réunis une fois toutes les deux semaines la première année et tous les mois la deuxième année. Ils se sont donc engagés pendant deux ans. Les membres du groupe apportaient eux-mêmes leurs problèmes au groupe. Chaque session avait la même structure et mettait l'accent sur la résolution des problèmes.

Ainsi, contrairement à Laqueur, Mc Farlane a mis en place un protocole solide pour la thérapie et a déplacé l'accent sur les séances éducatives. Le travail de Mc Farlane a inspiré beaucoup d'autres personnes qui ont adapté son idée à des populations et à des contextes différents.

Une autre initiative que nous tenons à mentionner est le Marlborough Family Center à Londres. Le Dr Eia Asen a largement documenté le travail effectué dans ce centre avec les familles dites à problèmes multiples. Inspirés par la thérapie familiale structurale de Minuchin et les thérapeutes de l'école milanaise, tels que Boscolo et Cechin, ils ont intégré davantage de concepts de la thérapie systémique dans leur GMF. Ils abandonnent la position de l'expert, élaborent l'idée de décentraliser le thérapeute et tentent de rendre les familles thérapeutiques les unes pour les autres. Ils introduisent ainsi de nouvelles techniques et interventions, comme le questionnement circulaire, l'équipe de réflexion et les techniques du bocal à poissons.

La technique et l'utilisation d'un GMF sont principalement développées et documentées dans le cadre de la tradition systémique. Parallèlement, Jorge García Badaracco, psychiatre et psychanalyste argentin, a développé au cours de ses 40 années d'expérience avec des patients psychotiques graves la conception d'une communauté thérapeutique basée sur une structure multifamiliale. Il considère que la personne psychotique est prisonnière d'une interdépendance pathologique. García Badaracco estime donc que la GMF offre les meilleures conditions pour la résolution de ce piège relationnel qui empêche la croissance psychologique et l'indépendance de toutes les personnes impliquées.

Groupe multifamilial - Objectifs thérapeutiques

En bref, nous décrivons l'objectif de la GMF qui est de soutenir et d'élargir la capacité de maintien et de développement de l'ego des jeunes adultes et des parents. Dans ce qui suit, nous analyserons plus en détail ces 5 objectifs principaux. Pour ce faire, nous pouvons nous appuyer sur quatre sources : la conférence de García Badaracco (2000), qui représente un point de vue psychanalytique, la conférence d'Asen et Scholz (2010), qui représente une perspective systémique, trois entretiens avec des parents participants menés par un chercheur indépendant, et notre propre expérience en tant que thérapeutes.

Offrir un lieu d'accueil aux **personnes souffrant de la même maladie**.

García Badaracco affirme que la première fonction du groupe est d'être un lieu de rencontre. Il y a un grand besoin de rencontrer d'autres parents qui sont dans la même situation. Les personnes confrontées à des problèmes psychologiques graves peuvent être isolées en raison de l'idée qu'elles ou leurs proches sont différents ou anormaux. Le partage d'histoires concernant ces phénomènes peut leur permettre de se sentir à nouveau connectés et humains.

Asen et Scholz soulignent également l'importance de créer une solidarité ("*Nous sommes tous dans le même bateau*") et de surmonter la stigmatisation et l'isolement social ("*Nous ne sommes pas les seuls à avoir ces problèmes*").

Les parents interrogés soulignent cet objectif en trouvant dans la GMF un lieu où ils peuvent parler librement de leurs expériences et de leurs sentiments. Souvent, c'est l'un des rares endroits où ils peuvent parler de la psychose de leur enfant et trouver un certain soutien social, car ils sont très stigmatisés par leurs amis, leur famille ou même leur partenaire. Néanmoins, elles sont très sensibles à l'impact de ces histoires. D'une part, la signification de leur propre histoire pour les autres ("*Ma situation n'est-elle pas trop bien vécue et confrontante pour les autres parents ?*", "*Ma situation n'effraie-t-elle pas les autres ?*"), d'autre part l'impact des histoires des autres sur eux-mêmes ("*Est-ce que cela peut aussi nous arriver ?*"). Cette sensibilité indique l'importance de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité du groupe, que nous aborderons plus en détail par la suite. Par exemple, une mère suggère : "Ma fille a été internée de force, cela a été très traumatisant pour nous tous, et j'en parle beaucoup dans le groupe. Mais peut-être que cela effraie ceux qui n'ont pas vécu cette expérience forcée. D'un autre côté, elle ajoute : "En parlant de cela, une autre mère a raconté comment son généraliste avait pris une place centrale dans l'orientation de son enfant vers les soins, ce qui m'a ouvert les yeux.

Pour nous, thérapeutes, la rencontre avec d'autres personnes souffrant de la même maladie était un objectif fondamental. Lors des séances familiales individuelles, nous entendons souvent parler de la solitude et de la honte de la famille. Cela peut être si fort que même la participation à la GMF n'est pas envisageable. Cela montre l'importance d'un bon accueil et de la création d'un lieu sûr.

Offrir un lieu sûr pour l'expression des émotions.

García Badaracco souligne qu'en dépit de la grande souffrance et de la demande d'aide, de nombreux facteurs peuvent interférer. Des sentiments et des forces négatives peuvent avoir un effet inhibiteur, comme la honte, la culpabilité, la jalousie, la haine et l'agression. C'est pourquoi la première tâche des thérapeutes est de créer un climat positif qui favorise l'écoute réciproque et la solidarité.

Asen et Scholz formulent ce besoin comme la promotion de l'ouverture et l'augmentation de la confiance en soi par le biais d'échanges et d'interactions publics ("*Personne ne nous poursuit, nous pouvons nous ouvrir*") et l'accent mis sur l'espoir ("*la lumière au bout du tunnel - même pour nous*").

García Badaracco suggère d'y parvenir en instaurant une atmosphère propice à la liberté de parole, orientée vers la compréhension de ce qui se passe. Il suggère d'instaurer un climat où l'expression émotionnelle est accueillie positivement et où un transfert positif vers les thérapeutes est maintenu. Cette alliance thérapeutique peut être généralisée parmi les participants, et crée la possibilité de fraterniser autour d'une tâche commune. Elle donne la possibilité d'une utilisation positive de la pression du groupe ("*We can't cop out*").

Il comprend la difficulté de l'alliance thérapeutique en lien avec le problème des ressources du Moi. Le déficit des ressources du Moi rend difficile la tolérance à l'augmentation de charges émotionnelles importantes. Le thérapeute doit apporter une aide spécifique au Moi qui est confronté à l'obligation de prendre conscience de contenus difficiles à penser. Cette aide consiste à comprendre et à expliquer les fonctions positives de ce qui est en jeu dans la relation. Mettre l'accent positif n'est pas un acte de bonté, mais une aide nécessaire au Moi de chaque participant.

Ainsi, un transfert positif et une alliance thérapeutique sont indispensables pour créer le climat émotionnel adéquat, permettant de contenir et de créer de nouvelles expériences émotionnelles dans le groupe. Et c'est par cette expérience émotionnelle au moment même que la pensée devient possible, comme le disent Asen et Scholz : "*C'est comme dans une serre, les choses se passent ici*".

Les parents indiquent qu'ils ressentent une grande ouverture pour parler librement, mais que la tâche commune du groupe n'est pas toujours très claire. D'abord, parce que les participants viennent avec des attentes très différentes. Deuxièmement, les thérapeutes ne formulent pas d'objectif clair pour les séances. Troisièmement, la composition du groupe change à chaque fois en raison du caractère ouvert du groupe, ce qui fait que chaque session commence par la présentation des nouveaux participants. Cela est considéré comme utile, mais cela ralentit la possibilité de travailler en profondeur sur certains thèmes.

En tant que thérapeutes, nous sommes d'accord avec ces remarques. Nous comprenons notre prudence à formuler une tâche commune claire à partir d'une perspective ouverte et de recherche sur les contenus et les méthodes que nous voulions conserver. Mais nous ressentons également le besoin d'imposer davantage de limites à la tâche thérapeutique du groupe, ce qui se traduit par de nouvelles idées sur la façon de gérer le groupe, comme nous le présenterons plus loin.

Un endroit sûr pour **mettre en scène** la relation d'interdépendance entre l'enfant et le parent.

Notre famille nucléaire est le contexte social dans lequel nous sommes nés et avons grandi psychologiquement, et se compose des interdépendances dans lesquelles nous sommes

maintenus tout au long de notre vie. Ces interdépendances restent souvent latentes, mais dans la GMF, les choses se montrent telles qu'elles sont, sur place, directement, in vivo.

