



## La guidance interactive: une thérapie des interactions

---

Christiane Robert-Tissot

### Résumé

*La Guidance Interactive est une forme de psychothérapie parent-enfant qui ne s'inscrit dans aucune des «familles thérapeutiques» reconnues, tout en empruntant à ces dernières une série de concepts et de techniques. L'enregistrement et le visionnement de séquences d'interaction constituent l'originalité de cette thérapie des interactions. L'article s'attache d'abord à retracer l'origine des interventions conjointes parents-enfant en évoquant les principales influences théoriques et empiriques. Après une brève présentation de quelques variantes, l'article expose ensuite la Guidance Interactive telle qu'elle est pratiquée et enseignée selon la version de l'Ecole Genevoise. Le lecteur est ainsi introduit aux objectifs et au format du traitement, à la notion de focus thérapeutique et aux principales techniques d'intervention. Les indications à cette forme de traitement sont brièvement évoquées pour terminer.*

### I. Introduction

C'est avec plaisir que je réponds à la proposition de présenter la Guidance Interactive. Cette technique thérapeutique a été introduite en 1988 au Service de Guidance Infantile de Genève (actuellement Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, HUG) à l'instigation du Prof. B. Cramer dans le cadre d'un programme de recherche sur les effets et les processus thérapeutiques dans

les traitements conjoints mère-bébé conduits pour des troubles fonctionnels, du comportement et de la relation (Robert-Tissot & al., 1996). Par la suite, ce traitement est devenu partie intégrante des traitements proposés dans le cadre de la consultation de ce service. La formation à la Guidance Interactive s'est récemment systématisée sous l'égide du Service de Formation continue de l'Université de Genève<sup>1</sup> et s'est ainsi ouverte à des applications dans divers champs (logopédie, psychomotricité, intervention précoce), et auprès d'enfants et de familles ayant différents types de besoins.

Ce numéro de Langage & pratiques offre l'opportunité de faire le point après 15 ans d'expérience clinique et de recherche, afin de définir la Guidance Interactive, de situer son origine, de présenter quelques variantes et de donner un aperçu de la technique de l'Ecole Genevoise. Les chapitres de ce numéro fourniront au lecteur des exemples concrets d'application de la Guidance Interactive dans différents contextes professionnels et pour différents troubles.

## II. Définition

*«Le thérapeute vous invitera à jouer librement avec votre enfant. Ces moments seront visionnés pendant la séance. Ils vont vous permettre, avec des discussions, d'avoir un regard nouveau sur les différents comportements de votre enfant et la façon dont vous y répondez. Nous tenterons alors d'établir des liens avec les difficultés qui vous ont amené à consulter».* C'est en ces termes (ici dans leur version écrite) que les parents consultant pour un trouble fonctionnel du bébé (et à qui le choix d'une parmi deux formes de traitement était offert) ont pris connaissance de la Guidance Interactive (Robert-Tissot & Cramer, 1998).

La Guidance Interactive est une forme de psychothérapie<sup>2</sup> qui porte sur l'interaction entre parents et enfants, et, par extension, sur l'interaction entre différents partenaires (éducateur-enfant, formateur-étudiant, soignant-patient, enfant-enfant). Ce mode d'intervention ne peut pas être catégorisé dans une des grandes «familles thérapeutiques» habituellement reconnues (psychodynamique,

---

<sup>1</sup> Certificat de formation continue en Guidance Interactive et Thérapies de l'Interaction, FPSE, Université de Genève.

<sup>2</sup> La psychothérapie est une activité scientifique qui consiste à traiter des troubles psychiques par une méthode psychologique spécifique à laquelle s'est formé professionnellement le psychothérapeute (Duruz, 2000).

systémique, cognitivo-comportementale, humaniste). En effet, la Guidance Interactive puise, emprunte et intègre des concepts et des techniques appartenant en propre à différentes approches, tout comme elle fait une large place aux travaux empiriques et aux théories du développement. Elle se prête ainsi à des applications qui s'appuient sur les savoirs et acquis propres aux disciplines d'origine des thérapeutes.

La Guidance Interactive se centre sur l'observation des interactions parents-enfants, afin de permettre aux parents (ou adultes de référence) de prendre conscience de leurs compétences et d'augmenter leur sensibilité aux signaux de l'enfant. Ce traitement vise à modifier les perceptions et les comportements parentaux à travers une meilleure lecture, de meilleures compréhension et interprétation des signaux émis par les participants à l'interaction. Une attention particulière est portée aux contributions respectives de l'adulte et de l'enfant dans le déroulement des interactions.

