

Galina Sorokoumova · Anna Khefors

**LA PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE COMME OUTIL DE
RENFORCEMENT DES RELATIONS FAMILIALES ET DE
PROTECTION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS :
LA MÉTHODE ADAPTATIVE ORIGINALE « UNITÉ
FAMILIALE » FACE AUX DÉFIS CONTEMPORAINS**

Monographie

Tcheboksary
Éditions Sreda
2026

CDU 615.851:316.356.2
BBK 88.6
S65

Auteurs :

Galina Sorokoumova

Docteure en psychologie, professeure

Université linguistique d'État N. A. Dobrolioubov de Nijni Novgorod

Anna Khefors

Présidente du Centre de promotion des valeurs familiales « Unité familiale »

Évaluatrices scientifiques :

E. E. Shcherbakova

Docteure en psychologie, professeure

Université d'État de Nijni Novgorod N. I. Lobatchevski

O. V. Suvorova

Docteure en psychologie, professeure

Université pédagogique d'État Kouzma Minine de Nijni Novgorod

S65 Sorokoumova, G. V. La psychothérapie systémique comme outil de renforcement des relations familiales et de protection de la santé mentale des enfants : la méthode adaptative originale « Unité familiale » face aux défis contemporains : monographie / G. V. Sorokoumova, Anna Khefors. Tcheboksary : Sreda, 2026. 64 p.

ISBN 978-5-908083-80-5

Cette monographie présente une étude approfondie de la méthode originale « Unité familiale », fondée sur la psychothérapie familiale systémique et sur le module somato-cognitif innovant « NeuroPercée ». Elle expose les fondements théoriques et méthodologiques de l'approche, ainsi que les résultats de sa validation théorique et empirique indirecte à partir de données concernant 5 000 familles. Les auteures étudient son efficacité pour réduire le risque de divorce, renforcer les relations entre parents et enfants et protéger la santé mentale des enfants face au stress migratoire, à la fragmentation numérique et à l'instabilité économique. Des recommandations pratiques pour son déploiement sont proposées.

CDU 615.851:316.356.2

BBK 88.6

© G. V. Sorokoumova, Anna Khefors, 2026

© Éditions Sreda, mise en page, 2026

ISBN 978-5-908083-80-5
DOI 10.31483/a-10891

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Chapitre 1. Fondements théoriques de la psychothérapie familiale systémique	12
1.1. Origine et principes de l'approche systémique en thérapie familiale	12
1.2. Psychosomatique et stress familial : le rôle des facteurs émotionnels	15
1.3. Traumatisme ancestral et influences transgénérationnelles sur la famille	17
1.4. Confusion des rôles familiaux : quand l'enfant devient « parent »	21
1.5. Les défis contemporains comme catalyseurs des dysfonctionnements familiaux	25
1.6. Critique des modèles existants et justification d'une approche intégrée	25
Chapitre 2. Cadre méthodologique du programme « Unité familiale »	27
2.1. Architecture à deux modules du programme : dialectique entre analyse systémique et intégration neurocognitive	28
2.1.1. Module 1. Les constellations systémiques comme outil diagnostique phénoménologique	28
2.1.2. Module 2. NeuroPercée : méthode de transformation personnelle accélérée	29
2.2. Fondements théoriques de NeuroPercée : synthèse intégrative de la neurobiologie et de la psychothérapie	31
2.2.1. La neuroplasticité comme mécanisme du changement thérapeutique	31
2.2.2. Régulation descendante et ascendante	31
2.2.3. Mémoire et reconsolidation	32
2.2.4. Les « ondes à haute fréquence dans la gamme vocale » comme outil neurophénoménologique	32

2.3. Mise en œuvre pratique de NeuroPercée : un processus de transformation en trois étapes	34
2.3.1. Étape I. Diagnostic et prise de conscience (« Comprendre les règles de l'écologie systémique »)	34
2.3.2. Étape II. Transformation profonde (travail sur le subconscient et les marqueurs somatiques)	35
2.3.3. Étape III. Intégration et consolidation (formation de schémas durables)	35
2.4. Synergie des modules : démarche globale face au traumatisme intergénérationnel	36
2.5. Méthodes d'évaluation : conception et justification des outils	37
2.5.1. Échelle d'harmonie relationnelle (RHS)	37
2.5.2. Indice de résilience émotionnelle de l'enfant (CERI)	38
2.5.3. Procédure de validation	39
2.6. Glossaire du programme « Unité familiale »	39
Chapitre 3. Validation théorique de l'efficacité de la méthode	42
3.1. Modèle causal	42
3.2. Simulation de l'effet de l'intervention	43
3.2.1. Modélisation de la réduction de la probabilité de divorce	43
3.2.2. Modélisation de la réduction de l'anxiété chez les enfants	44
3.3. Comparaison avec des études et des cas externes	45
3.4. Limites de l'étude	46
Chapitre 4. Vérification empirique et synthèse des données	47
4.1. Analyse des données d'enquête	47
4.2. Comparaison avec les statistiques mondiales (UNICEF/OMS)	50
4.3. Anonymisation et considérations éthiques	51
4.4. Analyse comparative avec le programme de parentalité positive	51
Chapitre 5. Mise en œuvre pratique et déploiement à grande échelle	54

5.1. Feuille de route pour l'intégration	54
5.2. Formation des spécialistes	55
5.3. Modèle économique	56
5.4. Risques et mesures d'atténuation	57
5.5. Perspectives de développement et de déploiement	57
Conclusion	60
Références bibliographiques	62

INTRODUCTION

L'institution familiale connaît une profonde crise systémique au niveau mondial, aggravée par un ensemble de défis socioculturels et économiques interdépendants. Des statistiques alarmantes indiquent que les liens familiaux sont de plus en plus fragiles. Selon diverses estimations, jusqu'à 73 à 80 % des mariages en Fédération de Russie se terminent par un divorce, plaçant le pays parmi les leaders mondiaux sur cette mesure [9]. Des tendances similaires, bien que différentes dans leur degré, sont observées dans de nombreux pays et mettent en évidence le caractère universel du problème [10].

Parallèlement à l'affaiblissement des liens conjugaux, la santé mentale de la jeune génération devient une préoccupation de plus en plus urgente. En tant que membres les plus vulnérables du système familial, les enfants sont les premiers à subir les effets du dysfonctionnement familial. Selon l'UNICEF, jusqu'à 20 % des enfants et adolescents en Europe ont diagnostiqué des troubles mentaux, avec l'anxiété et les troubles dépressifs les plus fréquents [7]. Aux États-Unis, ce chiffre atteint 31,9 % chez les adolescents [4]. Les études documentent une augmentation constante de ces chiffres, surtout au cours des dernières années, suggérant que les systèmes de soutien existants ne peuvent pas résister efficacement aux pressions croissantes sur la santé mentale des enfants [3].

La crise qui touche les familles et les enfants se déroule contre les pressions sans précédent exercées par les défis contemporains. Ceux-ci ne fonctionnent pas isolément; ils interagissent synergiquement, créant une sorte de tempête parfaite pour le système familial.

1. Le stress migratoire. La mondialisation et les inégalités économiques accroissent les migrations de main-d'œuvre et entraînent des séparations prolongées entre les parents et les enfants. Les recherches montrent que cela perturbe l'attachement, contribue aux états dépressifs et anxieux chez les enfants et crée des difficultés durables à rétablir les liens familiaux après la réunification [13].

2. La fragmentation numérique et la « techno-interférence ». La portée omniprésente des réseaux sociaux et des technologies numériques modifie la structure de la communication familiale. Tant la qualité que la quantité des interactions face-à-face diminuent; de nouveaux conflits surviennent autour du comportement en ligne; et les interruptions constantes par les appareils dans les interactions familiales (« techno-interférence ») produisent une distance émotionnelle et des frontières floues entre les membres de la famille [46].

3. L'instabilité économique. Le modèle de stress familial montre clairement comment les difficultés financières et la pression économique augmentent la détresse émotionnelle des parents, ce qui provoque à son tour des conflits conjugaux et encourage les pratiques parentales destructrices. Cela affecte directement le bien-être psychologique des enfants, augmentant le risque de problèmes comportementaux et émotionnels [21].

4. Changements dans les rôles des hommes et des femmes. Le passage des modèles patriarcaux traditionnels à des conceptions égalitaires des rôles familiaux devient une source puissante de conflit lorsque les partenaires ne font pas ce changement ensemble. Les attentes erronées au sujet des responsabilités du ménage, de l'éducation des enfants et de la prise de décisions entraînent des tensions chroniques et une baisse de la satisfaction conjugale globale [27].

Ensemble, ces facteurs créent un syndrome complexe de dysfonction familiale contemporaine. Le système familial est soumis à la pression de plusieurs directions à la fois, épuisant sa capacité d'adaptation. Dans ces conditions, les approches fragmentées, comme la thérapie individuelle pour un membre de la famille ou la formation purement comportementale pour les parents, se révèlent inadéquates. Ils ne peuvent pas résoudre les nœuds systémiques et intergénérationnels profonds qui soutiennent le problème. Il est urgent de développer et de valider des méthodes globales et intégrées

capables de travailler avec la famille en tant qu'organisme unique à tous les niveaux de son fonctionnement.

L'objectif de cette monographie est de systématiser, de fournir une justification scientifique et de valider le programme « Unité familiale » développé par l'auteur comme outil efficace pour renforcer la résilience du système familial, harmoniser les relations parents-enfants et protéger la santé mentale des enfants au milieu des défis contemporains.

Pour atteindre cet objectif, les objectifs suivants ont été fixés:

1. Analyser et systématiser les fondements théoriques de la psychothérapie familiale systémique et identifier les concepts clés sous-jacents à la méthode des auteurs.

2. Présenter le cadre méthodologique du programme « Unité familiale », décrivant en détail la structure, le contenu et les algorithmes d'exploitation de ses principaux modules, Constellations systémiques et NeuroPercée.

3. Effectuer la validation théorique de l'efficacité du programme en construisant et en simulant un modèle causal qui illustre son effet sur la réduction de la probabilité de divorce et de l'anxiété des enfants.

4. Tester empiriquement les hypothèses au moyen d'analyses statistiques et de synthèses de données d'enquête anonymisées¹ provenant de 5 000 familles ayant terminé le programme, et effectuer une analyse comparative avec des pratiques internationales de pointe.

5. Élaborer des recommandations pratiques, une feuille de route et un modèle économique pour la mise en œuvre et l'élargissement du programme « Unité familiale » dans les organisations gouvernementales et non gouvernementales.

¹ L'anonymisation des données consiste à supprimer ou modifier les informations permettant d'identifier une personne afin que les données restantes ne permettent plus son identification.

L'objet de l'étude est le système familial en tant que structure intégrée fonctionnant au milieu des défis socioculturels, technologiques et économiques contemporains.

Le sujet de l'étude est l'effet de la psychothérapie systémique intégrée, telle que mise en œuvre par la méthode « Unité familiale », sur la résilience du système familial, la qualité des relations maritales et parent-enfant, et les indicateurs de la santé mentale et de la résilience émotionnelle des enfants.

La méthodologie de l'étude s'appuie sur une approche interdisciplinaire combinant la psychologie, la sociologie, la neurobiologie et l'analyse des systèmes. Les méthodes suivantes ont été utilisées:

1. Méthodes théoriques : analyse comparative et synthèse de la littérature scientifique sur la psychothérapie familiale systémique, la psychologie du développement, la neurophysiologie et la sociologie familiale, y compris des publications dans des revues examinées par des pairs indexées par Scopus et Web of Science et des rapports d'organisations internationales (Organisation mondiale de la santé et UNICEF).

2. Méthodes empiriques : analyse de données quantitatives et qualitatives anonymisées provenant d'une enquête menée auprès de 1 018 répondants provenant de l'échantillon global de 5 000 familles ayant terminé le programme « Unité familiale » [1].

3. Méthodes de modélisation : modélisation statistique des relations causales pour valider théoriquement l'effet de l'intervention thérapeutique sur les indicateurs clés du bien-être familial.

4. Méthodes comparées : comparaison d'experts avec les principaux programmes internationaux de soutien aux parents, en particulier le Programme de parentalité positive, pour positionner la méthode dans un contexte mondial.

La nouveauté scientifique de l'étude ne réside pas dans la création d'une discipline thérapeutique entièrement nouvelle, mais dans l'intégration et la synergie originales d'approches établies et de

développements innovants. Ses principaux éléments nouveaux sont les suivants :

1. Le développement et l'introduction de NeuroPercée, un module distinctif corps-cognition basé sur la théorie polyvagale et les pratiques de pleine conscience. Ce module établit un lien entre la conscience cognitive des problèmes systémiques, obtenus par les constellations, et leur résolution neurophysiologique et somatique durable.

2. La création d'une méthode cohérente et intégrée du programme « Unité familiale » fonctionnant simultanément à quatre niveaux : systémique (identification des dynamiques cachées), cognitif (changement des croyances dysfonctionnelles), somatique (régulation du système nerveux) et comportemental (développement de nouveaux modèles d'interaction).

3. L'adaptation des techniques de thérapie systémique classique, en particulier les constellations, à un format en ligne, améliorant considérablement l'accessibilité, l'évolutivité et la rentabilité de la méthode dans les conditions actuelles.

Résultats de l'étude.

1. L'efficacité du programme « Unité familiale » a été confirmée théoriquement et empiriquement pour ce qui est de renforcer les relations familiales, de changer les attitudes envers la famille en tant que valeur, de renforcer les relations avec son partenaire, d'accroître la confiance entre les membres de la famille, de prévenir le divorce et d'encourager l'intention d'avoir un enfant.

2. L'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la qualité des relations familiales réduit le risque de rupture familiale et améliore la santé mentale des enfants a été corroborée.