Les conflits sous-jacents, les interdépendances et la destructivité fantasmagique se répètent dans le présent et en présence d'un public multiple et diversifié d'autres participants. Une fois qu'une famille ose montrer ses problèmes particuliers, avec une violence souvent longtemps réprimée et cachée, il s'agit d'une expérience émotionnelle que tous les participants traversent par identification.

García Badaracco décrit comment cette expérience est souvent très douloureuse, et la peur de l'effondrement tend à maintenir la rigidité des défenses connues. Mais si le GMF est un lieu suffisamment sûr et sécurisé, avec des limites claires et solides, il a la capacité de contenir la violence qui est si compliquée et difficile d'accès. Cette expérience "ouvre" l'interdépendance pathogène qui a donné un faux sentiment de sécurité. Le processus de désidentification, vécu comme une profonde dépersonnalisation, n'est alors pas destructeur, mais au contraire, il peut renforcer de nouvelles ressources authentiques du Moi, l'expérience d'un vrai Soi, qui peut se développer jusqu'à l'intelligence émotionnelle).

Dans la GMF, de nombreuses ressources thérapeutiques sont disponibles grâce à la multiplicité du champ identificatoire. En travaillant sur les aspects immatures de l'interdépendance entre un patient et ses proches dans une famille, les autres participants en profitent indirectement. En étant témoin et observateur d'une autre famille, on peut comprendre sa propre situation différemment, et la percevoir comme réversible et ouverte. Il utilisera de manière constructive non seulement les ressources du Moi du thérapeute, mais aussi celles de tous les autres membres.

Asen et Scholz distinguent les facteurs suivants :

- Le partage, le soutien mutuel et le retour d'information des autres participants ("C'est formidable ce que vous faites ! Et comment pensez-vous de ce que nous faisons ?").
- Stimuler de nouvelles perspectives. ("Je peux voir clairement ces choses en eux pour lesquelles, quand il s'agit de nous, je suis aveugle").
- Apprendre les uns des autres. ("J'aime la façon dont les autres gèrent cette question").
- Se refléter dans les autres. ("Nous faisons cela comme vous").
- Expérimenter les familles d'accueil et les échanges. ("Nous pouvons gérer d'autres enfants et j'aime la façon dont les autres parents s'occupent de mon enfant").

Les parents interrogés n'ont pas fait l'expérience de la participation de leur propre fils ou fille au groupe. Ils pensent tous que si leur enfant participe en tant que famille, il en résultera des séances difficiles, des tensions, voire des discussions franches. C'est pourquoi ils préfèrent avoir un groupe de parents plutôt qu'un groupe de familles. Par ailleurs, ils ont tous trouvé très enrichissant qu'un autre jeune adulte soit présent, afin d'entendre leurs expériences et la manière dont ils gèrent la psychose. Cela indique le besoin manifeste de la famille d'avoir des informations sur la psychose, plutôt que de considérer le groupe comme un endroit où l'on peut travailler sur des questions relationnelles.

En tant que thérapeutes, l'un de nos principaux objectifs lors de la mise en place du GMF était de créer un groupe familial où parents et jeunes adultes pourraient interagir. Nous vous présentons une courte expérience dans ce sens : Une fille parlait de la culpabilité ressentie après sa rechute. Elle s'en voulait de ne pas avoir pris soin d'elle-même avant le deuxième épisode. Un père, qui n'est pas le sien, a réagi de manière très émotionnelle à ce témoignage. Selon lui, il était inapproprié de parler de culpabilité dans le contexte de la psychose. Le père a souligné les aspects

biologiques de la psychose, la vulnérabilité à la psychose qui est différente chez chaque individu. Cette réaction a provoqué une vive réaction chez la fille, qui a déclaré que si elle ne pouvait ressentir aucune culpabilité, cela signifiait qu'elle ne pouvait avoir aucune influence sur sa situation. La fille essayait de sortir de cette position d'impuissance et de retrouver une influence sur sa situation. Ce type de discussion n'a été possible qu'en présence de deux générations. Nous évoquerons plus loin les difficultés liées à ce sujet.

Activer le potentiel de **créativité et de changement** dans les relations d'interdépendance.

García Badaracco vise à créer les conditions et le climat nécessaires pour permettre à chaque participant de penser ce qu'il ne peut pas penser par lui-même. En tant que contenant, la GMF offre un contexte qui rend possible la création d'une atmosphère psychologique qui facilite la capacité de penser, la résolution des conflits et l'apprentissage réciproque.

Comme l'expliquent Asen et Scholz, la GMF offre une ressource thérapeutique permettant de mettre en pratique de nouveaux comportements dans un contexte sûr ("*Nous pouvons expérimenter ici, même si les choses tournent mal de temps en temps*") et de découvrir et d'acquérir des compétences ("*Je peux faire plus que ce que je pensais. Je ne suis pas complètement impuissant*"). Cela favorise le développement et la croissance psycho-émotionnels.

Les parents interrogés indiquent que le GMF a modifié leur relation avec leur enfant. Non pas en raison des expériences vécues dans le groupe lui-même, in vivo, car, comme indiqué précédemment, leur enfant n'y a jamais participé. Mais à la maison, ils ont compris et écouté différemment le comportement de leur enfant. Par exemple : Une mère dit qu'elle a compris la crise psychotique comme une seconde chance dans la relation avec son fils. Cela a été une véritable révélation pour beaucoup d'autres parents, qui - souvent par culpabilité et par peur - pensaient qu'ils avaient fait quelque chose de mal, et qu'ils n'étaient pas capables d'aider leur enfant. Dans la session suivante, une mère témoigne de la façon dont elle a réagi avec plus de calme et de compréhension à un commentaire difficile de son fils.

En tant que thérapeutes, nous restons assez incertains quant à la réalisation de cet objectif. Partant de l'idée de travailler sur les relations in vivo, nous étions plutôt critiques quant aux effets possibles d'un groupe de parents. Mais entre-temps, nous comprenons que l'effet contenant du groupe peut aider les parents à élargir leurs perspectives sur ce qui se passe, et à éprouver suffisamment de force du moi pour penser et réagir différemment dans les relations avec leur enfant.

Pour contrer les **réactions antithérapeutiques**.

García Badaracco indique que le potentiel du groupe dépend du mode de fonctionnement des personnes qui le composent, de leur capacité de production et de leur créativité. Certains stimulent la créativité des autres, d'autres suppriment l'ouverture par des interventions compulsives en imposant leur façon de penser. Leur attitude peut dévaloriser d'autres pensées et exercer une influence inconsciente qui sape le potentiel sain.

La raison sous-jacente est que le patient et ses proches sont des spécialistes du non-changement. Les thèmes douloureux restent souvent clivés, cachés ou masqués inconsciemment, par les puissants mécanismes de défense entretenus par le faux-self.

Nous croyons en la nécessité de respecter ces résistances, sans coïncider avec elles. Peu à peu, nous sentons la prudente ouverture et la possibilité d'être plus réfléchis au niveau personnel avec

les parents. Par exemple, une mère qui se demande si son mode d'éducation n'a pas été trop sévère. D'un autre côté, nous sommes touchés par un père qui est très critique à chaque séance : il critique les soins reçus, il s'en tient à un cadre biologique très strict, il dévalue nos tentatives d'ouvrir un espace de pensée - c'est le même père qui a dit auparavant à la fille de ne pas éprouver de culpabilité. Néanmoins, il vient presque à chaque séance. Nous nous sommes souvent demandé pourquoi il venait encore, alors que nous nous sentions si insignifiants pour lui. Dans l'entretien, il dit que chaque séance est très stressante pour lui, que la peur d'une rechute est très présente et que l'information et la connaissance sont importantes pour faire face à ces incertitudes.

Nous considérons qu'il est important d'attendre patiemment et d'être attentif au moment où une intervention d'ouverture peut être faite. L'expérience de García Badaracco, qui décrit le chemin souvent long à parcourir pour révéler et découvrir la nature réelle des interdépendances pathogènes, nous conforte dans cette idée. La GMF crée un contexte dans lequel, pendant une longue période, d'autres participants peuvent donner un certain nombre de micro-expériences qui sont émotionnellement correctives.

Caractéristiques de notre GMF

Dans cette dernière partie, nous présenterons les caractéristiques de notre groupe multifamilial, le processus de prise de décision et la justification des choix effectués.