### **III. Origine**

Ce mode d'intervention qui est apparu à partir des années 80 est d'abord lié à une préoccupation générale pour la santé mentale du nourrisson et du très jeune enfant, et ensuite au constat d'échec des thérapies traditionnelles dans les situations les plus graves comportant un cumul de facteurs de risques hétérogènes: mères adolescentes, psychopathologie parentale, situations de précarité, absence de réseau et de support social et émotionnel, enfants avec caractéristiques atypiques (complications médicales péri ou post-natales, handicap avéré, retard de développement), maltraitance, menace de retrait d'un enfant à ses parents. La difficulté de pouvoir atteindre et collaborer avec ces familles a stimulé la réflexion et permis d'imaginer et d'expérimenter des modes d'intervention mieux ajustés aux besoins et demandes d'une partie de la population.

Historiquement, les traitements réunissant l'enfant et ses partenaires sont issus du travail de Fraiberg (1980) qui, la première, a insisté sur la nécessité d'intervenir précocement sur la constitution du lien parent-enfant et d'inclure l'enfant dans les séances. En effet, l'enfant, par ses comportement et ses réactions, agit comme un véritable «catalyseur» en provoquant des changements parfois spectaculaires. C'est également à S. Fraiberg que l'on doit la métaphore des «fantômes dans la nursery» qui illustre le rôle crucial des projections parentales et la dimension transgénérationnelle dans les dysfonctionnements relationnels précoces. Ces traitements conjoints parents-bébé ont d'abord été

conduits par des thérapeutes se réclamant du courant psychanalytique tels que Lebovici, Cramer, Kestemberg, Esther Bick. Il faut néanmoins relever l'apport du courant de l'attachement (Bowlby, Ainsworth, Waters, Sroufe, Lamb, Bretherton, Main & Goldwin) qui, outre l'étude des comportements, des styles et des modèles internes d'attachement, propose également des interventions mère-enfant destinées à promouvoir la sécurité de l'attachement dans différents contextes à risques.

Durant cette même période, l'apparition de nouveaux moyens techniques (enregistrements vidéoscopiques, informatique, traitement de données) a ouvert la voie à l'observation et à la micro-analyse des comportements non-verbaux et des interactions, que l'Ecole de Palo Alto et la perspective systémique (Birdwhistell, Watzlawick, Scheflen, Kendon, Fivaz & Corboz 2001), la perspective écosystémique (Bronfenbrenner) et l'éthologie humaine (Montagner, Blurton-Jones) ont contribué à développer et à populariser. De son côté, la psychologie du développement a «découvert» les compétences précoce (sensorielles, cognitives et interactionnelles) et renouvelé le point de vue sur le nouveau-né (entre autres, Lipsitt, McFarlane, Meltzoff, Vinter) et par conséquent sur les premières relations (Brazelton, Trewarten, Bruner, Stern 1997). Par ailleurs, les travaux sur le tempérament (par exemple, Balleyguier, Thomas & Chess) ont attiré l'attention sur les différences individuelles qui s'expriment dès la naissance dans l'intensité des réponses, les seuils, la qualité de l'humeur, les réactions à la nouveauté.

En clinique, l'ensemble de ces points de vue et travaux a donné naissance au courant de psychopathologie développementale (Sameroff & Emde, 1993) qui privilégie la prise en compte du contexte relationnel, autant dans l'étude des facteurs de risques et de protection que dans la prévention et l'intervention. D'autres signes de rapprochement entre la recherche et la clinique sont également apparus, en particulier avec l'essor du courant de recherche en psychothérapie qui a contribué au succès du concept d'alliance thérapeutique, à l'étude du discours thérapeutique et des échanges en séance.

#### **IV. Variantes et points communs**

C'est à partir de cet ensemble large et disparate d'influences que sont apparus différents modes d'intervention dont le dénominateur commun est d'utiliser le puissant potentiel qu'offre l'observation des interactions parents-enfant (Hedenbro, 1997).

