

Karine Albernhe  
Thierry Albernhe

# Les thérapies familiales systémiques

*4<sup>e</sup> édition*



# Les thérapies familiales systémiques

## ***Chez le même éditeur***

- Applications en thérapie familiale systémique**, par Karine et Thierry Albernhe, coll. « Pratiques en psychothérapie », 2<sup>e</sup> édition, 2013, 248 pages.
- Adolescence et psychopathologie**, par D. Marcelli, A. Braconnier, L. Gicquel, coll. « Les Âges de la vie », 8<sup>e</sup> édition, 2013, 784 pages.
- Thérapies brèves : principes et outils pratiques**, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin, J. Betbèze, coll. « Pratiques en psychothérapie », 3<sup>e</sup> édition, 2013, 248 pages.
- Art-thérapie**, par A.-M. Dubois, coll. « Psychologie », 2013, 168 pages.
- Enfance et psychopathologie**, par D. Marcelli, D. Cohen, coll. « Les Âges de la vie », 9<sup>e</sup> édition, 2012, 688 pages.
- Manuel de psychiatrie**, par J.-D. Guelfi, F. Rouillon, 2<sup>e</sup> édition, 2012, 888 pages.
- Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives**, par J. Palazzolo, coll. « Pratiques en psychothérapie », 3<sup>e</sup> édition, 2012, 288 pages.
- Psychothérapie de soutien**, par L. Schmitt, coll. « Pratiques en psychothérapie », 2012, 256 pages.
- Psychopathologie de la scolarité**, par N. Catheline, coll. « Les Âges de la vie », 3<sup>e</sup> édition, 2012, 432 pages.
- Les psychothérapies comportementales et cognitives**, par J. Cottraux, coll. « Médecine et Psychothérapie », 5<sup>e</sup> édition, 2011, 384 pages.
- L'approche thérapeutique de la famille**, par G. Salem, coll. « Pratiques en psychothérapie », 5<sup>e</sup> édition, 2009, 304 pages.
- Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité**, par M. Bouvard, coll. « Pratiques en psychothérapie », 3<sup>e</sup> édition, 2009, 352 pages.
- Les psychothérapies : approche plurielle**, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse, coll. « Pratiques en psychothérapie », 2009, 464 pages.
- Le développement affectif et intellectuel de l'enfant**, par B. Golse, coll. « Médecine et Psychothérapie », 4<sup>e</sup> édition, 2008, 400 pages.

Collection Médecine et psychothérapie

---

# Les thérapies familiales systémiques

Karine et Thierry ALBERNHE

Préface de Mony ELKAÏM

*4<sup>e</sup> édition*



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des oeuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-73529-5

ISBN ebook : 978-2-294-74231-6

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

# Préface à la première édition

Les thérapies familiales systémiques, qui ont pris naissance aux États-Unis dans les années cinquante, n'ont cessé de se développer au-delà des frontières de ce pays. Elles jouent aujourd'hui un rôle de premier plan dans le domaine des psychothérapies en Europe.

La diversité des mouvances qui se réclament de cette approche ne facilite pas, pour l'étranger au domaine ou pour l'étudiant, une compréhension aisée des spécificités propres aux écoles qui constituent ce champ.

Cet ouvrage de Karine et Thierry Albernhé permet non seulement de se retrouver dans le dédale des différentes tendances des thérapies familiales systémiques, mais présente aussi avec clarté nombre d'autres aspects qui aident à mieux comprendre la richesse de cette forme de psychothérapie.

Commençant leur livre par la description des différents mouvements qui ont participé à l'élaboration du modèle systémique, les auteurs ne se contentent pas d'exposer les éléments qui ont constitué le terreau d'où a jailli l'approche systémique en psychothérapie. Ils nous donnent également un aperçu des nouveaux domaines de connaissance tels ceux de l'autopoïèse ou de la cybernétique de second ordre grâce auxquels les psychothérapies systémiques continuent à croître et à se déployer.

J'ai été particulièrement sensible au chapitre intitulé « Les différents niveaux du modèle » ; Karine et Thierry Albernhé y décrivent d'une manière originale les relations circulaires qui lient le niveau individuel, celui du couple, de la famille et du réseau. Leur lecture permet au thérapeute de penser l'intervention à un niveau spécifique sans se laisser paralyser par la complexité des paramètres en jeu. Cette intervention, bien que ne s'exerçant qu'à un seul niveau, n'en ignore pas pour autant les inter-relations des différents systèmes humains en présence.

Qu'il s'agisse de la présentation des multiples écoles de thérapies familiales ou de celle des techniques de base du champ systémique, les auteurs ont réussi le tour de force de présenter succinctement et avec clarté des notions souvent ardues et de ce fait parfois mal comprises.

Cet ouvrage se clôt sur l'approche systémique de la schizophrénie et des troubles alimentaires. Là encore, Karine et Thierry Albernhé font preuve d'érudition et de concision en nous résumant en quelques pages les nombreux travaux menés par des systémiciens spécialistes de ces domaines.

Le monde des thérapies familiales est encore en pleine effervescence ; remercions Karine et Thierry Albernhé de nous offrir les outils pour mieux comprendre les enjeux des changements à venir.

**Mony Elkaïm**

# Avant-propos à la quatrième édition

Cette quatrième édition est une nouvelle étape sur le chemin de l'évolution de l'ouvrage, en insistant désormais davantage sur les deux extrêmes – si l'on peut dire – que constituent d'une part l'apport de la philosophie et de la logique à la construction contemporaine des théories sur les thérapies familiales systémiques, et d'autre part l'apport de l'expérience de terrain et des mises en situation, en référence cette fois-ci au deuxième livre que nous rééditons presque simultanément à celui-ci : *Applications en thérapie familiale systémique*. Comme l'indique son titre, il s'agit d'illustrer la théorie du présent ouvrage par des méthodes pratiques d'entraînement, avec des problèmes concrets à résoudre, des protocoles de formation à développer, des exercices de style à réaliser autour d'analyses systémiques de cas cliniques ou institutionnels. Pour tout soignant passionné par sa vocation, s'assouplir, s'entraîner, développer ses outils thérapeutiques pour mieux travailler sur soi-même, n'est-ce pas là se donner les moyens de mieux servir la pratique, et ainsi de mieux travailler avec les autres ? Faire vivre ensemble ces deux ouvrages permet d'améliorer le service rendu au lecteur : la théorie ne nous enseigne-t-elle pas que « un et un font trois » (en référence au titre d'une œuvre de notre ami Philippe Caillé, préfacier du deuxième livre) ?

Qu'ils soient médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants socio-éducatifs, travailleurs sociaux, voire tout simplement – mais n'est-ce pas le plus difficile ? – parents, tous ces acteurs disposeront ainsi de deux documents de travail complémentaires que, par boutade, il nous plairait d'appeler « boussole », car il est parfois difficile de ne pas « perdre le Nord » quand de profonds remaniements sociétaux (de ceux qui ébranlent stéréotypes et manières de penser) ont cours. L'enjeu est en effet de s'y adapter, sans perdre le recul nécessaire, notamment sur les puissants diktats actuels, dont le paradigme est devenu celui de ceux dits économiques. Car si un système peut évoluer jusqu'à changer d'état pour être plus fonctionnel, il doit garder comme cadre le sens qui en fait la valeur et qui en donne à ceux qui y fonctionnent (cadre sans lequel disparaissent aussi bien la raison d'être que la reconnaissance d'exister). De cela, chacun en est comptable envers ses « enfants » (réels ou symboliques). Si l'on voulait en effet paraphraser le trop fameux « Nul n'est censé ignorer la loi », ne pourrait-on avancer que, dorénavant, avec les outils modernes de communication de ce *xxi*<sup>e</sup> siècle, « Nul n'est plus censé ignorer le monde » dont il est un acteur à part entière, quels que soient sa place et son rôle dans la société ?

Finalement, s'il fallait ne retenir qu'une idée fondamentale de ces ouvrages, ne pourrait-elle pas être celle-ci : chaque observateur ne participe-t-il pas pleinement au contexte avec lequel il interagit en permanence, à l'instar du lecteur « raisonnant et résonant », c'est-à-dire faisant vivre à mesure le livre

qu'il a sous les yeux et qui lui donne du plaisir à mettre du sens sur sa pratique ? Les réactions des lecteurs sont comme toujours les bienvenues pour contribuer, de leurs apports, à nourrir, au-delà de ces lignes, des échanges de relations humaines. C'est pourquoi les lecteurs peuvent communiquer avec les auteurs à l'adresse suivante : [thierry.albernhe@ch-montfavet.fr](mailto:thierry.albernhe@ch-montfavet.fr).

**Karine et Thierry Albernhe**



# Introduction

Qu'est-ce qu'une thérapie familiale systémique ?

Laissons la parole à Virginia Satir pour préciser d'abord ce que ce n'est pas : « Plusieurs méthodes de traitement sont appelées "thérapie familiale", mais différentes de la définition que nous présentons ici, car elles sont surtout orientées vers les membres de la famille en tant qu'*individus* plutôt que vers la famille comme unité. Par exemple : chaque membre de la famille peut avoir son thérapeute propre ; ou les membres d'une famille peuvent partager le même thérapeute, mais celui-ci voit chaque individu séparément ; ou le patient peut avoir un thérapeute qui, à l'occasion, voit les autres membres de la famille pour le bénéfice du patient. Un nombre croissant d'observations cliniques a conduit à la conclusion que la thérapie familiale doit être orientée vers la famille comme unité »<sup>1</sup>.

Ce n'est donc pas parce qu'un psychothérapeute rencontre une famille qu'il fait, pour autant, de la « thérapie familiale ». La pratique d'entretiens – à condition qu'ils soient centrés sur les aspects interrelationnels – avec plusieurs membres de la famille peuvent être considérés comme dérivés des thérapies familiales systémiques proprement dites : préparatoires, ou au contraire de suivi, ils peuvent encadrer une thérapie et faire partie des outils techniques du thérapeute.

Il convient d'ailleurs de faire clairement la différence entre une famille saine, temporairement en crise parce qu'elle est en proie à des dysfonctionnements internes normaux, liés à des événements inéluctables du cycle vital familial, et une famille pour laquelle les dysfonctionnements sont durables et représentent une véritable façon d'être.

La thérapie systémique est à entendre au sens d'une prise en charge psychologique globale de la famille, à partir de la demande de soins formulée par – ou le plus souvent pour – un membre du « système familial ». Car c'est la conception de la famille en tant que *système* qui fonde, non la prise en charge globale de celle-ci, mais la manière particulière dont l'équipe soignante va aborder cette demande, la replacer dans un contexte plus large, s'intéresser au réseau tissé par la famille, formuler des hypothèses thérapeutiques à partir de références théoriques précises, proposer un rythme de séances, utiliser des techniques de soins originales et évaluer les résultats du travail psychothérapeutique.

Ainsi conçu, le symptôme présenté par un des membres du groupe familial n'a de sens, et de fonction, que s'il est replacé dans une perspective globalisante et circulaire : il témoigne de dysfonctionnements relationnels plus ou moins graves, dont n'ont pas nécessairement conscience les protagonistes qui, seuls, n'arrivent pas à trouver une solution. Cette dernière sera

---

1 Satir V. (1964) *Conjoint Family Therapy*. Trad. : A. Destandau-Denisov, *Thérapie du couple et de la famille*, Epi éd., Paris, 1982.

ici coconstruite par le patient-désigné, sa famille ou son environnement proche, et l'équipe soignante. La thérapie consistera à amener le patient et sa famille à une autre vision des choses, quitte à ce qu'elle soit surprenante, pour engendrer des changements. Dans une telle démarche, les thérapeutes se garderont de proposer à la famille quelque solution que ce soit : ils l'amèneront à développer au contraire ses propres compétences, si besoin à les lui « révéler », en tout cas à faire en sorte qu'elle croie en elles ; si changement positif il y a, ce sera celui trouvé par la famille elle-même.

La perspective systémique comprend donc la thérapie comme induisant « la création de contextes facilitant la traversée des seuils de constriction et l'élargissement des horizons », écrit Dora Fried Schnitman<sup>2</sup>. Et Mony Elkaïm ajouterait que « l'augmentation du champ des possibles », selon sa formule favorite, est la pierre angulaire de la coconstruction de l'édifice thérapeutique.

Une telle philosophie du soin, particulièrement opérante en psychiatrie infanto-juvénile, a toutefois ses limites et n'ambitionne pas de devenir une panacée. Mais l'importance grandissante qu'elle prend actuellement en pratique quotidienne parmi les « travailleurs de terrain » (infirmiers et assistants socio-éducatifs par exemple), ainsi que la séduction qu'elle génère au niveau théorique chez un nombre croissant de psychiatres et de psychologues, mérite que l'on fasse plus que s'y intéresser : son étude, sérieuse, et sa pratique, encadrée par une éthique rigoureuse, requièrent un travail à la mesure des objectifs qu'il se fixe : il n'est pas toujours très facile d'aider les autres de manière adéquate...

Par chance, nous avons eu l'occasion de rencontrer Mony Elkaïm, de bénéficier de son savoir encyclopédique, de son expérience multiple dans des contextes variés, et de sa gentillesse à bien vouloir donner à ses élèves une partie de ce qu'il avait réussi à engranger pour lui-même. Ce livre est en quelque sorte une « restitution » de son enseignement – bien qu'il n'ait nullement besoin de nous pour cela – à travers notre grille de lecture personnelle, qui se trouve être à la fois partagée et complémentaire, puisque nous constituons un couple, au sens familial du terme ainsi qu'au sens professionnel.

Que cet ouvrage puisse transmettre à ses futurs lecteurs le goût de la recherche clinique et les initier à la pratique familiale systémique serait pour nous un encouragement très gratifiant à persévérer dans le chemin de vie que nous nous sommes tracés, et faisons ici partager le temps d'une lecture...

Karine et Thierry Albernhé

2 Fried Schnitman D., Fuks S.I. Paradigme et crise : entre risque et possibilité. *Thérapie familiale*, 16, 2, 145-162, 1995.

# 1 L'élaboration du modèle systémique

*Che, non men che saper, dubbiar m'aggrada*  
*[Car, non moins que savoir, douter me plaît]*  
Dante, *Enfer*, XI

Le présent chapitre se propose d'étudier l'*élaboration du modèle systémique*, c'est-à-dire comment les applications de la pensée systémique contemporaine se sont progressivement édifiées, à partir de l'assemblage de connaissances scientifiques émanant à l'origine de disciplines apparemment éloignées les unes des autres. Dans le verbe « élaborer », s'entendent les mots « labeur », « élan », et l'action qui va avec : une construction sur un temps certain. Quant au terme de « modèle », il sous-entend « représentation », et comprend « mode » qui, on le sait, évolue avec le temps. L'élaboration d'un modèle est donc liée au temps : avec lui elle progresse, et son résultat évolue (la situation du départ – moment de son émergence – génère sa conception et donne tout son sens au développement de cette transmission). Un modèle doit répondre à un questionnement, lequel peut être interrogé en retour (comme celui du mythe des hommes de la caverne élaboré par Platon). L'exemple démarche du philosophe grec mérite un rappel, tant sa nature (c'est-à-dire la relation sujette à question) croise celle du thérapeute systémicien :

*Compare notre nature, telle que notre éducation nous la rapporte, à celle en la situation d'êtres humains nés, élevés et éduqués dans les conditions suivantes : imagine qu'ils n'aient, pour habitation, qu'une grotte, souterrain de largeur réduite, longue profondeur avec l'entrée pour seule ouverture ; laquelle, par un muret, est séparée de l'extérieur où passe une route en surplomb ; imagine qu'ils soient tous dos à l'entrée, immobiles, fixés à leur place, attachés aux autres, reliés ensemble du même lien qui les bloque chacun de la tête aux pieds, les empêchant de regarder ailleurs que droit devant eux, et d'utiliser les jambes pour marcher. Imagine que pour tout éclairage, ils n'aient que la lumière d'un feu qui brûle en haut et au loin, derrière eux, projetée sur la paroi qui est devant eux, incapables qu'ils sont, à cause du lien, de tourner la tête. Vois aussi, entre la lumière du feu et les hommes enchaînés, une route en surplomb sur laquelle passent des hommes, se parlant ou pas, chargés de statues d'hommes et d'autres êtres vivants, façonnées en toutes matières*

*qui dépassent du muret, comme les démonstrateurs de marionnettes. Pour commencer, crois-tu que de tels hommes auraient pu voir quoi que ce soit d'autre, d'eux-mêmes et les uns des autres, que les choses qui, sous l'effet de la lumière du feu, se projettent sur la paroi en face d'eux ? Et ne crois-tu pas que s'ils étaient à même de parler les uns avec les autres, des objets transportés, ils considéreraient ce qu'ils verraient comme ce qui est réellement ? Et que se passerait-il si la prison comportait aussi un écho venant de la paroi d'en face ? Chaque fois que l'un de ceux qui passent émettrait un son, crois-tu qu'ils penseraient que ce qui l'émet est autre chose que l'ombre qui passe ? Dès lors, penses-tu que de tels hommes ne considéreraient pas que le vrai n'est absolument rien d'autre que l'ensemble des ombres des objets fabriqués ? Examine maintenant ce qui se passerait si on les détachait de leurs liens et si on les guérissait de leur égarement à peu près comme ceci : l'un d'eux serait détaché contraint de se lever immédiatement, de retourner la tête, de marcher, et de regarder la lumière. Ne crois-tu pas qu'à chacun de ses gestes, il souffrirait ? Et que l'éblouissement le rendrait incapable de distinguer les choses dont tout à l'heure il voyait les ombres ? Ne crois-tu pas qu'il considérerait que ce qu'il voyait tout à l'heure était plus vrai que ce qu'on lui montre à présent ? Que crois-tu qu'il répondrait, si on lui disait qu'il ne voyait que des sottises tout à l'heure tandis qu'à présent, plus près de ce qui est réellement, et tourné vers ce qui est plus réel, il voit plus correctement ? Ne crois-tu pas qu'il serait perdu ? Imagine ce qu'il dirait si, en lui montrant chacune des choses qui passent, et en le contraignant à répondre, on lui demandait ce qu'elle est ? Imagine qu'on le contraigne aussi à tourner les yeux vers la lumière elle-même : n'aurait-il pas mal aux yeux ? Ne la fuirait-il pas pour se retourner vers les choses qu'il est capable de distinguer, réellement plus nettes pour lui que celles qu'on lui montre ? N'aurait-il pas besoin d'accoutumance pour voir les choses de là-haut ?*

En ce qui concerne le modèle systémique, il ne s'agit pas de le confondre avec une vérité ni avec la réalité, mais de questionner l'approche de la relation entre les êtres, comme la dialectique de Platon qui interroge le lien entre vision et parole, et qui décrit la réalité pour en partager l'ins-truction.

Historiquement, le modèle systémique s'est nourri de liens avec un très riche *corpus* de connaissances qui dépassait largement celui du champ thérapeutique : si en ce domaine les autres modèles, psychodynamique pour la psychanalyse, cognitivo-comportemental ou encore transactionnel pour les thérapies du même nom, en font partie, d'autres, *a priori* éloignés du champ du soin en matière de santé mentale, ont également leur place, dans une coconstruction d'un savoir qui constitue désormais le fonds commun de l'humanité.

Il a donc un long passé et une courte histoire, serait-on tenté de dire pour paraphraser Ebbinghaus<sup>1</sup> : un long passé, car à l'instar de Monsieur Jourdain parlant en prose à son insu, les psychopathologues – entendons ici : tous ceux qui ont tenté de comprendre le fonctionnement psychique et d'en soulager les souffrances – ont utilisé nombre de concepts systémiques sans le savoir ; une courte histoire, car c'est seulement à partir de la deuxième moitié du xx<sup>e</sup> siècle que la pensée systémique a réellement émergé, avec le courant que l'on a appelé l'*École de Palo Alto*, lieu de sa naissance puis de son irradiation actuellement mondiale.