3. Des outils ont été proposés pour recalibrer les réponses corporelles au stress.

4. Des recommandations à l'intention des praticiens ont été élaborées. La pratique des psychologues et des travailleurs sociaux peut utiliser la méthode « Unité familiale » comme outil efficace pour travailler avec les familles en crise, en particulier lorsque les

problèmes ont des racines systémiques et intergénérationnelles profondes et des approches comportementales insuffisantes. Les décideurs du secteur social peuvent intégrer le programme dans les centres de soutien à la famille, les systèmes d'éducation et les systèmes de soins de santé gouvernementaux et non gouvernementaux en tant que mesure préventive visant à réduire les taux de divorce et à prévenir les troubles mentaux chez les enfants. Un modèle économique intégrant le rendement social de l'investissement (SROI) soutient le bien-fondé d'un tel investissement.

Dans l'ensemble, cette monographie soutient qu'une approche systémique, approfondie et intégrée du travail avec les familles est à la fois possible et nécessaire aujourd'hui. La méthode du programme « Unité familiale » offre une voie scientifique pour rétablir la cohésion familiale et protéger l'avenir de nos enfants.

CHAPITRE 1. FONDEMENTS THÉORIQUES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE FAMILIALE SYSTÉMIQUE

Ce chapitre examine les fondements théoriques de la psychothérapie familiale systémique : les principes de l'approche systémique, les branches de la thérapie systémique, le rôle des facteurs psychoémotifs et du stress familial dans l'émergence des symptômes psychosomatiques, et les concepts clés étroitement liés au bien-être familial, y compris la psychosomatique, les traumatismes ancestraux, l'éducation des enfants et les rôles familiaux flous.

1.1. Origine et principes de l'approche systémique en thérapie familiale

La psychothérapie familiale systémique moderne s'est développée au milieu du XXe siècle à l'intersection de la psychologie, de la sociologie et de la psychiatrie, et par des tentatives pratiques de traiter les problèmes psychologiques en considérant la famille dans son ensemble.

Les fondateurs de l'approche systémique, y compris les théoriciens et les praticiens M. Bowen, S. Minuchin, V. Satir et J. Haley, ont commencé par la prémisse que les symptômes chez un membre de la famille, comme un enfant, ne surviennent pas dans le vide, mais reflètent souvent un dysfonctionnement du système familial dans son ensemble [17; 25; 30; 33; 37; 40].

S. Minuchin, un pionnier de la thérapie familiale, a observé que le comportement problématique est intégré dans le contexte des relations familiales. L'intervention thérapeutique devrait donc chercher à changer la structure de la famille – ses sous-systèmes, ses limites et sa communication – plutôt que de se concentrer uniquement sur l'individu [33]. M. Bowen a introduit le concept d'un système familial avec un champ émotionnel dans lequel les individus sont liés par de nombreux fils invisibles. Il a souligné les processus intergénérationnels et la différenciation de soi : la capacité de conserver l'autonomie sans rompre les liens affectifs avec sa famille

[17]. V. Satir a mis l'accent sur la communication familiale, faisant valoir que l'expression ouverte et claire des sentiments et des besoins favorise un système sain, tandis que les messages cachés et les jeux contribuent à la pathologie [40].

Les principaux principes de l'approche systémique sont les suivants:

1. Intégralité et interconnexion : la famille est perçue comme plus que la somme de ses parties. Un changement dans un élément, comme le comportement d'un adolescent, affecte tous les autres.

2. Cause circulaire : contrairement à la pensée linéaire de cause à effet, un thérapeute systémique voit les problèmes comme des cycles d'interactions répétées, comme un cercle vicieux d'accusations mutuelles entre époux, et intervient pour briser le cycle pathologique.

3. Structure et limites : une famille en bonne santé a des limites claires mais flexibles entre les générations et les rôles. Les limites altérées conduisent soit à l'enchevêtrement, où personne n'est séparé, soit à l'aliénation et à la distanciation. La thérapie nécessite souvent de rétablir les limites fonctionnelles, par exemple en renforçant le dyad parental séparément des enfants.

4. Règles et rôles familiaux : chaque famille établit ses propres règles explicites et implicites et distribue des rôles, tels que leader, artisan de la paix, bouc émissaire ou protégé. Les problèmes surgissent lorsque les règles sont inflexibles et les rôles sont dysfonctionnels ou fixés à certains membres de la famille. La thérapie vise à aider le système à évoluer vers des rôles et des règles plus adaptatifs.

5. Rétroaction : les familles ont des mécanismes homéostatiques, des boucles de rétroaction qui maintiennent l'équilibre même lorsqu'il est pathologique.

Par exemple, les parents peuvent inconsciemment saper une amélioration du comportement d'un enfant si le symptôme de l'enfant l'a aidé à éviter ses propres conflits. Le thérapeute tient compte de ces processus d'autorégulation familiale et introduit de

nouvelles significations et compétences afin que la famille puisse atteindre une homéostasie plus saine [17; 25; 30; 33; 37; 40].

Un principe essentiel consiste à comprendre la fonction d'un symptôme. Dans l'approche systémique, un symptôme, par exemple l'énurésie chez un enfant ou les crises de panique chez une mère, n'est pas seulement l'expression d'une pathologie individuelle : il peut aussi constituer un message ou une stratégie apparus au sein du système familial [34]. Ainsi, les troubles psychosomatiques fréquents d'un enfant peuvent rapprocher des parents qui se disputent en détournant leur attention du conflit. Le symptôme stabilise alors la famille au détriment de la santé de l'enfant. Cette lecture déplace la question « Qui a le problème ? » vers l'identification du mode d'interaction qui entretient ce problème. Elle distingue la thérapie systémique des approches traditionnelles.

Plusieurs branches de la thérapie familiale contemporaine doivent être notées. La thérapie structurale (S. Minuchin [33]) restructure la famille; la thérapie stratégique (J. Haley [25]) met l'accent sur l'évolution des séquences d'interaction et l'utilisation de paradoxes; la thérapie intergénérationnelle (M. Bowen [17]) examine les génogrammes familiaux sur plusieurs générations; la thérapie expérientielle (V. Satir [40]) met l'accent sur les expériences émotionnelles et la communication directe des membres de la famille; et la thérapie familiale comportementale cognitive intègre le travail sur les croyances dysfonctionnelles et les compétences en communication. Tous partagent néanmoins des principes systémiques de base et cherchent à impliquer le plus possible l'environnement du client – parents, partenaires et enfants – plutôt que de confiner le traitement à l'individu.

Des études récentes confirment l'efficacité globale des interventions centrées sur la famille. Une méta-analyse de 2019 a, par exemple, mis en évidence des améliorations significatives pour un large éventail de difficultés, de la dépression chez l'adulte aux troubles du comportement chez l'adolescent. L'efficacité de la psychothérapie familiale n'est pas inférieure à celle d'un traitement

individuel et peut parfois la dépasser [18]. La famille peut aussi être une ressource de résilience : des liens solides et la capacité de résoudre ensemble les problèmes sont associés à un risque moindre de réapparition des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. Dans la conception de F. Walsh, cette résilience familiale désigne la capacité collective de s'adapter au stress, qui protège chacun des membres de la famille [16]. Walsh [50] souligne que les interventions systémiques peuvent renforcer trois composantes : les systèmes de croyances (recherche de sens et optimisme), l'organisation (souplesse des rôles et entraide) et la communication (expression des émotions et résolution commune des problèmes).

Pour cette étude, il est important de souligner que la psychothérapie familiale systémique est une perspective globale, pas une seule technique, et peut être complétée par diverses méthodes. Les sections suivantes examinent comment les principes systémiques classiques sont appliqués et étendus dans la méthode « Unité familiale ». Cependant, avant de décrire la méthodologie, plusieurs concepts étroitement liés au bien-être de la famille doivent être considérés : psychosomatiques, traumatismes ancestraux, rôles familiaux flous, etc. Ces phénomènes sont souvent la cible d'une thérapie systémique ou, inversement, de facteurs qui compliquent la dynamique familiale.

1.2. Psychosomatique et stress familial : le rôle des facteurs émotionnels

Les troubles psychosomatiques sont des maladies physiques dont l'origine ou les causes psychologiques, y compris le stress émotionnel, jouent un rôle important. Comme l'indique une étude contemporaine, la psychosomatique est une maladie physique provoquée par l'accumulation d'émotions négatives, y compris l'anxiété, la colère, le ressentiment et la tristesse [35]. Les enfants qui vivent dans des familles marquées par un conflit constant ou une froideur émotionnelle sont particulièrement vulnérables aux réactions psychosomatiques. Incapable d'exprimer ou de reconnaître

ouvertement leurs expériences, un enfant peut inconsciemment les transférer dans le corps. Des maux de tête fréquents, des douleurs abdominales ou des réactions allergiques, par exemple, peuvent coïncider avec des périodes de querelles intensifiées entre les parents. Le corps semble ainsi signaler la détresse de la famille.

De nombreuses études confirment une association entre le stress familial et les symptômes psychosomatiques chez les enfants. Les enfants exposés à un conflit parental continu sont exposés à un risque considérablement accru de symptômes anxieux et dépressifs et de plaintes psychosomatiques. Une étude longitudinale réalisée par N. Morelli et ses collègues [34] a mis en évidence une relation bidirectionnelle : des niveaux élevés de conflit familial dans la petite enfance prédisent une augmentation des symptômes psychosomatiques (anxieux et dépressifs) chez les enfants plus tard, tandis que les enfants souffrant d'anxiété prononcée peuvent à leur tour aggraver la tension familiale. Cela illustre le principe systémique de causalité circulaire. Le stress émotionnel chronique au sein de la famille – arguments, sévices physiques ou émotionnels et négligence des besoins de l'enfant – peut donc perturber le fonctionnement corporel par des mécanismes neuroendocriniens, des problèmes gastro-intestinaux à une immunité réduite [35]. Selon l'American Psychiatric Association [14], jusqu'à 70% des cas de maladies physiques chroniques sont associés à des émotions négatives prolongées, surtout le ressentiment et la colère réprimés. Au sein d'une famille, de telles émotions peuvent découler de conflits non résolus, de sentiments de rejet et d'un manque de chaleur et de soutien.

La psychothérapie systémique tient compte de ce continuum émotionnel et corporel. La thérapie familiale révèle souvent que la disparition d'un symptôme chez un membre de la famille est directement liée aux changements dans l'atmosphère émotionnelle. Par exemple, un garçon de douze ans atteint d'asthme psychosomatique n'a plus besoin d'un inhalateur après que ses parents ont révisé leur style de communication destructeur et ont

appris à se soutenir l'un l'autre au lieu de négocier des accusations. Dans de tels cas, le psychothérapeute cherche à la fois à soulager le symptôme et à changer le contexte familial dans lequel les émotions négatives sont apparues : élever la confiance et enseigner aux membres de la famille à exprimer leurs sentiments de manière constructive. Le traitement des réactions psychosomatiques chez les enfants implique donc en grande partie le travail avec la famille dans son ensemble.

Le lien étroit entre l'esprit et le corps découlant de facteurs familiaux se reflète également dans le modèle biopsychosocial de la santé reconnu par l'OMS. Selon ce modèle, la santé de l'enfant est façonnée par des facteurs biologiques (caractéristiques héréditaires et du système nerveux), des facteurs psychologiques (caractéristiques personnelles et stratégies d'adaptation) et des facteurs sociaux, dont la famille au cours des premières années. La famille peut être une source de stress chronique ou une ressource pour le rétablissement. Une étude de V. Soldatkina et S. Soldatkina [43], par exemple, remet en question plusieurs mythes sur la psychosomatique et souligne l'importance d'une approche intégrative du traitement : le travail simultané sur les symptômes corporels par la médication et les problèmes émotionnels par la psychothérapie. Au sein du système familial, cela signifie que le meilleur résultat est atteint lorsque les proches participent à la guérison en apprenant à soutenir l'enfant émotionnellement, en résolvant les conflits familiaux et en aidant les enfants à développer des façons saines d'exprimer leurs sentiments. Le paradigme systémique dans le traitement des troubles psychosomatiques des enfants passe ainsi d'un modèle d'enfant malade à un modèle d'enfant patient. Toute amélioration significative du climat émotionnel de la famille, comme l'établissement de la confiance et un sentiment de sécurité, peut réduire directement les symptômes psychosomatiques d'un enfant.

1.3. Traumatisme ancestral et influences transgénérationnelles sur la famille

Chaque famille existe non seulement dans l'espace, mais aussi dans le temps, liée aux générations précédentes par l'hérédité, les traditions et les modèles transmis. Les traumatismes ancestraux (transgénérationnels ou intergénérationnels) se rapportent aux traumatismes psychologiques, aux expériences douloureuses ou à l'adversité transmises de génération en génération. L'intérêt pour ce phénomène découle tout d'abord des études sur les familles touchées par les catastrophes et les guerres. Des chercheurs ont observé que les enfants et les petits-enfants des survivants de l'Holocauste ou des victimes de la répression, par exemple, peuvent présenter des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique, même si ces événements n'ont pas été vécus directement. Des recherches récentes ont même proposé des mécanismes épigénétiques de transmission : des marqueurs biologiques héritablement sur des gènes qui influencent la réactivité du système nerveux [20; 53]. Dans leur examen, R. Yehuda et A. Lehrner [53] notent des changements dans la régulation des hormones de stress, y compris le cortisol, parmi les descendants de parents traumatisés, augmentant leur vulnérabilité aux facteurs de stress. Cela suggère qu'une mémoire de traumatisme peut être transmise au niveau biologique ainsi que par l'apprentissage ou les histoires de famille.

Il existe également des mécanismes purement psychologiques de transmission transgénérationnelle. Dans la thérapie familiale, M. Bowen [17] a introduit l'idée du processus de projection familiale : les problèmes émotionnels non résolus des parents, eux-mêmes issus des relations avec leurs propres parents, sont projetés sur leurs enfants, produisant des difficultés similaires. Une mère élevée dans un environnement émotionnellement froid, par exemple, peut inconsciemment garder ses propres enfants à distance, en passant par la peur de l'intimité et de l'attachement à la prochaine génération.

Les scénarios et les mythes familiaux constituent un autre mécanisme de transmission : ce sont des modèles de comportement et des croyances profondément ancrés, souvent inconscients. Dans une famille où plusieurs générations de femmes ont élevé seules

leurs enfants, peut-être à la suite de décès précoces ou de divorces, un scénario ancestral peut se former : « Une femme finit toujours seule ; les hommes ne sont pas fiables. » Les filles qui l'adoptent peuvent, sans en avoir conscience, agir d'une manière qui entraîne la rupture avec leurs partenaires, semblant ainsi confirmer une « malédiction familiale ».