La Guidance Interactive «genevoise» est en filiation directe avec l'approche de S. Mc Donough (1991, 1993, 2000) qui se définissait initialement comme «Interactional Coaching». Cette technique est mentionnée pour la première fois dans les travaux de Field (1982) conduits aux USA auprès de mères de bébés prématurés. Ces mères étaient «coachées» en direct afin d'ajuster leur rythme aux capacités de traitement de l'information de leur bébé. Après avoir travaillé avec des bébés trisomiques et leurs familles, S. Mc Donough s'est orientée vers les mères adolescentes, dont certaines toxicomanes, démunies, sans réseau social, menacées de perdre la garde de leur bébé. Mobiliser ces jeunes femmes, leur re(donner) leur statut de mère, les sensibiliser aux besoins de leur bébé était un véritable défi et c'est dans ce contexte que S. Mc Donough a constaté le potentiel de l'image et développé une utilisation thérapeutique de la vidéo, en filmant puis en visionnant de courtes séquences de jeu mère-bébé. Rétrospectivement, on peut considérer que cette pratique a été influencée, outre les théories du développement, par l'approche systémique et écosystémique, de par l'attention portée aux conditions de vie des patientes et l'importance accordée à l'instauration d'un contexte thérapeutique chaleureux et respectueux.

Le projet Orion (Wiener et al., 1994) s'est développé en Hollande dès les années 80. Destiné à des mères seules, toxicomanes, avec de graves difficultés personnelles et avec des enfants à risques, il a pour but d'améliorer la qualité des relations mères-enfants. L'analyse des communications entre les membres de la famille – enregistrées à domicile alors que «la famille fait ce qu'elle fait d'habitude» – constitue l'objectif principal des interventions qui suivent une séquence prédéfinie de compétences nécessaires à une bonne communication. La thérapie est conduite selon les principes de l'approche comportementale (théorie de l'apprentissage social) et fait usage des techniques classiques de renforcement.

Le projet Orion s'est largement appuyé sur la méthode Marte Meo développée en Hollande (Aarts, 2000) qui, outre sa diffusion internationale y compris en Suisse, s'est diversifiée bien au-delà des relations parents-bébé. On retrouve dans cette approche, en plus des références mentionnées ci-dessus, les concepts d'intersubjectivité (Trewarten) et d'étagage (*scaffolding*, Bruner). L'originalité de la méthode Marte Meo tient aussi à la place importante accordée à l'expression et à l'expérience émotionnelles.

Tous ces programmes, y compris la Guidance Interactive genevoise, ont des points communs. Le premier réside dans la priorité accordée à l'identification des ressources du parent et au renforcement de ses compétences. Le second est de

faciliter la prise de conscience, de favoriser l'accès aux émotions et de permettre d'isoler, pour le mettre en valeur ou le travailler, un canal de communication (posture, gestes, expressions faciales, expressions vocales, etc.). Le troisième concerne les informations que le thérapeute peut fournir quant à des aspects du développement (différences individuelles, étapes des acquisitions, transitions).

Ces programmes ont tous intégré les nouveaux concepts et perspectives qui ont marqué la psychologie de la fin du XXe siècle. De ce fait, ils partagent un certain nombre de présupposés (importance et réciprocité des interactions parents-enfants, articulation entre comportements, cognitions et émotions).

## **V. L'école genevoise**

La Guidance Interactive dans sa version genevoise (Rusconi Serpa 1992, Berney 1992, 1999) doit sa «couleur» actuelle à l'assimilation d'une série d'éléments au noyau commun présenté plus haut.

Au contexte théorique psychodynamique du Service dans lequel elle a été pratiquée, l'Ecole Genevoise doit sa conception des troubles relationnels et des perturbations des interactions parents-enfants. Ces dernières peuvent être appréhendées par l'observation des comportements actuels des partenaires, mais elles ne peuvent être comprises que situées dans une perspective à la fois synchronique (contexte familial actuel) et diachronique (histoire des relations que les parents ont eues avec leurs propres parents). Le concept de focus thérapeutique (voir plus bas) est directement issu de l'approche psychodynamique, et la tentative de le transposer dans le champ de la Guidance Interactive a permis de mieux conceptualiser les ingrédients du changement en Guidance Interactive.

Aux situations cliniques pour lesquelles la Guidance Interactive a été pratiquée, l'Ecole Genevoise doit sa centration initiale et son expertise pour les troubles fonctionnels et du comportement de la petite enfance. A cet égard, l'identité professionnelle de l'une des premières praticiennes, Catherine Berney, est à l'origine de l'extension du traitement aux troubles de la communication et du langage et aux troubles graves du développement (souvent comme une étape de préparation à d'autres mesures thérapeutiques).