Mais déjà, dès 1920, avait commencé à se développer aux États-Unis un mouvement qui allait prendre une ampleur considérable : le *Child Guidance Movement* (Mouvement de guidance infantile). L'esprit directeur de ce courant, initialement d'origine associative, était d'aider les familles en difficulté en traitant séparément les enfants et les parents. On estimait que, de même que l'arbre pouvait se juger à ses fruits, la conduite des parents conditionnait grandement celle des enfants. Désignés responsables, les parents étaient alors souvent vécus par les thérapeutes coupables des difficultés et des tensions affectant leurs enfants. D'un tel raisonnement causaliste découlèrent de graves dérives, telles que l'étiquetage de mères taxées de qualificatifs pour le moins peu qualifiants : « insuffisamment bonne » ou « insuffisante » tout court, « surprotectrice » ou « rejetante », « dépressogène », « anxio-gène », jusqu'à être « psychotisante », « schizo-phrénogène », ou carrément « mortifère » (Levy, 1943)<sup>2</sup>. À l'époque, de tels jugements sont ainsi apportés en guise de soins et – faits et méfaits – traitent la famille en la séparant en deux (parti étant pris qu'une part malsaine affecte ou infecte l'autre, cause de la souffrance et, pire, de maladie jusqu'à la folie irrémédiable) ; mais un tel clivage, qui de nos jours paraît aussi hallucinant que maltraitant et surtout d'une violence inouïe envers des familles, renvoyait-il à la psychose même de certains thérapeutes autoproclamés « experts » en position paranoïaque de toute-puissance ? Toutes proportions gardées, ne retrouve-t-on pas de nos jours des prises de position aussi passionnelles que doctrinaires chez certaines associations de familles qui dénoncent, accusent, jugent et condamnent – jusqu'à même les faire interdire – certaines pratiques, techniques, voire certains modèles de référence thérapeutiques, aux motifs d'« insuffisance », d'« incohérence », de « maltraitance », de pratiques « étouffantes » ou « anxio-gènes » ou encore « mortelles », par les parents d'enfants autistes déçus de leurs thérapeutes,

1 « La psychologie a un long passé et une courte histoire » (Ebbinghaus).

2 Un auteur comme Nathan W. Ackerman combattit vigoureusement la vision qui portait un jugement de valeur négatif sur certains membres de la famille. Pour lui, et de nombreux autres psychiatres et psychanalystes, la famille devait être appréhendée dans sa globalité, comme une unité, sans « mauvais objet » en son sein (ou alors, il convenait justement de s'interroger sur l'intérêt que la famille pouvait avoir à ce que les thérapeutes « diabolisent » un de ses membres).

et si critiques de leurs prises en charge qu'ils s'y sont substitués eux-mêmes pour faire mieux, payant de leur temps et de leurs deniers l'aide de divers programmes, protocoles de soins auxquels ils se forment, souvent au prix fort (car dans une société de plus en plus sous diktat financier, les charlatans se disent que plus ils feront cher payer leurs services, plus les crédules y verront un gage de qualité) ? Est-ce un retour de bâton ? À un bout, la toute-puissance du thérapeute ; à l'autre, celle des parents. Reste, au milieu de tant de passion et surtout de souffrance, l'enfant en « je » et en évolution, la santé mentale pour arbitre et l'Histoire pour faire la part des choses sur le long terme...

Pour comprendre la position des thérapeutes des premiers temps, peut-on en reconstituer la situation et le contexte au niveau mondial ? La guerre : deux grandes, sans concession et qui, malgré cessation, furent suivies de privations, avant les reconstructions ! La lutte : contre la ruine, après avoir contré les ennemis ! Les clivages : victimes, bourreaux, ou sauveurs, qui se font front. Des camps, des clans, des lignes, des murs entre les différences ! Les victoires défaites, et les fêtes des victoires : à tuer pour éviter d'être tué, les méchants dont il faut prévenir les bons... Comment échapper alors à une telle réalité d'un monde clivé ? La psychiatrie pouvait-elle dépasser ces clivages ? Aux États-Unis, face au courant de la psychiatrie traditionnelle, classique et relativement « asilaire », la psychanalyse devient assez vite dominante. L'émigration de psychanalystes européens d'origine juive qui avaient fui le fascisme (Freud lui-même mais aussi Fenichel, Loewenstein, Hartmann, et tant d'autres), mais également le retour au pays de psychiatres militaires s'étant pris d'intérêt pour le sujet modifièrent profondément le paysage psychiatrique de l'après-Deuxième Guerre mondiale. Ces deux groupes d'appartenance s'entraidèrent, ayant des intérêts communs, et dominèrent en quelques années le petit monde de la psychiatrie, au point que l'*American Psychoanalytic Association* devient l'institution incontournable pour se faire connaître dans l'*establishment* intellectuel et admettre dans la profession. Pierre Pichot écrit : « En 1944, Sandor Rado devint le Directeur du *Psychoanalytic Institute of Columbia University*, le premier institut universitaire de psychanalyse des États-Unis, événement remarquable à un double point de vue. D'une part, il peut être considéré comme le symbole du déferlement de la grande vague psychodynamique sur les États-Unis, où la psychanalyse avait depuis longtemps conquis des positions solides, et où l'immigration européenne avait fourni depuis une décennie un contingent nombreux et convaincu de spécialistes dont l'influence avait bénéficié de l'expansion démographique de la psychiatrie pendant la guerre. D'autre part, il marque une particularité nationale lourde de conséquences : l'incorporation de la psychanalyse dans l'enseignement des écoles de médecine, alors que depuis Freud elle était enseignée en Europe dans des établissements, les Instituts de psychanalyse, qui maintenaient jalousement leur autonomie par rapport aux Universités » (Pichot, 1983).

Mais une telle domination, parce qu'excessive, contenait en elle-même les germes de son propre déclin ; de plus, les diverses théorisations du modèle freudien s'avéraient relativement inadaptées pour expliquer les interactions familiales ou sociales, à une période de l'histoire des États-Unis où les phénomènes sociaux occupaient le devant de la scène. Un renouveau épistémologique s'imposait donc en ce domaine, d'autant qu'il fallait bien tenir compte de découvertes capitales, dans le domaine de la physique par exemple – pensons à la théorie de la relativité d'Einstein et aux modèles cybernétiques de Wiener – et dans le domaine linguistique avec les travaux princeps de Korzybski. C'est ce renouveau épistémologique qui allait conduire à la construction du modèle systémique, c'est-à-dire à la naissance de la *thérapie familiale systémique*.

L'origine de ces thérapies est donc à situer aux États-Unis dans les années 1950. Leur développement en Europe fut plus tardif. À cette époque, des chercheurs américains, de formations diverses et qui ignoraient leurs travaux mutuels<sup>3</sup>, s'interrogèrent sur l'intérêt qu'il pouvait y avoir à considérer un individu malade, non plus isolément, mais en interaction permanente avec son environnement écosystémique.

La démarche consistant à prendre en compte l'environnement du sujet n'était certes pas nouvelle. Les pionniers de ce que l'on appellera les *thérapies institutionnelles*, au rang desquels il convient de citer Hermann Simon, dont l'œuvre sera traduite en français par l'équipe psychiatrique de l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole, en Lozère, avaient déjà eu cette idée ; mais ils s'intéressaient alors essentiellement aux aspects extrafamiliaux et collectifs de la maladie mentale, et ne comprenaient pas la dynamique familiale en tant que système régi par des règles spécifiques.

Les Américains, quant à eux, cherchèrent à comprendre les aspects plus directement familiaux des questions de santé mentale. Envisagées sous cet angle, les énigmes ne manquaient pas. L'une d'elles – restée encore mystérieuse de nos jours dans bien des cas – était de tenter d'expliquer la constatation, somme toute fort banale, de l'existence, si l'on peut dire, de « vases communicants » en matière de troubles psychiques intrafamiliaux : dans certaines familles, tout semblait se passer comme si la guérison d'un membre entraînait l'émergence d'un problème psychique chez un autre membre de cette famille (Haley, 1959). Dans d'autres familles au

3 Murray Bowen – qui, avec son groupe à Bethesda, fut en 1960 un des pionniers dans les thérapies de familles de schizophrènes – expliqua un tel cloisonnement par la confidentialité, la prudence et l'éthique : « Il existait en effet des règles strictes protégeant le transfert du thérapeute de la contamination par les autres membres de la famille lors de rencontres avec eux ; les premiers travaux familiaux ont donc été faits dans un cadre privé, probablement pour éviter de prêter le flanc à la critique de collègues qui pouvaient considérer une telle attitude comme irresponsable tant que la recherche n'avait pas prouvé sa légitimité » (Bowen M. [1978] *La différenciation du soi. Les triangles et les systèmes émotifs familiaux*, Neil Big et Pierre Mainhagu. Trad., ESF, Paris, 1984).

contraire, l'amélioration des troubles psychiques d'un membre entraînait celle des autres membres (Fischer et Mendell, 1958). Il n'était donc pas possible de généraliser, ni surtout de prévoir le résultat global de la thérapie. La seule certitude était que son impact dépassait largement le patient, pour s'étendre à l'ensemble des membres de la famille, qu'il devenait alors de plus en plus logique de considérer comme une entité véritable, un système unitaire.

Cependant, pour mieux comprendre l'enchaînement diachronique des événements, et leurs interactions synchroniques avec leur contexte de l'époque, il paraît nécessaire d'envisager ce qui s'est passé discipline par discipline. C'est pourquoi nous allons d'abord étudier l'apport de la psychanalyse à la thérapie systémique. Mais pour bien saisir l'originalité de la démarche systémique – trop souvent confondue, à tort, avec la prise en compte holistique « bio-psychosociale » du patient – il importe de souligner que ce n'est pas le fait d'élargir la vision que l'on a d'un problème à d'autres dimensions qui fait avancer dans les solutions que l'on s'efforce de trouver pour résoudre ce dernier ; c'est plutôt le fait d'envisager le problème autrement, c'est-à-dire de renoncer à une conception linéaire causaliste, pour s'imprégner d'une conception circulaire, non causaliste : « La psychiatrie croit appliquer [le modèle "bio-psychosocial"] en ne faisant en fait qu'un inventaire des aspects importants d'une situation clinique – elle "ajoute" aux aspects biologiques la psychologie, le social, etc., puis confie ces différents volets du problème aux spécialistes respectifs sans trop se soucier de la connexion entre ces différents aspects. De la manière dont il est appliqué, le modèle "bio-psychosocial" ne permet pas une approche holistique. C'est précisément ce que nous attendons de la théorie des systèmes aux données psychiatriques : d'arriver, à l'aide de modèles, à une représentation opératoire de l'ensemble d'une situation clinique. Ces modèles systémiques sont d'abord construits dans la tête, avant de déterminer la structuration de l'activité sur le territoire », écrit très justement Kaufmann (1991).

## Apport de la psychologie à la systémique

Le fait que nombre de systémiciens aient été à l'origine analysés, et aient à leur tour analysé des patients ou des élèves, ne fait que souligner les liens très particuliers noués entre ces deux grands courants. L'existence de thérapeutes ayant une double formation, de psychanalyste et de systémicien (pensons aux exemples historiques de Murray Bowen ou de Helm Stierlin), souligne donc davantage les relations de complémentarité que de concurrence entre les deux pratiques. Enfin, le développement de la thérapie familiale psychanalytique – sans parler de la thérapie familiale comportementale – montre que les systémiciens n'ont pas le monopole des thérapies familiales (ce qu'ils ne souhaitent d'ailleurs pas...)<sup>4</sup>.



## Apport principes de la psychanalyse

Le mérite tout particulier de Freud fut d'amener ses contemporains à une autre vision des troubles psychiques, et par conséquent à de nouvelles manières de les traiter. Longtemps considérés comme le reflet de maladies du cerveau – ce qu'expriment bien les expressions de « maladies mentales » ou de « pathologie mentale » – ils furent sous son influence peu à peu compris comme étant des troubles fonctionnels, c'est-à-dire à la fois ayant une fonction, donc un sens, et dus au désordre d'une fonction – ou d'une « instance » – psychique.

La théorie psychanalytique et la pratique de la cure analytique fournirent deux contributions irremplaçables, ainsi que l'a relevé Bowen (1978) : « L'une est une nouvelle théorie sur l'origine et la nature des maladies émotionnelles. L'autre est la première théorie clairement définie sur la relation de transfert et la valeur thérapeutique d'une relation par la parole. Bien que donner des conseils et "parler de ses problèmes" aient été souvent utilisés auparavant, ce fut la psychanalyse qui offrit une structure conceptuelle à la « relation thérapeutique » et a donc donné naissance à la profession de psychothérapeute. »

En complément de Freud avec l'« inconscient individuel », de Jung avec l'« inconscient collectif », c'est Szondi, par son élaboration du concept d'« inconscient familial » qui peut-être a le plus apporté à ce qui allait devenir par la suite les thérapies familiales. Déjà en 1937 il avait remarqué l'existence de « choix » répétitifs transgénérationnels, qu'il avait alors décrits en termes de « destin pulsionnel ». Il avait remarqué que la généalogie de nos conjoints était tout aussi importante que celle de nos propres familles, et que dans nos choix affectifs se jouait quelque chose

---

4 Certains systémiciens, comme par exemple Murray Bowen, ont su assimiler, pour eux-mêmes et pour inventer de nouvelles théorisations, tout ou partie du vaste corpus de connaissances psychanalytiques. N'oublions pas en effet que nombre des pionniers de ce qui allait devenir plus tard les thérapies systémiques familiales avaient été particulièrement influencés par la pensée psychanalytique, laquelle s'était d'ailleurs développée aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale auprès de « *L'intelligentia* psychiatrique » jusqu'à imposer parfois un véritable diktat : la psychanalyse était alors la seule véritable psychopathologie digne de ce nom. Dans un tel contexte, rien d'étonnant à ce que plusieurs pionniers systémiciens aient personnellement reçu une formation psychanalytique, sinon didactique par une analyse personnelle, au moins livresque, ou encore par la fréquentation de psychanalystes éminents dont la praxis les a fortement influencés. Le cas de Ivan Boszormenyi-Nagy est différent de celui de Bowen : bien que n'ayant pas fait d'analyse personnelle, Nagy s'est largement abreuvé à la source freudienne. Les travaux de Ronald Fairbairn sur la relation d'objet l'ont particulièrement inspiré. La pensée de Nagy dépasse largement le clivage que l'on pratique trop souvent entre, d'un côté la psychanalyse, et de l'autre les thérapies systémiques. Il est arrivé à intégrer la pensée analytique et la pensée systémique en un ensemble théorique original et complexe, la *thérapie contextuelle*, démarche qui a fait dire à un auteur comme Helm Stierlin qu'il avait ainsi réussi à créer un « troisième paradigme » psychopathologique. Si nouveau paradigme il y a, c'est, de l'avis même de Nagy, de considérer la dimension éthique comme la base des relations interindividuelles.

qui avait à voir avec nos histoires familiales, tout au moins à un niveau mythique.

Gérard Salem (1996) rappelle également le rôle d'Adler, lequel « préférerait traiter les enfants symptomatiques en présence des parents et des éducateurs concernés, et non en les écartant du cadre thérapeutique ».

Adolf Meyer eut également une grande influence, aux États-Unis, en prônant la « psychiatrie du sens commun » et anticipant le « modèle bio-psychosocial » de Engel.

En France, font désormais référence, dans le domaine de la thérapie familiale analytique, les travaux d'auteurs comme Serge Lebovici en pédopsychiatrie, et en psychiatrie générale de Didier Anzieu, René Kaes, André Ruffiot, Jean-Georges Lemaire, Paul-Claude Racamier, ou encore Alberto Eiguer. Ils s'intéressent à l'« appareil psychique familial » (ou « appareil familial primaire » pour reprendre l'expression de Ruffiot [Ruffiot et al., 1981]), qu'ils sondent en étudiant par exemple l'illusion groupale inconsciente, les fantasmes originaires, l'imgo paternelle, grâce à l'analyse des rêves et à l'étude des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels. Ils s'étaient sur les travaux, désormais classiques, de Mickael Balint, de Wilfred R. Bion, de D.W. Winnicott, et de Donald Meltzer, pour ne citer que les principaux auteurs.

Stanisa Nikolic se fait le porte-parole de nombreux psychanalystes lorsqu'il conçoit le complexe d'Œdipe en tant que clé de voûte de l'organisation familiale : « [...] la vie familiale peut [...] être définie par le complexe d'Œdipe qui organise l'existence de chacun. La situation œdipienne représente la structure psychobiologique et le prototype fantasmatique des relations interpersonnelles intrafamiliales. Elle est le résultat de la dépendance biologique du petit enfant, et de l'ambivalence des relations émotionnelles familiales » (Nikolic, 1989).

Kurt Lewin également, en inventant les *training groups*, a mené très loin les recherches sur les phénomènes interactifs de groupe. Harold Searles, de son côté, a montré que certains comportements, familiaux ou institutionnels (la famille est en soi une « institution »), pouvaient étrangement ressembler à des « efforts pour rendre l'autre fou ».

Déjà en effet aux États-Unis la théorie interpersonnelle de l'École structuraliste, dont Sullivan devint une figure de proue éminente, s'attachait à relier le passé, le présent et ce que nous appelons maintenant le « contexte », dans un continuum d'expériences vécues. D'après Judith Fleiss (1988), c'est Sullivan qui a introduit le concept opérationnel de l'« observateur participant », qui implique que « toute communication est une participation qui change la communication et change la participation. Toute enquête, y compris le silence, implique un choix de participations alternatives. On ne peut pas être avec une autre personne sans avoir de l'interaction », écrit-elle<sup>5</sup>.

5 Harry Stack Sullivan (1892-1949) est l'auteur du livre *Conceptions de la psychiatrie moderne* (1940). Il a été un des tout premiers à publier des résultats de la psychanalyse appliquée au traitement de patients psychotiques.

André Ruffiot définit ainsi la thérapie familiale analytique : « Une thérapie par le langage du groupe familial dans son ensemble, fondée sur la théorie psychanalytique des groupes. Elle vise, par la réactualisation, grâce au transfert, du mode de communication le plus fantasmatique de la psyché, par le rétablissement de la circulation fantasmatique dans l'appareil psychique familial, à l'autonomisation des psychismes individuels de chacun des membres de la famille. Cette technique est fondée sur trois règles : la règle de présence bi- (ou multi-) générationnelle simultanée, la règle de libre association, la règle d'abstinence » (Ruffiot, 1983). Cette dernière est à comprendre comme délimitant « les fonctions respectives des patients et des thérapeutes. La fonction des premiers est la parole, celle des seconds l'écoute et l'interprétation. Elle favorise l'émergence fantasmatique » (Madinier, 1985).

Dans un contexte souvent passionnel, donc injuste, systémiciens et psychanalystes ont cherché à repérer les failles théoriques – et parfois narcissiques ! – des uns et des autres, ce qui permet d'esquisser un bref panorama des critiques réciproques à l'encontre de ces deux approches de la famille. La controverse gagnerait pourtant à se déplacer sur l'étude de l'interface dynamique entre l'intrapsychique, objet de la psychanalyse, et l'interrelationnel, objet de la systémique.