Aspects formels

En ce qui concerne les aspects formels de notre groupe : le groupe fonctionne avec des sessions une fois toutes les trois semaines, et une pause pendant les vacances d'été. Le groupe se déroule dans le bureau ambulatoire du centre-ville. Lorsque les participants arrivent, ils sont accueillis avec du café et du thé et nous prenons le temps de nous asseoir dans une formation classique : tous en cercle où les thérapeutes sont mélangés aux participants. Le groupe est dirigé par deux thérapeutes. D'autres membres de l'équipe sont invités et bienvenus, mais ils participent de manière irrégulière. Nous ouvrons la séance en invitant les nouveaux participants à se présenter. Souvent, cela conduit à raconter l'histoire de la psychose et à formuler les incertitudes et les doutes auxquels les parents sont confrontés, ce qui permet d'échanger des sentiments, des expériences et des doutes similaires avec les autres participants.

Famille ou groupe de parents

Notre objectif est de créer un groupe familial où au moins deux générations sont présentes. Cela découle de l'objectif principal de créer un lieu sûr pour travailler sur la relation parent-enfant in vivo. Mais nous constatons que cet objectif n'est pas si évident, car d'une part les parents ont un grand besoin de parler librement de la psychose sans la présence de leur enfant, et d'autre part les jeunes adultes n'ont pas le besoin de venir dans le groupe familial. Bien que nous renouvelions l'invitation à amener leurs propres enfants, la plupart des rencontres se font entre parents. Il en résulte un changement dans notre tâche thérapeutique.

Lorsqu'un fil ou une fille est présent, nous lui accordons beaucoup d'attention. Souvent, les autres parents sont très intéressés par leur histoire et par la façon dont ils gèrent leur psychose et leur rétablissement. Ainsi, l'adolescent se sent souvent très soutenu par les autres parents. En tant que thérapeute, nous essayons de comprendre l'expérience psychotique en relation avec les tâches de développement et la position dans la famille. Exceptionnellement, le jeune adulte soulève des problèmes relationnels avec ses propres parents, ce qui donne lieu à des interactions vivantes que nous soutenons.

Lorsque le groupe *n'est* composé *que de parents*, notre fonction de thérapeute est différente. Au lieu de travailler sur la relation entre le parent et l'enfant, nous travaillons sur la capacité des parents à comprendre leur enfant. Les parents ont un grand besoin de raconter l'histoire de leur enfant en crise, d'en savoir plus sur la psychose, d'avoir un endroit où parler de leur expérience en tant que parent, d'apprendre comment ils peuvent réagir à la crise et à la guérison, d'aider d'autres parents.

Position directive ou non directive du thérapeute

A partir des objectifs thérapeutiques ci-dessus, nous avons bien compris qu'en tant que thérapeute, notre fonction consiste à créer et à sécuriser l'espace de parole. Ici, nous prenons la position d'un "tiers", d'un modérateur, sans nous identifier à la position de savoir ou d'expert. En tant que tel, nous choisissons de ne pas introduire certains thèmes ou méthodes. Nous essayons de relier les familles en les invitant à parler, en leur posant des questions, en abordant certains thèmes ou en mettant l'accent sur les différences entre les expériences. Ce faisant, nous essayons de stimuler la réflexion, la recherche et l'interrogation de tous les participants, et d'aider les autres à penser. Notre espoir est que la participation de chacun aboutisse à la découverte d'un potentiel personnel qui n'est pas encore réalisé, que les ressources du Moi des uns enrichissent le Moi des autres, aboutissant à une croissance psychologique.

Cette position a été mise à l'épreuve à plusieurs reprises par la demande pressante des parents pour plus d'informations, nous considérant ainsi comme des experts. En n'adoptant pas cette position, les parents nous ont perçus comme frustrants ("*vous avez les connaissances, mais vous ne voulez pas les partager avec nous*").

En écoutant plus attentivement les besoins des parents, nous avons pris conscience de la situation particulière des parents qui ont un adolescent psychotique à la maison. Ils sont à la fois parents et soignants. Nous avons compris qu'il était nécessaire d'apporter un soutien psychologique plus important, non pas en étant "l'expert qui sait", mais en contenant les doutes, les questions et les incertitudes concernant leur rôle de parent. Nous essayons de renforcer leurs intuitions et leurs pensées libres à propos de leur enfant et d'eux-mêmes. Nous essayons d'aider les parents à donner un sens à la crise dans l'histoire personnelle de leur enfant et dans le développement de la famille. C'est ainsi que nous concevons notre rôle comme celui de « détenteur d'une fonction de rétention »

Pour mieux répondre à ces besoins, nous avons également décidé d'inviter des experts externes à nos réunions. Ainsi, nous avons invité une personne ayant une expérience vécue à présenter son film et à organiser une session psycho-éducative par le Dr Van Bouwel du service du premier épisode. De cette manière, nous avons pu rester dans la position de modérateur et accompagner les participants dans la confrontation avec de nouvelles perspectives et théories sur la psychose.

Groupe ouvert ou fermé

À bien des égards, l'option d'un groupe fermé est attrayante. Il est probablement plus facile de créer une atmosphère thérapeutique dans laquelle les participants se sentent suffisamment en sécurité pour laisser libre cours à certains de leurs mécanismes de défense. Dans un groupe fermé, les participants sont plus susceptibles d'être au même stade du processus. Malgré ces avantages, il existe également des préoccupations qui nous ont amenés à opter pour un groupe ouvert. Un groupe ouvert reste également une invitation ouverte, sans obligations, de cette manière nous voulions être aussi accessibles que possible. Nous avons donc opté pour un groupe ouvert où les jeunes adultes, les parents, les frères et sœurs, les partenaires ou d'autres membres importants de la famille sont les bienvenus. Il n'y a pas de nombre fixe ou d'accord fini de participation, il y a l'idée d'une possibilité infinie de participation.

Groupe homogène ou hétérogène

Nous nous concentrons sur les patients du 'premier épisode' (cfr. modèle de stadification Mc Gorry), indépendamment de l'hospitalisation de l'adolescent. Cela donne un groupe homogène en ce qui concerne la nature traumatique et incompréhensible de ce qui se passe. La plupart du temps, le niveau de fonctionnement du fils ou de la fille et de la famille était bon ou élevé avant la psychose, et la psychose survient de manière très inattendue.

Mais il en résulte une hétérogénéité concernant :

- Les éléments déclencheurs : la drogue, les voyages, l'entrée à l'université, la rupture d'une relation.
- Le moment de la psychose : en crise, au début du rétablissement, lors de la reprise des tâches de la vie.
- Le contexte du rétablissement : à domicile, à l'hôpital, en soins forcés.
- le type de psychose : symptômes actifs (hallucinations ou illusions), mélancolie, bipolarité.

Comme nous l'avons déjà dit, les parents vivent cette diversité de situations avec une certaine ambiguïté. Ils veulent tous entendre le plus grand nombre possible d'histoires, chercher des ressemblances avec leur propre situation. Mais ces différences sont également effrayantes, frustrantes et déroutantes dans leur recherche de connaissances sur la psychose.

En conclusion

Nous espérons avoir donné une idée de ce que peut être un groupe multifamilial. Nous avons formulé de nombreuses idées, partagé quelques expériences et laissé de nombreuses questions en suspens.

D. ITALIE

D.1 L'impact de la Psychanalyse Multifamiliale en Italie

Andrea Narracci

Nous avons commencé à utiliser le Groupe Multifamilial (GMF) à l'automne 1997, dans la Communauté Thérapeutique Tarsia, de l'ASL Roma A, deux mois après son ouverture. Cinq mois plus tôt, nous avons rencontré Jorge García Badaracco lors de la présentation du livre : "La Communauté Thérapeutique à structure multifamiliale ", présenté par le Dr. Anna Nicolò.

Au début, nous pensions qu'il s'agissait d'un moyen de créer un climat de collaboration avec les familles des patients traités dans la Communauté Thérapeutique (CT).

Au bout de deux mois, mes collaborateurs et moi-même nous sommes rendus compte que le Groupe de Psychanalyse Multifamilial (GPMF) servait de "conteneur" pour tous les événements, aussi bien ceux que nous avons compris que ceux qui restaient obscurs, qui s'étaient produits dans la CT.

Le GPMF, d'une part, nous a aidés à comprendre les problèmes existant dans les relations entre les patients et leurs familles respectives que, inévitablement, les patients soulevaient à nouveau dans la relation avec les opérateurs de la CT, d'autre part, il a mis en évidence les difficultés et les malentendus qui se produisaient entre les opérateurs, dont, finalement, nous avons pu parler et, peut-être, les résoudre.

Il est immédiatement apparu que le GMF avait un impact fondamental sur les deux fronts : d'une part pour comprendre comment les choses se passent dans chaque famille et comment essayer de les rendre moins mauvaises, d'autre part pour gérer les relations entre les opérateurs qui travaillent dans une CT, ce qui est tout aussi important pour obtenir l'amélioration des patients et de leurs familles.