Les thérapeutes systémiques, en particulier ceux qui utilisent l'approche de la constellation familiale de B. Hellinger, accordent une attention considérable à la découverte de telles loyautés cachées et d'influences ancestrales inconscientes. Hellinger [26] a proposé que de nombreux destins difficiles et malheurs répétés au sein d'une famille expriment un ordre perturbé de l'amour dans le système. Un membre négligé ou exclu d'une génération passée, comme un enfant abandonné ou un parent décédé effacé de la mémoire, crée un déséquilibre énergétique jusqu'à ce que la personne soit rappelée et restaurée dans une place dans l'âme de la famille. Bien que les constellations familiales d'Hellinger soient phénoménologiques et quelque peu controversées du point de vue scientifique, elles sont devenues largement populaires en raison de leur vivacité et de l'expérience émotionnelle souvent profonde par laquelle les clients peuvent sentir leurs liens avec les ancêtres et jeter le fardeau de la douleur qui n'est pas leur propre.

Les études scientifiques accumulent néanmoins progressivement des preuves d'effets transgénérationnels. B. Konkolý Thege et ses collègues [29] ont procédé à un examen et une méta-analyse systématiques de l'efficacité des constellations familiales (systémiques). Ils ont conclu que les données pointent vers l'efficacité de la méthode, avec des changements positifs substantiels dans les états mentaux des participants; cependant, la qualité globale de la preuve reste faible. » Même les critiques de la méthode constellation conviennent que l'une des tâches de la thérapie familiale est de comprendre l'histoire de la famille et les modèles qui affectent le présent. Voir le contexte multigénérationnel d'un problème peut aider un client à se libérer en partie et commencer à

travailler sur ce problème comme un défi de famille plutôt que comme une déficience personnelle.

Les traumatismes ancestraux sont particulièrement dangereux pour les enfants parce qu'ils peuvent perturber l'attachement et un sentiment fondamental de sécurité, même avant la naissance ou pendant les premières années de la vie. Une mère qui s'est vu refuser l'amour en tant qu'enfant et qui a été traumatisée, par exemple, peut avoir du mal à établir un contact affectif avec son enfant. L'enfant peut alors développer un style d'attachement anxieux ou désorganisé, ce qui accroît le risque de problèmes de santé mentale ultérieurs. Un traumatisme peut ainsi faire écho à travers les générations suivantes jusqu'à ce que la conscience et la guérison rompent le cycle.

La thérapie familiale offre des outils spécifiques pour ce travail: les génogrammes (diagrammes de la famille montrant des événements et des relations significatives), les techniques pour s'adresser aux ancêtres (comme les lettres ou les rituels symboliques du pardon), et d'autres. En particulier, la méthode « Unité familiale » dont il est question ici comprend un module pour travailler avec sa lignée familiale : une série d'exercices permettant aux participants d'exprimer le respect des parents et des ancêtres et de laisser tomber la culpabilité ou la douleur héritée qui ne leur appartient pas. Selon les comptes des participants, l'acceptation de leur lignée de cette façon a apporté un soulagement tangible et amélioré les relations entre les générations.

Les influences transgénérationnelles sont donc un élément important de la psychothérapie systémique. Reconnaître que le passé vit dans le présent familial permet une compréhension plus approfondie des problèmes actuels. Dans le contexte familial, cela signifie que les traumatismes ancestraux non traités réapparaîtront dans la vie des descendants jusqu'à ce que la famille reconnaisse et intègre cette expérience. La recherche épigénétique contemporaine ne fait que confirmer la sagesse de cette perspicacité en identifiant les racines biologiques du phénomène [20; 29].

La section suivante examine un autre phénomène étroitement lié aux relations parents-enfants : les rôles familiaux flous, ou renversement de rôle, dans lesquels un enfant assume les fonctions d'un parent. Cela se produit souvent dans les familles touchées par des traumatismes ou des dysfonctionnements et a des conséquences profondes sur la santé mentale des enfants.

1.4. Confusion des rôles familiaux : quand l'enfant devient « parent »

Le terme « rôles familiaux flous » désigne un processus dans lequel l'enfant assume un rôle d'adulte en répondant aux besoins émotionnels ou pratiques des parents ou d'autres membres de la famille. En d'autres termes, les enfants deviennent des parents de leurs parents. » Il peut prendre diverses formes : un enfant plus âgé s'occupe de jeunes frères et sœurs au lieu de la mère; une fille agit comme confidente de sa mère, écoutant les plaintes et la consolant (inversion de rôle émotionnel); ou un fils doit gérer les tâches ménagères, gagner de l'argent, ou prendre des décisions au-delà de ses années (inversion de rôle instrumental) [16].

Les causes sont variées. L'inversion du rôle se produit souvent dans les familles monoparentales, où un enfant plus âgé peut par inadvertance prendre la place du partenaire absent, devenant, par exemple, un petit mari à une mère veuve. Elle se produit également lorsque les parents sont malades ou dépendants de l'alcool ou de la drogue et que leurs enfants doivent s'occuper d'adultes sans défense. L'inversion du rôle émotionnel est courante dans les familles aux conflits chroniques : essayer d'atténuer la tension, un enfant devient médiateur, plaisanteur ou consolateur et assume la responsabilité des émotions des parents.

À première vue, un tel comportement peut sembler faire preuve de maturité et de responsabilité. Toutefois, de nombreuses études ont établi un lien entre l'inversion du rôle pathologique et les effets négatifs à long terme sur le développement. Les enfants qui devaient être petits adultes sont plus susceptibles que les adultes de souffrir de dépression et d'anxiété et de lutter pour former des relations égales.

Dans une étude de 2021 [16], on a relevé une propension accrue à la dépression, une anxiété élevée, un comportement à risque comme l'abus de substances, des troubles alimentaires et des traits de personnalité borderline parmi ses effets indésirables. Les raisons sont compréhensibles: un enfant qui a manqué une enfance normale grandit souvent le sentiment que les besoins personnels n'ont pas d'importance, étant habitué à placer les autres en premier, et que le monde est dangereux parce que la responsabilité est venue si tôt.

Il est important de distinguer l'inversion fonctionnelle de l'inversion de rôle destructive. Dans certaines cultures, y compris les familles rurales et les communautés de familles nombreuses, les enfants plus âgés sont naturellement censés aider à travailler au foyer et à s'occuper des enfants plus jeunes. Avec modération, cela peut développer des compétences et un sens des responsabilités. Un effet positif est possible lorsque la charge de travail est adaptée à l'âge et que l'enfant est reconnu et remercié d'avoir aidé [26]. La recherche suggère que, dans certaines conditions, l'inversion des rôles peut renforcer l'indépendance, l'empathie et la compétence des adolescents [48]. Ce résultat est probable lorsque : a) l'enfant n'est pas excessivement encombré et b) les parents apprécient la contribution de l'enfant et le remettent dans une position adaptée à l'âge le plus tôt possible. Dans de nombreux cas, cependant, surtout lorsqu'un chiffre parental est chroniquement dysfonctionnel, l'inversion de rôle dépasse ces limites et devient une exploitation des ressources de l'enfant.

La psychothérapie systémique accorde une attention particulière à l'inversion des rôles parce qu'elle perturbe la hiérarchie familiale. D'ordinaire, les parents doivent rester responsables des décisions, de la sécurité et du climat émotionnel, tandis que les enfants doivent avoir le droit d'être des enfants : faire des erreurs, jouer et recevoir des soins. Lorsque la hiérarchie est inversée, les besoins émotionnels et même physiques de l'enfant peuvent ne pas être satisfaits. La thérapie avec de telles familles révèle souvent la colère cachée et le ressentiment envers les parents d'enfants qui ont assumé des rôles

d'adultes, même lorsque les enfants semblent être très fidèles et attachés. La tâche du psychothérapeute est de rétablir les limites appropriées, de soulager l'enfant d'un rôle insupportable et de rendre sa responsabilité aux adultes. Dans la pratique, cela peut signifier l'enseignement de l'autorégulation des parents afin que les émotions ne soient pas déversées sur l'enfant, en s'appuyant sur des ressources extérieures telles que l'aide sociale, de sorte qu'un adolescent n'a pas besoin de travailler, et en discutant ouvertement au sein de la famille du fait que l'enfant a fait trop pour le parent. La reconnaissance et les excuses d'un parent adulte à un fils ou à une fille d'aujourd'hui pour son enfance peuvent lui-même être un puissant moment de guérison [16].

Plusieurs études empiriques appuient le lien entre l'inversion des rôles et les difficultés ultérieures. K. Shear [41], par exemple, a constaté que les jeunes de 16 ans qui apportent un soutien émotionnel à leurs parents combinent maturité sociale et dysrégulation émotionnelle interne : ils semblent réussir mais cachent des humeurs dépressives et de la colère. C. Jankowski et ses collègues [28] ont montré une corrélation étroite entre l'inversion des rôles et la diminution de la satisfaction et du bien-être des jeunes adultes, en particulier lorsque leur aide à l'enfance n'a pas été reconnue. La responsabilité première à elle seule n'est donc pas nécessairement préjudiciable; sa combinaison avec l'injustice et le manque de gratitude l'est. Un enfant qui était obligé de grandir mais qui n'a reçu ni soutien ni respect en retour peut porter des sentiments d'être trompé et victimisé à l'âge adulte, ainsi que des difficultés avec l'estime de soi et les limites, continuant à jouer le sauveteur à mériter l'amour.

La prévention et la thérapie à orientation systémique pour le renversement des rôles visent à renforcer la compétence parentale. Pendant les séances familiales, un thérapeute peut montrer doucement à un parent comment les tâches des adultes sont transférées sur l'enfant et aider le parent à reprendre un rôle de leadership. Une mère célibataire habituée à discuter de problèmes

financiers avec sa fille de dix ans, par exemple, apprend à prendre ces conversations en dehors de la dyade mère-fille et à chercher du soutien d'amis ou de professionnels, libérant sa fille de soucis inutiles. Dans le même temps, la thérapie affirme le droit de la fille, en tant qu'enfant, de ne pas résoudre les problèmes des adultes, et elle revient progressivement à une vie plus légère, adaptée à l'âge, avec le temps pour les amis et les intérêts. Ce processus s'accompagne souvent de moins de symptômes chez l'enfant. L'inversion des rôles est souvent sous-jacente à la maturité symptomatique : les enfants qui semblaient exceptionnellement obéissants et réussis peuvent soudainement se rebeller ou présenter des symptômes psychosomatiques lorsque leurs ressources sont épuisées. L'élimination de leur fardeau accablant rapproche souvent le comportement des normes d'âge et améliore la santé.

L'inversion des rôles illustre un problème qui exige avant tout une approche systémique. Une thérapie individuelle de l'enfant enfermé dans le rôle de « petit adulte » reste incomplète si la situation familiale ne change pas. Ce phénomène est lié à la psychosomatique, car l'excès de responsabilité pèse sur le corps, aux scénarios ancestraux, car il se répète parfois de génération en génération (« Dans notre famille, l'aîné se sacrifie toujours pour les autres »), et plus largement à la dynamique familiale. Le programme « Unité familiale » [1] cherche notamment à corriger ces rôles dysfonctionnels. Beaucoup de participants ont déclaré avoir appris à établir des limites plus saines. Des parents ont compris qu'ils devaient assumer leur rôle parental au lieu de se comporter en amis de leurs enfants au détriment de leur autorité ; des enfants devenus adultes ont cessé de vivre à travers les problèmes de leurs parents et se sont sentis libres de bâtir leur propre vie. Les indicateurs indirects vont dans le même sens : 41 % des participants ont signalé davantage de confiance et de proximité affective dans leur famille, et 3 % des familles proches du divorce ont décidé de préserver leur mariage.

1.5. Les défis contemporains comme catalyseurs des dysfonctionnements familiaux

Les facteurs de stress contemporains supplémentaires décrits dans l'introduction agissent comme de puissants catalyseurs qui activent et aggravent les dysfonctionnements systémiques existants.

La migration remet directement en question les frontières familiales, les rend perméables et instables, et perturbe la hiérarchie lorsque les enfants laissés derrière eux sont forcés de jouer des rôles d'adultes [24].

La numérisation brouille les frontières entre les sphères privée et publique et entre la famille et le monde extérieur. La technoférence perturbe la communication, remplaçant un contact émotionnel profond par un échange superficiel d'informations [44].

La pression économique augmente l'anxiété globale du système, provoquant des conflits et réduisant la cohésion [36].

L'évolution des rôles des hommes et des femmes remet en question les hiérarchies et les règles d'interaction établies, exigeant une souplesse que le système peut manquer [27].

Les défis contemporains ne font donc pas que créer de nouveaux problèmes : ils frappent les fondements du fonctionnement de la famille, rendant le système plus rigide, chaotique et incapable d'accomplir ses fonctions essentielles de sécurité, de développement et de soutien émotionnel pour ses membres.

1.6. Critique des modèles existants et justification d'une approche intégrée

Au milieu d'une crise systémique complexe de la famille, les approches traditionnelles fragmentées de l'aide révèlent leurs limites.

La psychothérapie individuelle centrée sur un membre de la famille, le patient identifié, est souvent inefficace à long terme. Un thérapeute peut aider un client à mieux comprendre les sentiments et les réactions, mais lorsque le client revient à un système familial inchangé, les anciens modèles d'interaction réactivent rapidement les problèmes. La thérapie individuelle peut apprendre à une personne à

mieux s'adapter à un environnement dysfonctionnel, mais elle change rarement l'environnement lui-même [49]. La source du dysfonctionnement n'est pas à l'intérieur de l'individu, mais dans les relations entre les membres du système [52].

Les programmes d'éducation des parents, y compris la formation comportementale bien connue, ont également des limites. Ils fournissent aux parents des outils et des techniques utiles – que faire – mais ne traitent pas des raisons plus profondes pour lesquelles ces techniques ne sont pas utilisées. Un parent peut savoir comment réagir de façon appropriée au comportement d'un enfant, alors que son propre traumatisme non traité, son script ancestral inconscient ou son stress chronique mine cette connaissance et déclenche des réactions destructives automatiques [15].