## Principales critiques des systémiciens à l'encontre des psychanalystes

Les systémiciens estiment qu'une conception qui, à l'instar de la psychanalyse, privilégierait l'aspect individuel, monadique et seulement intrapsychique, au détriment de l'aspect familial, environnemental et interrelationnel souffrirait de « rétrécissement idéologique ». On comprend cependant la tentation d'explorer les profondeurs de l'esprit individuel car, ainsi que l'écrit avec pertinence Serge Héféz (1994), « la plupart des psychothérapies considèrent la psyché dans un isolement parce que l'homme a le privilège de pouvoir isoler son esprit de son corps, son intention de ses dires, sa parole de son action, ses sentiments de leurs expressions. En cela il est grand parce qu'il est capable de mensonges et donc de symboles ; il lui arrive aussi d'être malade d'avoir été trop loin dans une mise à l'écart qui est devenue une séparation. L'interprétation suppose que le fonctionnement psychique se situe uniquement dans le registre de la représentation ; tout est orienté vers le sens, la signification, l'explication ». Nombreux sont alors les psychothérapeutes qui, à l'instar de [Augustus Napier et Carl Whitaker \(1978\)](#), pourraient écrire à propos de Sigmund Freud : « mais tout ébloui que je sois par la fulgurance de son intelligence, je ne peux m'empêcher de regretter qu'il n'ait pas regardé dans d'autres directions. Il a examiné *le fin fond* de la personne humaine, mais c'est à peine s'il a jeté un coup d'œil sur son environnement social ». Rappelons que la conception familiale, voire sociale, des problèmes de santé mentale est d'abord apparue comme une évidence en pédopsychiatrie, avant de devenir, pour beaucoup, une nécessité en psychiatrie pour adultes. Jusqu'à une époque relativement récente,

les psychanalystes se sont surtout intéressés aux populations de patients aisés, ou appartenant aux classes moyennes de la société (même s'il est arrivé à certains psychanalystes de diminuer leurs honoraires pour satisfaire la demande de patients financièrement démunis). Les systémiciens ont assez su le leur reprocher. Ce sont en effet ces derniers qui, par leur présence directe et effective sur le terrain social, ont donné l'exemple de l'aide concrète à fournir aux patients issus de milieux défavorisés. Salvador Minuchin par exemple a largement œuvré dans le sens d'une psychiatrie sociale et communautaire. On peut d'ailleurs supposer que c'est la fréquentation de cette classe défavorisée qui a poussé les premiers cliniciens systémiciens à parler leur langage, celui du concret, et à inventer des notions relativement faciles à comprendre, les éloignant ainsi de certaines grandes abstractions psychanalytiques.

En particulier à la suite des découvertes principes de Ivan Boszormenyi-Nagy, les thérapeutes contextuels ont remis en question le dogme selon lequel la dimension psychologique constituait la seule base d'intervention psychothérapeutique. D'autres dimensions existent en effet, tout aussi importantes, telles celle somatique, ou celle sociale. Il convenait donc d'abandonner les dichotomies idéologiquement stérilisantes du type : individu et contexte social, ou encore : psychique *versus* physique. « Au lieu de sonder l'intériorité du client, nous nous polarisons sur ses contextes relationnels et tentons d'explorer la signification pragmatique de son discours à l'intérieur de ces contextes : nous nous demandons avec qui et pour qui ce discours fait sens, et, s'il est accepté dans le cadre de telle ou telle relation, ce qui s'ensuit pour celui qui le tient comme pour les membres de son entourage » explique également [Kenneth J. Gergen \(1996\)](#), cette fois-ci dans une conception de type constructionnisme social.

Une différence fondamentale entre l'approche psychanalytique et l'approche systémique consiste en l'importance accordée au « temps psychique » et à la « vie mentale diachronique du sujet » : alors que la première cherche à fouiller le passé – semblant d'autant plus intéressant qu'il est lointain –, la seconde s'efforce de comprendre l'influence du contexte actuel sur le problème présenté. Replacer cette divergence idéologique dans son contexte historique, ainsi que le fait Jay Haley, permet de mieux en percevoir les enjeux : « Dans les années 1950, je participais à une recherche en psychothérapie quand les idées systémiques ont fait leur apparition. Il paraît difficile de croire à quel point les idées sur la psychothérapie avaient été radicales jusque là. On croyait de façon absolue que la cause de tout problème résidait dans son passé [...]. On prétendait que, si l'on comprenait simplement le passé, les symptômes disparaîtraient [...]. Tout le monde prétendait qu'un symptôme provenait du passé et que le comportement présent était sans intérêt, car sans aucun rapport [...]. La théorie des systèmes a proposé un point de vue tout à fait différent [...]. La théorie des systèmes est, par définition, une théorie où la cause est actuelle. D'après elle, un symptôme est approprié : il est le comportement adapté au contexte social de la personne, et nullement un comportement inadapté qui provient du passé sans aucune fonction dans le présent. [...] alors le thérapeute avait

besoin de changer le contexte pour écarter le symptôme. C'est à ce moment que la thérapie familiale est née. Le fait de changer le contexte d'un individu pouvait résoudre ses problèmes psychologiques » (Haley, 1994).

Les systémiciens estiment en général que la prise de conscience d'un conflit latent, émergeant à la surface grâce à un long travail de cure analytique, n'est absolument pas suffisante pour le résoudre. La perception cognitive d'un problème est une chose ; reste à savoir si le sujet est émotionnellement capable d'y faire face<sup>6</sup>. Si la découverte d'un sens nouveau, jusque-là incompris car « incompréhensible » par le sujet conscient, peut avoir effectivement un effet abréactif et s'accompagner d'une décharge émotionnelle libératrice, tout est en revanche à faire au niveau de la reconstruction du Sujet<sup>7</sup> : comment, dorénavant, maintenant « qu'il sait qu'il sait », arrivera-t-il à « faire avec », à métaboliser ce qui le fait souffrir, et à développer ses capacités de résilience ? Minuchin répond à cette question en disant que c'est l'implication personnelle, directe, du thérapeute, qui permet d'amener le patient à solutionner son problème. Il distingue ainsi deux sortes de modèles psychothérapeutiques : celui qu'il appelle « transférentiel », dans lequel le thérapeute ne s'affilie pas au patient ou à la famille (il reste « extérieur », neutre, et dans ce cas la restructuration thérapeutique survient comme le résultat des interprétations que renvoie le thérapeute au patient : tel est le modèle psychanalytique classique) ; et celui qu'il appelle « existentiel », dans lequel « le thérapeute et la famille sont considérés comme s'accommodant l'un à l'autre », et qui correspond à l'*approche structurale* en thérapie familiale. Mais ne pourrait-on lui rétorquer que, dans les deux cas, il s'agit aussi d'un inconscient « relationnant » avec un autre inconscient ?

Il n'est pas certain que ce soit la nature transférentielle de la relation liant un patient en analyse avec son thérapeute qui solutionne un problème familial ; tout au plus un problème personnel peut-il se résoudre mais seulement au décours de l'analyse : la disparition de la symptomatologie n'est pas pour l'analyste une fin en soi (elle l'est en revanche pour un systémicien, soucieux d'améliorer assez rapidement la qualité de vie de son patient, et ne pouvant se permettre qu'une guérison arrive « de surcroît », pour reprendre une expression de Sigmund Freud lui-même). En thérapie systémique, le lien n'est pas de nature transférentielle, duelle, entre deux sujets : il est un lien entre un groupe (la famille) et un individu (le thérapeute) ou un autre groupe (les thérapeutes). Les résonances qui apparaissent ne sont pas du même registre que le transfert.

6 Barbara DeFranck-Lynch (1985) écrit : « La thérapie structurale n'est pas destinée à changer l'*insight* (prise de conscience). Elle vise le comment et non le pourquoi d'une dysfonction. Ceci la rend suspecte à ceux qui croient à l'intrapsychique et aux fonctionnements internes du psychisme de manière traditionnelle ».

7 Jacques Miermont (1995) remarque que dans le texte « Constructions dans l'analyse », publié en 1937, Sigmund Freud souligne que « le psychanalyste ne peut pas se contenter d'écouter son patient. Il lui faut, à certains moments cruciaux, "construire ce qui a été oublié". Il assimile le travail analytique à celui d'un archéologue qui déterre une demeure détruite et ensevelie, et est obligé de reconstruire certains pans détruits, voire d'en construire de nouveaux qui soient adaptés à la situation présente ».

## Principales critiques des psychanalystes à l'encontre des systémiciens

Les critiques qui suivent illustrent davantage les travers caricaturaux de techniques insuffisamment maîtrisées ou mal comprises que les postulats théoriques qui les sous-tendent. Contentons-nous donc de résumer quelques critiques, sans préjuger de leur caractère vraiment opératoire au plan heuristique.

Désireux d'exploiter davantage les divergences que les convergences entre les thérapies systémiques et celles psychanalytiques, certains critiques ont reproché aux premières leur caractère « superficiel » par rapport aux secondes. Patrick Bantman résume la situation : « Artaud dans un poème rédigé à Ville-Evrard appelle les psychiatres les “sondeurs d'âmes”. Cette attirance des profondateurs a indéniablement beaucoup marqué les psychanalystes ; par contre on reproche aux systémistes leurs effets de “surface” : Le désir du “surfeur” s'opposerait donc au désir du “plongeur”. Chez le systémiste, l'accès à la structure est non pas structure du sujet, mais structure de la communication dans la famille » (Bantman, 1998). Mais est-il bien pertinent de se fier aux apparences ?

À l'opposé, les systémiciens se sont vu reprocher par leurs collègues psychanalystes de trop s'impliquer émotionnellement dans certaines prises en charge. Au lieu de rechercher une position de neutralité, à l'instar de l'analyste, nombre de systémiciens veulent au contraire utiliser leur propre subjectivité, afin de mieux comprendre en quoi ce que fait résonner la famille en eux est important pour elle. Les [Selvini \(1993\)](#) prennent très clairement position à ce sujet : « Afin qu'existe un impact thérapeutique, le thérapeute doit être en contact émotionnel et cognitif étroit avec tous les membres de la famille. Le détachement n'est donc pas la solution à retenir ! Au contraire, nous devons déterminer les stratégies les plus adéquates pour rendre la relation thérapeutique chargée émotionnellement et cognitive ; il est nécessaire de rechercher une implication maximale et non minimale. »

Une des critiques les plus pertinentes, selon nous, a été de souligner le (relatif) peu de place laissé à l'étude du passé et à la prise de conscience synchronique des conflits diachroniques. L'importance accrue prise dernièrement par le courant des thérapies intergénérationnelles atténue cette dérive. Il faut donc savoir entendre une telle critique, en particulier lorsqu'elle s'adresse aux pratiquants de la thérapie structurale ; [Minuchin \(1974\)](#) d'ailleurs n'a-t-il pas écrit : « La thérapie familiale structurale est une thérapie d'action. La technique instrumentale de cette thérapie consiste à modifier le présent, non à explorer ou à interpréter le passé. Puisque le passé joue un rôle instrumental dans la création de l'organisation et du fonctionnement actuels de la famille, il se manifeste dans le présent et sera accessible au changement par des interventions qui changent le présent » ?

Considéré comme le moteur de la relation soignant-soigné lors d'une cure psychanalytique, et par la suite galvaudé à d'autres contextes thérapeutiques (hors cadre analytique), les phénomènes de *transfert* et de *contre-transfert*

ont été négligés par nombre de systémiciens. Le concept de *résonance* développé par Elkaïm s'en rapproche, apportant une lumineuse voie d'accès au processus de changement thérapeutique.

Il a été également reproché à la majorité des systémiciens d'avoir pour principal objectif de résoudre le plus rapidement possible les problèmes relationnels de leurs patients en cherchant des solutions, plutôt qu'en cherchant la cause des problèmes. De plus en plus de systémiciens, de nos jours, s'efforcent de comprendre comment leurs patients sont arrivés à surmonter des problèmes voisins de ceux pour lesquels ils viennent consulter, afin de les aider à croire en leurs potentialités créatrices et thérapeutiques. Milton Erickson par exemple recherchait l'amplification des compétences thérapeutiques de ses patients ; les résultats qu'il obtenait parlent d'eux-mêmes.

Certainement plus facilement que d'autres, les thérapies stratégiques prêtent le flanc à la critique dans la mesure où elles se voient reproché leur interventionnisme, qualifié alors parfois d'outrancier ; les adeptes des interventions non directives, dans la mouvance de Rogers, ont alors fait de cette critique leur principal cheval de bataille, en scotomisant cependant ce que pouvait avoir d'intrusif auprès d'un patient certaines implications émotionnelles intenses d'un thérapeute rogérien. Il s'agit là, à notre avis, d'une question touchant les limites éthiques que doit normalement se fixer chaque thérapeute. Au plan théorique, rappelons simplement, avec [Jacques-Antoine Malarewick \(1992\)](#), que « [...] toute communication est à considérer comme une manœuvre, et que dans la situation thérapeutique, comme dans d'autres, cette manipulation est réciproque. Toute manœuvre cherche à gagner, et à conserver, la confiance de l'interlocuteur pour ensuite lui faire accepter tout ou partie des arguments avancés ainsi que, surtout, leurs conséquences ». Une telle critique ne peut devenir pertinente que face à certains excès de la thérapie stratégique, dans lesquels serait à craindre le risque d'une certaine forme de « manipulation mentale »<sup>8</sup>. Des auteurs comme [Joule et Beauvois \(1988\)](#) considèrent qu'il y a manipulation dès que l'on utilise une technologie comportementale, quelle qu'elle soit, surtout si l'on donne l'impression de respecter le sentiment de liberté du futur manipulé. Rappelons simplement que la « manipulation » dont il s'agit est justement l'objectif avoué des thérapies stratégiques : d'emblée, elles « annoncent la couleur », pourrait-on dire. Le patient est demandeur d'un changement, et s'en remet au thérapeute pour cela. N'oublions cependant pas dans quel contexte historique s'est développé ce genre de thérapie. Jay Haley explique que ce fut essentiellement pour lutter contre le dogme de l'attentisme en psychothérapie qu'un praticien au charisme

8 Jean-Jacques Wittezaele et Teresa Garcia écrivent à ce propos : « De quelque obédience méthodologique qu'il soit, le thérapeute "manipule" ses patients ; il véhicule irrémédiablement ses propres valeurs, cherche à imposer ses vues sur la responsabilité, sur la maladie et la santé mentale, sur le processus thérapeutique lui-même. La reconnaissance explicite de ce fait permet, à notre sens, de rechercher les outils thérapeutiques les plus efficaces tout en abordant de front les questions éthiques que toute intervention thérapeutique soulève », in : Elkaïm M. (dir.) : *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.



exceptionnel, Milton Erickson, lui donna l'idée, et l'envie, de « prendre les choses en mains » si l'on peut dire, dans l'intérêt des malades, mais avec les retenues éthiques qui s'imposaient : « sous l'influence de la psychanalyse, de la thérapie rogérienne et de la thérapie psychodynamique en général, l'idée suivante se développa : c'était à la personne qui ne sait pas quoi faire et qui cherche de l'aide de déterminer ce qui se produit au cours de la séance de thérapie. [...] On considérait comme une "manipulation" le fait de concentrer ses efforts sur un problème, de fixer des objectifs, d'intervenir de propos délibéré dans l'existence de quelqu'un, ou d'évaluer les résultats d'une thérapie. Cette approche passive fit que les praticiens dans leur ensemble passèrent à côté de la plupart des stratégies thérapeutiques efficaces alors en plein développement avant le début de ce siècle » (Haley, 1973). Tout semble donc être une affaire d'expérience, de pondération, et surtout d'éthique. De plus, tous les systémiciens ne pratiquent pas la thérapie stratégique...

Les systémiciens se sont vu également reprocher d'avoir d'une certaine façon trahi le courant antipsychiatrique qui les avait portés en participant, peut-être à leur grand dam, à la normalisation sociale (ceci est vrai en matière de traitement sous contrainte, imposé par une instance administrative ou judiciaire). Ils s'en défendent généralement en représentant le cadre social de leurs interventions, lié à l'intérêt des familles ou des patients (enfants maltraités ou victimes d'abus sexuels, toxicomanes, etc.).

Les thérapeutes familiaux sont parfois accusés d'une fâcheuse tendance à culpabiliser les familles et en particulier les parents, comme si ces derniers étaient implicitement ou explicitement responsables des troubles présentés par leurs enfants<sup>9</sup>. On répondra que responsabilité ne signifie pas pour autant culpabilité, mais recherche de ce en quoi on a été acteur dans un événement. De plus, tous heureusement n'agissent pas ainsi...

On a enfin accusé certains systémiciens d'ignorer ou d'écarter l'éventualité selon laquelle un facteur biologique puisse être à l'origine d'un trouble mental (comme certaines formes d'autisme ou de schizophrénie). Pourtant l'approche systémique reste tout à fait ouverte et compatible avec un modèle biologique de la maladie mentale.

Au total, la question souvent posée est : « Quelle différence y a-t-il entre la question psychanalytique du contre-transfert et la question systémique de la résonance ? » Freud a fait un travail gigantesque en introduisant l'idée qu'il y avait un lien entre d'une part ce que les gens vivent, et d'autre part la fonction et le sens de ce qu'ils vivent dans leur économie propre, c'est-à-dire au niveau intrapsychique (le symptôme disant quelque chose de la

9 À l'origine de la thérapie systémique, cette critique pouvait être fondée. Pensons à la *théorie de Lidz*, et aussi aux tout premiers travaux de Bateson sur la *double contrainte* (*double bind*) qui décrivait certaines relations mère-enfant comme analogues au rapport bourreau-victime [bourreau = *binder*]. Très vite, Bateson a corrigé son hypothèse, et a expliqué qu'il fallait dorénavant comprendre cette interrelation en termes d'individus prisonniers d'un système dysfonctionnel produisant des définitions conflictuelles de la relation.



fonction qu'il avait pour le vécu de la personne par rapport à son économie personnelle). Mais à son époque le paradigme de l'objectivité était la base même de toute science digne de ce nom, à savoir l'idée qu'il était non seulement possible mais aussi essentiel de séparer observateur et système observé ; car depuis Descartes une science devait faire ses preuves sur des critères objectifs pour être reconnue ainsi en toute objectivité. Or la science d'alors ne reconnaissait pas sa propre subjectivité, en tant qu'observateur indissociable du système observé (parti prenant et parti-pris s'influencent mutuellement, comme le mettront en évidence bien plus tard Von Forster ainsi que Maturana et Varela). Freud a donc fait avec les paradigmes de son temps, en fondant son principe sur l'objectivité que doit garder le thérapeute : il ne faut pas que l'observateur (le thérapeute) pollue ce qu'il observe (le patient) par son vécu à lui : le thérapeute travaille sur la notion de contre-transfert pour éviter que son vécu n'envahisse celui du patient. La lecture psychodynamique analytique classique cherche le lien entre notre histoire et ce que nous vivons, l'utilité de ce que nous vivons pour l'histoire avec laquelle nous sommes nous-mêmes : c'est le primat de l'aspect intrapsychique où le vécu a sens et fonction par rapport à soi-même. La lecture systémique cherche le lien entre notre vécu et notre système, l'utilité de ce que nous vivons pour le système dans lequel nous sommes nous (le vécu a un sens et une fonction par rapport au système). Le systémicien s'interroge donc sur le sens et sur la fonction du vécu dans l'économie élargie à son contexte, avec l'idée qu'un symptôme a une fonction dans un contexte et dans un système humain qui est nettement plus large que l'individu. Mais un analyste qui s'interrogerait sur le sens et sur la fonction du vécu du patient, à la fois par rapport à son économie personnelle et par rapport à l'économie de son système, penserait en termes de psychodynamique intrapsychique et en termes de système : il conjuguerait ainsi les deux approches, pour être alors un thérapeute à la fois analyste et systémicien ; et il en est, heureusement, dont d'ailleurs presque tous les pionniers des différentes approches systémiques, c'est-à-dire leurs créateurs...