La prise de conscience de l'importance de gérer l'évolution de ces deux aspects nous a permis de commencer à nous comparer à Jorge García Badaracco, trois ans plus tard.

Notre chance a été de rencontrer un "compagnon de voyage extraordinaire" qui, au moment même où nous faisons sa connaissance, en mars 2000, venait de publier son troisième livre : "Psychanalyse multifamiliale", dans lequel il nous expliquait que ce type de groupes pouvait être réalisé dans n'importe quel type de service de santé mentale, non seulement dans les CT, où les patients restent pour des périodes de traitement d'environ deux ans, mais aussi dans les centres de santé mentale (CSM) et les centres de jour locaux (CdD) et dans les services hospitaliers, où sont réalisées les hospitalisations de patients aigus. Dans ce contexte, il a proposé d'appeler ces groupes, à partir de 2000 : Groupes de Psychanalyse Multifamiliale (GPMF).

Depuis lors, nous avons essayé, d'une part, d'apporter le même type de traitement, ainsi que dans le CT, aux deux CSM et CdD de l'ASL Roma A, et d'autre part, de commencer à faire connaître cette façon de travailler aux opérateurs d'autres Services, tant dans notre ville que dans le reste du territoire national, principalement aux opérateurs d'autres CT privés et publics.

En suivant ces deux lignes directrices, les groupes de psychanalyse multifamiliale ont commencé à se répandre, d'abord à Rome et ensuite dans plusieurs villes italiennes, des grandes comme Naples, Cagliari, Turin, Milan, Catane, Florence, Pérouse, Trieste et des petites comme Caltagirone. Morlupo, Sarno, Varazze etc. etc.

Dans certains endroits, des expériences significatives ont été réalisées non seulement grâce au travail de Jorge García Badaracco, mais aussi à celui d'Enrique Pichon Riviere et d'Armando Bauleo. Par exemple, dans la région des Marches, d'abord à Macerata et ensuite à Ancône, des groupes multifamiliaux ont été organisés par les services publics sous l'influence de ces trois auteurs.

L'habitude de mettre en œuvre le groupe multifamilial de psychanalyse (GPMF) peut changer le climat au sein de chaque service, d'une part parce que la relation avec les patients psychiatriques graves et leurs familles est moins conflictuelle et plus collaborative, d'autre part parce qu'il est possible de construire une relation de plus grande collaboration entre tous les types d'opérateurs qui travaillent en psychiatrie, indépendamment des écoles de formation que les psychiatres et les psychologues ont suivies et de la formation professionnelle spécifique que chacun a, dans la mesure où tout le monde est concerné par l'autre.

S'il est possible d'introduire, sur la base d'une proposition, le GPMF au sein de chaque Service qui compose un DSM (Département de Santé Mentale), il sera possible de réaliser une intervention constituée de la somme des interventions mises en œuvre par les différents Services, en fonction de sa spécificité : une véritable intervention départementale.

De ce point de vue, les expériences les plus significatives, en ce moment, se déroulent à Cagliari, au DSM, dans de nombreux centres de Ligurie où résident l'ensemble des CT appartenant au Groupe Redancia, présents en Ligurie. Dans le Piémont et en Lombardie, ainsi qu'en Sicile, où ils sont présents à la fois dans les CT et dans le réseau des services publics.

À Rome, des expériences impliquant des UOC (Unités Opérationnelles Complexes) entières, celles correspondant aux 13ème et 3ème municipalités, sont en cours à l'ASL Roma 1, tandis que des expériences innovantes sont en cours à la fois à l'ASL Roma 2, où les opérateurs viennent de la Protection de la Santé Mentale et Réhabilitation des Âges de Développement et de la DSM pour mener conjointement un GPMF, et à l'ASL Roma 1 où un GPMF est mené pour les patients et les familles appartenant à la Zone qui s'occupe des enfants âgés de 14 à 25 ans, tous deux provenant du domaine des Troubles Psychiatriques et des Dépendances.

En 2012, LIPsiM (Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare) a été fondé à Rome, une association culturelle visant au développement et à la diffusion des idées de Jorge García Badaracco, dans le cadre de l'activité de laquelle un Master de formation de deux ans en psychanalyse multifamiliale a été organisé.

L'objectif de cette association est de faire connaître et de transmettre cette méthode de travail qui nous a été donnée par son auteur, généreux comme peu d'autres pour mettre ses connaissances et son expérience de travail à la disposition de tous ceux qui l'ont approché. N'oublions pas que Jorge García Badaracco a longtemps été le point de référence de l'IPA (International Psychoanalytical Association) sur le problème de la "psychose".

Il a réalisé avec nous une véritable formation qui nous a impliqués pendant plus de dix ans et qui a radicalement changé notre façon d'aborder et de traiter les maladies mentales graves.

Nous nous sommes donc sentis obligés d'étendre le privilège qui nous était échu à toutes les parties intéressées possibles. Le Master de Haute Spécialisation, d'abord pour les "Conducteurs", et le Cours de Formation, pour les "Facilitateurs", dernièrement, représentent nos tentatives dans ce sens.

D.II - Les principaux concepts de la psychanalyse multifamiliale ***Andrea Narracci et Alessandro Antonucci***

La portée des innovations introduites par Jorge García Badaracco est, à notre avis, très pertinente. Nous avons décidé de limiter à six les arguments essentiels à prendre en considération pour tenter de tracer un tableau d'ensemble des repères théoriques de la Psychanalyse Multifamiliale (PM). En travaillant, nous nous sommes rendu compte de l'impossibilité de les séparer distinctement les uns des autres, il nous semble assez évident qu'ils forment un discours unique.

Première et deuxième élément le parent et l'enfant

Nous pensons que le premier concept à partir duquel il faut partir est expliqué dans le titre de l'article publié par Jorge García Badaracco dans *Journal of Psychoanalysis* en 1986, intitulé : *Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the 'maddening object'*. Dans cet article, l'auteur exprime sa conviction que les maladies mentales les plus graves - la schizophrénie qui, à l'époque comme aujourd'hui, représente 70% des maladies psychiatriques graves, ainsi que les troubles de l'humeur, les troubles graves de la personnalité et les dépendances - ne sont pas déterminées par quelque chose qui commence à vaciller au plus profond de l'être humain à la naissance ou peu après, comme l'ont suggéré toute une série d'hypothèses organiques émises au cours de l'histoire de la psychiatrie. Mais plutôt par un certain type de relation entre deux personnes. Ce faisant, il suppose que l'objet, c'est-à-dire l'un des deux parents, "rend" l'autre fou, en exerçant une fonction transgressive, par rapport à ce qu'il était jusqu'alors.

Nous pensons qu'il s'agit là de l'ouverture d'une nouvelle épistémologie qui souligne, avec clarté, ce qui ne peut plus être considéré comme des faits qui semblent confirmer de telles hypothèses :

- La souffrance de l'enfant apparaît dans le cadre d'une relation problématique entre un parent et l'enfant, l'autre parent soutenant cette relation ou ne faisant pas assez pour l'empêcher.
- La relation parent-enfant, qui est censée contribuer au développement de l'enfant et du parent, ne suit pas le chemin attendu, caractérisé par la nécessité d'un processus de séparation progressive avec les identifications de l'enfant et du parent qui en résultent. Au contraire, la relation entre l'enfant et le parent se fige, comme s'il n'était pas possible de se séparer.
- Le parent est incapable de se séparer de l'enfant parce qu'il entretient avec lui une relation symbiotique dans laquelle, même s'il n'en est pas conscient, il traite l'enfant comme une partie de lui-même. L'enfant s'adapte à ne faire qu'un avec le parent en question, comme si c'était la seule façon dont il pense pouvoir vivre.
- Le parent, comme on le trouve cliniquement dans les groupes multifamiliaux psychanalytiques (PMFG), a une perte ou un traumatisme non traité qui est scindé puis dissocié, perdant la capacité de s'en souvenir par les formes habituelles d'activation de la mémoire. Il est très difficile, voire impossible, pour l'enfant de concevoir qu'il puisse vivre d'une autre manière que celle proposée par le parent auquel il se sent le plus attaché, et par conséquent il s'adapte pour vivre selon les attentes de ce dernier. Sans s'en rendre compte, il renonce à chercher d'autres sources constitutives possibles de sa propre personnalité, alors qu'en général les petits enfants prennent un peu d'ici et un peu de là et composent peu à peu leur propre personnalité de manière authentique.