Les méta-analyses comparant les approches appuient les avantages de la participation de la famille. Des études montrent que, surtout dans le traitement de l'anxiété et de la dépression infantiles, la thérapie familiale est au moins aussi efficace que la thérapie individuelle pour l'enfant et peut être plus efficace à long terme [15]. La participation des parents modifie l'environnement même dans lequel l'enfant vit, créant ainsi un contexte de soutien et de guérison.

C'est pourquoi la méthode « Unité familiale » repose sur une approche intégrée. Il reconnaît que des changements durables exigent du travail à tous les niveaux : le niveau systémique, pour identifier et restructurer les modèles dysfonctionnels; le niveau transgénérationnel, pour traiter les scripts et les traumatismes ancestraux; et le niveau individuel, cognitif et somatique, afin que chaque membre de la famille puisse à la fois comprendre et vivre physiquement et consolider de nouvelles façons plus saines d'être et d'interagir.

CHAPITRE 2. CADRE MÉTHODOLOGIQUE DU PROGRAMME « UNITÉ FAMILIALE »

Ce chapitre est le noyau méthodologique de la monographie. Il décrit en détail l'architecture du programme « Unité familiale » développé par l'auteur, qui se positionne comme une psychotechnologie intégrée conçue pour s'attaquer aux dysfonctionnements complexes de la famille moderne. S'appuyant sur les propositions théoriques du chapitre 1 — notamment la causalité circulaire, les influences intergénérationnelles et le rôle des manifestations corporelles dans le stress familial —, il passe de l'analyse théorique à des outils pratiques.

La thèse centrale de ce chapitre est que la singularité et l'efficacité thérapeutique du programme reposent sur la synergie de deux modules complémentaires. Le premier, les constellations systémiques, remplit surtout une fonction diagnostique et cathartique et répond à la question du client : « Pourquoi cela se produit-il dans ma famille et dans ma vie ? » Il permet de mieux comprendre des dynamiques systémiques cachées, souvent inconscientes. Le second, NeuroPercée, constitue le cœur thérapeutique et intégratif du programme et répond à la question pratique : « Comment puis-je vivre et réagir autrement ? »

Pour décrire plus précisément leur interaction, les auteures introduisent le concept d'un « pont incarné ». Dans ce concept, NeuroPercée fournit le lien crucial entre la conscience cognitive acquise par le travail systémique et la consolidation neurophysiologique durable de cette conscience. L'approche s'attaque délibérément à un problème fondamental dans de nombreuses formes de psychothérapie : l'écart entre la compréhension intellectuelle et les changements réels de comportement et de bien-être. Après une session, un client peut comprendre tout intellectuellement, mais dans une situation réelle stressante, le corps et les émotions réagissent comme avant, activant des réactions défensives automatiques : combat, vol ou gel [11]. De telles réactions sont codées dans le système nerveux autonome et

fonctionnent comme des réflexes physiologiques plutôt que comme des choix conscients. Grâce à NeuroPercée, « Unité familiale » propose un mécanisme ciblé d'intégration somatique des idées et de réécriture de ces réponses au niveau des réseaux neuronaux et de la régulation autonome. La conscience formée dans le cortex préfrontal se traduit ainsi par la régulation du système limbique et du tronc cérébral, où se produisent des réactions automatiques, fournissant une base stable pour le changement à long terme.

2.1. Architecture à deux modules du programme : dialectique entre analyse systémique et intégration neurocognitive

« Unité familiale » a une architecture à deux modules. Chaque module a une fonction distincte, tandis que leur synergie crée un effet thérapeutique global. En fonction de la demande du client, de la dynamique du groupe et de l'état de préparation au travail de transformation approfondi, les modules peuvent être mis en œuvre de façon séquentielle ou en parallèle.

2.1.1. Module 1. Les constellations systémiques comme outil diagnostique phénoménologique

Ce module est le point de départ et le noyau de diagnostic du programme. Son objectif principal est de rendre visible la dynamique cachée et inconsciente du système familial sous-jacent au problème déclaré [11]. Il s'agit généralement d'enchevêtrements intergénérationnels, de perturbations de la hiérarchie telles que l'inversion des rôles, l'exclusion des membres de lignée familiale, l'interruption des flux d'amour entre les parents et les enfants, et les loyautés cachées qui conduisent inconsciemment les descendants à répéter le sort de leurs ancêtres.

Au sein du programme « Unité familiale », une constellation n'est pas considérée comme une pratique ésotérique ou mystique, mais comme un puissant outil phénoménologique pour créer une carte vivante de la réalité intérieure du client [11]. La modélisation spatiale du système familial utilisant des représentants en personne ou des figurines en ligne permet de contourner les récits verbaux et

les défenses psychologiques du client, fournissant un accès direct à l'information détenue aux niveaux systémique et physique-émotionnel. Le phénomène de la perception représentative, dans lequel les représentants transmettent les sentiments et les sensations des membres réels du système, est utilisé diagnostiquement pour tester des hypothèses sur les perturbations systémiques [11; 22].

D'autres travaux dans le domaine de la constellation, y compris des figures mobiles et l'utilisation des déclarations de résolution de résolution de résolution de résolution, cherche symboliquement à restaurer les ordres perturbés de l'amour, conduisant à une catharsis émotionnelle puissante et la perspicacité cognitive pour le client [11; 23]. Dans la pratique, cependant, la seule perspicacité est insuffisante pour permettre un changement durable. C'est là que le deuxième module devient nécessaire.

2.1.2. Module 2. NeuroPercée : méthode de transformation personnelle accélérée

NeuroPercée est défini conceptuellement comme un ensemble structuré de psychotechnologies conçu pour traduire les idées systémiques du Module 1 en modèles neurophysiologiques, cognitifs et comportementaux stables [11]. Elle repose sur quatre principes interdépendants qui adaptent les concepts populaires du manuel méthodologique en langage scientifique formel.

1. Le principe de la prise de conscience. Celle-ci est la compétence fondamentale d'une posture métacognitive : observer sans jugement le flux de ses pensées, de ses émotions et de ses sensations corporelles. Son développement permet au client de prendre de la distance avec ses réactions automatiques (« Je ne suis pas mon anxiété » ; « Je ne suis pas mes pensées »), condition préalable à la restructuration cognitive et à la régulation émotionnelle.

2. Le principe de la neuroplasticité. La méthode utilise activement la capacité intrinsèque du cerveau à réorganiser sa structure et sa fonction en réponse à une nouvelle expérience. NeuroPercée propose

un protocole de pratique délibérée et régulière sur 30 à 40 jours, avec des exercices cognitifs et corporels destinés à former et renforcer de nouvelles connexions neuronales plus adaptatives tout en affaiblissant les anciennes dysfonctionnelles.

3. Le principe de l'écologie systémique. L'idée des « lois de la matrice de la vie » proposée par l'auteure dans le manuel initial est reformulée ici sous la notion académique d'« écologie systémique ». Cette notion conserve l'essentiel de l'idée tout en l'inscrivant dans un cadre scientifique rigoureux. Selon ce principe, une famille, comme tout système vivant complexe, fonctionne suivant des lois générales qui soutiennent son homéostasie et son développement. Les principales lois sont les suivantes.

Le droit d'appartenance. Chaque membre du système a le même droit d'appartenir. À l'exclusion de quelqu'un, comme un enfant avorté ou un ancêtre de Shameful, crée une tension systémique exprimée comme des symptômes chez les descendants.

La loi de la hiérarchie (ordre). Ceux qui sont entrés dans le système plus tôt ont priorité. Les parents donnent et les enfants reçoivent. Perturbation de cet ordre – par exemple, par un renversement de rôle lorsqu'un enfant devient le parent de ses parents – conduit à un dysfonctionnement.

La loi de l'équilibre entre donner et recevoir. Le partenariat exige un équilibre des échanges pour maintenir un lien sain. Dans les relations parents-enfants, les parents donnent; lorsque les enfants grandissent, ils transmettent ce qu'ils ont reçu à leurs propres enfants ou dans le monde entier.

Enfreintes de ces lois, la pollution de l'écosystème familial, et la thérapie vise à rétablir son équilibre.

4. Le principe d'une intégration profonde. Le changement durable n'est possible qu'à travers le travail à tous les niveaux : cognitif (croyances), émotionnel (sensations), somatique (sensations et réactions corporelles) et comportemental (actions). NeuroPercée rassemble le travail avec les pensées, les émotions et le corps pour réaliser cette intégration à plusieurs niveaux.

2.2. Fondements théoriques de NeuroPercée : synthèse intégrative de la neurobiologie et de la psychothérapie

L'efficacité de NeuroPercée provient du fait qu'il ne s'agit pas d'une invention de zéro, mais d'une synthèse délibérée de concepts de neurobiologie contemporaine et d'approches psychothérapeutiques éprouvées dans le temps.

2.2.1. La neuroplasticité comme mécanisme du changement thérapeutique

Le module repose sur la neuroplasticité : la capacité du cerveau à changer sa structure et son fonctionnement tout au long de la vie. La réécriture de modèles dysfonctionnels s'inspire de la loi de Hebb : les neurones qui brûlent ensemble, filent ensemble. La répétition régulière de nouvelles stratégies cognitives et comportementales au cours d'un cycle de 30 à 40 jours renforce les connexions synaptiques correspondantes, rendant une nouvelle réaction plus rapide, plus forte et plus automatique que l'ancienne [11]. L'intervalle choisi est basé sur des recherches empiriques sur l'habitude-formation suggérant que le nouveau comportement prend une moyenne de 21 à 66 jours de pratique régulière pour devenir automatique.

2.2.2. Régulation descendante et ascendante

NeuroPercée utilise une approche bidirectionnelle pour réguler les états émotionnels [11].

La régulation descendante est obtenue par des techniques cognitives [19]. Le cortex préfrontal (FPC), responsable des fonctions exécutives telles que la planification, l'autocontrôle et la prise de décision, a un effet inhibiteur sur le système limbique, en particulier l'amygdala, un centre de réponse de la peur et de l'anxiété. La restructuration cognitive enseigne aux clients à identifier, à défier et à changer les pensées dysfonctionnelles et renforce directement ce contrôle descendant. En développant consciemment la capacité de réévaluer une menace, les clients apprennent à ne pas se soumettre à

la réponse panique de l'amygdala mais à activer des voies de réponse plus rationnelles.

La régulation ascendante s'appuie sur des pratiques corporelles et respiratoires fondées sur la théorie polyvagale de S. Porges [12]. Cette théorie décrit une hiérarchie des réponses du système nerveux autonome face à la menace. L'ancrage, le balayage corporel et la respiration diaphragmatique avec une expiration prolongée stimulent la branche ventrale du nerf vague. Son activation constitue un signal physiologique de sécurité qui fait passer le système nerveux de l'activation sympathique (« lutte ou fuite ») ou de l'immobilisation vagale dorsale (« figement ou effondrement ») vers le calme, l'ouverture et l'engagement social. Le travail sur le corps et la respiration permet ainsi de modifier directement l'état physiologique, sans passer d'abord par la cognition.

2.2.3. Mémoire et reconsolidation

Les techniques du module, en particulier le travail d'imagerie et les visualisations guidées, utilisent la reconsolidation de la mémoire pour réécrire l'expérience traumatisante. La reconsolidation suppose que chaque fois qu'une mémoire à long terme est récupérée, elle devient plastique et ouverte au changement avant qu'elle ne soit consolidée à nouveau. La stratégie thérapeutique de NeuroPercée est d'activer une vieille mémoire émotionnelle, comme un traumatisme infantile, dans un cadre sûr tout en fournissant une nouvelle expérience corrective : un sentiment de sécurité par la respiration, l'acceptation par le thérapeute, ou une nouvelle image de ressource. L'ancienne mémoire est ainsi réécrite avec une nouvelle charge émotionnelle, moins douloureuse.

2.2.4. Les « ondes à haute fréquence dans la gamme vocale » comme outil neurophénoménologique

Le manuel méthodologique de NeuroPercée mentionne les ondes à haute fréquence dans la gamme vocale comme un outil qui peut faciliter la transformation. Pour préserver la rigueur scientifique, cette monographie traite le phénomène comme un mécanisme

hypothétique de stimulation audio, et non comme un fait établi. L'hypothèse est que des caractéristiques acoustiques spécifiques de la voix de l'entraîneur – timbre, rythme, hauteur et modulation – peuvent aider à induire des états thérapeutiques favorables de conscience chez les clients, caractérisés par une prédominance des rythmes alpha et thêta EEG. Ces états, semblables à la transe hypnotique ou à la méditation profonde, sont associés ici à une activité de pensée critique réduite dans le PFC et à une réceptivité accrue aux nouvelles suggestions et images. Cela pourrait rendre le matériel subconscient plus accessible et accélérer le changement neuroplastique. L'hypothèse est basée sur l'analogie avec les effets mieux étudiés d'autres types de stimulation audio rythmique, comme les battements binauraux, sur la synchronisation des ondes cérébrales.

La nature intégrative de NeuroPercée est présentée au tableau 1.

Tableau 1. Synthèse des approches thérapeutiques intégrées dans NeuroPercée

Approche thérapeutique	Techniques ou principes utilisés	Apport à NeuroPercée
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	Journal de réflexion ; repérage et remise en question des pensées automatiques négatives ; expériences comportementales	Permet la restructuration cognitive et renforce la régulation émotionnelle descendante.
Thérapie par imagerie émotionnelle	Travail avec des images intérieures (« enfant intérieur », « critique intérieur ») ; modélisation symbolique ; visualisation guidée	Permet d'aborder les traumatismes profonds et les expériences préverbaux en contournant les défenses cognitives ; active la reconsolidation de la mémoire.
Thérapie familiale systémique	Travail sur les rôles familiaux, la hiérarchie, les frontières, l'équilibre des échanges et les loyautés	Fournit le cadre conceptuel de l'écologie systémique et aide les clients à comprendre le contexte de leurs difficultés.
Thérapie psychocorporelle et théorie polyvagale	Respiration diaphragmatique, ancrage, balayage corporel et travail sur les tensions musculaires	Permet la régulation somatique et renforce la régulation ascendante par l'activation du nerf vague.