## Autres apports de la psychologie et de la psychiatrie

Un ouvrage entier ne suffirait pas à rendre compte de l'ensemble de l'apport des différentes branches de la psychologie à la construction du savoir systémique, puisque ce dernier s'est abreuvé à peu près à toutes les sources, génétique, cognitiviste et comportementaliste, psychosociologique<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> La psychosociologie doit beaucoup à Gabriel Tarde, qui avait proposé en son temps la création d'une nouvelle discipline, intitulée « interpsychologie ». Ce terme, qui n'a guère eu de suite, avait cependant le mérite d'attirer l'attention des chercheurs sur l'*interactionnisme*, en tant que régisseur des relations sociales interhumaines. Le mouvement interactionniste a pris ensuite de l'ampleur grâce aux travaux de sociologues allemands tels Simmel et Weber, et surtout grâce à des travaux américains : pensons à l'École sociologique de Chicago (qui a créé l'« écologie urbaine »). Le psychologue social G.M. Mead (1863-1931) a également joué un rôle de premier plan dans l'histoire de l'interactionnisme.

Ce savoir transcende en effet les divisions habituelles entre « conscience » d'un côté (au sens organo-dynamique de Henri Ey), et de l'autre côté l'inconscient de Sigmund Freud, l'Ombre de Jung ou encore l'automatisme mental de Janet. D'un point de vue historique, rappelons simplement la dette des systémiciens à un auteur comme Milton H. Erickson, lequel a pratiqué l'hypnose et a considérablement influencé Jay Haley ; l'hypnose, qui avait elle-même inspiré Freud, avant qu'il ne s'en détourne, et qui reste à la base de diverses techniques que, faute de mieux, on appelle de « régression » (pensons par exemple au rêve éveillé dirigé de Robert Desoille ou à la technique des « packs » [Albernhé, 1992]).

Les apports de Moreno, dans l'élaboration du sociogramme et la fondation de la sociométrie, ont également largement influencé les systémiciens. Il en va de même des travaux de Claude Lévi-Strauss sur la notion de structure sociale. La praxéologie, la proxémique, ainsi que les théories de l'apprentissage méritent toutefois ici une mention particulière, car des systémiciens célèbres s'y sont intéressés.

### Psychologie expérimentale et théories de l'apprentissage

De même que l'emprunt de la systémique à la psychanalyse ne peut être « refoulé », l'apport de la psychologie expérimentale et de ce qui allait devenir par la suite le vaste courant du comportementalisme et du cognitivisme, ne saurait être oublié.

Historiquement, le mérite revient à l'Allemand Wilhem Wundt<sup>11</sup> d'avoir créé la *psychologie expérimentale*, qui allait accéder à un statut de « scientifique ». Plus tard en France, Ribot a œuvré à son tour en ce sens, proclamant que seule la méthode expérimentale avait quelque chance de garantir à la psychologie naissante son caractère réellement scientifique, fondateur d'une nouvelle discipline parmi ce que l'on appellera plus tard les sciences humaines.

À cette époque, nombreux étaient les psychologues qui s'intéressaient à toutes sortes d'« états d'âme » si l'on peut dire (aux sensations, à l'humeur, etc.). En réaction à cette approche jugée trop « psychologisante » par d'autres, et dans le contexte très particulier de l'ivresse euphorisante procurée par la rapidité des progrès scientifiques appliqués (industriels en particulier), se développa tout un courant « psychotechnique » et « psychométrique » qui aboutit à la parution du *manifeste behavioriste* de John Broadus Watson en 1913, lequel voulait écarter la « conscience » de l'objet d'étude de la nouvelle psychologie. Les behavioristes – qui se définissaient eux-mêmes à l'époque comme étant « a-mentalistes » – ironisèrent à propos des vieux « mentalistes » qui perdaient leur temps à sonder cette « conscience », qu'il valait donc mieux laisser aux philosophes, aux littéraires, voire aux prêtres...

11 Wilhem Wundt (1832-1920), célèbre auteur du traité *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (1874), traduit en langue française sous le titre de *Psychologie physiologique*. Ses travaux ont considérablement influencé des chefs d'école américains tels James, Baldwin, Cattell, Hall, Titchener...

Les thérapies de conditionnement furent inspirées par les recherches de Thorndike, qui préfigurèrent celles de Skinner. Les travaux comportementalistes de l'école russe, dont Pavlov a représenté la figure de proue, allaient également dans le sens du behaviorisme, puisque la séquence stimulus-réponse court-circuitait finalement ce qui se passait dans la Psyché, l'âme-miroir devenue « boîte noire ». Le *comportementalisme* de Watson porta ce système de pensée à son apogée, d'autant qu'il trouvait en l'éthologie une nouvelle source d'inspiration. Les excès d'un tel conditionnement mental conduisirent à de vives critiques, émanant notamment des psychanalystes. André Ruffiot (1983) par exemple écrit : « Le thérapeute systémique [...] s'astreint à ne prendre en considération que les *inputs* et les *outputs*, les entrées et les sorties d'information d'une "boîte noire" à une autre "boîte noire", c'est-à-dire d'un membre individuel à un autre membre individuel, en se donnant pour règle d'ignorer le contenu de ces "boîtes", considéré comme une donnée invérifiable ». La pensée systémique a heureusement évolué depuis l'époque héroïque de Palo Alto...

Dans la lignée des grands travaux sur l'apprentissage chez les animaux, à la suite de Lorenz, rappelons que c'est à partir d'expériences d'éthologie sur l'intelligence des dauphins (aptés par exemple à solutionner des épreuves de double contrainte que le chien s'avère incapable de dépasser), que Gregory Bateson a montré qu'un animal pouvait se libérer de schémas psychiques appris, et qu'il était donc parfois capable d'« apprendre à apprendre ». Cette découverte l'a conduit à distinguer plusieurs catégories ou niveaux d'apprentissage :

- *l'apprentissage de niveau 0* concerne des apprentissages uniques, irréversibles, quasiment définitifs, non susceptibles de corrections ultérieures. En clinique, on retrouvera des comportements stéréotypés et inamovibles chez des personnes présentant une démence, par exemple ;
- *l'apprentissage de niveau 1*, tel le réflexe conditionnel pavlovien, fait intervenir des changements possibles, basés sur des essais et des erreurs, donc des modulations dans les réponses. Par exemple, on tentera de modifier les habitudes alimentaires d'une personne âgée démente devenue gloutonne, en la conditionnant à l'aide de stimuli sonores ou visuels. En sémiologie clinique, l'émergence d'un symptôme correspond à un apprentissage de niveau 1 ;
- *l'apprentissage de niveau 2* (deutéro-apprentissage, ou deutéro-learning) rend compte de la modification possible d'un apprentissage de niveau 1 par un changement de contexte ; il s'agit donc en quelque sorte de l'apprentissage d'un apprentissage, relevant d'un nouveau contexte : « Au niveau 2, on constate que l'organisme "apprend à apprendre", perçoit et assimile le contexte des interactions et participe à un ensemble qui organise ses échanges de façon assouplie avec son environnement. Il accueille les solutions découvertes, nouveaux modes relationnels avec de nouveaux contextes interactionnels. Il réalise ceci par "essais et erreurs". Il est capable, dans une certaine mesure, de corriger ses échecs en tenant compte de ceux-ci » (Benoit, 1989). L'apprentissage de niveau 2 est également une conception épistémologique de la personnalité : c'est « une configuration

de comportements et de prémisses qui s'introduit de façon parfaitement complémentaire à l'environnement de l'individu, tel qu'il l'a vécu (et fabriqué). Bateson a vu clairement que la personnalité est un ensemble cohérent qui, note-t-il, est fortement résistant au changement » (Dell, 1983). Les transferts et contre-transferts en psychothérapie, ainsi que la *double contrainte* réciproque relèveraient de ce phénomène. D'après Bateson, les contradictions engendrées au niveau 2 pousseraient l'individu à dépasser ce niveau, d'où la description d'un niveau 3 ;

- *l'apprentissage de niveau 3* s'applique à des expériences fortes, singulières, uniques et donc rares, quasi mystiques, accompagnant un changement existentiel important (par exemple une conversion religieuse, un « décrochage » complet et définitif de l'addiction chez un héroïnomanie, etc.). Bateson parle ici de perceptions et de réactions en fonction de contextes ;
- *l'apprentissage de niveau 4*, extrême et purement théorique car inaccessible humainement, consisterait en une modification d'un apprentissage de niveau 3.

Comment Bateson en est-il arrivé à ce genre de construction intellectuelle ? Simplement en se rendant compte, grâce aux travaux en ingénierie cybernétique, qu'il pouvait exister une rétroaction de la rétroaction, c'est-à-dire un contrôle du contrôle, et ainsi de suite. Heinz von Foerster a parlé d'un premier degré de cybernétique (la cybernétique des rétroactions simples), et d'un second degré (la « cybernétique de la cybernétique », pour reprendre l'expression de Margaret Mead).

## Proxémie

L'anthropologue et linguiste nord-américain Edward T. Hall a inventé la *proxémie* (proxémique), discipline étudiant les relations interhumaines sous l'angle spatial. Peut-être son attrait dans l'analyse de l'utilisation de l'espace interpersonnel provenait-il de ses premières études des phénomènes provoqués par les contacts sociaux des représentants de cultures différentes<sup>12</sup> ?

Comme l'avait remarqué initialement Hans Hediger (1955) chez les animaux, il existerait chez les humains un *territoire* particulier. Celui-ci peut se subdiviser en quatre secteurs, selon la longueur de leurs distances : intime, personnel, social, publique. Chacune peut être divisée en deux, selon sa modalité (proche ou lointaine)<sup>13</sup>.

Il se crée ainsi autour de chacun de nous des sortes de « bulles relationnelles », plus ou moins vastes, et faisant intervenir non seulement des

12 Hall s'est intéressé à la façon dont les individus issus de cultures très différentes surpassent leur « choc culturel » pour interagir en bonne intelligence. Il se rendra rapidement compte que les codes de communication interculturelle reposent sur des conceptions différentes du temps (d'où son livre de 1959 : *The Silent Language*) et de l'espace (et celui de 1966 : *The Hidden Dimension*).

13 Pour un Américain adulte appartenant à la classe sociale moyenne, Hall avait évalué les distances proxémiques, qui sont en moyenne : 0 à 45 cm pour la distance intime ; 45 cm à 1,2 m pour la distance personnelle ; 1,2 à 3,6 pour la distance sociale ; > 3,6 m pour la distance publique.

caractéristiques spatiales (ce sont en fait les plus faciles à comprendre) mais aussi des caractéristiques empruntées à d'autres modalités sensorielles (vue, ouïe, toucher, olfaction)<sup>14</sup>. Le lit, par exemple, constituerait le paradigme du lieu intime privilégié, que seul un concubin peut durablement partager (concubin : dans la même couche).

Hall a par exemple remarqué que les Américains avaient tendance à se reculer lorsqu'ils estimaient se trouver trop près d'un interlocuteur Arabe le quel, ne vivant pas les choses de la même manière car dans sa culture les distances conversationnelles sont plus réduites, ne comprenait pas pourquoi l'Américain se sentait incommode par sa proche présence et en arrivait à se demander pourquoi il le « fuyait ». On se rendrait insuffisamment compte à quel point la gestion que l'on croit toute personnelle de son espace est en fait surdéterminée par la culture.

On a établi que la surpopulation dans un espace trop réduit serait source de stress, lequel augmenterait la probabilité de réactions agressives, chez l'homme comme chez le rat de laboratoire. Mais en pareil domaine, l'anthropomorphisme est un piège redoutable.

Dans le champ de la pathologie mentale, un autiste ou un schizophrène en position de repli auront tendance à rétrécir concentriquement leur bulle relationnelle, jusqu'à l'isolement total. De même est-il habituel de décrire chez les personnes âgées un rétrécissement inexorable des déplacements du quartier au domicile, puis dans le domicile, puis dans la chambre à coucher du fauteuil au lit, pour finir au cercueil...

Les travaux de Hall eurent à leur époque un retentissement considérable, car leur champ d'application a largement dépassé la psychologie et la psychiatrie. Il a donné des conférences à des diplomates, des anthropologues, des architectes. Il a sensibilisé ces derniers à l'importance de l'agencement spatial des pièces dans un logement sur le mode de vie (pièces éclairées ou obscures, lieux de passage, lieux délaissés et « pièce à vivre », etc.). Le psychiatre Paul Sivadon par exemple a tenu compte de ces découvertes pour proposer des aménagements architecturaux adaptés à la vie des patients hospitalisés au long cours.

Dans le même ordre d'idées, on peut étudier la disposition spatiale des participants à un entretien familial sous l'angle proxémique (qui se rapproche ou s'éloigne de qui, quelle est la place laissée vide, etc.), ou encore procéder à des « sculptures familiales ».

## **Psychiatrie sociale et antipsychiatrie**

Ce qui a soudé les pionniers de la pensée systémique a été la volonté de lutter ensemble, mais parfois aussi chacun séparément, contre les paradigmes mécanistes de la psychiatrie classique.

En France, le philosophe Michel Foucault, dont les thèses psychologiques furent particulièrement controversées, a amené certains psychiatres

<sup>14</sup> Hall est resté très attaché à l'idée que la communication interhumaine était à multiples canaux, dont les messages interagissaient constamment.

à se demander dans quelle mesure ils n'étaient pas eux-mêmes un « instrument du pouvoir », au service de la « normalisation sociale ». Pour Foucault, le domaine de la connaissance est avant tout un domaine de pouvoir. Ce dernier est le résultat d'interactions de nature politique dont les protagonistes n'ont évidemment pas toujours conscience. Le malade mental est, de fait, un « aliéné », c'est-à-dire étymologiquement un étranger, un marginal, un exclu. Dans la pensée foucauldienne, l'exclusion sociale est moins le résultat d'une non-appartenance au groupe majoritaire (les « bien-portants » et « bien-pensants ») que celui de l'assignation au groupe des exclus : l'exclu devient celui à qui on a donné une place d'exclu, c'est-à-dire une non-place. L'exclu le devient vraiment lorsqu'il se reconnaît dans l'identité que la société cherche à lui faire intérioriser : là réside essentiellement le conditionnement social. Tout se passerait donc comme si l'individu exclu avait été forcé à se convaincre lui-même que la seule place sociale qu'il pouvait mériter était celle d'exclu.

Pour prolonger la pensée de Foucault dans le domaine thérapeutique, pourrait-on avancer que les fondements politiques d'une telle exclusion devraient arriver à être verbalisés dans le cadre d'une psychothérapie ?

Adhérent à une telle philosophie sociale, et s'inspirant aussi des thèses de Jacques Derrida, le thérapeute familial Michael White estime qu'il convient d'aider le patient à mettre à jour la nature politique de tels fondements : dans une optique de constructionnisme social, la narration psychothérapeutique doit permettre à un patient marginalisé par la société de verbaliser ce que cette société lui a fait intérioriser et dont il souffre. Ce sera à partir de son discours narratif sur sa condition sociale – ainsi que de la manière dont lui-même en a été acteur – que le patient aura des chances d'arriver à voir les choses autrement, et à prendre du recul sur sa situation, afin de cocréer avec l'aide du thérapeute d'autres narrations reconstructives.

Jean-Paul Sartre, ainsi que Emmanuel Lévinas, ont également alimenté la pensée systémique, sans d'ailleurs forcément avoir voulu le faire.

Les « antipsychiatres », avec à leur tête Thomas Szasz, auteur de l'ouvrage célèbre *Le mythe de la maladie mentale* (1961), ont cru trouver dans la pensée systémique des arguments contre le déterminisme psychopathologique individuel qu'ils excraient. Pour eux, c'est la société qui est psychotisante, à travers l'éducation donnée aux enfants, donc à travers les parents, eux-mêmes conditionnés à n'avoir aucun recul sur ce qu'ils sont poussés à faire et à transmettre.

L'utilisation médiatique d'ouvrages tels que *La famille, la maladie et l'équilibre mental* corédigé en 1964 par R. Laing et A. Esterson, ou *La mort de la famille* (David Cooper, 1971) remettait en cause le système familial dans ses fondements mêmes : non seulement beaucoup de lecteurs comprirent, de manière tout à fait caricaturale, que c'était la société qui « rendait fou », mais encore que c'était l'institution familiale en particulier qui « sécrétait » les futurs psychotiques.

L'ouvrage du sociologue canadien Erving Goffman *Asylum*, écrit en 1961, avait déjà préparé la voie à la contestation très vive de l'institution

psychiatrique, considérée dans ses aspects répressifs totalitaires<sup>15</sup>. Goffman (1969) a écrit : « On peut soutenir que la maladie mentale est, à pragmatiquement parler, avant tout un cadre de référence social, un canevas conceptuel, une perspective applicable aux offenses sociales comme un moyen de les comprendre ». Aussi a-t-il été dit « que le concept de maladie mentale est de ceux qui, s'ils n'avaient pas existé, auraient dû être inventés [...]. Car il présente, à un moment historique donné, le moyen de soustraire à la répression pure et simple des individus qu'il était non seulement injuste mais inutile et délétère de punir ou de blâmer ; qui plus est, il propose d'aider, voire de guérir, ces individus » (Orenbuch, 1982).

Un glissement pervers ne demandait alors qu'à apparaître : faire croire que ces auteurs – dont la pensée était bien plus nuancée que le martèlement idéologique qui a été à la base de l'utilisation de leurs écrits – n'attaquaient plus uniquement les familles de psychotiques, mais les familles elles-mêmes, c'est-à-dire la « sacro-sainte » institution familiale. On comprend mieux maintenant la réaction d'un défenseur de la psychiatrie classique tel Henri Ey, qui s'était autodefinit comme étant « anti-antipsychiatre » (Albernhé et Roux, 1990).

Mony Elkaïm a dit que le courant de l'antipsychiatrie n'a pas eu que des aspects négatifs ; bien au contraire, il a sensibilisé nombre de praticiens aux aspects sociaux de la santé mentale : « Ce travail antipsychiatrique a permis de voir la folie autrement, de nous poser des questions sur les frontières entre normal et pathologique, et d'être beaucoup plus vigilants quant à l'étiquetage de quelqu'un. Nous comprenons semble-t-il beaucoup plus les contextes qui font que quelqu'un puisse avoir un comportement apparemment incohérent, mais cette incohérence se modifie quand on étudie le contexte dans lequel ce comportement surgit. Pour moi, l'antipsychiatrie, c'est ce qui permettait de rendre sensé le comportement de l'insensé » (Elkaïm, 1990).

Il serait simplificateur d'opposer d'un côté un modèle intrafamilial (celui des thérapies familiales), et d'un autre un modèle extra-familial (celui de l'antipsychiatrie) : si tous les deux sont interactionnels, le premier prend en compte également des éléments du contexte socioculturel dans lequel surviennent les dysfonctionnements familiaux ; de plus, la pensée systémique ne se réduit pas, loin s'en faut, aux seules applications en thérapies familiales.

## Apports de la philosophie et de la logique

Au moins aussi important que l'apport de la psychologie est celui des recherches en philosophie, en logique et en linguistique. Les thérapeutes

<sup>15</sup> L'œuvre de Goffman est très importante, et complexe. Citons : *La mise en scène de la vie quotidienne* (tomes I et II, 1971) ; *Les rites d'interaction* (1967) ; *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* (1964).

familiaux ont en effet trouvé là une source d'inspiration incomparable, dont ont finalement découlé les théories modernes de la communication.

## Apport principes de la philosophie grecque ancienne

Faute de compétence de notre part, nous ne pouvons donner ici qu'un aperçu, très sommaire et réducteur, de l'apport de la philosophie grecque ancienne à la pensée systémique. L'idée directrice est ici qu'il a existé, en Grèce antique, probablement pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, une pensée philosophique autonome, étudiée pour elle-même et détachée de la pensée religieuse. Penser devenait une fin en soi, destinée à comprendre l'univers et surtout l'homme. Le philosophe est alors celui qui « s'autorise à penser » et cherche à savoir où sa propre pensée peut le conduire, et prend plaisir à cela.