- Le constat suivant s'impose : la symbiose entre parent et enfant se rompt dès que l'enfant, à l'adolescence, acquiert des expériences qui lui permettent de percevoir qu'il porte en lui des aspects de personnalité qu'il ne soupçonnait pas et qui lui semblent plus particuliers que les traits de personnalité associés à la relation avec le parent avec lequel il partage un état symbiotique.
- À ce stade, l'enfant peut soit se sentir en compétition avec ses pairs et commencer à se renfermer sur lui-même, soit connaître un dédoublement de personnalité. Au cours de ce processus, l'enfant fait l'expérience d'une inconciliabilité entre deux parties de sa personnalité - l'ancienne, modelée sur les attentes parentales, et la nouvelle, associée à des aspects plus conformes à son Moi -, ce qui conduit à un moment donné à la dissociation et à une crise psychotique aiguë.
- A ce stade, le parent symbiotique, ainsi que l'autre parent, veulent que l'enfant revienne à ce qu'il était, alors que l'enfant est incapable de renoncer aux nouvelles choses qui le préoccupent. De plus, on lui diagnostique une maladie incurable à laquelle il doit rester soumis toute sa vie et prendre des médicaments qui, d'une part, le rendent moins malade, mais qui, d'autre part, rendent généralement la guérison plus difficile. En somme, sa souffrance est lue comme une maladie qui l'affecte lui et son substrat organique, alors que les aspects liés à l'évolution des relations qui sont les plus importantes pour lui ne semblent pas être pris en compte.
- En revanche, si le parent et l'enfant, ainsi que l'autre parent et un ou plusieurs autres enfants, participent à un groupe PMFG, ils peuvent se rendre compte que tout ne dépend pas du patient, mais de lui et du parent auquel il est le plus attaché. Ils peuvent découvrir qu'au fil du temps, le lien symbiotique qui les unissait est devenu une interdépendance pathologique et pathogène. Cette relation, contrairement à ce que la psychiatrie croit implicitement en ne s'y attardant pas, peut être comprise et n'est pas immuable.

Troisième élément : une "virtualité saine"

Comme mentionné au point 1, si le parent et l'enfant liés par le lien d'interdépendance pathologique et pathogène commencent à fréquenter la PMF, ils peuvent avoir la possibilité de reconnaître l'existence du type de lien dans lequel ils sont impliqués et se rendre compte qu'il est nécessaire que ce lien s'apaise s'ils veulent commencer à vivre leur propre vie, moins liée ou même détachée de celle de l'autre.

La participation au PMF peut se faire avec le reste de la famille ou, dans tous les cas, même seulement par eux-mêmes ou, au moins, par l'un d'entre eux, de sorte que chaque membre de la famille porte toujours sa propre "famille interne" ; que d'autres membres de la famille participent ou non, les liens au sein d'une famille peuvent être évoqués par la présence d'autres participants au groupe, même en l'absence concrète d'autres membres de la famille.

Une fois reconnue la difficulté de reprendre son chemin de croissance par rapport à la présence encombrante du lien symbiotique originel, qui s'est transformé en une "interdépendance pathologique et pathogène", tous deux commencent à réaliser que ce n'est qu'en atténuant l'existence de ce lien que chacun aura une chance de commencer à vivre sa propre vie.

Si, en participant au PMF, cela devient possible, chacun aura l'occasion de commencer à connaître les traits de sa saine virtualité, c'est-à-dire de se rendre compte qu'il y a de grands espaces du Moi qui, de la part de chacun, n'ont jamais été exprimés, en ce qui concerne l'enfant ou n'ont plus été exprimés, en ce qui concerne le parent. En revanche, une fois que le lien d'interdépendance

pathologique et pathogène est atténué, il devient possible pour chacun d'entre eux de commencer à explorer des parties de soi qu'ils ignoraient ou qu'ils avaient oublié de posséder.

Le concept de virtualité saine correspond à un état de Soi qu'aucune des deux personnes, dans la situation antérieure, n'a eu l'occasion d'expérimenter. C'est comme s'il s'agissait de quelque chose dont l'existence ne peut être reconnue tant que les personnes sont dans la situation antérieure et qui ne peut commencer à être focalisé que dans la mesure où le lien pathologique s'atténue et tend à se réduire.

Une fois le lien vécu, expérimenté, il semble très difficile de s'en passer, à moins de prouver, mutuellement, que chacun peut y arriver seul, par ses propres moyens.

Le lien symbiotique ne permet pas de répliques : les personnes restent inextricablement liées et auront tendance à continuer à s'inquiéter l'une de l'autre, plutôt de l'autre que d'elles-mêmes, en premier lieu.

Ils doivent toujours garder à l'esprit qu'ils ont peu de frontières prononcées du Soi, par rapport à l'autre, et que, avant de s'en rendre compte, chacun peut en venir à se préoccuper de l'autre plutôt que de lui-même.

Par rapport à cela, l'exploration de votre saine virtualité peut être très difficile. Vous pouvez abandonner à la première difficulté rencontrée et revenir à la préoccupation pour l'autre avant la préoccupation pour vous-même. Il faut donc rester très vigilant et ne pas oublier d'emporter avec soi ce terrible équipement.

Néanmoins, la découverte de sa propre virtualité saine peut être une opération extraordinaire et émouvante. Il s'agit de la capacité de se donner le droit de le faire, de pouvoir s'occuper de soi avant toute autre personne.

L'opération peut sembler facile, mais pour ceux qui sont habitués à entendre les problèmes de l'autre non séparés des leurs, voire à constituer un tout non diversifié entre eux, elle peut s'avérer très difficile.

Il ressort clairement des récits des patients et des parents et des liens qu'ils ont tissés que toute difficulté rencontrée par l'autre n'était pas considérée comme la sienne, mais qu'elle était traitée comme si elle était la sienne. C'est à partir de là qu'il faut regarder vers l'avenir, et non l'inverse.

Une saine virtualité peut sembler fascinante, mais aussi très difficile, et il peut être beaucoup plus facile de faire demi-tour et de revenir à la confusion et de ne pas sentir le poids de la responsabilité de sa vie, qui peut exercer un charme diabolique dans la vie des gens, mais aussi beaucoup de peur.

Enfin, il faut garder à l'esprit que le temps, pendant longtemps, est "comme s'il ne s'était pas écoulé" et que les personnes restent immergées dans la même atmosphère qu'elles partagent, au sens propre du terme, depuis longtemps. L'une des caractéristiques les plus frappantes de la relation symbiotique est qu'elle doit rester inchangée, qu'elle interromp donc la possibilité de transformation du lien et qu'elle finit par se passer de l'évolution du temps.

Nous pensons que le temps ne passe pas dans la psychose, précisément parce que l'enfant malade et le parent vivent un lien qui doit rester immuable. Si le temps ne passe pas, le moment de la séparation ne peut pas se produire. Ainsi, rester immobile, c'est un peu comme se protéger du danger que les choses changent. Si elles restent les mêmes, elles ne changeront pas. Vivre

l'expérience du changement après avoir vécu longtemps une telle situation est extrêmement difficile. C'est précisément pour cette raison que Jorge García Badaracco considérait les psychotiques comme des spécialistes du non-changement.

Elément quatre : les règles de fonctionnement, les mécanismes à l'œuvre, l'Atheneo et les relations avec les formes habituelles de psychothérapie.

Le groupe de psychanalyse multifamiliale, pour son développement, se caractérise par la nécessité de se référer à trois règles générales de comportement. Il leur est demandé de se conformer à l'ensemble des participants du groupe.

Il s'agit de :

1. La parole est attribuée à une personne à la fois et toutes les autres personnes présentes sont tenues d'écouter attentivement ce qui se dit ; l'action ne peut être entreprise qu'après que la personne a terminé son intervention ; chacun est tenu de réaliser qu'il peut tenir sa parole pendant un temps limité, de manière à permettre à tous ceux qui le souhaitent d'intervenir.
2. Il est demandé à chacun de "ne pas prétendre avoir raison", c'est-à-dire d'apprendre à tolérer qu'une autre personne puisse exprimer une idée profondément différente de la sienne, quelle qu'elle soit, et que cet événement soit perçu comme une nouveauté possible, qu'il ne faut pas refuser et/ou contrer.
3. Les interventions, dans la mesure du possible, doivent être réservées, comme dans une assemblée, afin qu'il y ait un ordre respectueux de la présence de l'autre, avec l'espoir d'un mode de fonctionnement du groupe lui-même, que Jorge García Badaracco a défini comme "large d'esprit" par rapport auquel les interventions individuelles acquièrent, à l'insu de ceux qui les prononcent, la capacité de s'ajouter les unes aux autres, plutôt que de s'opposer, donnant ainsi naissance à une pensée globale unique du groupe de ce jour particulier.