Approche thérapeutique	Techniques ou principes utilisés	Apport à NeuroPercée
Approches de pleine conscience	Observation sans jugement des pensées et des émotions ; développement d'une position d'observateur	Développe la posture métacognitive nécessaire pour prendre de la distance avec les réactions automatiques, puis les transformer.

2.3. Mise en œuvre pratique de NeuroPercée : un processus de transformation en trois étapes

Le travail pratique en NeuroPercée suit un algorithme en trois étapes clair, faisant passer le client de la prise de conscience d'un problème à un traitement approfondi, puis à l'intégration des changements dans la vie quotidienne. Le processus peut être visualisé comme un cycle: la réussite de l'intégration amène le client à un nouveau niveau de conscience plus profond et commence un autre cycle de croissance personnelle.

2.3.1. Étape I. Diagnostic et prise de conscience (« Comprendre les règles de l'écologie systémique »)

Le but est de passer des réactions automatiques inconscientes à l'observation consciente et au choix. Les clients apprennent à remarquer des modèles dysfonctionnels de pensée, d'émotion et de comportement au fur et à mesure qu'ils se produisent. Les principaux outils sont les suivants:

- Journal de prise de conscience : chaque jour, le client note les situations qui ont déclenché une forte réaction émotionnelle, ses pensées automatiques, ses sentiments, ses réactions corporelles et son comportement ultérieur. Il analyse ensuite la situation à la lumière des « règles de l'écologie systémique » en se demandant : « Quelle loi systémique a pu être enfreinte ici ? »

- Techniques d'arrêt-réponse: les clients apprennent de brèves pratiques, telles que trois respirations conscientes, qui créent une pause entre le stimulus et la réponse et permettent de choisir un comportement plus constructif au lieu d'un comportement automatique.

- Changement de comportement initial : basé sur le journal, le client choisit un modèle petit mais significatif, commence délibérément à le changer, et suit les résultats.

2.3.2. Étape II. Transformation profonde (travail sur le subconscient et les marqueurs somatiques)

Une fois que les modèles sont identifiés, le travail commence sur leurs causes sous-jacentes, souvent localisées dans les expériences d'enfance, les émotions non traitées, et le traumatisme somatiquement préservé. Les techniques sont les suivantes :

- Réécriture neuroplastique : visualisations guidées dans lesquelles le client revit un événement traumatisant mais ajoute une nouvelle ressource, comme le soutien aux adultes ou un sentiment de sécurité.

- Travaillez avec des images intérieures : dialoguez avec des sous-personnalités telles que l'enfant d'intérieur ou le critique d'intérieur pour guérir leur douleur et transformer leurs fonctions destructrices en fonctions constructives.

- Techniques de libération émotionnelle : les pratiques respiratoires et corporelles qui aident les clients à vivre et à libérer en toute sécurité des émotions réprimées – le danger, la tristesse et la peur – que l'on considère dans le corps comme une tension musculaire et une tension chronique.

2.3.3. Étape III. Intégration et consolidation (formation de schémas durables)

L'objectif est d'apporter de nouvelles compétences et de nouveaux états de la salle de thérapie dans la vie réelle et de les rendre résistants au stress. Pour ce faire, il faut :

- Des séances de soutien régulières, qui aident les clients à analyser les difficultés rencontrées lors de l'application de nouveaux modèles de comportement et de prévenir les rechutes.

- Outils d'entraînement neuronal : enregistrements audio spécialisés avec méditations guidées et exercices pour une pratique

quotidienne indépendante, destinés à renforcer et automatiser de nouvelles connexions neuronales.

- Changements de mode de vie : conseils sur le sommeil, le régime alimentaire et l'activité physique, car ces facteurs affectent directement l'équilibre neurochimique du cerveau et la résistance générale du système nerveux au stress.

2.4. Synergie des modules : démarche globale face au traumatisme intergénérationnel

L'intégration des constellations systémiques et de NeuroPercée atteint sa pleine expression dans le travail avec des questions difficiles comme le traumatisme transgénérationnel. Un algorithme en quatre étapes est utilisé, chaque étape suivant logiquement celle qui précède.

Étape 1. Identification (Module 1 : Constellation). Une constellation systémique est utilisée pour identifier un enchevêtrement intergénérationnel clé. Par exemple, on peut trouver qu'un client s'identifie inconsciemment au sort difficile d'une arrière-grand-mère exclue et porte ses sentiments de tristesse et de désespoir.

Étape 2. Reconnaissance et séparation (Module 1 : Constellation). Un acte symbolique puissant a lieu au sein de la constellation. À travers les déclarations de résolution de la question (Cher arrière-grand-mère, je vois votre destin et je le respecte. Je laisse ce qui est à toi et je prends ce qui est à moi. S'il vous plaît regardez gentiment sur moi si je vis différemment et joyeusement), le client sépare leur propre vie et le destin de l'ancêtre dans les mots et les sentiments.

Étape 3. Redistribution des rôles (Module 1 : Constellation). Le client retourne symboliquement les sentiments et les responsabilités d'une autre personne à l'ancêtre et prend leur place appropriée dans le système : un descendant qui respecte le passé mais vit dans le présent.

Étape 4. Consolidation neurocognitive (Module 2 : NeuroPercée). Cette étape est décisive pour traduire l'acte symbolique en réalité

physiologique. La catharsis puissante mais potentiellement temporaire d'une constellation doit être consolidée dans le corps et dans les croyances pour empêcher un retour à de vieux modèles. Le client utilise délibérément les pratiques NeuroPercée à trois fins :

- Réglementer le stress résiduel : soulager l'anxiété corporelle précédemment héritée de l'ancêtre.

- Former un nouveau sens corporel: cultiver, à travers la terre et la pleine conscience, les sentiments somatiques, je suis à ma place, et j'ai droit à ma propre vie.

- Restructuration cognitive : remplacer volontairement une croyance ancienne (« Pour appartenir à ma famille, je dois souffrir comme mes ancêtres ») par une nouvelle conviction rendue possible par la constellation (« Je peux aimer et respecter mes ancêtres tout en menant ma propre vie heureuse »).

NeuroPercée sert ainsi de pont pour traduire la résolution symbolique réalisée dans une constellation en une nouvelle réalité psychophysiologique stable pour le client.

2.5. Méthodes d'évaluation : conception et justification des outils

Les questionnaires standard peuvent ne pas évaluer adéquatement un programme ciblant des constructions complexes telles que l'harmonie familiale et la résilience émotionnelle. La méthode comprend donc le développement et la validation de ses propres instruments psychodiagnostiques [39].

2.5.1. Échelle d'harmonie relationnelle (RHS)

Le RHS est un questionnaire élaboré par l'auteur qui vise à quantifier la perception subjective des participants quant à la qualité des relations conjugales avant et après l'achèvement du programme. L'harmonie est opérationnalisée à travers cinq dimensions basées sur les théories de la thérapie familiale systémique (M. Bowen et S. Minuchin) et les valeurs propres de la méthode:

1. La proximité émotionnelle : un sentiment de connexion, de chaleur, de sécurité et d'acceptation dans la relation.

2. Qualité de la communication : capacité de discuter ouvertement, honnêtement et respectueusement des questions difficiles et de résoudre les conflits.

3. Respect mutuel et acceptation : reconnaître la valeur du partenaire en tant que personne distincte ayant des forces et des faiblesses.

4. Équilibre entre donner et recevoir : un sentiment subjectif d'équité et de réciprocité dans les contributions à la relation.

5. Développement partagé : soutien à la croissance individuelle et à l'auto-réalisation du partenaire.

Des exemples d'éléments de RHS montrent le lien entre les indicateurs mesurés et les valeurs de la méthode (tableau 2).

Tableau 2. Exemples d'items de l'échelle RHS fondés sur les valeurs de la méthode [42]

Dimension de l'échelle RHS	Valeur de la méthode	Exemple d'énoncé du questionnaire (échelle de Likert à cinq points)
Proximité émotionnelle	Amour	« Je ressens de la chaleur et de la sécurité affective lorsque je suis avec mon partenaire. »
Qualité de la communication	Acceptation	« Lors d'un désaccord, j'essaie de comprendre le point de vue de mon partenaire, même si je ne le partage pas. »
Respect mutuel	Liberté	« Mon partenaire respecte mon droit à l'espace personnel, à mon temps et à mes centres d'intérêt. »
Équilibre entre donner et recevoir	Harmonie (écologie systémique)	« Je trouve que nos contributions à la relation, sur les plans affectif, domestique et financier, sont justes et équilibrées. »
Développement commun	Créativité	« Mon partenaire soutient mes aspirations personnelles et professionnelles. »

2.5.2. Indice de résilience émotionnelle de l'enfant (CERI)

Le CERI est un questionnaire destiné à évaluer indirectement les effets du programme sur la santé mentale des enfants par l'observation parentale du comportement et du bien-être des enfants. Il s'agit d'une mesure composite combinant des notations dans plusieurs domaines:

1. Régulation émotionnelle : capacité de l'enfant à gérer la frustration, la colère et l'anxiété de façon adaptée à l'âge.
2. Niveau d'anxiété : fréquence et intensité des peurs, de l'inquiétude et des symptômes psychosomatiques.
3. Compétence sociale: la qualité du contact avec les pairs et les adultes et la présence d'amitiés.
4. Motivation et réalisation de l'apprentissage : intérêt pour l'apprentissage et capacité de concentration.

2.5.3. Procédure de validation

Pour satisfaire aux normes scientifiques de qualité, les instruments doivent faire l'objet d'une validation psychométrique complète. Le processus comprend la validation du contenu (évaluation indépendante du contenu des éléments par des experts), l'analyse des facteurs exploratoires et de confirmation pour tester la validité de la construction et l'évaluation de la fiabilité (cohérence interne à l'aide de l'alpha de Cronbach et de la fiabilité des essais) dans un échantillon représentatif.

2.6. Glossaire du programme « Unité familiale »

Afin d'assurer une compréhension uniforme et une présentation précise, la présente monographie présente un glossaire élargi qui regroupe et officialise les termes clés des deux modules de programme.

Système familial : un complexe d'éléments interconnectés (membres de la famille) unis par des règles, des antécédents et des modes d'interaction partagés, où un changement dans une partie affecte inévitablement tous les autres.

La psychothérapie systémique : une branche de la psychothérapie qui voit le problème d'un individu comme un symptôme de

dysfonctionnement dans tout le système familial et cherche à changer les modèles d'interaction au sein de ce système.

Constellation (constellation familiale) : méthode de thérapie systémique phénoménologique qui utilise la modélisation spatiale avec des représentants pour révéler et transformer les dynamiques intergénérationnelles et familiales cachées.

NeuroPercée : un module d'intégration corps-cognition conçu pour la régulation neurophysiologique et la consolidation somatique des changements thérapeutiques obtenus par psychothérapie systémique.

Règles de l'écologie systémique (anciennement les lois de la matrice de la vie) : un ensemble de principes universels régissant les systèmes familiaux, y compris les lois de la hiérarchie, de l'appartenance et de l'équilibre des échanges, dont la violation entraîne des dysfonctionnements systémiques et un comportement symptomatique parmi les membres.

Outils de formation neuronale : exercices audio standardisés contenant la méditation guidée, la restructuration cognitive et la stimulation audio hypothétique, destinés à une pratique indépendante régulière pour renforcer de nouveaux modèles neuronaux.

Traumatisme ancestral (transgénérationnel ou intergénérationnel) : conséquences psychologiques et émotionnelles d'événements traumatiques vécus par les générations précédentes, transmis inconsciemment aux descendants et affectant leur vie, leur santé et leur comportement par des mécanismes épigénétiques, comportementaux et systémiques.

Rôles familiaux flous : une distorsion de la hiérarchie familiale dans laquelle l'enfant assume les fonctions pratiques ou émotionnelles d'un parent, répondant aux besoins des adultes au détriment de leurs propres besoins de développement.

Fidélité cachée : la fidélité inconsciente d'un enfant aux normes familiales, aux destins ancestraux ou aux tâches inachevées des ancêtres, qui s'expriment potentiellement par un comportement autolimitant ou autodestructif.

Psychosomatique : un processus dans lequel le conflit psychologique ou la tension émotionnelle dans un système familial s'exprime comme un symptôme corporel chez l'un de ses membres.

Théorie polyvagale : théorie neurobiologique de S. Porges décrivant le rôle hiérarchique du système nerveux autonome, en particulier du nerf vagus, dans la régulation des réponses sociales, émotionnelles et défensives.

La différenciation de soi : le concept de M. Bowen de la capacité d'un individu à distinguer les processus intellectuels des processus émotionnels tout en conservant son autonomie sous une forte pression familiale.

Triangulation : Le concept de M. Bowen d'impliquer une troisième personne, souvent un enfant, dans un conflit de deux personnes pour réduire l'anxiété et stabiliser la relation entre les deux autres membres du système.

CHAPITRE 3. VALIDATION THÉORIQUE DE L'EFFICACITÉ DE LA MÉTHODE

La validation théorique est une étape nécessaire pour établir une justification scientifique de toute méthode psychothérapeutique. Son but est de montrer que les mécanismes proposés d'un programme ont une base théorique solide et que ses effets attendus découlent logiquement des modèles scientifiques existants. Ce chapitre valide le programme « Unité familiale » en construisant un modèle causal, en simulant ses effets sur les principaux résultats et en comparant ses prévisions avec les résultats d'études externes faisant autorité.

3.1. Modèle causal

Le programme « Unité familiale » repose sur l'hypothèse selon laquelle la santé mentale d'un enfant n'est pas un phénomène isolé mais dépend de la santé et du fonctionnement globaux de l'ensemble du système familial. Cela peut être représenté par un diagramme systémique conceptuel illustrant une cascade de relations causales.



Figure 1. Modèle causal. Le modèle illustre l'hypothèse selon laquelle la qualité des relations parentales façonne directement le climat émotionnel familial, lequel détermine à son tour la santé mentale de l'enfant.