La rhétorique de Corace et de Tisia, exploitant le principe « le paraître-vrai compte certainement plus que l'être vrai », a depuis le <sup>v</sup>e siècle avant Jésus-Christ fait bien des émules, mais il importe de faire une distinction fondamentale entre le rhéteur et le psychothérapeute, même s'ils sont tous deux très à l'aise dans le langage : « Les deux essaient de changer les prémisses de leurs interlocuteurs grâce au langage et aux émotions qu'il véhicule ; les deux travaillent sur les paroles et les métaphores. Mais si le rhéteur a une thèse sienne à soutenir, le thérapeute, quant à lui, dans son dialogue avec les patients, est continuellement à la recherche d'une « thèse », qu'il ne trouvera évidemment jamais ; et c'est au cours de ce processus que se produisent les changements (il est intéressant de voir que très souvent, au *follow-up*, les familles rapportent « n'avoir pas bien compris ce que voulait le thérapeute »). En ce sens, paraphrasant Pirandello, une famille en thérapie représente un groupe de personnages en quête d'auteur» ([Boscolo et coll., 1991](#)).

## Héraclite versus Parménide

Ne soyons pas surpris que les systémiciens aient recherché, parmi les philosophes présocratiques, quels étaient ceux qui s'étaient interrogés sur les concepts de base des thérapies systémiques contemporaines que sont le *changement* et son contraire, le *misonéisme*. Disons pour simplifier que si Héraclite a philosophé sur le changement, Parménide a approfondi quant à lui la question de l'immobilisme. Les deux philosophies se trouvent donc en relation de complémentarité théorique et historique.

### La pensée héraclitéenne

L'usage attribué à Héraclite des formules fameuses, devenues autant d'aphorismes du style : « tu ne mettras jamais deux fois de suite le même pied dans le même fleuve », « la crise est ce qui précède le changement » ou encore « La justice, c'est la contestation ». Leur finalité



reste la connaissance profonde de la Psyché<sup>16</sup>, à travers le comportement quotidien des Hommes.

Héraclite a développé une riche philosophie basée sur l'idée directrice d'une perspective d'évolution permanente des êtres et des choses. Pour ce faire, il a eu recours à – pour ne pas dire ici « inventé » – des associations de mots en apparence contradictoires, procédé que divers poètes reprendront pour mettre en lumière un effet de style (pensons au « soleil noir de la Mélancolie » évoqué par l'écrivain romantique français Gérard de Nerval). Ce procédé stylistique, appelé en littérature *oxymore*, consiste à faire usage d'un couple d'éléments contraires, dit *couple antagoniste*, afin de souligner non seulement l'existence d'un rapport dynamique de forces entre des items opposés, mais aussi, et peut être surtout l'existence d'une loi universelle d'opposition équilibrée entre les contraires (concept que les anciens Chinois avaient déjà découvert et nommé sous la forme du couple Yin Yang).

Là où des philosophes héraclitéisants verront des aporics, Héraclite le précurseur avait bel et bien mis en évidence l'harmonie de l'univers, de l'Un, en tant que résultante de forces antagonistes en perpétuel changement. L'équilibre n'était alors qu'une illusion, le système restait fragile, et il fallait relativement peu de choses pour faire basculer tout l'édifice. Le conflit, ainsi conçu, devenait « père de toutes choses », et la crise s'annonçait comme un irremplaçable créateur dynamique de changements. Aucune crise ne ressemble en effet à une autre, à cause de l'évolution qui s'opère de l'une à l'autre (repensons à l'aphorisme héraclitéen du fleuve : dans le grand fleuve de la vie, il est impossible de remettre deux fois le même pied au même endroit).

Si une telle vision s'accorde particulièrement bien avec notre sensibilité moderne de thérapeutes systémiciens, c'est peut-être parce qu'elle le doit au génie personnel d'Héraclite, anticipateur des grands changements de son époque.

### La pensée parménidienne

Les historiens de la philosophie ont coutume d'opposer la vision dynamique d'Héraclite à celle, statique, de Parménide : là où Héraclite pouvait apparaître comme étant le penseur du changement (le philosophe du Mobile), Parménide était celui du non-changement (le philosophe de l'Immobile). À la perspective héraclitéenne d'évolution permanente des êtres (« la vie est mouvement »), s'oppose la perspective parménidienne où c'est la *stabilité* qui représente ce qui est le plus important. Cette stabilité est aussi liée à la répétition : parce qu'un même phénomène se répète, il prend effet de sens et devient dès lors important. Bien que divers, le fleuve d'Héraclite reste un et unique ; il est toujours le même fleuve, même si ce n'est plus la

16 Dans la sagesse héraclitéenne, le terme de *psyché* n'avait pas la même acception qu'aujourd'hui en psychologie. Il semblait désigner à la fois la pensée et la vitalité génésique qui lui est associée (une « Ame-Feu »).

même eau qui coule dans son lit : le contenant reste et le contenu passe. La sphère représente l'immobile parfait, l'idéal de stabilité et de compaction, puisqu'elle n'a ni début ni fin.

Envisager un patient, ou une famille, sous l'angle figé d'une étiquette diagnostique ou d'une sémiologie psychiatrique rigide, revient à fixer une vision soignante – qui se voudrait pourtant souple, ouverte et dynamique – dans un cadre théorique, certes intellectuellement confortable, mais peu mobilisateur sur le plan thérapeutique. C'est pourquoi les systémiciens ont tendance, d'une manière générale, à dénoncer cette vision parménidienne, qui culmine dans la psychiatrie mécaniste classique d'un auteur comme Gaetan Gatian de Clérambault par exemple. Réapprendre à observer ce qui va, plutôt qu'apprendre à regarder ce qui ne va pas, a été en effet le mot d'ordre des thérapeutes systémiciens, davantage héraclitéens que parménédiens, sur le principe.

Les deux visions se complètent pourtant, ainsi que Platon s'est efforcé de le montrer. Le caractère itératif d'un symptôme, le fait que tel sujet soit toujours désigné au sein d'une famille ou d'une institution pour jouer le rôle de patient, ou l'existence de règles très strictes de fonctionnement familial, obligent à s'interroger sur l'importance de « ce qui reste » par rapport à « ce qui passe ». L'immuabilité apparente d'un cadre, ou certaines situations bloquées, sont également autant d'éléments à prendre en considération dans l'analyse systémique. C'est pourquoi il est tout aussi important de repérer ce qui ne va pas, ponctuellement, dans une famille, que ce qui va et « tient la route », c'est-à-dire ce sur quoi le thérapeutique pourra s'appuyer, lorsqu'il cherchera à mettre en place un « levier thérapeutique ». Pour reprendre le parallèle avec la pensée chinoise, disons que comme le Yang ne peut se concevoir sans son principe opposé, le Yin, l'instabilité n'a d'existence que par rapport à la stabilité.

L'exemple clinique qui évoque le plus l'immuabilité est la psychose, Kanner, décrivant la forme d'autisme qui portera son nom, souligne l'« exigence d'immuabilité » comme critère d'inclusion clinique, mais aussi psychopathologique, d'appartenance à cette pathologie infantile gravissime. Le rythme de vie asilaire de certains patients institutionnellement chronicisés, ritualisés d'une manière obsessionnelle qui les appauvrit relationnellement, fait penser à l'existence éternelle de certains ermites volontaires ou des mystiques adeptes de la désécularisation.

## **Autres philosophes grecs**

### **Socrate**

La pensée systémique s'enrichit bien évidemment à la source socratique, mais y trouve, faut-il s'en étonner, plus de questions que de réponses... ce qui est d'ailleurs le propre de la pensée socratique. L'invitation au célébrité « connais-toi toi-même » pourrait se décoder ainsi, grâce à l'aide d'un autre sujet qui dirait : « je vais t'aider à savoir ce que tu sais, mais que tu ne sais pas que tu sais, et que je ne sais pas moi-même ». Telle pourrait être

la démarche emblématique de la dialectique socratique, qui constitue déjà en elle-même tout un programme « thérapeutique » (au sens de : *catharsis*, d'accouchement de soi).

Déjà les psychanalystes avaient compris le sens de la formule. Les thérapeutes systémiciens souscrivent à cette démarche de connaissance, mais l'exemplifient d'une manière novatrice. Non seulement ils poussent le sujet à s'interroger sur lui-même (A sur A) – ce qui constitue la base de tout travail thérapeutique sur soi – mais encore ils interrogent B sur A, et A sur B : lors d'un entretien familial par exemple, le thérapeute obtiendra davantage d'information en demandant à la femme en quoi consiste le travail de son mari (B sur A) qu'en demandant au mari lui-même quelle est sa profession (A sur A). La réponse de l'épouse renseignera doublement : sur le travail du mari et sur son ressenti par rapport à ce travail. Plus personne n'écoute en effet lorsque le mari, une fois de plus, raconte ses difficultés professionnelles ; mais poser la question à un tiers (femme, enfant) renseignera également le mari sur la façon dont il est écouté et compris par son entourage, d'autant que les réponses obtenues sont parfois particulièrement surprenantes. Autrement dit, la réponse élaborée par un membre de l'entourage sera tout aussi importante pour le thérapeute que pour le mari concerné ou pour les autres membres de la famille (tel est le principe du *questionnement circulaire*).

Trois conclusions s'imposent : d'une part, il est impossible de se connaître soi-même en profondeur, par pure introspection spéculative. D'autre part, la quantité et la qualité d'informations sont bien plus riches lorsque l'on fait parler A sur B ou B sur A, que A sur A ou B sur B. Enfin, cette technique permet une circularité de l'information, dont chacun prend connaissance tour à tour.

Le glissement de « je parle de moi à autrui » à « j'écoute autrui parler de moi » me renseigne donc davantage. L'idéal serait peut-être, à l'occasion de deux séances distinctes, de conduire les entretiens de telle façon que, dans l'un, chacun trouve l'occasion de parler librement de soi, puis dans l'autre, les uns parlent des autres, chacun à tour de rôle de façon à ce que chacun puisse parler et être entendu de sa place et de celle des autres.

Karl Tomm a développé le sujet des questions réflexives apparaissant en cours d'entretien psychothérapeutique, et les a regroupées en plusieurs thèmes afin de mieux les formaliser :

- les questions orientées vers le futur, introduisant en général des possibilités hypothétiques, permettant au thérapeute de partager avec la famille une sorte de processus de cocréation du futur ;
- les questions basées sur les perspectives de l'observateur : « comment avez-vous réagi à ce moment-là ? » est une question qui incite le patient à devenir son propre observateur et à chercher en lui-même ses solutions originales ;
- les questions concernant des changements inattendus de contexte, par exemple : « quand avez-vous eu, pour la dernière fois, l'occasion de prendre du bon temps tous les deux ensemble ? » ;

- les questions suggestives, proposant à la famille une conduite à tenir ;
- les questions « externalisantes », dans la lignée des travaux de White (1990), du type « qu'est-ce que la dépression vous fait d'autre ? » ;
- les questions de comparaison à la norme sociale, celles clarifiant une distinction, ou induisant des hypothèses, ou encore celles interrompant un processus actuel (par exemple : « pensez-vous que je puisse avoir blessé votre père en posant ainsi ces questions ? ») (Tomm, 1991).

### Platon

L'œuvre théorique de Platon est immense, dense et complexe. Les systémiciens retiennent en général d'elle l'importance du *dialogue*, en tant que vecteur de la connaissance en soi et de soi. La pensée de Platon relie et embrasse celles d'Héraclite et de Parménide au sens où d'après lui le monde, parce qu'il est imparfait, est en perpétuel changement dans le cadre d'une stabilité et « si les êtres sont multiples, ils ne peuvent manquer d'être à la fois semblables et dissemblables » (écrit-il dans le *Parménide*).

De plus, l'idée que nous nous faisons de la réalité ne peut, elle aussi, être qu'imparfaite, ainsi que l'illustre le *mythe de la caverne* (nous sommes esclaves des images projetées que nous donnons à voir et qui nous sont données à voir). Cette vision est développée au chapitre traitant du *constructivisme*.

### Aristote et le Lycée

L'œuvre d'Aristote a constitué une somme théologique de toute première importance dans la pensée de la patristique. Les Pères de l'Église y puiseront les dichotomies corps-esprit et parfait-imparfait. Le traité *De l'âme* distingue l'âme proprement dite (*psyché*) et l'intellect (*noûs*), reprenant d'ailleurs la théorie platonisante de la dualité radicale âme-corps ; mais il voit dans l'âme la forme du corps, nécessairement reliée à lui, et disparaissant lors de la mort du corps. L'âme est alors conçue comme étant au faite de la hiérarchie des formes. Cette idée de l'organisation très hiérarchique de l'univers se retrouve dans la construction du monde même : pour Aristote, le monde est construit de manière sphérique, comprenant plusieurs cercles concentriques qui s'entourent les uns les autres, comme les rainures successives de l'écorce d'un arbre. Les plus éloignées sont celles du monde parfait, et les plus proches du centre sont celles de l'imperfection (comme si la perfection était centrifuge...).

Dans son *Éthique à Nicomaque*, Aristote distingue la *praxis*, ou action immanente, de *poiésis*, œuvre extérieure de création. Les sciences pratiques (par exemple la politique) se séparent ainsi des sciences poétiques (par exemple la stylistique littéraire). Toutes deux tendraient à une même fin : le bonheur. Pour ce faire, elles utiliseraient des techniques spécifiques à chacune. Mais la réalisation de ce bonheur ne peut qu'être une fuite en avant, comme si le bonheur, toujours devant nous, ne pouvait être valablement rattrapé. De plus, ce bonheur, assimilé au bien, n'est affaire que de cas particuliers (chacun prend son bonheur où il le trouve, dit la sagesse populaire,

qui peut également compléter par le proverbe : le bonheur des uns fait le malheur des autres). Aristote est donc en désaccord avec la conception platonicienne qui, parce qu'elle hypostasie le bien en général, néglige le fait que le bonheur est chose éminemment personnelle, et on ne peut plus dépendante du contexte.

L'*Organon*, regroupant l'ensemble des traités logiques d'Aristote, reste un *instrument* (un *organon*) incontournable dans l'épistémologie relative à cette époque. L'homme est un « animal parlant » (*animal rationale*), un être de dialogue, capable de *dialectique* (c'est-à-dire de pensée dialoguée), et redoutable inventeur du *syllogisme* et de l'*induction*. Mais la logique d'Aristote, qui eut son heure de gloire patristique, se montre actuellement de peu de secours pour la modélisation des schèmes de pensée systémique contemporains, notamment depuis les critiques d'Alfred Korzybski, lesquelles aboutirent à la démolition de la structure dite aristotélicienne du langage.

En effet, ainsi que l'écrit Philippe Caillé (1981), l'épistémologie aristotélicienne « nous pousse à fixer notre attention sur le trait particulier qui dissocie une partie de l'ensemble, sur la possibilité de diviser le phénomène pour traiter séparément les parties. L'épistémologie post-aristotélicienne à laquelle appartient l'approche systémique voit au contraire le monde comme un ensemble où les parties s'influencent les unes les autres et où le dénominateur commun de l'ensemble, les règles du système doivent être au centre de notre compréhension si nous voulons agir sur le cas particulier ».

### Interdits religieux des « inter-dits » sexuels

Descartes pensait que les passions n'existaient qu'incarnées. À son époque, la maxime jésuite d'Ignace de Loyola (*perinde ac cadaver*) poussait les croyants à se mortifier le corps, pour mieux en maîtriser les passions, et contrôler ce qui apparaissait alors comme d'essence satanique : le plaisir lié à la sexualité. Tout se passait alors comme si l'exigence d'ascèse, d'épure, d'impassibilité et de froideur émotionnelle, grandissait l'homme dans sa quête spirituelle. Cette vision mystique mortifère du monde, qui avait trouvé son apogée au Moyen Âge, et que la Renaissance avait pourtant essayé de remettre en question, perdurera encore au siècle classique : la souffrance d'ici-bas justifiera le bonheur dans l'au-delà, le Paradis. La fonction de cette manière de vivre les choses était évidemment de « prendre son mal en patience », de se satisfaire de sa condition sociale, et en fin de compte de ne rien changer à l'ordre établi.

Critiquant l'obscurantisme entretenu par cet état de fait, le philosophe Michel Onfray (1998) constate : « Les tristes sires vaticanesques et les contemplateurs de la tyrannie du plaisir conspuent ce qui montre trop la chair en l'homme, ce qui rappelle sa nature exclusivement matérielle, naturelle, instinctive, pulsionnelle. Car le corps a des besoins que les religions s'évertuent à négliger, à ne pas satisfaire, comme s'il suffisait de ne pas vouloir entendre une demande pour qu'elle cesse sur-le-champ de se formuler ».

M. Onfray écrit encore : « L'Église condamne la gourmandise parce qu'elle se révèle propédeutique aux plaisirs sexuels. Chacun savait, bien

avant l'élégante et souriante démonstration de Brillat-Savarin, les plaisirs de la table avant-coureurs de ceux de l'alcôve ». En pathologie mentale, on retrouvera un tel idéal ascétique dans de nombreuses formes d'anorexie mentale, au cours de laquelle la maîtrise d'un corps désésexualisé devient pour le malade une finalité en soi.

L'idée de la maladie – et de son corollaire, la souffrance, avec son terme ultime, la disparition de la vie – envisagée comme *faute* se retrouve dans de nombreuses cultures, à commencer par le péché originel judéo-chrétien ; il s'agit d'une conception qui a très fortement imprégné la pensée médicale (pensons par exemple au livre de Hesnard *L'univers morbide de la faute*).

Une des grandes leçons de la psychiatrie transculturelle est d'avoir sensibilisé les praticiens aux croyances profondes de leurs patients ; de même, les systémiciens respectent les mythes des familles qu'ils cherchent à aider.

## Recherche moderne en philosophie

Même si elle n'est pas forcément reconnue en tant que telle, la pensée systémique est une philosophie en elle-même ! Son originalité réside dans la rupture épistémologique radicale qu'elle crée avec la philosophie classique, ainsi que l'énoncent ses postulats.

- L'individu ne peut se concevoir isolément : il n'existe que dans, par et grâce à son environnement contextuel (sa « niche écologique »). La pensée systémique est une vision globale du monde, holistique et anthropologique, et donc modeste, car consciente de ses limites : chacun doit savoir qu'il ne peut appréhender qu'une petite fraction de la « vérité » des choses. Le concept même de vérité doit être mis en question. Ce qui compte, c'est d'élargir les possibilités pour une construction différente de ce qui est vécu. C'est ainsi que la vision de tel thérapeute sur tel membre de la famille n'aura pas plus d'importance – ni moins – que celle d'un autre soignant sur cette personne.
- La connaissance d'autrui, et plus généralement le réel perçu, constituent nécessairement des données subjectives, autoconstruites au fur et à mesure par le sujet, dans son rapport à l'environnement. Ce postulat repose sur les découvertes de la deuxième cybernétique et sur le paradoxe autoréférentiel. Ce que j'observe est, finalement, ce que je suis capable d'observer, c'est-à-dire ce à quoi je suis sensible et donc que je savais déjà plus ou moins ; et lorsque j'en parlerai, ce sera bien évidemment à travers mon propre filtre, éminemment subjectif et on ne peut plus partial. Je coconstruirai donc moi-même la réalité de ce que je percevrai ; à moi d'avoir suffisamment de sagesse pour ne pas en être dupe.
- Dans un univers régi par l'extrême complexité des choses et des relations interpersonnelles, la pensée causaliste, linéaire, unidirectionnelle et monadique apparaît ici réductrice et naïve. Les interactions, forcément intriquées et parfois se situant à des niveaux différents, sont au contraire de nature circulaire, avec des boucles réflexives et des circuits régulateurs de rétrocontrôle, d'où l'expression de *causalité circulaire* pour définir cette perspective d'appréhension des problèmes. Un élément vivant

peut générer des réponses apparemment paradoxales, imprévues, amplifiées selon le contexte, et en tout état de cause n'ont jamais le caractère froid et « clinique » (au sens d'expérimental) de l'élément scientifique, dont la vérification est liée à la reproductibilité. Aussi s'adresse-t-on ici au suprasensible, à l'affectif et au virtuel, en un langage qui doit donc se renouveler radicalement pour mieux appréhender son objet (d'où l'importance des travaux consacrés à la communication).