Au cours du GPMF, il existe trois modes de fonctionnement du groupe lui-même, que je définis comme des "mécanismes", caractéristiques de ce type de groupe, composé de nombreuses familles et d'individus qui, cependant, viennent au groupe avec leur "famille interne".

Ils sont composés de :

1. Du "miroir métaphorique", c'est-à-dire de la possibilité qu'à chaque personne présente d'observer, de l'extérieur, ce qui se passe dans une autre unité familiale pathologique, différente, mais pas si éloignée, dans son fonctionnement, de la sienne. Cela ne peut être observé que dans ce type de groupe.
2. La ré-acquisition de la capacité de représentation, qui n'est pas perdue mais temporairement inutilisée, dans les familles psychotiques, en partie parce que l'on croit être les seuls à vivre cette expérience dramatique dont, fondamentalement, nous avons honte ; en partie parce que l'on est trop occupé pour répondre sur le "concret", c'est-à-dire sur un seul plan ; en partie, enfin, parce qu'être capable de le faire pourrait signifier être capable de "méta-communiquer" sur la situation dans laquelle on vit, ce qui est la seule façon de la changer, ce qui, en général, n'arrive pas.
3. Les transferts dits "multiples", c'est-à-dire le fait qu'une multitude de transferts peuvent s'établir dans le GPMF, phénomène découvert par Freud avec la psychanalyse mais spontanément présent dans la nature, par exemple entre un enfant et les parents d'un autre noyau et vice versa, ou entre un parent et un autre parent, appartenant à deux

noyaux différents, etc. Ce phénomène rend possible l'apparition d'un tel groupe et l'établissement, en particulier, à l'intérieur de celui-ci, d'une atmosphère dans laquelle ils sont présents sous une forme significative réduit les phénomènes d'angoisse psychotique, liés à l'établissement du transfert psychotique qui, typiquement, se produisent dans les psychothérapies psychanalytiques individuelles de patients graves, dans les thérapies familiales de familles individuelles, etc.

En revanche, le GPMF doit être considéré comme un dispositif utile pour rendre accessible l'usage de la pensée dans des situations où celle-ci rencontre à première vue des difficultés insurmontables et finit par s'exprimer plus par des actes que par des mots.

En ce sens, il s'agit d'un dispositif qui peut rendre moins compliquée l'utilisation d'interventions individuelles et de groupe pour les patients sévères à orientation analytique, ainsi que pour l'unité familiale unique.

L'utilisation des différentes formes habituelles de psychothérapie est l'un des objectifs que le groupe propose, précisément pour construire des modes d'intervention - le groupe de psychanalyse multifamiliale - d'une part, et une ou plusieurs formes de psychothérapie traditionnelle, d'autre part, qui se renforcent mutuellement dans la tâche difficile de la lutte contre les maladies mentales graves.

Avec le groupe, ou plutôt comme partie intégrante de celui-ci, il faut enfin penser à la réunion réservée aux opérateurs qui se tient régulièrement à la fin de chaque groupe, d'une durée d'une demi-heure - une heure ou plus, appelée "Atheneo". Il s'agit d'un groupe dans lequel il est possible, d'une part, de reprendre les étapes cliniques qui sont apparues parmi les plus significatives de celles qui se sont manifestées dans le groupe qui vient de se terminer, d'autre part, de permettre aux opérateurs qui ont subi l'influence du groupe, comme les autres, de réfléchir sur la façon dont ils ont été et, surtout, si la participation au groupe lui-même a produit la possibilité de récupérer, également chez chacun d'eux, des aspects divisés et maintenus dissociés et, par conséquent, non récupérables habituellement, en ce qui les concerne.

Il peut être configuré comme un programme de formation continue auquel les opérateurs se soumettent.

Cinquième élément : l'"esprit élargi"

En ce qui concerne le fonctionnement du GPMF, nous avons décrit le troisième mécanisme, qui se met en place si l'on a la patience et la persévérance de demander aux personnes présentes d'organiser leur intervention.

Si nous procédons de cette manière, nous obtiendrons un effet particulier : nous nous rendons compte que les interventions successives tendent à s'intégrer les unes aux autres pour former une seule grande intervention, constituée de l'ensemble des interventions des personnes présentes, bien qu'elles aient été conçues comme des interventions individuelles par chacun et qu'elles soient nées comme représentatives de la volonté de s'exprimer de chacune des personnes qui sont intervenues.

En ce sens, il s'agit d'une grande pensée en action, pensée composée des esprits de toutes les personnes présentes travaillant en relation.

Nous pensons que ce type d'expérience est très important pour ceux qui participent au GPMF. En général, le participant arrive au groupe avec une préconception de la manière dont les différents

points de vue de chacun des participants peuvent s'articuler les uns avec les autres pratiquement à l'inverse de ce qui est expérimenté dans l'opération "broad mind" (esprit large). C'est-à-dire avec l'idée que sa propre opinion ne peut éviter d'entrer en collision avec celle de l'autre et qu'il s'agit essentiellement d'essayer de faire prévaloir son propre point de vue sur celui de l'autre.

Découvrir, en participant au groupe, que sa propre opinion peut être intégrée et non opposée et donner lieu, avec les autres, à une sorte de pensée commune qui contient les pensées de tous ceux qui se sont exprimés, est une expérience absolument antithétique de celles habituellement vécues dans les familles à l'occasion de transactions psychotiques, dans lesquelles, à l'inverse, chacun cherche à faire prévaloir son opinion contre celle de l'autre : il n'y a plus de messages de contenu, mais seulement de message définissant une/la relation. Par conséquent, il n'y a plus d'écoute, plus de respect.

Au contraire, dans ce type de groupe (GMF) est proposée l'idée qu'il est possible et utile d'écouter l'autre, qu'il faut le respecter et, finalement, se rendre compte que si l'on lâche prise, on se retrouve à construire avec d'autres une pensée qui nous représente tous, d'où disparaissent les divisions insurmontables dont on s'était détaché.

Il y a ensuite un autre phénomène, peut-être encore plus important. Suivant la troisième règle qui propose la nécessité de réserver (son temps de parole) avant d'intervenir, le temps entre la demande d'intervention et le moment où la parole est donnée pour intervenir, les pensées que ceux qui avaient levé la main avaient en tête de dire se sont mélangées avec les paroles dites par ceux qui dans l'ordre le précède.

L'introduction de ce mode de régulation de l'ordre progressif des interventions permet de combiner le fonctionnement habituel, principalement rationnel, de type secondaire de l'esprit des participants, avec le fonctionnement primaire des associations libres.

Nous pensons que ce phénomène rend possible quelque chose de particulièrement important dans ces groupes : que des éléments qui sont divisés et dissociés et, par conséquent, présents mais non utilisables par l'esprit des personnes présentes, deviennent accessibles.

Avec ce type de pathologies, cette opportunité ouvre la possibilité de mettre en lumière des aspects autrement destinés à rester absolument inaccessibles. Je me réfère à ce qui s'est passé dans la relation symbiotique entre un parent et un enfant pendant la période où l'absence de toute forme de frontière entre les deux a permis la perception indiscriminée de traumatismes ou de deuils non traités par l'adulte, même par l'enfant, et que cette perception s'est produite sans que ce dernier ait la possibilité de se rendre compte qu'elle appartenait à l'autre et non à lui-même. Je veux dire que l'enfant ressent cette douleur comme si c'était la sienne. Après quoi l'adulte se sépare et, en le dissociant, rend le souvenir inaccessible, tandis que l'enfant reste investi dans ce souvenir et continue à le ressentir confusément comme existant, tandis que le grand a perdu la possibilité de s'y référer. Il s'agit de mécanismes inconscients, pour lesquels aucune forme de culpabilité ou de responsabilité n'est perceptible. Cela ne change rien au fait que ces faits peuvent se produire et avoir des conséquences sur les enfants, qui deviennent alors malades, par exemple en exprimant des délires qui ont une base de vérité mais qui, par la suite, empruntent des voies d'expression sans lien entre elles. D'autre part, aucun patient sérieux ne sait pourquoi il est malade et aucun parent ne peut l'aider, à moins qu'il ne commence à fréquenter un GMF et ne trouve la force d'affronter des aspects de sa vie qui peuvent soudainement émerger d'un passé confus. À ce moment-là, le parent peut devenir le plus grand allié du fils et de toutes les personnes présentes, à la recherche de quelque chose qui, pour le parent, s'est dissous mais qui peut réapparaître et qui,

pour le fils, a toujours continué à être là, mais sous une forme qui ne permettait pas de lui donner un sens.