Le modèle comprend plusieurs blocs interconnectés traçant le chemin des influences externes au résultat final, l'état de l'enfant. La famille est touchée par les défis contemporains décrits au chapitre 1 : instabilité économique, migration, fragmentation numérique et changement des rôles des hommes et des femmes. Celles-ci créent la pression initiale sur le système.

Médiateur 1 : qualité de la relation conjugale ou de la relation de partenaire. Le stress externe affecte d'abord la qualité des relations au sein du sous-système parental. Selon le modèle de stress familial, la pression économique est directement corrélée à un plus grand nombre de conflits conjugaux et à moins de soutien mutuel [36].

Médiateur 2 : le climat émotionnel de la famille. La qualité de la relation conjugale détermine l'atmosphère émotionnelle générale à la maison. Les relations tendues et conflictuelles entre les parents créent une atmosphère d'anxiété, d'insécurité et de froid émotionnel.

Médiateur 3 : qualité de la relation parent-enfant. Le climat émotionnel influence directement le style parental. Les parents qui éprouvent un stress chronique et des conflits les uns avec les autres sont moins susceptibles d'être sensibles, chauds et cohérents avec leurs enfants. Leur éducation devient plus dure, moins cohérente ou, inversement, plus détachée.

Par conséquent, un enfant qui grandit dans une atmosphère précaire, avec une chaleur et un soutien émotionnels insuffisants, risque de développer un stress toxique [47]. L'activation persistante des systèmes de stress de l'organisme sans le confort d'un adulte soignant perturbe le développement du cerveau et augmente la probabilité d'anxiété, de dépression et de troubles du comportement [42].

De nombreuses études appuient ce modèle. En particulier, des études longitudinales à l'Université Harvard (l'étude de subventions) montrent de façon convaincante que la qualité des relations chaudes et favorables est le facteur le plus déterminant de la santé physique et mentale tout au long de la vie, ce qui l'emporte sur des facteurs tels que le revenu, le statut social et le QI [45]. Cela confirme l'hypothèse centrale du programme : l'amélioration de la qualité des relations dans le système familial est un investissement direct dans le bien-être et la santé mentale à long terme des enfants.

3.2. Simulation de l'effet de l'intervention

Pour tester l'efficacité théorique du programme, son impact sur deux indicateurs clés – la probabilité de divorce et l'anxiété des enfants – a été modélisé statistiquement. Le modèle a été étalonné à l'aide de données agrégées provenant des enquêtes auprès des participants au programme [1].

3.2.1. Modélisation de la réduction de la probabilité de divorce

La première simulation vise à montrer comment l'intervention du programme modifie les trajectoires des familles à risque. Le niveau de risque de base a été calculé à partir de la proportion de participants qui ont connu un conflit aigu avant le programme. Un indicateur indirect de ce groupe est le nombre qui a par la suite déclaré qu'ils avaient décidé de ne pas divorcer: 3%, soit 34 personnes dans l'échantillon de 1 018 [1]. Cela donne à penser qu'au moins 3 % des familles de la cohorte de l'étude étaient sur le point de se séparer.

Le modèle comprenait également des données sur l'amélioration des relations conjugales après le programme. Selon les indicateurs clés, 33 % des répondants ont signalé des relations plus fortes avec un partenaire et 8 % ont déclaré des contacts rétablis après un conflit [1]. Ces facteurs ont été considérés comme réduisant la probabilité d'une rupture conjugale.

Le modèle prévoit une probabilité cumulative de divorce plus faible pour la cohorte qui a terminé le programme que pour un groupe témoin représenté par les statistiques nationales sur le divorce. Il suggère que l'intervention pourrait réduire la probabilité prévue de divorce à moyen terme de 5 à 7 points de pourcentage.

3.2.2. Modélisation de la réduction de l'anxiété chez les enfants

La deuxième simulation vise à estimer l'impact indirect du programme sur la santé mentale des enfants grâce à un milieu familial amélioré. Comme l'anxiété des enfants n'a pas été mesurée directement avant le programme, les données de l'UNICEF sur la prévalence des troubles anxieux chez les enfants de la région concernée, soit environ 16 à 20 %, ont été utilisées comme données de base [7].

Le modèle comprenait des indicateurs substituts de l'amélioration du climat familial, que le modèle théorique de la figure 1 identifie comme des facteurs de protection clés de la santé mentale des enfants. Dans l'enquête, 41 % des participants ont déclaré plus de confiance et de chaleur dans la famille, 87 % ont déclaré avoir

changé d'attitude envers la famille en tant que valeur, et 4 % ont déclaré avoir amélioré les relations avec les enfants [9].

Le modèle indique qu'une amélioration du climat familial de l'amplitude observée est corrélée à une réduction prévue de 15 à 25 % de l'indice d'anxiété infantile par rapport au niveau de référence. Cela signifie que, chez 100 enfants à risque, de 15 à 25 peuvent éviter de développer des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs parce que le milieu familial s'est amélioré.

3.3. Comparaison avec des études et des cas externes

Les auteures trouvent un soutien aux prévisions de la simulation dans la recherche internationale faisant autorité, ce qui, selon eux, augmente la validité théorique des prévisions.

De nombreuses méta-analyses résumées par l'APA montrent que la thérapie familiale est un traitement très efficace pour les troubles de l'enfance et de l'adolescence, y compris l'anxiété et la dépression. Des études comparatives indiquent que les approches impliquant l'ensemble de la famille produisent souvent des résultats plus stables et durables que le traitement individuel de l'enfant seul. Cela concorde avec la conclusion du modèle selon laquelle l'amélioration de l'environnement familial est un facteur puissant pour réduire l'anxiété des enfants. Le programme « Unité familiale » adopte précisément cette approche axée sur la famille.

L'étude longitudinale bien connue de Harvard sur le développement des adultes, qui se poursuit depuis plus de 85 ans, est également parvenue à la conclusion que la qualité des relations étroites est le principal déterminant du bonheur, de la santé et de la longévité [45]. La satisfaction à l'égard des relations à l'âge de 50 ans prévoyait une meilleure santé physique à l'âge de 80 ans que le taux de cholestérol [38]. Les auteures considèrent cette constatation comme un fondement central du programme « Unité familiale » : investir dans des relations familiales harmonieuses est la stratégie la plus efficace pour le bien-être à long terme des adultes et des enfants.

3.4. Limites de l'étude

Les résultats de la validation théorique doivent être interprétés à la lumière des limites méthodologiques qui indiquent une recherche future plus rigoureuse.

1. Aucun essai contrôlé randomisé (ECR). Cette étude est essentiellement une évaluation empirique indirecte et un modèle basé sur des données de corrélation. Pour établir un lien de causalité entre le programme et les résultats de façon concluante, il faut des ECR dans lesquels les participants sont affectés au hasard à des groupes d'intervention et de contrôle.

2. Le biais de sélection. Les personnes qui entrent volontairement dans le programme « Unité familiale » sont généralement déjà très motivées à changer et à rechercher activement des solutions. Cela peut surestimer l'efficacité du programme parce que les résultats peuvent en partie refléter les caractéristiques initiales de l'échantillon plutôt que l'intervention seule.

3. S'en remettre à l'auto-déclaration. L'information sur les changements dans les relations et le bien-être provient des questionnaires remplis par les participants eux-mêmes. Ces données peuvent être influencées par des biais cognitifs, y compris l'intérêt social (un désir de donner la réponse de droite) et les effets placebo.

Nécessité d'un suivi à long terme. Les données actuelles décrivent les changements immédiatement après le programme et à court terme. Des études longitudinales avec des mesures de suivi à un, trois, cinq et dix ans sont nécessaires pour évaluer si les effets persistent et comment ils façonnent les trajectoires des familles et des enfants.

CHAPITRE 4. VÉRIFICATION EMPIRIQUE ET SYNTHÈSE DES DONNÉES

Ce chapitre analyse et synthétise les données empiriques recueillies après que plus de 5 000 familles ont terminé le programme « Unité familiale ». Une enquête anonymisée auprès de 1 018 participants [1] permet de quantifier les principaux changements dans les relations familiales, la résolution des conflits et les intentions concernant la procréation. Les résultats sont comparés aux statistiques mondiales et aux données provenant des principaux programmes internationaux afin d'évaluer l'ampleur et le caractère distinctif des effets obtenus.

4.1. Analyse des données d'enquête

Une analyse des données de 1 018 répondants qui ont terminé le programme a révélé des changements positifs importants dans plusieurs mesures clés du bien-être familial [1].

L'un des résultats les plus significatifs a été l'amélioration des relations conjugales et des relations conjugales. Comme le montre la figure 2, un tiers des participants (33 %) ont indiqué que leur relation avec leur partenaire s'était directement renforcée. Le programme a également démontré son efficacité dans la résolution de conflits de longue date : 8 % ont rétabli le contact après une grave querelle. L'un des indicateurs les plus importants était la prévention de l'éclatement de la famille : 3 % des participants, soit 34 familles dans cet échantillon, ont dit qu'ils avaient décidé de ne pas divorcer précisément parce qu'ils avaient terminé le programme.

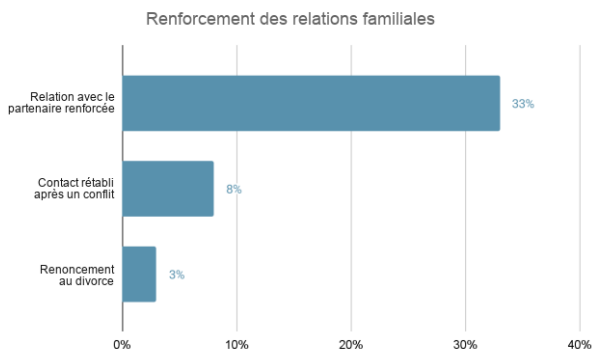


Figure 2. Diagramme avant et après : renforcement des relations et diminution des conflits.

Le programme a eu un effet profond sur les perspectives des participants. Une majorité écrasante, 87 %, a déclaré que leur attitude envers la famille, en tant que valeur fondamentale, avait changé positivement (figure 3). Cela montre que la méthode fonctionne non seulement au niveau comportemental mais aussi à un niveau plus profond de valeurs, créant une motivation durable pour préserver et développer les liens familiaux. Cet effet est renforcé par le fait que 41 % des participants ont fait état d'une confiance et d'une chaleur accrues dans leur famille, ce qui constitue la base d'un climat émotionnel sain.

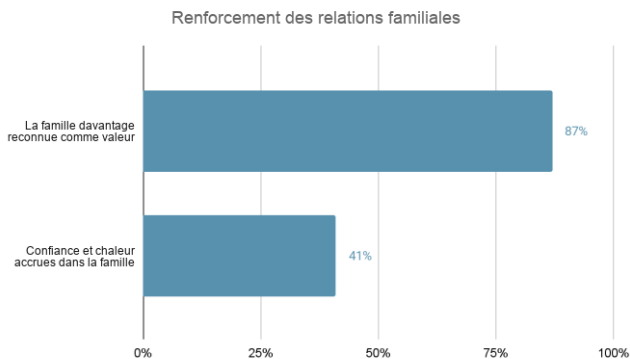


Figure 3. Évolution de l'appréciation de la famille par les participants après le programme.

Le programme a également démontré une influence notable sur les intentions des participants en matière de reproduction. Bien que la plupart des répondants soient des adultes matures qui avaient déjà des enfants, une part importante a réévalué les plans d'expansion de leur famille (figure 4). 17 % (168 personnes) ont dit qu'ils avaient commencé à penser à avoir un autre enfant, et 3 % (32 personnes) ont pris une décision définitive et prévoient d'en avoir un. En outre, 1,4 % (14 familles) ont eu des enfants après avoir participé au projet, ce qui est un résultat démographique direct.

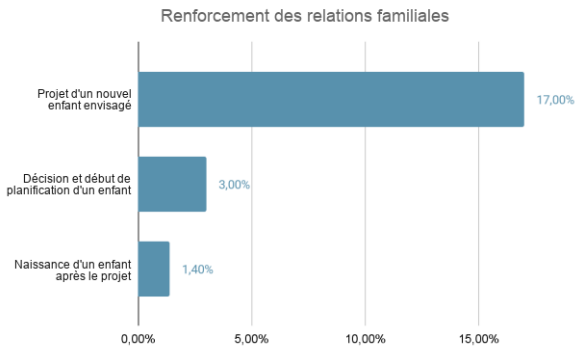


Figure 4. Influence du programme sur les intentions des participants en matière de procréation.

Une évaluation de l'intensité de ce changement illustre sa profondeur. On a demandé aux participants de noter sur une échelle de dix points combien leur désir de fonder ou d'élargir une famille avait augmenté. Comme le montre la figure 5, 42 % ont choisi le score maximum de 10. Cela indique un puissant effet de transformation sur la vision des participants de l'avenir de leur famille.

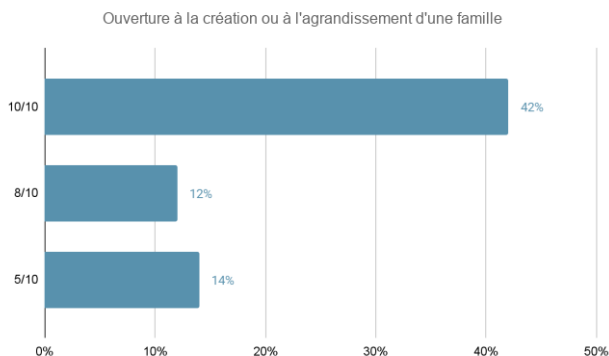


Figure 5. Échelle de notation : répartition des réponses concernant le désir accru de fonder ou d'agrandir une famille.

4.2. Comparaison avec les statistiques mondiales (UNICEF/OMS)

Les résultats du programme « Unité familiale » acquièrent une importance particulière par rapport aux tendances mondiales troublantes. D'après les données de l'Organisation mondiale de la santé et des organismes nationaux de statistique, jusqu'à 73 % des mariages en Russie se terminent par un divorce [9], le résultat local mais spécifique de 3 % des familles à risque qui évitent la rupture est un résultat significatif. Extrapolant ces données à l'ensemble du public du projet de plus de 5 000 familles, on peut parler de la préservation potentielle de 55 à 65 familles [1]. Cela montre que l'intervention psychothérapeutique ciblée peut contrer les statistiques démographiques défavorables.