Le grand courant du structuralisme a largement influencé la pensée systémique, dans la mesure où est soutenue l'idée que cultures et langages sont déterminés par des invariants : les structures. Des psychopathologues fameux comme Jean Piaget, pour l'enfant, ou Henri Ey, pour l'adulte, ont contribué à clarifier les questions d'organisation et de système (leur pensée étant d'ailleurs à elle seule un « système »...). D'autres auteurs se sont intéressés au signe linguistique (De Saussure, Lévi-Strauss, Lacan, ainsi que Foucault) et ont à leur tour influencé nombre d'auteurs américains.

Jacques Derrida, de son côté, a développé la thématique de la déconstruction, chère au mouvement littéraire du post-structuralisme. « Ce mouvement, aussi connu sous l'appellation « école de Yale » rejette toute tentative de démontrer l'existence d'une réalité absolue sous-jacente au langage ou à la culture. L'intention de déconstruction d'un texte ou d'un discours [...] n'est pas d'adopter une position critique ou destructive, mais plutôt de questionner, décortiquer les croyances et les dogmes, héritées du siècle des Lumières, qui les sous-tendent » (Kuenzli-Monard et Kuenzli, 1999).

Enfin et sur un autre plan, les mouvements féministe et gay ont, à leur façon, remis en question certaines valeurs traditionnelles et relancé le questionnement sur la normalisation sociale et la tolérance des différences.

## Un exemple de thème contemporain de réflexion : l'individu

Les historiens des sciences n'ont pas manqué de rappeler que l'on est peu à peu passé du géocentrisme de Ptolémée à l'héliocentrisme de Copernic et Galilée. Cela revient à dire que l'Homme, de sa place d'occupant de la terre, ne pouvait plus se considérer comme étant au centre de l'Univers. Une autre blessure narcissique survint avec la théorie de révolution. Ainsi que l'écrit Georges Canguilhem (1991) : « La déshumanisation de la représentation que l'Homme se faisait de lui-même s'est achevée quand Darwin, assignant à l'Homme une ascendance animale, est venu donner un sens positif à la formule de Buffon : "Sans les animaux, la nature de l'Homme serait incompréhensible" ».

La découverte de l'inconscient a déstabilisé plus encore les certitudes : « Après Copernic et Darwin, Freud porte le coup fatal à l'orgueil humain : le « je » n'est plus au centre de l'individu. Nous sommes « vécus » par quelque chose. Là où l'être humain croit exister, il n'est que représenté. Dans les coulisses « on » tire les ficelles à son insu », écrivent Gérard Gaillard et Yves Poinso (1988). La pensée systémique est en plein accord avec ces découvertes, désapprouvant l'anthropocentrisme mégalomane et la velléité de maîtrise de soi.

Le concept d'individu ne semble pouvoir valablement se comprendre qu'après une réflexion préalable sur les questions, également très vastes, de l'identité, de l'autonomie et de l'indépendance, de la responsabilité, de la différence entre l'être et le rôle, le sens et la fonction, thèmes majeurs d'une réflexion philosophique systémique encore embryonnaire. De plus, l'individu n'est pas la personne<sup>17</sup>.

La sociologie politique aurait également ici son mot à dire ; pensons [par exemple aux travaux originaux de Niklas Luhmann (1985), qui estime que l'individu, tel qu'il est actuellement compris dans notre société post-industrielle, est finalement l'avatar bourgeois d'une société de consommation déshumanisante.

Jean-Claude Benoit (1992) estime que « la mondialisation culturelle et technique actuelle comporte une pression extraordinaire vers l'individualisme. Et chaque individu garde simultanément son besoin foncier de liens existentiels.

Ainsi, pour Murray Bowen, « nul ne peut se différencier totalement de sa famille d'origine ».

« L'individualisme répandu dans notre civilisation et dans la psychothérapie correspond à la tendance de comprendre l'identité individuelle comme la négation d'autrui à la manière de l'existentialisme sartrien », écrit Joseph Duss von Werdt (1990).

La pensée systémique considère – ce qui n'a d'ailleurs pas manqué de lui être reproché – que le concept d'individu, sorti de son contexte environnemental et historique, n'a aucun sens : je ne suis ce que je suis que grâce à mon histoire et au contexte qui à la fois me façonne et que je participe à créer du fait même de mon existence.

Ainsi compris, l'individu, en tant qu'entité isolée, est une fiction ; en revanche l'entité [individu-en-relation-avec-autrui-et-l'environnement] a un sens systémique.

L'autonomie de l'individu – en tant que valeur occidentale – n'est pas directement transposable en tant que telle dans les sociétés traditionnelles.

Jean-Paul Roussaux (1997) écrit très justement : « Il est remarquable que la pensée écosystémique ait repris certaines caractéristiques des modèles de traitement traditionnel. En particulier, l'accent est mis autant sur l'entourage que sur le patient dans une tentative de réduire les tensions sociales ou familiales. C'est ainsi que ce mode de prise en charge s'avère particulièrement bien assimilé par les praticiens des pays en voie de développement, étant donné le primat structurel de cette approche et les similitudes des démarches avec les pratiques des guérisseurs ».

C'est donc davantage avec la pensée traditionnelle, africaine ou surtout orientale, holistique et circulaire, qu'avec la pensée occidentale, séparatiste

17 L'étymologie rappelle l'origine étrusque de ce mot de théâtre : l'acteur parle par le son de sa voix (*per-sonare*) à travers son masque de scène. La personne se comprend donc comme étant la façade du personnage, son rôle social, derrière lequel se cache l'individu.



et causaliste, que la pensée systémique a le plus d'affinités<sup>18</sup>. D'où le recours fréquent des thérapeutes à la métaphore, aux contes, aux paraboles, parce qu'ils participent au développement de l'imaginaire et du symbolique.

En complément des ouvrages de philosophie consacrés à la *logique*, le livre incontournable est ici *Une logique de la communication*, corédigé par Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin et Don D. Jackson (1972). Outre leur intérêt purement épistémologique, déjà important par lui-même, les recherches de ces auteurs ont surtout permis de mieux comprendre les modalités dysfonctionnelles de communication existant au sein de familles dans lesquelles un ou plusieurs membres étaient, sinon schizophrènes, du moins psychotiques. L'importance de nombreuses *énigmes logiques*, présentes dans les échanges communicationnels – en fait, des énigmes logiques considérées comme telles par les observateurs, mais pas forcément vécues ainsi par les membres de la famille – et appelées à tort ainsi que par facilité « paradoxes », a conduit ces chercheurs à se poser, entre autres questions, celle de la fonction de tels troubles de la communication. Malheureusement, nombreux ont été les cliniciens qui ont eux-mêmes confondu les concepts d'*énigme* logique, de paradoxe, d'*autoréférence*, si bien que l'on a abouti dans certains ouvrages à une sorte de galimatias, reflet du brouillage de l'information et de la confusion d'idées que génèrent effectivement de tels troubles communicationnels.

## Qu'est-ce que l'autoréférence ?

L'*autoréférence* fait référence, si l'on peut dire, au Cogito cartésien : à la suite de Descartes, il est possible d'admettre que lorsque l'on dit « je pense », c'est que l'on se rend compte que l'on est en train de penser : on se « voit » penser, comme on se « voit » marcher, manger, etc. Autrement dit, il y a une partie du sujet qui porte un regard sur le reste du sujet, comme s'il existait une sorte de dédoublement. L'expression « moi, je... » atteste de ce dédoublement. Le « moi » prend en quelque sorte du recul sur le « je ». Il s'agit évidemment de la même personne, mais à des places différentes, qui effectue une boucle réflexive sur elle-même. Ces places sont en fait des niveaux. Russell parlera à leur propos de « types logiques », c'est-à-dire de niveaux de communication qui sont hiérarchisés en fonction de leur degré d'abstraction.

18 C'est en Occident le *siècle des Lumières* qui a largement contribué à la création du grand mouvement philosophique qui allait se caractériser plus tard par le culte de l'individu. Placé au faite de l'échelle des valeurs, l'individu devient dès lors le centre de la civilisation, dans une vision narcissique omphaloscopique dont on dénonce maintenant de plus en plus les dérives. La faillite de cette vision narcissique se manifeste par la dés-humanisation progressive que crée peu à peu la société post-industrielle, dans laquelle l'individu, traité en objet de consommation, semble perdu dans l'immensité du système économique. Dans les sociétés traditionnelles en revanche, l'individu n'existe que par et pour le groupe : sa place sociale lui est assignée, souvent une fois pour toutes, en fonction de sa lignée, de sa famille, de ses capacités d'avantage que de ses choix, états d'âme ou aspirations personnelles : il est là pour servir la collectivité, qui le gratifie par la fonction sociale qu'elle lui attribue en retour.

## Qu'est-ce qu'un type logique ?

Dès 1910, Bertrand Russell et Alfred Whitehead avaient montré, dans leur impressionnante somme *Principia Mathematica*<sup>19</sup>, en quoi consistait un « type logique » : lorsque l'on additionne par exemple 1 et 2, on écrit :  $1 + 2 = 3$ . Les nombres (1, 2 et 3) ne sont pas à mettre sur le même plan que les fonctions  $+ ou =$  : ils sont à un autre niveau (inférieur). Autrement dit, il convient de séparer le niveau d'une fonction (ici l'addition), de celui de ses arguments (ici les chiffres). Telle était du moins la logique mathématique de l'époque.

L'exemple précédent montre que le « moi » et le « je » ne sont pas sur le même plan. L'un observe l'autre : il se situe à un niveau supérieur (ici, celui de la connaissance vigile et lucide de soi-même). Ces deux niveaux sont bien évidemment en interaction l'un avec l'autre. Cette interaction est de nature réflexive, autobouclée ; elle caractérise la pensée humaine.

L'École de Palo Alto, et Jay Haley en particulier, fera l'hypothèse féconde selon laquelle les schizophrènes n'arrivent pas à se repérer clairement dans ces différents niveaux logiques ; ils en arrivent même à les confondre. Un sentiment réel, par exemple, est à un autre niveau qu'un sentiment simulé. Or un schizophrène, n'est pas en mesure de faire la différence entre ces deux sentiments, pas plus d'ailleurs qu'entre une phrase faisant référence à la réalité concrète et une autre faisant référence à l'humour : il met tout sur le même plan, sans possibilité de recul autoréflexif<sup>20</sup>.

## Qu'est-ce qu'un paradoxe ?

Le paradoxe dit *de Brouwer* fournit une bonne illustration. Imaginons un peuple xénophobe qui promulguerait la loi suivante : « Tout étranger devra énoncer une phrase pourvue de sens et vérifiable dans la journée, ou bien cette phrase est vraie (et alors l'étranger sera fusillé) ou bien cette phrase est fausse (et alors il sera pendu) ». Dans les deux cas, les étrangers sont donc mis à mort. Après une hécatombe, vient un logicien qui dit aux magistrats : « Vous allez me pendre... »

Que faire ? Si les magistrats le font pendre, il aura dit vrai, et dans ce cas ils se parjurent puisqu'il aurait fallu le fusiller ; et si on le condamne à être fusillé, c'est parce qu'il aura dit quelque chose de faux, mais alors on aurait dû le pendre...

Un tel paradoxe ne fait pas référence à celui qui parle (il n'est pas autoréférentiel) : l'étranger s'exprime clairement, il s'adresse à un futur proche, et anticipe la conduite d'autrui. Il ne fait aucun commentaire sur ce qu'il

19 Russell appelle *types* les niveaux logico-linguistiques.

20 Il est habituel de dire que le psychotique « colle au signifiant », pour rendre compte du fait qu'il confond les différents niveaux de l'objet et de la représentation de celui-ci. Nous avons encore en mémoire le cas d'un adolescent psychotique qui se précipita avec anxiété dans le ruisseau, lors d'une « sortie thérapeutique » d'été avec un éducateur qui lui avait dit, sans arrière-pensée : « Ton idée est tombée à l'eau... ».

dit ou fait, ou dira ou fera, ou a dit ou a fait. Son discours s'adresse à autrui, même s'il est concerné par la décision – ou plutôt ici la non-décision – que prendront ses interlocuteurs.

## Qu'est-ce qu'une énigme logique ?

Une énigme logique sera ici un paradoxe qui fait directement référence au sujet qui exprime le paradoxe ; on dira donc que ce paradoxe est *autoréférentiel*. Parce qu'il est centré sur lui-même, et qu'il n'est ni vrai, ni faux, mais indécidable quant à sa conclusion, il a reçu l'appellation de *boucle étrange*.

L'exemple le plus connu, depuis l'Antiquité, est l'énigme logique d'Épiménide. Il s'agit d'un paradoxe mégarique, ainsi formulé : « *Tous les Crétois sont menteurs* », proclame Épiménide, poète crétois du VII<sup>e</sup> siècle avant J.-C., avec une sournoise jubilation, car il sait qu'il va mettre ainsi ceux qui l'écoutent en difficulté ; en effet, en s'incluant lui-même dans le groupe des menteurs, il ment et disqualifie donc son propre discours<sup>21</sup>.

Il existe d'autres versions du paradoxe d'Épiménide, dont par exemple celle du barbier, que relate Heinz von Foerster : « *Rappelez-vous le barbier du village qui ne rase que les habitants qui ne se rasent pas eux-mêmes. Et le barbier alors ? Il ne peut pas se raser, puisqu'il ne rase que ceux qui ne se rasent pas eux-mêmes ; et s'il ne se rase pas, il doit se raser lui-même, car précisément il fait partie de ceux qui ne se rasent pas* » (von Foerster, 1994).

Dans les deux cas, l'énoncé serait à formuler ainsi : Épiménide devrait dire, « *Tous les Crétois sont des menteurs, sauf moi, à l'instant où je le dis* » ; et on devrait préciser que le barbier rase, en plus de lui-même, ceux qui ne se rasent pas eux-mêmes. Autrement dit, on exclut de la classe (des menteurs ou de ceux qui ne se rasent pas eux-mêmes) celui qui est différent des autres : il appartient à une autre classe, un autre niveau (ou type) logique. Ce sera la collusion de ces deux niveaux logico-linguistiques qui créera le paradoxe autoréférentiel<sup>22</sup>.

## Quelles conclusions peut-on formuler ?

Le « moi » barbier pouvant raser le « je » homme, la fonction est à distinguer de l'individu. C'est le « moi » qui parle du « je » et qui, au moment où il le dit, s'exclut de la classe qu'il vient de fonder. Un leader politique proclamant « *personne n'a le droit d'imposer sa loi aux autres* » se place *de facto* dans le paradoxe référentiel : tout se passe comme si la fonction qu'il

21 Le problème ne peut se résoudre que dans la mesure où lui-même, le locuteur Épiménide, n'appartient pas à cette classe des menteurs : il ne parle pas de lui. Autrement dit, une classe (ici celle des menteurs) ne peut être membre d'elle-même.

22 Gregory Bateson s'est longuement interrogé sur un tel paradoxe, raccourci par la formule laconique d'Eubulide : « *Je mens* », transposée en anglais par Bateson en : « *I am lying* » [je suis en train de mentir]. Cette formule autocontradictoire est un paradoxe russeien qui n'existe que dans la mesure où il y a « *confusion des niveaux d'abstraction* » : il existe en fait deux énoncés, à deux niveaux, le niveau II étant d'un niveau d'abstraction plus élevé que le premier.

occupait faisait que ce qu'il dit ne s'adresse pas à lui. Pourrait-on parler à ce propos de « sur-référence », pour témoigner du passage à un niveau supérieur ? Telle est notre hypothèse.

## Il est possible de parler *sur* le langage

Ces exemples débouchent directement sur une *théorie du métalangage*, telle que l'inventera l'École de Palo Alto : on est forcé d'admettre qu'il est possible de parler *sur* le langage (*méta* – langage), c'est-à-dire prendre les choses à un autre niveau, plus élevé, pour les dépasser. Il n'est pas possible de nier l'existence de niveaux logiques différents (pressentis par Descartes, avec son célèbre *Cogito*).

Au début de *xx*<sup>e</sup> siècle, ce genre de paradoxe excitait les logiciens car ils y voyaient l'indice d'une carence de la théorie mathématique des ensembles. Russell a réfléchi sur une présentation formelle de ce paradoxe, à l'aide d'un support logico-mathématique : celui « de la classe de toutes les classes n'étant pas membres d'elles-mêmes »<sup>23</sup>.

Pour résumer de manière didactique ce paradoxe, on pourrait avancer l'idée selon laquelle il n'est pas possible de rassembler tous les éléments d'une collection dans un des éléments de celle-ci : seule une classe – c'est-à-dire une organisation qui se situe à un autre niveau logique, plus élevé (le niveau II évoqué par Bateson) – peut inclure l'ensemble des éléments qui la composent<sup>24</sup>. Cette présentation en termes de « classe des classes » rend explicites les différents niveaux d'abstraction<sup>25</sup>. Elle passa à la postérité sous l'appellation de *théorie des types* (logiques) de Russell.

Michael Stigler (1990) estime de son côté que « les “types logiques” [...] reposent sur une vision a-historique, a-contextuelle et statique, qui doit forcément échouer face à l'organisme vivant avec son histoire, son mouvement permanent et ses multiples contextes ».

23 D'après la *théorie des types* de Russell, il existe une hiérarchie entre les différentes classes ; ainsi, la propriété d'une classe de niveau « n » ne peut être identifiée à la propriété d'une classe d'un niveau supérieur : « n + 1 ». Aucune classe ne peut dans ces conditions être membre d'elle-même.

24 D'après Mony Elkaïm (1989), une telle antinomie « ne serait [...] qu'une confusion des types logiques entre une classe et ses éléments, alors qu'une classe est d'un type ou d'un niveau supérieur à ses éléments ».

25 Richard Rando (1990) écrit : « En 1931, le monde des mathématiques et de la logique fut profondément bouleversé dans ses certitudes par Kurt Gödel. Il démontra – dans son théorème dit d'incomplétude – que les espoirs de Russell, Whitehead et des mathématiciens étaient vains. Aucun système axiomatique ne pouvait décrire toutes les propriétés des nombres entiers à moins d'être incomplet et inconsistant. Incomplet signifie qu'“il existe des assertions vraies de la théorie des nombres que ses méthodes de démonstrations ne permettent pas de prouver, c'est-à-dire qu'une assertion vraie n'est pas forcément démontrable”. Inconsistant signifie qu'“aucun système axiomatique ne peut générer toutes les vérités de la théorie des nombres à moins d'être inconsistant, c'est-à-dire admettre des axiomes contradictoires”. Dans sa théorie sur les deux théorèmes d'incomplétude, Gödel a soutenu qu'une théorie des nombres possédait des énoncés indémontrables au sein même de sa propre théorie ; par extension, un système théorique, ne pouvant s'autovalider, doit faire appel pour cela à des phénomènes extérieurs à son propre champ de validation.