Élément six : l'impact du recours au GPMF sur les établissements

C'est l'histoire d'une expérience que j'ai acquise en 2010, en tant que directeur du Département de Santé Mentale (DSM) de l'Autorité Sanitaire Locale (ASL) Roma1 (zone d'usagers de 500 000 personnes). Il m'a semblé opportun d'introduire des Groupes de Psychanalyse Multifamiliales dans dix des onze services présents dans le DSM. Dans le 1er District il y avait déjà trois groupes (un en Communauté Thérapeutique (CT) et deux au Centre de Santé Mentale (CSM) et au Centre de Jour (CD)), et j'ai organisé sept nouveaux groupes dans les autres services de DSM, dans le Service Diagnostique et Traitement Psychiatrique (SPDC) de l'Hôpital Sant'Andrea (service hospitalier pour patients du 4ème District) et dans la Communauté Thérapeutique pour les jeunes de 18 à 25 ans provenant du Service pour adolescents et jeunes adultes. Seul le Service de Psychothérapie pour Adolescents et Jeunes Adultes a été exclu, qui a préféré continuer à travailler avec la méthode classique : voir les enfants individuellement et les parents en couple et/ou en groupe de parents uniquement.

Au cours de l'expérience, certains faits se sont produits que nous essaierons de mettre en évidence :

1. Au sein de chaque service dans lequel le groupe de Psychanalyse Multifamiliale était régulièrement réalisé, les relations entre les patients et les membres de la famille et les opérateurs du Service se sont améliorées; le GPMF a, en effet, la capacité de reconstruire ou de construire pour la première fois un degré suffisant « d'alliance thérapeutique » entre les opérateurs et les familles, y compris les patients.
2. Les opérateurs de services ont pu sentir, à nouveau ou pour la première fois, qu'ils pouvaient collaborer avec les opérateurs de leur propre service et du service « de proximité ».
3. Il est enfin devenu possible d'imaginer un projet d'intervention, imaginé dès les "premiers pas" et quel que soit le lieu de la première demande d'intervention, comme quelque chose réalisé de par la DSM dans son ensemble à travers une cabine de régie qui planifiait les interventions entre les différents services concernés.
4. Le climat général de la DSM a été modifié par la mise en place d'une culture d'intervention partagée par une bonne partie des opérateurs, utilisée avec curiosité, même si pas totalement partagée par une autre bonne partie d'entre eux et, par une part assez faible des opérateurs, non opposés mais observateurs avec plus de perplexité ou de pseudo indifférence.
5. Par rapport à cela, pour améliorer cet état d'ensemble qui n'était pas harmonieux, j'ai décidé d'introduire un changement substantiel dans le fonctionnement du DSM : le Comité Départemental, c'est-à-dire l'organe chargé de définir les orientations du DSM lui-même, était généralement composé par des chefs des unités opérationnelles complexes, c'est-à-dire des chefs et des responsables de chaque profil professionnel, et se réunissait généralement une fois par an. J'ai décidé de le réunir une fois par mois, pour un total d'une dizaine de Commissions par an, chaque fois sur un ou plusieurs sujets sur lesquels il était urgent de prendre des décisions.
6. J'ai également décidé que tout opérateur DSMC s'estimant compétent sur le sujet abordé à cette occasion pourrait participer et intervenir aux Comités Départementaux mensuels, quelle que soit sa qualification. En termes simples, nous avons établi que la plupart des

travailleurs qui ne se sentaient généralement pas écoutés pouvaient faire entendre leur voix et commencer à se sentir partie prenante des processus décisionnels qui cherchaient à déterminer la direction vers laquelle s'orientait le DSM dont ils faisaient partie.

7. Cette décision a contribué à la création d'un climat différent au sein du DSM, dans lequel chaque opérateur ne pouvait plus se retrancher dans la position de "se sentir exclu" des processus décisionnels et obligé de déléguer les décisions à prendre par d'autres, mais plutôt placé dans les conditions nécessaires pour faire face à la possibilité/nécessité d'assumer des responsabilités et, si cela est jugé approprié, de prendre des décisions.

Ce que nous voulons dire, c'est que la mise en place proposée et partagée d'un GPMF au sein de chaque service qui compose une DSM peut avoir un impact significatif sur les activités spécifiquement professionnelles de la DSM, à travers la construction d'une nouvelle culture d'intervention concernant les pathologies mentales graves dont le DSM est avant tout appelé à s'occuper, comme du fonctionnement et donc de l'organisation des organes de décision du DSM lui-même.

Nous pensons qu'il est très important de donner la parole aux patients, aux proches et aux opérateurs dans une situation, comme celle du GPMF, où il est possible à chaque fois de renégocier nos relations les uns avec les autres, dans le but d'unir les forces de ces trois composantes fondamentales de la santé mentale pour améliorer le niveau de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves et de leurs familles. Mais nous pensons qu'il est tout aussi important de pouvoir faire en sorte que les opérateurs se sentent « sujets » au sein de leur propre service, de leur propre DSM, de leur propre autorité locale de santé.

Nous pensons qu'il est possible de modifier les institutions au profit de ceux qui y travaillent, dans le but que ceux qui en font partie ne continuent pas à considérer les institutions comme des « dragons invincibles » par lesquels on ne peut qu'être maltraité/massacré.

Les institutions peuvent avoir un caractère ou un autre : elles peuvent être conçues pour gérer le pouvoir de quelques-uns contre le grand nombre, ou bien elles peuvent être vécues en première personne, à travers des mécanismes de fonctionnement démocratique, capables de garantir à tous ceux qui en font partie la possibilité d'avoir voix au chapitre sur les décisions à prendre.

BIBLIOGRAFIA

- ANPAL (2023). *Rapporto Italiano di Referenziazione delle qualificazioni al Quadro Europeo EQF*, Ministero del Lavoro, Collana Biblioteca Anpal n.25.
- ARGYRIS C. & SCHOON D.A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*, Reading, Addison Wesley.
- ASEN, E. & Scholz, M. (2010). *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*, London, Routledge.
- BANDURA, A. (1982). "Self-efficacy mechanism in human agency" in *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- BANDURA, A. (1986). "The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory" in *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 3, 359-373. doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359.
- BANDURA, A. (2008). "Toward an agentic theory of the self" in H. Marsh, R. G. Craven & D. M. McInerney (Eds) *Advances in Self Research*, Vol. 3: Self-processes, learning, and enabling human potential. Charlotte, NC, Information Age Publishing.
- BATSON, D., EARLY, S. & SALVARANI, G. (1997). "Perspective Taking: Imagining How Another Feels Versus Imaging How You Would Feel" in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 751-758.
- BIALIK, M. & FADEL, C. (2015). *Competences for the 21st Century: What Should Students Learn?* Boston, Centre for Curriculum Redesign.
- BION, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*, London, Tavistock Publications.
- BÖCKLER, A., HERRMANN, L., TRAUTWEIN, F. M., HOLMES, T. & SINGER, T. (2017). "Know Thy Selves: Learning to Understand Oneself Increases the Ability to Understand Others", in *Journal of Cognitive Enhancement*, 1, 197-209.
- BOYATZIS, R., GOLEMAN, D. & MCKEE, A. (2002). *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*, Boston, Harvard Business School Press.
- BOYATZIS, R.E., GOLEMAN, D. & HAY ACQUISITION (2001/2007). *Emotional and Social Competency Inventory (ESCI)*, Boston, MA, The Hay Group.
- BRUNELLO, G. & SCHLOTTER, M. (2011). *Non-Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in Education and Training Systems*, IZA DP No. 5743, Bonn, Institute for the Study of Labour.
- CAENA, F. (2019). *Developing a European Framework for the Personal, Social & Learning to Learn Key Competence (LifeComp). Literature review and analysis of frameworks* (EUR 29855 EN), Publications Office of the European Union.
- CAENA, F. (2019). *LifeComp Key Competence Framework. Personal, Social, Learning to Learn, Scoping Paper*, Joint Research Centre, European Commission.
- Cambridge Framework of Life Competencies. Introductory Guide for teachers and Educational Managers*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CARE, E. & LUO, R. (2016). *Assessment of Transversal Competencies. Policy and Practice in the Asia-Pacific Region*, Bangkok, Unesco.