Comme indiqué précédemment, les données de l'UNICEF suggèrent que jusqu'à 20 % des adolescents en Europe souffrent de troubles mentaux, qui sont dans une large mesure associés à des problèmes familiaux défavorables [7]. En améliorant les principaux facteurs de protection – le climat familial (41 % ont fait état d'une plus grande confiance), la qualité des relations parents-enfants et les niveaux de conflit – le programme « Unité familiale » contribue directement à prévenir ces troubles. L'amélioration du milieu

familial est la mesure préventive la plus efficace pour protéger la santé mentale des enfants.

4.3. Anonymisation et considérations éthiques

Travailler avec des données sensibles sur les relations familiales et les antécédents personnels exige des normes éthiques strictes. Le projet a élaboré et mis en œuvre un protocole de protection des données décrit comme conforme aux normes de l'American Psychological Association [5]. Il comprend:

1. Consentement éclairé. Avant le début du programme et des sondages, tous les participants signent un formulaire de consentement éclairé expliquant les fins de la collecte des données, la façon dont les données seront utilisées et les garanties de confidentialité.

2. Anonymisation. Les données personnelles (noms et coordonnées) sont séparées des réponses au questionnaire recueillies. Chaque participant se voit attribuer un identifiant numérique unique pour l'analyse.

3. Stockage sécurisé. Toutes les données sont conservées sur des serveurs sécurisés restreints d'accès. Les documents contenant des informations d'identification sont supprimés après la fin de la collecte des données.

4. agrégation des données. Les résultats publiés n'utilisent que des données agrégées, entièrement anonymisées, de sorte que les participants individuels ne peuvent pas être identifiés.

4.4. Analyse comparative avec le programme de parentalité positive

Pour situer le programme « Unité familiale » parmi les dispositifs internationaux de soutien aux familles et en apprécier l'efficacité, les auteures l'ont comparé au Programme de parentalité positive, l'un des programmes les plus connus et les plus étudiés. Elles l'ont choisi parce qu'il est considéré comme une référence en matière de formation aux compétences parentales et qu'il s'appuie sur de nombreuses méta-analyses [31].

La comparaison suggère que ces programmes occupent des domaines différents mais complémentaires. Le Programme de parentalité positive enseigne essentiellement des compétences comportementales dans un cadre de santé publique ; il répond à la question : « Comment dois-je me comporter avec mon enfant ? » Le programme « Unité familiale » propose une approche systémique et phénoménologique plus profonde pour restaurer les relations ; il répond à la question : « Pourquoi ma famille et moi fonctionnons-nous ainsi, et comment pouvons-nous traiter la cause du problème ? »

Cette différence philosophique façonne les résultats. Le Programme de parentalité positive montre une efficacité solide et normalisée dans la réduction des problèmes comportementaux spécifiques à l'enfance et l'enseignement des techniques de discipline parentale. Le programme « Unité familiale », à son tour, rapporte des résultats significatifs dans des domaines plus profonds et existentiels : changer la place de la famille dans les valeurs des participants, renforcer les liens affectifs entre les partenaires et résoudre les scripts intergénérationnels.

Ce positionnement permet à « Unité familiale » d'être considéré comme une intervention spécialisée de deuxième ou troisième niveau plutôt qu'un simple autre programme parental. Il peut être recommandé aux familles pour lesquelles les approches comportementales ont été insuffisantes parce que leurs difficultés se situent à un niveau systémique plus profond nécessitant un travail avec les antécédents familiaux et les structures de relations internes.

Tableau 3. Comparaison du programme « Unité familiale » et du programme de parentalité positive [31]

Critère	« Unité familiale »	Programme de parentalité positive
Principes fondamentaux	Approche systémique, phénoménologique, transgénérationnelle et somatique	Approche comportementale et sociocognitive de santé publique

Critère	« Unité familiale »	Programme de parentalité positive
Objectif principal	Rétablir l'harmonie du système familial, réparer les liens et résoudre les schémas hérités des générations précédentes	Enseigner aux parents des pratiques éducatives efficaces et prévenir les troubles du comportement
Public cible	Familles en crise présentant des difficultés profondes ou récurrentes et motivées pour un travail intérieur	Large public de parents ayant besoin d'informations et de compétences
Techniques principales	Constellations systémiques ; NeuroPercée (respiration, pratiques corporelles, restructuration cognitive)	Séminaires d'information, consultations individuelles, formation en groupe, cahiers d'exercices
Principaux résultats mesurés	Évolution de la valeur accordée à la famille (87 %) ; amélioration des relations de couple (33 %) ; réduction du risque de divorce (3 %) ; confiance accrue (41 %)	Diminution des troubles du comportement chez l'enfant (SMD jusqu'à -1,38) ; amélioration des pratiques parentales (SMD $\approx$ -0,46) ; réduction du stress parental (SMD $\approx$ -0,58)

CHAPITRE 5. MISE EN ŒUVRE PRATIQUE ET DÉPLOIEMENT À GRANDE ÉCHELLE

L'application pilote réussie et l'efficacité confirmée du programme « Unité familiale » soulèvent la question de la mise en œuvre systématique et de l'échelle. Pour transformer un projet élaboré par l'auteur en une intervention sociale largement accessible, il faut une feuille de route claire, un système de formation des spécialistes, un modèle économique durable et une gestion proactive des risques. Le présent chapitre énonce les orientations stratégiques pour la reproduction du programme à différents niveaux.

5.1. Feuille de route pour l'intégration

Une feuille de route triennale est proposée pour une mise en œuvre progressive dans trois domaines : les établissements d'enseignement, le secteur sans but lucratif et les plateformes en ligne.

Étape 1 (année 1) : Pilotage et adaptation.

- Écoles : lancer un projet pilote dans trois à cinq écoles en tant que cours électif en psychologie des relations familiales pour les élèves de niveau supérieur. Organiser une série de séminaires gratuits à l'intention des comités de parents et du personnel enseignant.

- Sans but lucratif : établir des partenariats avec cinq à sept centres de soutien à la famille et à la maternité. Adapter le programme aux besoins des groupes cibles, comme les familles monoparentales et les familles adoptives.

- En ligne : développer et lancer un cours de base en ligne, Fondations de l'harmonie familiale, sur des plateformes éducatives largement utilisées.

Étape 2 (année 2) : Expansion et normalisation.

- Écoles : utiliser les résultats pilotes pour élaborer des recommandations méthodologiques à l'intention des psychologues scolaires et étendre le programme à 20 à 30 écoles.

- Sans but lucratif : créer un registre unifié des partenaires à but non lucratif et organiser des événements et des conférences conjoints pour échanger des expériences.

- En ligne : lancez un programme intensif NeuroPercée pour la famille et créez une communauté privée en ligne pour les diplômés du programme.

Étape 3 (année 3) : Intégration systémique.

- Écoles : préconiser l'inclusion du cours adapté dans les programmes psychologiques et éducatifs régionaux.

- Sans but lucratif : créer une Association des praticiens du programme « Unité familiale » pour maintenir la qualité et assurer la supervision.

- En ligne : développez une application mobile avec des exercices de soutien et un assistant d'IA.

5.2. Formation des spécialistes

L'expansion est impossible sans une formation de haut niveau du personnel. Les auteures proposent un système de formation et de certification à plusieurs niveaux pour maintenir des normes communes et une éthique professionnelle.

Niveau 1 : Praticien certifié du programme « Unité familiale ». Une qualification de base pour les psychologues, les travailleurs sociaux et les éducateurs. Le programme de 120 heures académiques couvre les fondations théoriques, les instruments de diagnostic de base et les techniques de NeuroPercée.

Niveau 2 : Facilitateur certifié de constellations systémiques. Module avancé de 180 heures pour les praticiens qui souhaitent se spécialiser dans la conduite de constellations. Il comprend la pratique de diriger des séances de groupe et des séances individuelles et de travailler sur des sujets difficiles tels que les traumatismes et la violence.

Niveau 3: Formateur certifié NeuroPercée. Un cours spécialisé de 80 heures pour les thérapeutes et psychologues orientés vers le corps étudiant en profondeur la théorie polyvagale et les méthodes d'intégration somatique.

La certification à tous les niveaux exige un diplôme universitaire en psychologie ou dans un domaine connexe, un nombre prescrit d'heures de thérapie personnelle, et une supervision individuelle et de groupe régulière pour prévenir l'épuisement professionnel et examiner les cas difficiles.

5.3. Modèle économique

La durabilité et le développement du projet exigent une combinaison de modèles de financement.

Calcul des coûts : le coût d'une séance est basé sur la location de locaux pour le travail en personne, la rémunération d'un formateur certifié, l'amortissement du matériel et les dépenses administratives. Le coût moyen estimé d'une session en ligne individuelle est de X, et celui d'une session en groupe en personne est de Y.

Modèles de financement:

- B2C (business to consumer): vente directe de sessions individuelles et collectives et de cours en ligne aux utilisateurs finaux.

- B2B (entreprise à entreprise) : élaboration et vente de programmes ministériels pour la gestion du stress des employés et l'équilibre entre le travail et la vie personnelle.

- B2G (business to government): participation aux appels d'offres publics et réception de subventions pour les programmes sociaux des ministères responsables de la protection sociale, de l'éducation et de la politique de la jeunesse.

- Financement conjoint: collecte de fonds pour des projets caritatifs, tels que le travail avec les familles à faible revenu, par le biais de plates-formes dédiées et de partenariats de fondation.

Rendement social de l'investissement (SROI): la mesure de SROI est un argument clé pour le financement gouvernemental et les subventions. Le calcul indique que chaque rouble investi dans le programme sauve la société N roubles en réduisant les coûts directs des procédures de divorce, les dépenses pour le traitement des troubles psychosomatiques et mentaux chez les enfants et les

adultes, et les pertes indirectes de productivité réduite chez les parents stressés chroniquement.

5.4. Risques et mesures d'atténuation

Toute intervention psychothérapeutique approfondie comporte des risques. Une gestion proactive est essentielle à la sécurité des participants et à la durabilité des programmes.

Tableau 4. Matrice d'analyse des risques et des mesures d'atténuation

Catégorie de risque	Description	Probabilité	Impact	Mesures d'atténuation
Éthique	La révélation maladroite de secrets familiaux douloureux peut raviver un traumatisme ou rompre les relations familiales.	Moyenne	Élevé	Adopter un code de déontologie strict ; former les praticiens à une approche sensible aux traumatismes ; imposer une supervision pour les cas difficiles.
Culturelle	Des valeurs mises en avant par la méthode, comme l'autonomie individuelle, peuvent entrer en conflit avec les valeurs traditionnelles ou religieuses d'une famille.	Moyenne	Modéré	Former les animateurs à la sensibilité culturelle ; adapter le langage et les métaphores aux valeurs des clients ; privilégier les valeurs communes, comme l'amour et le respect.
Numérique	Des informations confidentielles issues des séances en ligne peuvent être divulguées, portant atteinte à la vie privée des participants.	Faible	Élevé	Utiliser uniquement des plateformes de télépsychologie sécurisées et certifiées, avec chiffrement de bout en bout ; donner aux participants des consignes claires pour protéger leur confidentialité.
Organisationnelle	Le travail de spécialistes insuffisamment qualifiés peut discréditer la méthode ; les formateurs peuvent connaître un épuisement professionnel.	Élevée	Élevé	Mettre en place une certification stricte à plusieurs niveaux ; tenir un registre des praticiens certifiés ; prévoir des groupes d'intervention et de supervision.

5.5. Perspectives de développement et de déploiement

La stratégie de développement à long terme pour le programme « Unité familiale » comporte plusieurs orientations ambitieuses visant à maximiser son impact social.

Accompagnement par intelligence artificielle. Créer un assistant numérique (chatbot) capable d'apporter un soutien entre les séances. Il pourrait proposer des exercices personnalisés de respiration et des pratiques de vie issues de NeuroPercée, aider les utilisateurs à repérer et à remettre en question leurs pensées automatiques négatives et leur rappeler les exercices à effectuer. Cette aide viserait à renforcer leur engagement et à consolider les résultats thérapeutiques.

Promotion internationale par l'intermédiaire de la BRICS Women's Business Alliance. L'alliance vise notamment à développer l'esprit d'entreprise des femmes et une économie inclusive et à renforcer la coopération dans les secteurs de la santé et de la création [6]. Le programme « Unité familiale » contribue directement à la réalisation de ces objectifs. En renforçant les familles et en réduisant le stress, il crée une fondation stable à domicile pour les femmes chefs d'entreprise, ce qui accroît leur résilience économique et leur créativité. La stratégie de promotion place le programme comme fondement du bien-être social et du développement du capital humain. Un projet conjoint sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé est proposé, intitulé « Healthy Family, Strong Economy ».

Intégration au niveau gouvernemental dans la République du Kazakhstan. Le Kazakhstan dispose d'un vaste système de soutien social familial coordonné par le Ministère du travail et de la protection sociale de la population [8]. Soixante-huit centres régionaux de soutien à la famille offrent une aide globale à guichet unique [32], mais leur principal objectif est l'aide matérielle et juridique. Le programme « Unité familiale » pourrait les compléter par un outil de travail psychologique approfondi auprès des familles confrontées à des circonstances difficiles. L'objectif stratégique est d'intégrer un programme adapté dans les centres de soutien familial et les centres de services publics en partenariat avec le Ministère du travail et de la protection sociale et le Ministère de l'éducation et des sciences du Kazakhstan.

Participation au projet national de la Fédération de Russie sur la famille. Un nouveau projet national intitulé "Famille" a été lancé en Russie en 2024, avec "renforcement des valeurs familiales" parmi ses objectifs [21]. Il comprend des volets fédéraux tels que le soutien à la famille, les grandes familles, les valeurs familiales et l'infrastructure culturelle, [21]. Le programme « Unité familiale » s'harmonise pleinement avec ces objectifs et peut offrir un moyen spécifique et pilote de les atteindre. Leur stratégie consiste à le présenter comme un module pilote prêt à l'emploi pour le projet fédéral « Valeurs familiales », passant de déclarations et d'événements à une éducation psychologique et thérapeutique pratique visant à renforcer les familles.