Au programme de recherche sur les effets et les processus thérapeutiques (Cramer & Robert-Tissot, 2000) à l'occasion duquel la Guidance Interactive a été

implantée à Genève, nous devons une conception de l’alliance thérapeutique qui considère le patient comme un collaborateur actif de son traitement. L’analyse des échanges verbaux thérapeute-patient a été de première utilité pour sensibiliser les thérapeutes en formation à la formulation des commentaires et à l’ajustement des interventions du thérapeute (s’ouvrir, reformuler, clarifier, interpréter, etc.). Enfin, la recherche a montré l’importance d’organiser une consultation préalable au traitement comportant, entre autres, une observation des interactions parents-enfant et fournissant les éléments utiles pour poser une indication de Guidance Interactive.

## **1. Objectifs et format du traitement**

Concrètement, le thérapeute poursuit une série d’objectifs dont la priorité et le poids peuvent varier d’une situation à l’autre et changer au cours du traitement. Un traitement de Guidance Interactive vise à:

- *renforcer* la compétence et l’estime de soi des parents;
- amener les parents à *identifier* et *élargir* leurs propres ressources;
- amener les parents à *identifier les ressources et besoins* de leur enfant;
- aider les parents à avoir du *plaisir* avec leur enfant;
- aider les parents à *aider l’enfant*.

Un traitement de Guidance Interactive comporte en général 6 à 10 séances d’une durée d’une heure à une heure trente. Il se déroule le plus souvent dans un local de consultation aménagé pour recevoir de jeunes enfants et leurs parents, mais peut aussi avoir lieu à domicile.

Le traitement peut se faire avec une dyade mère / ou père-enfant ou avec le couple parental et l’enfant. Il peut aussi inclure des partenaires significatifs (grands-parents, frères et sœurs, etc.) soit pour une séance, soit de manière régulière. Il est recommandé de proposer aux parents un contrat explicite précisant les objectifs visés et le nombre approximatif de séances et annonçant qu’une discussion de la progression sera faite avec eux à mi-parcours (séance-point).

Après l’accueil et l’installation des partenaires qui peuvent choisir à leur convenance de s’installer au sol ou sur des chaises, la séance se poursuit par un moment d’entretien (nouvelles, évolution, préoccupations et événements que le parent souhaite transmettre). Le thérapeute invite ensuite le parent à «jouer<sup>3</sup>» un moment avec l’enfant, en mettant à disposition quelques objets ou jouets. Le

---

<sup>3</sup> «Jouer» peut ne pas être approprié d’un point de vue culturel, à l’âge de l’enfant, à la plainte ou au symptôme. Toute autre situation, tâche, routine remplacera alors la séquence classique de «jeu».

choix du matériel n'est pas anodin, car il devrait favoriser (par le nombre, les caractéristiques, etc.) l'expression des ressources de la dyade. La consigne donnée a elle aussi son importance, car elle devrait faire comprendre que le but du jeu est l'échange et non l'apprentissage ou la performance. Durant cette séquence (d'une durée de 5 à 10 minutes), le thérapeute reste en principe présent, mais en retrait. Cela lui permet de faire une «observation directe» des interactions et en même temps de percevoir l'ambiance et le climat émotionnel des échanges. A la fin de la séquence d'interactions, le thérapeute recueille «à chaud» les impressions du parent au moyen d'une série de questions, telles que:

- le moment de jeu est-il *typique* de ce qui se passe à la maison ?
- Avez-vous été *surpris* par quelque chose ?
- Quel moment avez-vous le *mieux* / le *moins aimé* ?
- Pensez-vous que votre enfant a eu du *plaisir*? Et vous ?

## 2. Focus thérapeutique

Dans le cadre des thérapies psychodynamiques, le focus thérapeutique est défini par Cramer & Palacio Espasa (1993) comme «une constellation centrale, branchée sur le conflit et le fantasme de base du patient relié à une configuration historique et jouée de manière répétitive dans les relations importantes». En Guidance Interactive, le focus thérapeutique est un pattern interactif dysfonctionnel qui est (ou devrait pouvoir être) observé de manière répétitive dans différentes situations et contextes, et qui peut être relié au problème ou au symptôme de l'enfant. Ces patterns dysfonctionnels sont généralement décrits en terme de régulation (par exemple dans la Classification Diagnostique 0 à 3: sur-régulation, sousrégulation, régulation inappropriée, etc.). Parallèlement et en contre-point, le thérapeute doit identifier et sélectionner un ou différents moments d'interaction fonctionnelle, de manière à pouvoir montrer et renforcer les ressources du parent et de l'enfant.