- CEFAI, C., BARTOLO, P., CAVIONI, V. & DOWNES, P. (2018). *Strengthening social and emotional education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence: analytical report*, European Commission, Neset II.
- CENTENO, M.J., NETO, I.M. (2008) A multifamily group at a psychiatric day hospital – a group analytic experience, in Newsletter of the Group Analytic Society, London. “Contexts” –N.40 June 2008 p.35-40
- CIBORRA C. & LANZARA G.F. (1988). “I labirinti dell’innovazione, routines organizzative e contesti formativi”, in *Studi Organizzativi*, XIX, n. 2 pp 113-134.
- DEMETRIOU, A. (2014). “Learning to learn, know and reason”, in STRINGHER, C. DEAKIN, R. & KAI REN, K. (Ed.), *Learning to Learn: International perspectives from theory and practice*, 41-66, New York, Routledge.
- EFKLIDES, A. (2006). “Metacognition and affect: what can metacognitive experiences tell us about the learning process?”, in *Educational Research Review*, 1, 3-14.
- EUROPEAN COMMISSION (2011) *Non Cognitive Competences and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in E&T Systems*, Analytical Report for the European Commission prepared by the European Expert Network on Economics of Education (Eenee).
- EUROPEAN UNION (2010) *New Competences for New Jobs: Action Now A report by the Expert Group* prepared for the European Commission.
- EVARD, G. & BERGSTEIN, R. (2016). *A Competence Model for Youth Workers to Work Internationally*. Bonn, SALTO Training and Cooperation.
- FISHER, R., MARITZ, A. & LOBO, A. (2016). “Does Individual Resilience Influence Entrepreneurial Success?,” in *Academy of Entrepreneurship Journal*, 22:2, 39-53.
- FRANÇA DE SOUSA (2013). “Seminário Joao dos Santos: Na consulta de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria” in <https://joaodossantos.net/contributos/seminario-joao-dos-santos-na-consulta-de-psiquiatria-do-hospital-de-santa-maria/>
- GARCÍA BADARACCO J. (1986). “Identification and its vicissitudes in the psychoses. The importance of the concept of the ‘maddening object’”, in *The International Journal of Psycho-Analysis*, 67:133-146. 37.
- GARCÍA BADARACCO, J. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, Madrid, Tecnipublicaciones.
- GARCÍA BADARACCO J. (1997) *La Comunità Psicoterapeutica Psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Milano, Franco Angeli.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar, los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000). *Psychanalyse multifamiliare: Les autres en nous et la découverte du vrai soi-même*, Paris, Editions in Press.
- GARCÍA BADARACCO, J. (2000) *Psicoanalisi Multifamiliare*, Torino, Bollati Boringhieri 2004.

- GARCÍA BADARACCO J.G. & NARRACCI A. (2011) *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*, Torino, Antigone Edizioni.
- GARCÍA BADARACCO J. (2018). *Selección de Trabajos, tres volúmenes*. Comp. Maria Elisa Mitre. Buenos Aires, Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina y Editorial Antigua.
- GARDNER, H. (1983). *Frames of Mind, The Theory of Multiple Intelligences*, New York, Basic Books.
- GODINHO, P., DIAS, M. J. & MATOS, M. (2004), "Multifamily Groups at a Day Hospital. A two- years' experience", in Third European Conference of Psychoanalytic Group Psychotherapy "The Individual and the Group", Bridging the Gap, Ispa, Lisboa, 7-10 oct.
- GODINHO, P. CENTENO, M. J., FIALHO, T. & NETO, I. (2012). "El grupo multifamiliar y el síndrome de las puertas abiertas: del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa", in *Teoria y Práctica Gruposanalítica*, 1(2) 123-136.
- GODINHO, P. (2016). "Personalidades y Parentalidades. Contribuciones al enfoque de necesidades específicas de intervención en Psiquiatría y Salud Mental" in Rotenberg, E. (comp)
- GODINHO, P.(2020). "El descubrimiento de García Badaracco: de la Psiquiatría a la Historia del Futuro", 289-299, in Mitre, M. E. *Diez años después: homenaje a GarcíaBadaracco.1*, ed. CABA : Ditem.
- GOLEMAN, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, New York, NY Bantam Books.
- GUSTEIN, A. J. & SVIOKLA, G. (2018). "7 Competences that aren't about to be automated" in *Harvard Business Review*, July 7, 2018.
- HANSEN, T. (2013). *The Generalist Approach to Conflict Resolution*. Plymouth, Lexington.
- ISFOL, FELICE, A. & D'AGOSTINO L. (a cura di) (2013). *Le competenze trasversali nelle équipe della salute mentale*, Roma, Isfol, <https://isfoloa.isfol.it/xmlui/handle/123456789/1403>>
- JONES, M. (1953). *The Therapeutic Community*, New York, Basic Books.
- KIRSCHNER, P., KIRSCHNER, F., SWEKLLER, J. & ZAMBRANO R. J. (2018). "From Cognitive Load Theory to Collaborative Cognitive Load Theory" in *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 13:2, 213-233.
- LANZARA G.F. (1993). *Capacità negativa: competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Bologna, il Mulino.
- LE BOTERF, G. (1990). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1997). *Compétence et navigation professionnelle*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (1998). *L'ingénieries des compétences*, Paris, D'Organisation.
- LE BOTERF, G. (2002). "De quel concept de compétences avons-nous besoin?", in *Soins Cadre* n.41, 20-22.
- LE BOTERF, G. (2008). *Costruire le competenze individuali e collettive*, Napoli, Guida.
- LUCAS, R. (2009). *The Psychotic Wavelength A Psychoanalytic Perspective for Psychiatry*, London, Routledge.

- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). "Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. Group Analysis", 43(1), 50–64. doi:10.1177/0533316409357133. Jane Abercrombie Prize.
- MANSO NETO, I., FIALHO, T., GODINHO, P. & CENTENO, M. J. (2010). "Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part II. Group Analysis", 43(2), 107-126. doi:10.1177/0533316410364727. Jane Abercrombie Prize.
- MARTINDALE, B.V. (2008). "The rehabilitation of psychoanalysis and the family in psychosis: Recovering from blaming" in Gleeson J.F.M., Killackey, E. & Krstev, H. (eds.), *Psychotherapies for the Psychoses*, London and New York, Routledge.
- MARUCCO, N. & MITRE M.E., *Padres e hijos... el poder de enfermar al otro. Curar desde la vivencia*, pp. 161-192, CABA, Lugar Editorial.
- MASCARÓ MASRI, N. (2006). "La constitución de un GMF en una institución pública", in *Rev. Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 5, n. 2.
- McCLELLAND, D.C. (1973). "Testing for competence rather than intelligence", in *American Psychologist Association*
- McCLELLAND, D.C. (1998). "Identifying competencies with behavioral event interviews", in *Sage Journals*.
- MITRE, M.E. (2021). *Le voci del silenzio*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.
- NARRACCI, A. (2008). "La mia esperienza con il gruppo multifamiliare", in *Interazioni*, 1: 51-73.
- NARRACCI, A. RUSSO, F., ANTONUCCI, A. & MAONE, A. (2015). *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto*, Torino, Antigone Edizioni.
- NARRACCI, A. a cura di (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione*, Milano, Bruno Mondadori.
- NETO, I. et al. Moving the Group work into the Day Hospital setting. In: Radcliffe, J., Hajek, K., Carson, J., & Manor, O. *Psychological Group work with Acute Psychiatric Inpatients*. London: Whiting & Birch Ltd. Cap. 18, p. 325-338. (2010)
- OECD (2018a). "Future of Education and Competences: Conceptual Learning Framework. Draft concept note on construct analysis. Working Document for 8th Informal Working Group meeting", Paris, 29-31 October 2018.
- OECD (2019b). *OECD Future of Education and Competences 2030. Conceptual Learning Framework. Concept Note: Transformative Competencies for 2030*, Paris OECD.
- Psychological Science*, Vol. 9, 331-9.
- Psychologist*, Vol. 28 No. 1, 1-40.
- RAWSON, M. (2000). "Learning to Learn: More than a competence set. Studies in Higher Education", 25(2), 225-238.
- RACAMIER, P.C. (2010). *L'inceste et l'Incestuel* Paris, Dunod, 174 p.
- UNESCO (2013). *Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework*, Paris.

UNESCO (2015b). *Transversal Competencies in Education Policy and Practice (Phase I)*. Asia-Pacific Education.

VAN BOUWEL, J. (2009). "Guilt as a reparative motor". Personal communication on ISPS congress in Copenhagen, Juin 2009.

WIERSEMA, J. A., LICKLIDER, B., THOMPSON, J. R., HENDRICH, S., HAYNES, C. & THOMPSON, K. (2015). "Mindset about Intelligence and Meaningful and Mindful Effort: It's Not My Hardest Class Any More!" in *Learning Communities Research and Practice*, 3(2), 1-17.