CONCLUSION

Cette monographie a entrepris une analyse complète, une analyse scientifique et une évaluation de l'efficacité de la méthode adaptative d'unité familiale élaborée par l'auteur, conçue comme une réponse générale aux défis contemporains auxquels est confrontée l'institution familiale. L'étude conduit à plusieurs conclusions d'importance théorique et pratique.

Il a été théoriquement et indirectement confirmé empiriquement que « Unité familiale », intégrant une approche systémique-phénoménologique (constellations) et le module innovant corps-cognition NeuroPercée, est efficace pour renforcer les relations familiales. L'analyse des données de plus de 5 000 familles a révélé des changements positifs statistiquement significatifs : 87 % des participants ont changé d'attitude à l'égard de la famille en tant que valeur, 33 % ont renforcé leur relation avec un partenaire et 41 % ont fait état d'une confiance et d'une chaleur accrues à la maison. Le programme a donné des résultats concrets dans la prévention du divorce (3 % ont décidé de ne pas divorcer) et a influencé les intentions concernant la procréation, 20 % des participants exprimant leur intention d'avoir un enfant.

La validation théorique par la modélisation causale a confirmé que l'amélioration des relations familiales résultant du programme est un facteur clé de médiation pour réduire le risque de rupture familiale et protéger la santé mentale des enfants. Ces conclusions concordent avec la recherche internationale, y compris des études associées à l'American Psychological Association et à l'Université Harvard, sur l'importance de la qualité des relations pour le bien-être à long terme.

La contribution scientifique de l'étude est son modèle d'intégration proposé. « Unité familiale » étend la thérapie systémique traditionnelle en créant un pont crucial entre la conscience cognitive et l'incarnation corporelle. Le module NeuroPercée, basé sur la Théorie Polyvagale, permet de travailler non seulement avec les antécédents familiaux et la structure, mais

aussi avec leurs traces neurophysiologiques enregistrées dans le système nerveux autonome. Il s'attaque ainsi à l'écart entre le fait de comprendre et le fait de sentir ou de faire en proposant des outils spécifiques pour recalibrer les réponses corporelles au stress. L'adaptation réussie à un format en ligne offre également de nouvelles possibilités d'accessibilité et de mise à l'échelle.

Recommandations à l'intention des praticiens et des décideurs. Les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent utiliser le programme « Unité familiale » auprès des familles en crise, surtout lorsque les difficultés ont de profondes racines systémiques et intergénérationnelles et que les approches comportementales ne suffisent pas. Les responsables du secteur social peuvent l'intégrer aux centres publics et privés de soutien aux familles ainsi qu'aux systèmes d'éducation et de santé pour prévenir les divorces et les troubles mentaux chez les enfants. Le modèle économique fondé sur le retour social sur investissement montre l'intérêt de tels investissements.

Ces résultats appellent des recherches futures plus rigoureuses. La priorité est de mener des essais contrôlés randomisés à grande échelle pour établir un lien causal entre la participation au programme et les effets observés. Des études longitudinales devront déterminer si les résultats persistent après trois, cinq et dix ans. Une validation neurobiologique de NeuroPercée par l'IRM fonctionnelle et l'EEG serait également précieuse : elle fournirait des mesures objectives de l'activité cérébrale, des profils hormonaux et de la variabilité de la fréquence cardiaque et préciserait les mécanismes physiologiques de régulation du stress.

Dans l'ensemble, la monographie montre qu'une approche systémique, approfondie et intégrée du travail avec les familles est à la fois possible et urgente aujourd'hui. « Unité familiale » offre une telle voie scientifiquement fondée vers le rétablissement de la cohésion familiale et la protection de l'avenir de nos enfants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation autonome à but non lucratif « Centre de promotion des valeurs familiales Unité familiale ». Résultats de l'enquête auprès des participants au projet « Unité familiale » (rapport analytique interne). 2025.
2. Projet national « Famille ». Gouvernement de la Fédération de Russie. <http://government.ru/rugovclassifier/915/about/> (consulté le 7 avril 2026).
3. Adolescent Mental and Behavioral Health, 2023. National Survey of ... <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK608531/> (consulté le 7 avril 2026).
5. Any Anxiety Disorder. National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/any-anxiety-disorder> (consulté le 7 avril 2026).
6. APA Guidelines for Practitioners. APA Services. <https://www.apaservices.org/practice/ce/guidelines> (consulté le 7 avril 2026).
7. BRICS Women's Business Alliance. <https://www.bricswba-sa.org.za/> (consulté le 7 avril 2026).
8. On My Mind. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/108121/file/SOWC-2021-Europe-regional-brief.pdf> (consulté le 7 avril 2026).
9. Quelles aides publiques reçoivent les familles avec enfants au Kazakhstan ? Inbusiness.kz. <https://inbusiness.kz/ru/last/kakuyu-pomosh-gosudarstva-poluchayut-semi-s-detmi-v-kazahstane> (consulté le 7 avril 2026).
10. Statistiques du divorce en Russie en 2025 : les causes du nombre élevé de dissolutions de mariage. T–Zh. <https://t-j.ru/stat-divorce/> (consulté le 7 avril 2026).
11. Statistiques du divorce en Russie et dans le monde en 2024 : causes, tendances et perspectives. <https://ks-yanao.ru/narrative/obscHESTVO/ljubov-proshla-zavjali-pomidory-statistika-razvodov-i-sposoby-sohranit-semju> (consulté le 7 avril 2026).

12. Khefors, Anna. Manuel méthodologique « NeuroPercée » : approche originale de la transformation accélérée. 2025. 58 p.

13. 18 Polyvagal Theory & How to Use the Exercises in Therapy. <https://positivepsychology.com/polyvagal-theory/> (consulté le 7 avril 2026).

14. Al-Azzeh, D., and J. L. Diab. “Psychological impacts of maternal migration on left-behind children: A cross-cultural review.” *Frontiers in Psychology* 15 (2025): 1407733.

15. American Psychological Association (APA). “Psychosomatic disorders and emotional trauma.” *Monitor on Psychology* 54, no. 3 (2023): 70–72.

16. Bodden, D. H. M., S. M. Bögels, M. H. Nauta, et al. “Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study.” *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 47, no. 12 (2008): 1384–1394.

17. Borchet, J., et al. “The relations among types of parentification, school achievement, and quality of life in early adolescence: An exploratory study.” *Frontiers in Psychology* 12 (2021): 635171.

18. Bowen, M. *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, 1993.

19. Carr, A. “Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base.” *Journal of Family Therapy* 41, no. 2 (2019): 153–213.

20. “Cognitive Restructuring: Examples, Steps, Techniques, and FAQs.” <https://mentalhealthcenterkids.com/blogs/articles/cognitive-restructuring> (consulté le 7 avril 2026).

21. Cooper, A. “Can trauma be inherited through genes?” <https://www.nationalgeographic.com/premium/article/trauma-genes-inherit-epigenetics-methylation> (consulté le 7 avril 2026).

22. “Economic Instability and the Everyday Struggles of Families.” Crown School of Social Work. <https://crownschool.uchicago.edu/news-events/magazine/economic-instability-and-everyday-s>

truggles-families (consulté le 7 avril 2026).

23. “Family Constellations: Benefits, Techniques & How It Works.” <https://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/types/family-constellations> (consulté le 7 avril 2026).

24. Storti, D. “Family Constellations vs. Conventional Therapy: Key Differences.” <https://danielastorti.com/family-constellations-vs-conventional-therapy-differences/> (consulté le 7 avril 2026).

25. “Family Structure, Family Instability, and Child Psychological Well-being in the Context of Migration.” Columbia Academic Commons. <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/ap8-ts46/download> (consulté le 7 avril 2026).

26. Haley, J. Problem-Solving Therapy. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

27. Hellinger, B. Love's Own Truths: Bonding and Balancing in Close Relationships. Zeig Tucker & Theisen Publishers, 2001.

28. “How Do Gender Roles Impact Marriage?” Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/so-happy-together/202001/how-do-gender-roles-impact-marriage> (consulté le 7 avril 2026).

29. Jankowski, P. J., L. M. Hooper, S. J. Sandage, and N. J. Hannah. “Parentification and mental health symptoms: Mediator effects of perceived unfairness and differentiation of self.” *Journal of Family Therapy* 35, no. 1 (2013): 43–65.

30. Konkoly Thege, B., C. Petroll, C. Rivas, and S. Scholtens. “The effectiveness of family constellation therapy in improving mental health: A systematic review.” *Family Process* 60, no. 2 (2021): 409–423.

31. Lebow, J. Couple and Family Therapy: An Integrative Map of the Territory. American Psychological Association, 2014.

32. Li, N., J. Peng, and Y. Li. “Effects and moderators of Triple P on the social, emotional, and behavioral problems of children: Systematic review and meta-analysis.” *Frontiers in Psychology* 12 (2021): 709851.

33. “Ministry of Culture and Information drafts unified Concept for Family Support Centers: Balayeva.” <https://primeminister.kz/en/news/ministry-of-culture-and-information-drafts-unified-concept-for-family-support-centers-balayeva-25961> (consulté le 7 avril 2026).

34. Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. Routledge, 2018. 240 pp.

35. Morelli, N. M., K. Hong, J. Garcia, and X. Elzie. “Everyday conflict in families at risk for violence exposure: Examining unique, bidirectional associations with children's anxious- and withdrawn-depressed symptoms.” *Research on Child and Adolescent Psychopathology* 51, no. 3 (2023): 317–330.

36. Murniti, N. W., and P. S. Marselinawati. “Yoga Dalam Mengatasi Gejala Psikosomatis Mahasiswa di Sekolah Tinggi Agama Hindu Negeri Mpu Kuturan Singaraja.” *Jurnal Penelitian Agama Hindu* 7, no. 3 (2023): 285–298.

37. Neppl, T. K., J. M. Senia, and M. B. Donnellan. “Effects of economic hardship: Testing the family stress model over time.” *Journal of Family Psychology* 30, no. 1 (2016): 12.

38. Nichols, M. P., and R. C. Schwartz. *Family Therapy: Concepts and Methods*. New York: Gardner Press, 2013. 149–150.

39. “Over nearly 80 years, Harvard study has been showing how to live a healthy and happy life.” <https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/over-nearly-80-years-harvard-study-has-been-showing-how-to-live-a-healthy-and-happy-life/> (consulté le 7 avril 2026).

40. “Practical Strategies for Psychological Measurement.” BC Open Textbooks. <https://opentextbc.ca/researchmethods/chapter/practical-strategies-for-psychological-measurement/> (consulté le 7 avril 2026).

41. Satir, V. *Conjoint Family Therapy: A Guide to Theory and Technique*. 1967.

42. Schier, K., M. Herke, R. Nickel, and U. T. Egle. “K study using sequences of regressions.” *Journal of Child and Family Studies* 24 (2015): 1307–1321.

43. “Serve and Return: Back-and-forth exchanges.” Center on the Developing Child at Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/key-concept/serve-and-return/> (consulté le 7 avril 2026).

44. Soldatkin, V. A., and S. V. Soldatkina. “10 Myths about Psychosomatics.” *Medical Herald of the South of Russia* 14, no. 4 (2023): 96–107.

45. Tahir, U., D. Sarwar, and A. Tahir. “Impact of social media on parent child relationship: Exploring communication barriers and emotional distance.” *Social Sciences Spectrum* 4, no. 1 (2025): 425–446.

46. “The Good Life: A Discussion with Dr. Robert Waldinger.” <https://hsph.harvard.edu/health-happiness/news/the-good-life-a-discussion-with-dr-robert-waldinger/> (consulté le 7 avril 2026).

47. “The Impact of Social Media on Family Relationships.” Number Analytics. <https://www.numberanalytics.com/blog/impact-social-media-family-relationships> (consulté le 7 avril 2026).

48. “Toxic Stress: What is toxic stress?” Center on the Developing Child at Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/key-concept/toxic-stress/> (consulté le 7 avril 2026).

49. van der Mijl, R. C. W., and A. J. J. M. Vingerhoets. “The positive effects of parentification: An exploratory study among students.” *Psychological Topics* 26, no. 2 (2017): 417–430.

50. von Sydow, K., S. Beher, and R. Retzlaff. “Systemic psychotherapy: An introduction to its theoretical foundations and clinical practice.” *Deutsches Ärzteblatt International* 121, no. 23 (2024): 783.

51. Walsh, F. *Strengthening Family Resilience*. Guilford Publications, 2015.

52. “What Are the Best Practices of Writing a Scale?” Inkblot Analytics. <https://www.inkblotanalytics.com/blog/what-are-the-best-practices-of-writing-a-scale> (consulté le 7 avril 2026).

53. Winek, J. L. *Systemic Family Therapy: From Theory to Practice*. Sage Publications, 2009.

54. Yehuda, R., and A. Lehrner. “Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms.” *World Psychiatry* 17, no. 3 (2018): 243–257.

Publication scientifique

Galina Sorokoumova
Anna Khefors

**LA PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE COMME OUTIL DE
RENFORCEMENT DES RELATIONS FAMILIALES ET DE
PROTECTION DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS : LA
MÉTHODE ADAPTATIVE ORIGINALE « UNITÉ FAMILIALE »
FACE AUX DÉFIS CONTEMPORAINS**

Monographie

Tcheboksary, 2026

Composition informatique : E. A. Malycheva

Bon à tirer : 25 mai 2026

Date de publication : 31 mai 2026

Format 60 × 84/16. Papier offset. Impression offset.

Police Times. 3,72 feuilles imprimées. Commande K-1474. 500 exemplaires.

Éditions Sreda, bureau 12
75 rue Grajdanskaïa, Tcheboksary 428023
+7 (8352) 655-731
info@phsreda.com
<https://phsreda.com>

Imprimé par Maksimum Print Studio
75 rue Grajdanskaïa, Tcheboksary 428023
+7 (8352) 655-047
info@maksimum21.ru
www.maksimum21.ru