## 3. Techniques d'intervention

Le visionnement, qui constitue un moment crucial des séances, peut avoir lieu soit durant la même séance que l'enregistrement, soit dans une séance ultérieure. Il peut être fait en présence de l'enfant ou avec le parent seul, lorsque la présence de l'enfant perturbe la continuité des échanges.

Le visionnement suppose que le thérapeute effectue une sélection des extraits qu'il choisit de montrer, ce choix étant lié à l'objectif poursuivi. La sélection suppose elle-même une analyse préalable des interactions (fonctionnelles et dysfonctionnelles). Lors du visionnement, le parent est encouragé à observer et

commenter librement ce qu'il voit. Il est aussi guidé pas à pas, par des questions, des arrêts sur image, dans le repérage des signaux de l'enfant et des effets de son propre comportement sur celui de l'enfant et réciproquement.

La centration sur les comportements observables de l'interaction s'accompagne d'un travail sur les cognitions (représentations, attributions) et les émotions qui accompagnent les comportements. Le thérapeute vise par là à favoriser l'articulation entre actions, cognitions et émotions chez le parent, à promouvoir des alternatives dans les schémas explicatifs et une meilleure capacité de «voir les choses» du point de vue de l'enfant, donc une meilleure empathie et intersubjectivité.

Dans ce contexte, les références que le parent peut faire spontanément à ses expériences antérieures (comme enfant avec ses propres parents, par exemple) peuvent fournir une clé pour la compréhension des troubles et des interactions, et de leur dimension transgénérationnelle. Elles sont «gardées en mémoire» par le thérapeute qui ne livre pas d'interprétation explicite à leur sujet. Par ailleurs, le thérapeute peut, dans certains cas, intervenir directement sur les interactions qui se déroulent en séance, au moyen de techniques de «coaching» ou «modeling» *in vivo*.

Un apprentissage particulier est requis pour l'observation des interactions (Ainsworth, 1974; Crittenden, 1981; Robert-Tissot & Rusconi Serpa, 2000) et la formulation des commentaires.

#### **4. Indications et résultats**

Comme on l'a vu, la Guidance Interactive peut être appropriée dans une large gamme de situations et de troubles, lorsque le professionnel constate que les interactions adulte-enfant sont dysfonctionnelles ou défavorables au développement de l'enfant. Travailler sur les interactions suppose d'abord que l'adulte puisse supporter d'être confronté à sa propre image et à celle de l'enfant, et enfin qu'il puisse s'intéresser à *minima* à son propre comportement et à celui de l'enfant. L'impossibilité d'être confronté à sa propre image ou des sentiments importants de persécution face à la vidéo constituent une contre-indication à la Guidance Interactive.

Cette technique est particulièrement appropriée avec des mères inexpérimentées, déprimées, anxieuses, avec peu d'insight, trop d'«intellectualisation», ou avec des limitations cognitives. D'autres situations peuvent être d'un maniement délicat, lorsque, par exemple, les interactions sont (trop) harmonieuses bien

que la relation soit problématique, lorsque l'alliance est insuffisante, lorsque la mère a besoin d'un étayage trop important ou lorsqu'il existe des projections sur l'enfant massivement négatives (Palacio Espasa, 2003).

Les thérapies brèves parents-nourrisson, dont la Guidance Interactive, se sont révélées particulièrement efficaces dans le traitement des troubles fonctionnels (Robert-Tissot & al. 1996), de l'alimentation (Benoît & al, 2001), du comportement (Palacio Espasa & Rusconi Serpa, 2003), et de l'attachement (Lieberman & al., 1991). Ces travaux apportent une validation empirique, requise par les assurances sociales, quant à l'efficacité des traitements proposés.

**Christiane ROBERT-TISSOT** est professeur à l'Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Unité de Psychologie Clinique Développementale.

## VI. Références

AARTS, M. (2000). *Marte Meo, Basic Manual*. Arts Production, 3841 EE Harderwijk, the Netherlands.