## **L'énigme logique et le paradoxe génèrent toujours l'indécidabilité**

L'émission d'une énigme logique ou d'un paradoxe (autoréférentiel ou pas), non seulement défie le bon sens – mais s'il ne se bornait qu'à cela, ce ne serait pas trop grave... –, mais surtout entraîne l'*indécidabilité* du destinataire du message. Or c'est justement cette conséquence-là qui a passionné les systémiciens, en particulier ceux de l'École de Palo Alto, parce qu'ils trouvaient en elle une sorte de modèle logico-linguistique des troubles cliniques de la communication qu'ils observaient en étudiant les familles de patients psychotiques.

Cette indécidabilité est source d'un malaise, lié à une perplexité anxieuse et paralysante quant à la solution à adopter ; de là à penser que ce malaise pourrait devenir à long terme psychotisant...

Rappelons simplement que la construction de « névroses expérimentales » chez l'animal aboutit non pas à une névrose, au sens courant du terme, mais à une confusion psychotisante : le pigeon qui s'était habitué à donner des coups de bec sur une pédale rouge pour avoir de la nourriture dans sa cage, et évitait surtout d'appuyer sur la pédale bleue sinon il recevait une décharge électrique dans les pattes, est complètement perdu lorsque l'on modifie volontairement le conditionnement, par exemple en connectant de temps en temps la pédale rouge à un fil électrique et en procurant de la nourriture par appui sur la pédale bleue d'une manière totalement aléatoire. L'animal ne sait plus à quoi s'en tenir, les repères ayant changé et envoyant des messages contradictoires sans qu'aucune suite logique n'intervienne pour clarifier la situation. Le pigeon est ainsi placé dans une situation dramatiquement anxiogène et qui peut s'avérer mortelle à long terme.

## **Il ne faut pas confondre l'énigme logique et la double contrainte**

La double contrainte exprime le fait que deux messages étaient envoyés, sur deux niveaux différents, l'un contredisant l'autre (par exemple lorsqu'un parent dit à son enfant de venir recevoir un baiser, tout en lui montrant un visage de colère). Le message analogique (ici, la physionomie du parent) contredit complètement le message digital, verbal. L'enfant ne peut qu'être perplexe face à ce double message. À la longue, l'expérience, comme dans le cas du pigeon, peut s'avérer particulièrement déstabilisante.

Mais dans le cas du pigeon, les pédales étaient sur le même plan : une rouge, et une bleue, ayant des fonctions différentes. Le malaise était né du brouillage des fonctions, et de l'impossibilité de clairement repérer les nouvelles règles du jeu. Dans le cas de la double contrainte, il existe également un brouillage, mais dû à la simultanéité des messages. L'enfant reçoit deux messages contradictoires et concomitants. Le pigeon reçoit ses messages l'un après l'autre. Si les effets pathogènes sont voisins, leurs mécanismes psychopathologiques sont différents ; leur traitement également.

## Au cœur même de l'autoréférence

L'autoréférence témoigne du fait, fort simple, que ce que nous observons dépend de ce que nous sommes capables d'observer. Autrement dit, les propriétés intrinsèques de l'observateur interfèrent avec les éléments à observer, il n'existe pas d'observation « neutre »<sup>26</sup>.

Épiménide, en faisant son analyse des défauts des Crétois, était-il influencé par sa connaissance du milieu observé ?

Me rendre compte que je suis en train de penser – « m'observer » par le *Cogito* – modifie donc ma pensée instantanément. Prendre conscience de l'autoréférence est donc le premier travail du philosophe, tout comme prendre conscience de sa propre autoréférence est le premier travail d'un thérapeute familial.

Humberto R. Maturana (1994) écrit : « Ce que nous voyons avec les yeux est conjointement déterminé dans la structure des yeux et dans le reste du système nerveux, et non dans les objets que nous prétendons voir grâce à eux ». Donc, parler est aussi parler sur soi, voir est voir à travers soi, etc. Autrement dit, il n'est pas possible que les propriétés intrinsèques de l'observateur n'entrent pas, d'une façon ou d'une autre, et tôt ou tard, dans la description de ses observations<sup>27</sup>.

Cette intuition de bon sens devient une évidence naturelle lorsqu'il est question de vécu : en entretien clinique, ce que je ressens face à un malade dépend non seulement de moi mais de lui (en fait, des intersections et des ponts relationnels entre lui et moi, de l'interface de nos deux constructions du monde respectives).

Mony Elkaïm a permis de mieux appréhender ce phénomène, en se distanciant de la théorie des types logiques. À partir de la *théorie de l'autoréférence*, il a permis à de nombreux cliniciens à la fois d'être conscients de ce phénomène absolument fondamental dans la relation d'entretien familial – et au-delà – et surtout d'utiliser leur propre autoréférence dans un but thérapeutique<sup>28</sup>. Il écrit : « Pendant des années, le mouvement des thérapies familiales s'est

26 La première cybernétique, parce qu'elle détachait artificiellement l'observateur de l'observé, a dû être abandonnée au profit de la *seconde cybernétique*, laquelle reconnaissait que l'*observation participante* elle-même modifiait l'observable (le principe d'incertitude de Heisenberg énonce que l'observateur ne peut être séparé de ce qu'il observe).

27 Autrement dit, dès le début de l'entretien, se met en place une interrelation entre les différents protagonistes telle qu'aucun d'entre eux (ni même le thérapeute) ne peut véritablement prendre du recul sur ce qu'il vit, puisque chacun *coconstruit à mesure* si l'on peut dire les éléments de la réalité. C'est pourquoi avoir l'ambition d'être à la fois participant et observateur est une utopie, d'où le recours à des procédés de supervision (glace sans tain) ou d'analyse rétrospective (enregistrements vidéo). La grande idée est ici en effet qu'il existe un paradoxe (dit autoréférentiel) dans le fait d'énoncer un discours sur une réalité qui se construit de par le fait même de ce discours.

28 Virginia Satir accordait elle aussi une importance primordiale au ressenti personnel des thérapeutes. « Elle sensibilisait les professionnels au repérage de leurs signaux corporels de tension (sensation de crispation dans l'estomac, contraction des mâchoires et des épaules, nuque douloureuse, mal de tête, envie de dormir) ». Lorsque ces résonances « sont reconnues par le thérapeute, elles facilitent le retour de l'information au système de façon directe, indirecte ou paradoxale, amenant inévitablement un changement de perspective et une modification du mythe familial », note Jacqueline C. Prud'Homme (1990).

efforcé d'éviter ce paradoxe auto-référentiel en s'abritant derrière la théorie des types logiques d'Alfred Whitehead et de Bertrand Russell ; cette théorie, en effet, peut être interprétée comme interdisant les propositions auto-référentielles, car elle ramène le paradoxe à un simple sophisme [...]. Dans mon approche, ce que ressent le thérapeute renvoie non seulement à son histoire personnelle, mais aussi au système où ce sentiment émerge : le sens et la fonction de ce vécu deviennent des outils d'analyse et d'intervention au service même du système thérapeutique » (Elkaïm, 1989).

Apprendre à repérer ses émotions au sein de la relation interhumaine représente ainsi le premier pas vers la connaissance empathique et analogique d'autrui ; leur attribuer un sens et une fonction peut devenir un puissant moteur de la relation thérapeutique. Les somatothérapeutes l'avaient quant à eux compris depuis longtemps...

## Apport des sciences de la communication

L'étymologie nous enseigne que le sens originel du mot *communication* est celui d'une *mise en commun* (du latin *communicare*, mettre en commun, mais également *être en relation*). La *communion* est un partage [la religion étant ce qui *relie* les hommes]. Ces termes étaient à peu près équivalents dans la langue française, jusqu'au *xvi<sup>e</sup>* siècle. À partir de cette époque, *communiquer* a commencé à signifier *transmettre*, son acception actuelle. Le terme de *communication* est donc à entendre, par extension, non au sens restreint de *langage*, mais au sens plus large de *comportement*. Ce dernier terme regroupera les mots et les phrases, leur accompagnement non verbal, les mimiques, les gestes, les postures, etc., autrement dit tout ce qui permettra d'apporter de la richesse d'*information*.

## Langue, parole et discours

Rappelons que le langage est une faculté humaine universelle innée<sup>29</sup> liée à des compétences et des performances cognitives permettant d'utiliser les systèmes symboliques que sont les langues. Le langage se réalise donc concrètement dans la (ou les) langue(s). Le langage est une forme de communication (il est loin d'être la seule), basée sur le message (comme toute forme de communication) : il s'agit là d'une donnée générale<sup>30</sup>.

29 En 1957, le linguiste Noam Chomsky, travaillant alors au Massachusetts Institute of Technology, a émis l'hypothèse de la *créativité naturelle du langage humain* : selon lui, le langage serait inné et s'exprimerait donc dans une sorte de « grammaire universelle ». Chaque nouveau-né disposerait donc d'une compétence naturelle à parler, c'est-à-dire à concrétiser sa compétence en performance de langage. À l'époque, Chomsky s'opposait violemment à Skinner et aux behavioristes, lesquels estimaient que le langage ne pouvait résulter que d'un apprentissage. Avec le recul, il ne semble pas que les deux thèses se contredisent : un apprentissage peut tout à fait développer des capacités en germe qui ne demanderaient qu'à s'épanouir socialement.

30 Rappelons qu'un *message* est une unité de *communication* qui met en jeu des séquences de comportements entre au moins deux individus. Une série de ces échanges interindividuels est appelée une *interaction*. Un *modèle d'interaction* est un ensemble d'interactions.

La linguistique structurale, parce qu'elle a différencié la *langue*, produit social, code de langage d'une collectivité, et la *parole*, mise en œuvre de ce code par le sujet parlant, sous forme d'une multitude d'énoncés individuels et particuliers, a en quelque sorte creusé l'écart entre ces deux concepts, que le sens commun a du mal à dissocier. La langue est une sorte d'abstraction culturelle, munie de règles précises de lexique et de syntaxe, lesquelles permettent l'existence de paroles individuelles, mais tellement codifiées qu'il est parfois malaisé d'exprimer l'expérience intime et les affects (« les mots manquent », dit la sagesse populaire, lorsqu'il s'agit d'exprimer, c'est-à-dire de faire partager, certains concepts ou certains affects)<sup>31</sup>.

Les linguistes modernes résoudreont le problème par l'utilisation du terme *discours*, qui présente l'avantage de se placer à l'intersection du langage et de la parole. C'est ainsi que les cliniciens parleront du « discours d'un malade » pour désigner l'ensemble de ses productions verbales et écrites ; au sein de ce discours, pourra émerger un néolangage, tel celui de certains schizophrènes paranoïdes, qui subira des distorsions à la fois dans son axe vertical et dans son axe horizontal.

## Les premiers théoriciens de la communication

Les travaux de personnalités scientifiques de premier plan, tels Shannon et Weaver, ont fortement influencé les premiers systémiciens d'après-guerre (Shannon et Weaver, 1949).

La *théorie mathématique des communications*, conçue dès 1948, proposait un schéma linéaire relativement simple, inspiré de la communication orale, et généralisable à toute forme de communication<sup>32</sup> :

Source > Émetteur > Canal > Récepteur > Destinataire

Ce schéma se commente ainsi : une *source d'information* produit un *message*, correspondant à l'information à transmettre, que traite un *émetteur*, lequel transforme le message en un *signal* adéquat. Ce signal est transmis par un *canal*, selon un *code* particulier, à un *récepteur* qui capte et décode le message pour le restituer à un *destinataire*. Ce dernier a trois manières de répondre au message qu'il a reçu : la confirmation, le rejet, et le déni (dans les familles à transaction schizophrénique, le déni du message reçu est un mécanisme habituel de la communication, dans la mesure où c'est

31 Quelle que soit la langue, chaque locuteur dispose d'une quantité finie d'unités morphologiques et phonologiques, qu'il peut recevoir et émettre, et à partir de laquelle il peut combiner à l'infini des phrases (à l'instar d'un musicien associant des mêmes notes de la gamme, mais superposées et/ou échelonnées dans le temps en une multitude de possibilités combinatoires auditives).

32 Nous avons vu aussi combien ce schéma, malgré les progrès qu'il a permis de réaliser, a prêté le flanc à la critique, eu égard à son aspect unidirectionnel, sans boucle rétroactive régulatrice.



l'émetteur du message lui-même qui se qualifie d'inexistant : je n'existe pas dans la relation avec toi, et réciproquement, tu n'as pas d'existence dans la relation que j'ai avec toi).

Dans le cas d'une communication téléphonique entre deux personnes (une *dyade communicante*) par exemple (mais l'exemple n'est pas anodin : n'oublions pas que Shannon travaillait comme ingénieur à la *Bell Company*), la *source* du message est le cerveau de l'appelant, l'*émetteur* ses organes phonatoires, le *canal* est constitué par l'air ambiant puis les fils électriques, le *récepteur* est l'oreille de l'écouter et son cerveau en est le *destinataire*. Il s'agit ici d'un modèle ultraclassique, de type *monocanal*. En situation de face à face, ou par visiophone, la communication sera en revanche *multicanale*.

Le *code* correspond à un phénomène complexe de *codage*, comprenant deux opérations : l'*encodage* et le *décodage*. Dans le langage humain, le code comprend à la fois le répertoire (le lexique) et ses règles combinatoires (la syntaxe), la conjugaison des deux permettant le codage.

Des auteurs comme Scheflen, Framo, Boszormenyi-Nagy ont cherché à appliquer ces différents concepts aux thérapies systémiques.

## Apport princeps de la linguistique

À l'instar de ce qui a pu être décrit en cybernétique – existence d'une *première cybernétique* qui croyait s'être affranchie de l'observation, puis d'une *seconde cybernétique* qui a compris que toute observation était nécessairement participante – les scientifiques ont repéré deux grandes étapes dans la pensée linguistique : d'abord une *première linguistique*, centrée sur l'étude historique de la langue, dans une perspective par conséquent diachronique, puis grâce aux travaux de Ferdinand de Saussure<sup>33</sup> une *seconde linguistique*, centrée sur l'étude de la langue considérée en tant que système fonctionnant *hic et nunc*, c'est-à-dire dans une perspective synchronique. La dette des thérapies systémiques à la seconde linguistique n'aura d'équivalent que celle à la seconde cybernétique...

Il n'est évidemment pas question de reprendre ici l'ensemble des concepts fondamentaux de la linguistique actuelle – plusieurs ouvrages n'y suffiraient d'ailleurs pas ; en revanche, il importe de connaître quels sont ceux de ces concepts qui se sont historiquement montrés particulièrement féconds pour alimenter la pensée systémique. Le panorama qui suit est donc incomplet ; il appartiendra à chacun de l'enrichir par des lectures personnelles et surtout de tenter de le mettre en parallèle avec des situations cliniques particulières qui pourront se présenter en pratique quotidienne.

33 Ferdinand de Saussure (1857-1913), célèbre linguiste genevois, dont le *Cours de linguistique générale* fut rassemblé et publié par ses anciens élèves en 1916.

Par exemple, les travaux de l'École d'Oxford (J.L. Austin et J.R. Searle) peuvent trouver une résonance particulière en clinique, dans la mesure où ils ont mis en évidence l'interrelation très étroite entre l'action (le faire) et la parole (le dire). Il existerait ainsi trois catégories d'« actes de paroles » :

- *l'acte locutoire*, dans lequel le sujet énonce un discours selon les règles admises de la phonétique, de la sémantique et de la syntaxe. C'est le cas le plus fréquent ; par exemple celui d'un thérapeute demandant à un patient : « Que puis-je faire pour vous ? » ;
- *l'acte illocutoire* peut être réalisé grâce à l'utilisation des conventions linguistiques. Selon les cas, il est ainsi possible d'interroger, de s'exclamer, d'asserter, de nier, d'avertir, etc. Dans l'exemple précédent, l'interrogation est à la fois une demande et une invitation ;
- *l'acte perlocutoire* est le résultat de l'effet produit par les actes locutoire et illocutoire sur l'allocutaire. Pour reprendre le même exemple, selon le contexte, cette phrase « Que puis-je faire pour vous ? » sera vécue comme étant bienveillante, ironique voire provocante.

Si certaines tournures de phrases peuvent prendre un sens complètement différent selon leur contexte d'utilisation, de même certains mots se trouvent-ils chargés d'une émotion particulière pouvant altérer leur signification dans une phrase (pensons par exemple au chiffre 13, autant « porte-bonheur » que « porte-malheur » selon les cas...). C'est pour rendre compte de ce phénomène qu'a été inventée la notion de *connotation*<sup>34</sup>.

La connotation est une sorte d'attribution, tout à fait personnelle, à un mot, d'un sens particulier qui lui est propre ; elle représente une singularité langagière, qui n'appartient donc pas à l'expérience des autres utilisateurs de ce même mot. La passation du test du *différentiateur sémantique d'Osgood* permet au clinicien d'avoir une idée des connotations d'un sujet, donc indirectement de sa construction du monde<sup>35</sup>.

## Linguistique et sémiologie

La linguistique est multiple et donc extrêmement complexe, constituant de nos jours une science à part entière<sup>36</sup>. Entrent dans sa composition des

34 La *connotation* met en évidence les aspects très personnels d'un mot ou d'un signe. La *dénotation* correspond aux aspects généraux, communs à tous les utilisateurs de la même langue.

35 Le test consiste à proposer à un sujet de coter (selon une échelle allant de 1 à 7) différents mots répartis en couples antagonistes (gentil, méchant ; généreux, avare...). On demandera par exemple à un enfant de définir les qualités et les défauts de sa mère (très gentille = 7 ; gentille = 6 ; etc.). Au total, on obtiendra un profil de la façon dont la mère sera vue par l'enfant. En faisant passer ce genre de test à diverses populations et en dépouillant les résultats par analyse factorielle, Osgood a montré que la connotation s'organisait autour de trois axes factoriels : le facteur d'évaluation (bon, mauvais...), le facteur de puissance (fort, faible...) et le facteur d'activité (lent, rapide...).

36 On a l'habitude de distinguer trois composantes dans les sciences du langage : la syntaxe (étude des signes et de leurs interrelations), la sémantique (étude des signes, dans leurs relations au monde extérieur) et la pragmatique (étude des signes dans leurs relations aux usagers).

apports aussi variés que ceux de Saussure, Jakobson et Troubetzkoy (*phonologie*), de Hjelmslev (*glossématique*), de Meillet, Grammont, Bloomfield et Sapir, ainsi que de Halle et Chomsky<sup>37</sup> pour la *linguistique générative*, sans oublier bien sûr Alfred Korzybski (1941)<sup>38</sup>.

La *sémiologie* peut être comprise comme étant une partie de la linguistique, particulièrement développée par F. de Saussure dont la *théorie générale des systèmes de signification* faisait l'hypothèse qu'il était possible d'étudier toutes les formes de communication avec les mêmes méthodes linguistiques que celles utilisées pour comprendre le langage<sup>39</sup>. Selon le champ d'application de cette théorie, on a ainsi décrit une sémiologie de l'image, de la musique, etc.

Pour F. de Saussure, le *signe* linguistique est l'association d'un *signifiant* (la représentation conventionnelle et arbitraire de cette représentation) et d'un *signifié* (la représentation psychique du référent) ; le *référent* étant l'objet, concret ou conceptuel, du discours. Pour schématiser, on dira que le *signifiant* est l'image acoustique, le *signifié* le concept, et le *référent* l'objet. Entre le signifiant et le signifié, existe une relation dite de signification ; entre le signifiant et le référent une relation de substitution ; enfin entre le signifié et le référent une relation causale.