AINSWORTH, M. D. (1974). «Mother-Infant Attachment and Social Development». In: M. Richards (Ed.). *The Integration of the Child into the Social World*. Cambridge: Cambridge University Press.

BENOÎT, D., MADIGAN, S., LECCE, S., SHEA, B. & GOLDBERG, S. (2001). Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal*, 11(1), 66-78.

BERNEY, C. (1992). Guidance interactive et logopédie: liens et apports. *Parole d'Or* (Revue de l'association romande des logopédistes diplômés), 11, 25-27.

BERNEY, C. (1999). De l'interaction parents/enfants à l'émergence du langage: quelle place pour l'intervention logopédique? *Regards sur les interventions logopédiques*. Formation continue, ARLD, Fribourg.

CRAMER, B., & PALACIO-ESPASA, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris: Presses Universitaires de France, Le Fil Rouge.

CRAMER, B. & ROBERT-TISSOT, C. (2000). «Evaluating Mother-Infant Psychotherapies: Bridging the Gap between Clinicians and Researchers». In: J.D. Osofsky, H.E. Fitzgerald (Eds). *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Volume Two: Early Intervention, Evaluation and Assessment. New York: John Wiley, Chap. 8, pp. 271-312.

CRITTENDEN, P. M. (1981). Abusing, Neglecting, Problematic, and Adequate Dyads: Differentiating by Patterns of Interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 201-218.

DURUZ, N. (2002). (Dir.) *Traité de psychothérapie comparée*. Genève: Médecine et Hygiène.

FIELD, T.M. (1982). Interactional Coaching for high-risk infants and their parents. *Prevention and Human Service* 1, 5-24.

FIVAZ, E. & CORBOZ, A. (2001). *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé.* Paris: Odile Jacob.

FRAIBERG, S. (1980). *Clinical Studies in infant mental health: The first year of life.* New York: Basic Books.

HEDENBRO, M. (1997). Interaction, the key to life: seeing possibilities of children through vidéo-pictures. *The Signal*, Waimh, 5(4).

LIEBERMAN, A.F., WESTON, D.R. & PAWL, J.H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62, 205-208.

MC DONOUGH, S. (1991). «Treating early relationship disturbances with Interaction Guidance». In: D. Stern & G. Fava Vizziello (Eds). *Models and Technics of Psychotherapeutic interventions in the first years of life.* Milan: Raffaello Cortina Editora. Traduction française, Paris: Masson, 1995.

MC DONOUGH, S. (1993). «Interaction guidance: understanding and treating early infant-care-giver relationship disorders». In: C. Zeanah (Ed.). *Handbook of infant mental health.* New York: Guilford Press.

MC DONOUGH, S. (2000). «Interaction Guidance: An Approach for Difficult-to-Engage-Families». In C.H. Zeanah (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health*, Vol. I, Chap. 31, pp. 485-493. New York: Guildford Press.

PALACIO ESPASA, F. (2003). Les scénarios narcissiques de la parentalité. *Psychiatrie de l'Enfant (sous presse).*

PALACIO ESPASA, F. & RUSCONI-SERPA, S. (2003). *Psychothérapies parents-enfant dans les troubles précoce du comportement: résultats et aménagements techniques.* European Association for Child and Adolescent Psychiatry. Symposium au 12e Congrès International. Paris, octobre 2003.

ROBERT-TISSOT, C., CRAMER, B., STERN, D., RUSCONI SERPA, S., BACHMANN, J.-P., PALACIO-ESPASA, F., KNAUER, D., DE MURALT, M., BERNEY, C. & MENDIGUREN, C. (1996). Outcome Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapies: Report of 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17 (2), 97-114.

ROBERT-TISSOT, C. & CRAMER, B. (1998). When patients contribute to the choice of treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 245-259.

ROBERT-TISSOT, C. & RUSCONI SERPA, S. (2000). Interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* Edi 37-190-B-60.

RUSCONI SERPA, S. (1992). La Guidance Interactive: les points essentiels du traitement. *Psychoscope*, 13, 7-10.

SAMEROFF, A., & EMDE R.N. (EDS.). (1993). *Les troubles des relations précoce: selon l'ap-proche développementale.* Paris: Presses Universitaires de France.

STERN, D.N. (1997). *La constellation maternelle.* Paris: Calmann-Lévy.

WIENER, A., KUPPERMINTZ, H., GUTTMANN, D. (1994). Vidéo Home Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. *Family Process*, 33, 441-453.