Concevant la communication comme un processus d'influence et de persuasion, Lasswell proposait de réfléchir à partir des cinq questions rhétoriques de Quintilien : Qui ? [L'émetteur] dit quoi ? [Analyse du contenu du message] Par quel canal ? [Techniques de propagation de la communication] À qui ? [Le public récepteur] Avec quels effets ? [Analyse et évaluation de l'influence du message sur le destinataire]. On distinguera ainsi deux grands systèmes de communication<sup>40</sup> :

- la *communication bipolaire*, la plus élémentaire, mettant en relation deux éléments (le récepteur et l'émetteur) grâce à un canal. Au sein de ce système de communication, on pourra étudier la connexion entre deux éléments (A relié à B par un canal), l'orientation du flux (de A vers B, ou l'inverse) ou au contraire sa réciprocity (de A vers B, et réciproquement), la pluralité des canaux reliant A à B ;

37 Les travaux de Chomsky sont intéressants, du point de vue du constructivisme social, en ce sens qu'ils concluent à l'existence d'une prédisposition innée au langage : loin d'être une simple ardoise blanche sur laquelle s'imprimeraient passivement les mots et les phrases, les aires cérébrales du langage sont déjà là chez le nouveau-né, en place dans le cerveau, ne demandant qu'à fonctionner. Kant déjà en avait eu l'intuition. Le langage ne se développe donc que dans le contexte d'une relation interindividuelle, et avec lui les associations d'idées, donc l'intelligence...

38 Korzybski est l'auteur des prémisses « la carte n'est pas le territoire, la carte ne couvre pas tout le territoire, la carte est autoréflexive », formule célèbre parce qu'elle rend compte à la fois de l'autoréférence de l'observateur, et de la construction de la réalité observée.

39 On dira, pour simplifier, que la *linguistique* étudie le langage et la *sémiologie* les autres systèmes de communication. Pour F. de Saussure, c'est la linguistique qui est une partie de la sémiologie...

40 Par système de *communication*, on entend un ensemble d'éléments reliés par un ensemble de canaux (par exemple des individus reliés par Internet).

- la *communication multipolaire*, mettant en relation un émetteur avec plusieurs récepteurs (ou l'inverse), en éventail ou en chaîne, avec relais (schéma divergent, en arbre ou à l'inverse schéma convergent en entonnoir), réseau à connexions multiples, etc.

Ces travaux insistent sur le fait qu'il n'est pas possible de ne pas du tout communiquer. On a beaucoup étudié en effet le passage de la communication à la non-communication, par exemple de la parole au silence, et on s'est rendu compte que le silence n'était jamais total : le reste du corps « parle » (s'exprime analogiquement) à la place de la voix. Cela revient à dire qu'une situation de non-communication apparente n'est pas une situation de suppression totale de la communication, mais plutôt une situation dans laquelle la communication se limite à certains niveaux (par exemple gestuel). Ainsi, le soliloque est une forme de conversation<sup>41</sup>.

L'analyse du message, c'est-à-dire l'étude des codes et des contenus, met en lumière sa double situation, à l'intersection de deux processus concomitants : un processus de communication et un processus de représentation, qui se croisent sur deux axes :

L'axe horizontal est celui de la communication et l'axe vertical celui de la représentation. Ainsi conçu, le langage n'est pas une simple reproduction de la réalité : il en est une transposition mentale élaborée par le sujet, c'est-à-dire une représentation de la réalité. D'où la distinction fondamentale entre trois concepts : les idées, les mots et les choses. Les idées correspondent à la référence, les mots aux symboles et les choses au référent, selon la disposition du triangle de Ogden et Richards.

L'analyse qualitative des messages sera l'affaire de la sémiologie : analyse des signifiants, analyse de la connotation (rhétorique). L'analyse quantitative des messages s'appuiera sur le dénombrement des messages (dit volume de l'information), sur le dénombrement des différents thèmes contenus dans le message (analyse du contenu), sur les relations entre les mots et les concepts (analyse dite sémantique), sur le dénombrement des mots (analyse du vocabulaire), sur le *dénombrement des signes*. C'est ce dernier point qui a été particulièrement étudié par le grand théoricien de l'information, Claude E. Shannon, dont les travaux ont fédéré (contre eux !) les premiers cliniciens systémiciens.

Pour pouvoir mesurer l'information contenue dans les messages qu'ils cherchaient à modéliser mathématiquement, Shannon et Weaver ont eu recours au calcul des probabilités. Ce faisant, ils ont compris que l'information ne pouvait être appréhendée qu'en termes probabilistes. Ils ont ainsi expliqué qu'un message apportait d'autant plus d'information intéressante que sa probabilité était faible (cette dernière est fonction du nombre de messages possibles : plus ce nombre est important, plus l'incertitude sur le

41 Parler à soi-même revient à parler à quelqu'un (un ailleurs qui écoute...) : « du moment que vous parlez, vous cessez d'être seul », écrit Pierre Schaeffer (1970), *L'avenir à reculer*, Casterman.

message l'est aussi et donc plus sa probabilité est faible)<sup>42</sup>. Ils ont dit aussi que le nombre de messages possibles était fonction du code utilisé, c'est-à-dire de la richesse des signes (nombre de signes et probabilité respective de chacun de ces signes)<sup>43</sup>.

Les mathématiciens ont réussi à mettre en équation ces propositions (formule de Hartley, formule de Shannon).

En langue française par exemple, la lettre « e » est fréquemment utilisée. On supposera donc que, dans un message codé pour ne pas être reconnu (messages militaires, par exemple), la lettre qui apparaît le plus souvent sera justement la lettre « e » ; cette hypothèse donnera une première idée sur la forme générale des petits mots : « et », « le », « en », « ne », ce qui amènera à la déduction d'autres lettres (ici le « t », le « l », le « n »...), et ainsi de suite.

### Modèle de communication verbale de Jakobson

Ronan Jakobson a proposé en 1960 un modèle qui présente l'intérêt de mettre en évidence l'existence de deux axes, l'un vertical, l'autre horizontal, dans tout énoncé langagier. Ce modèle ne s'applique qu'à la communication verbale et au couple dyadique émetteur-récepteur.

S'il reste encore de nos jours le grand modèle de référence en linguistique, c'est certainement parce qu'il met en évidence six éléments constitutifs majeurs de la communication : l'émetteur, le récepteur, le message (énoncé), le canal, le code, le réfèrent.

Jakobson insiste sur l'opposition métaphore/métonymie, témoin de l'existence des deux axes : l'axe *horizontal* pour les *combinaisons* et l'axe *vertical* pour les *sélections*. Le néolangage d'un schizophrène sera donc d'autant plus hermétique qu'il sera brouillé dans ses deux axes.

### Les différentes fonctions de la communication

L'étude du message dans ses rapports avec son contexte situationnel a conduit Karl Bühler en 1933 à élaborer un *modèle triangulaire de langage* en trois fonctions (émotive, conative, référentielle), correspondant au destinataire (émetteur), au destinataire (récepteur) et à ce dont on parle (message). Inspiré par ces travaux précurseurs, Ronan Jakobson a distingué à son tour six *fonctions* :

- la *fonction référentielle*, ou *dénotative*, ou *cognitive*, correspond au facteur contexte. Elle permet la compréhension du message, après qu'un code commun ait été établi ;

42 Un message apporte d'autant plus d'information qu'il est inattendu, c'est-à-dire surprenant, donc créatif. A l'inverse, un message roboratif du style « langue de bois politicienne » n'apporte que très peu d'information. Là se trouve peut-être une des clés des interventions thérapeutiques particulièrement percutantes d'un clinicien comme Whitaker, lequel arrivait toujours à surprendre ses patients, et par là même leur apportait des « concentrés d'information » les obligeant à se poser de nombreuses questions sur leur fonctionnement familial.

43 Rappelons que l'alphabet français a 27 signes (soit 26 lettres et 1 espace) et que le code Morse a 3 signes (le point, le trait, l'espace). L'unité d'information est le *bit*.

- la *fonction conative* centre la communication sur le récepteur : elle est orientée sur le destinataire. C'est la fonction d'action sur autrui, par exemple lorsque l'on pose au patient une question, ou qu'on lui assigne une injonction à accomplir. Selon à qui l'on s'adresse, le discours sera différent ; c'est ce qui a fait dire que la fonction conative donne à la communication son aspect personnalisé ;
- la *fonction phatique* ou *phonétique* ou encore de contact centre la communication sur le canal. Lorsque l'on veut s'assurer du bon fonctionnement du canal oro-auditif, on demande par exemple : « Est-ce que vous m'entendez bien ? » En situation de face à face, les jeux de regard donnent également une bonne indication de l'intensité du « contact visuel ». Il s'agit donc d'une fonction qui permet de garder ou d'accentuer le contact, en évitant la rupture, mais sans apporter d'information à proprement parler... ;
- la *fonction émotive* ou *expressive* centre la communication sur le destinataire (l'émetteur). Tout en s'intéressant à ce que dit le patient (le contenu de son discours : fonction représentative), le thérapeute sera surtout sensible à la manière dont il le dit (sentiments, émotions, etc.). Cette fonction expressive est particulièrement étudiée en thérapie systémique, puisque l'on considère que le contenant (la façon de dire) est aussi important que le contenu (ce qui est dit) ;
- la *fonction poétique* centre la communication sur l'énoncé du message, dans ses effets esthétiques et conatifs. Elle met l'accent sur le message pris pour son propre compte ;
- la *fonction métalinguistique* centre la communication sur le code employé, le message ou la relation. On demandera par exemple à un patient : « Est-ce que vous m'avez bien compris ? Que voulez-vous dire ? » C'est cette fonction métalinguistique, parce qu'elle communique sur la communication, qui permet la levée des ambiguïtés et des malentendus.

Ce que l'on a appelé la *fonction représentative* centre la communication sur le référent. Elle exprime la finalité de l'échange : on parlera pour « dire quelque chose », pour représenter des idées, des sentiments, etc. La fonction expressive représentera par exemple ce que va dire un patient de lui-même (ce dont il se plaint, comment il a vécu tel événement, etc.). Une formule de politesse (« Bonjour, comment allez-vous ? ») a en général une vacuité informative : elle ne représente pas grand chose (sauf cas particulier, par exemple dans le cas de deux sujets fâchés qui ne se saluaient plus et le font à nouveau). Le « remplissage » (parler pour ne rien dire) est cependant nécessaire dans une conversation, laquelle ne peut être composée uniquement de moments forts, à la fois informativement et émotionnellement<sup>44</sup>.

44 Le bavardage et les microéchanges banals quotidiens entretiennent la socialisation, et lui sont même nécessaires. Loin d'être un remplissage stérile, cet « inessentiel nécessaire » ou ce « nécessaire superflu » est absolument indispensable dans la vie sociale. Une déclaration d'amour qui se résumerait à trois mots (« Moi aimer toi ») n'aurait guère de chance d'advenir...

## Les différents niveaux du langage : multicanalalité ou multimodalité de l'interaction

Déjà en 1951, Bateson avait distingué deux niveaux (ou fonctions) dans toute communication, ou dans tout message :

- le niveau de l'information elle-même, c'est-à-dire de son contenu ; il l'appelait le « compte rendu » (*report*), pour insister sur son aspect positif, de transmission de données (faits, opinions, sentiments, etc.) ;
- le niveau correspondant à la manière dont il convenait de prendre cette information, comme pour savoir « si c'est du lard ou du cochon » (c'est-à-dire finalement à quoi s'en tenir) ; il l'appelait l'« ordre » (*command*), parce que c'est de lui que dépend le sens relationnel du message. Par exemple, l'injonction à un enfant « viens » peut aboutir à son effet inverse, la fuite, si le regard de l'adulte qui lui parle est perçu comme étant menaçant.

Bateson a donc montré que tout message portait à la fois sur le contenu (« compte rendu ») et sur la relation (« ordre »), et a axé ses recherches sur ce second aspect, l'aspect relationnel. À la suite de ses travaux, et par glissement, il a été habituel de considérer deux grands niveaux à tout échange communicationnel :

- un *axe discursif*, plus particulièrement verbal, assurant la dimension informative du discours (c'est l'axe du *report* décrit ci-dessus) ;
- un *axe de coordination* de l'ensemble des informations précédentes, à prédominance non verbale (expressions émotionnelle, gestuelle, vocale, etc.).

Le premier axe est de type verbal, *digital*, et le second non verbal, *analogique*. Ces deux niveaux renvoient à deux types de langage : le « langage verbal » et le « langage silencieux »<sup>45</sup>.

On a ensuite distingué non plus deux mais trois axes (ou canaux) langagiers :

- l'axe de la *verbalité*,
- l'axe de la *vocalité*,
- l'axe de la *gestualité* (axe kinésique).

Ces trois axes permettent de rendre compréhensible l'énoncé total (le « totexte »). Les interactants, c'est-à-dire les sujets qui communiquent entre eux, utilisent donc un totexte de structure tripartite<sup>46</sup>.

Mais là encore, une distinction s'impose, entre les messages non verbaux émis par l'interactant qui parle et ceux reçus par l'interactant qui écoute :

45 L'expression est de Edward T. Hall, *The silent language*, Doubleday Ed., New York, 1959. L'ouvrage a été traduit en langue française : *Le langage silencieux*, Marne, Paris, 1973. Dans ce livre, il compare les codes de la culture à ceux de la musique, et ambitionne la description des règles culturelles à l'instar de celle des règles de l'harmonie musicale.

46 Un auteur comme N. Markel a dénombré six canaux principaux dans la communication interhumaine en face à face : 1. le canal du discours (prenant sa source dans les organes phonatoires et perçu par l'oreille) ; 2. le canal cinétique (source : mouvements corporels, percepteur : œil) ; 3. le canal de l'odeur (source : phénomènes chimiques odorifères, percepteur : nez) ; 4. le canal du toucher (source : peau, percepteur : peau) ; 5. le canal de l'observation (source : peau, percepteur : œil) ; 6. le canal proxémique (source : ensemble du corps, percepteur : œil).

il semblerait que la gestuelle soit bien plus utile à l'énonciateur (l'interactant qui parle... parfois avec ses mains) qu'à l'écouter (l'interactant qui reçoit le message). « Tout se passe comme si l'exposé verbal d'un raisonnement ou d'une représentation avait besoin des gestes pour la construction de l'énoncé, ou, autrement dit, comme si la mise en mots de certaines représentations avait aussi besoin d'une mise en gestes. Il apparaît ainsi très clairement que la pensée s'organise sur les coordonnées corporelles [...] » (Cosnier, 1998). Tel serait peut-être le sens de l'expression « un acte de parole »...

De telles découvertes ont profondément remis en cause l'ancien dogme de la seule nature oro-acoustique du langage. On a dû admettre, à cause de l'existence d'autres formes de communication, que si tout langage était communication, toute communication n'était pas forcément langage.

Chez l'Homme, pour qu'il y ait langage, il faut que deux fonctions aient pu se développer normalement : la *fonction représentative* (liée à la capacité qu'a le sujet de se représenter mentalement un objet absent), et la *fonction sémiotique*, permettant l'utilisation d'un système conventionnel (sémantisation des signaux conventionnels) pour informer sur l'objet qui est absent.

## Interactivité des locuteurs

Un échange conversationnel n'est compréhensible que si les locuteurs parlent chacun à tour de rôle – mais nous connaissons tous des situations où ils parlent simultanément, avec des chevauchements de discours – et surtout toujours selon des codages gestuels précis. L'étude systématique de ces derniers, par exemple à l'aide d'enregistrements vidéos d'interlocuteurs en situation de face-à-face, a permis de décrire des expressions synchronisées mimo-gestuelles, que l'on a appelées « synchronie interactionnelle », ou « coordination interactionnelle » ou encore « danse des interactants ». Ces expressions assurent une indispensable fonction de copilotage et d'encadrement du langage verbal. Lorsqu'elles dysfonctionnent, par exemple dans des échanges à transaction psychotique, apparaissent très vite d'importantes difficultés communicationnelles.

Jacques Cosnier et al. (1996) ont décrit une fonction importante du langage : « la voie *empathique*, qui utilise directement par des processus d'échoïstation-identification » en miroir le corps du partenaire. « Le corps sert donc d'instrument d'analyse des affects d'autrui. » Le concept de *partage empathique* cherche à rendre compte du fait qu'il existe une voie qui « utilise une identification corporelle massive et non consciente, et ne passe pas par les systèmes d'échanges de signaux »<sup>47</sup>.

47 Cosnier décrit ainsi ce qu'il appelle l'« analyseur corporel » : « Cette identification au corps du partenaire (ainsi qu'éventuellement à sa voix), est parfois visible avec des mimiques, gestes et postures "en miroir", ou parfois reste subliminaire (mais nous savons aujourd'hui que la perception des mouvements d'autrui se reflète dans les aires motrices de son partenaire). Cela correspond au phénomène d'"échoïstation" : l'échoïstation corporelle du corps de l'autre, "modèle effecteur", permet donc à l'échoïstant d'induire en lui, au moins *a minima*, un état affectif apparenté à celui de cet autre. »



Le rôle que joue le corps apparaît donc comme étant absolument capital dans les phénomènes d'interrelations langagières humaines (et encore plus chez les animaux).

### Multifonctionnalité des échanges communicationnels

Les théoriciens des actes de langage, tels Austin ou Searle, ont expliqué que la prise de parole, parce qu'elle représentait un acte, permettait de réaliser un faire. La *pragmatique linguistique* a particulièrement étudié cette perception des actes de langage en terme d'actions.

### Importance de la contextualité

Thème cher aux systémiciens, la contextualité donne un sens et une fonction aux événements, en particulier lorsqu'il s'agit d'actes de parole. La *pragmatique inférentielle* affirme que c'est le *travail de contextualisation* qui permet l'intelligibilité du message (compétence communicative), c'est-à-dire à la fois sa compréhension (compétence linguistique) et son interprétation (compétence pragmatique). De même la poésie, en tant que sublimation, est – elle aussi – indispensable aux interrelations humaines que la création artistique (autre forme de langage).

### Axiomatique moderne de la communication

Combinés aux découvertes de l'École de Palo Alto et de Paul Watzlawick en particulier, tous ces travaux ont abouti à énoncer plusieurs axiomes (A, B, C), dont les implications cliniques s'avèrent considérables<sup>48</sup>. L'axiome A est de type pragmatique, le B de type syntaxique et le C de type sémantique :

- A : on ne peut pas ne pas communiquer. Le refus de répondre, par exemple, est déjà en lui-même un message envoyé à l'interlocuteur. La situation de non-communication n'existe pas, si l'on est en mesure de communiquer évidemment (la situation d'un sujet comateux est un cas particulier). Ne dire que des banalités revient à réduire au minimum l'information contenue dans le message<sup>49</sup>. Cet axiome a deux grands corollaires : de même qu'on ne peut pas ne pas communiquer, on ne peut pas ne pas se comporter (un non-comportement n'a pas plus de sens qu'une non-communication) ; tout comportement a valeur de communication, de message.

48 Remarquons que l'éditorial du premier numéro de la revue suisse *Thérapie familiale* (1980) place en épigraphe introductif les trois axiomes : « Il n'est pas possible de ne pas communiquer », « Tout comportement est une information », « L'information est une différence ». Bateson en avait, en son temps, défini cinq : on ne peut pas ne pas communiquer ; toute communication présente simultanément les deux aspects du contenu et de la relation ; la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communications ; les deux modes de communication sont de type digital ou analogique ; tout échange communicationnel est symétrique ou complémentaire selon qu'il est fondé sur l'égalité ou la différence.

49 Dans une conversation, tout semble se passer comme si la richesse de l'information correspondait au « petit plus » qui est dit, justement en plus du nécessaire et du banal : c'est ce « petit plus » qui correspond véritablement à l'élément créatif personnel.

- **B** : toute communication comporte deux niveaux. L'un est le contenu (l'indice) et l'autre, plus abstrait, est relationnel (l'ordre). D'où la hiérarchisation de la communication : le second niveau englobe le premier en ce sens qu'il est une *métacommunication*<sup>50</sup> ; d'où également l'existence de plusieurs codages à différents niveaux, et la nécessité de signaux identificatoires des modalités de la communication (manifestation des affects : joie, colère, surprise, etc.). La ponctuation des séquences de communication est également extrêmement importante dans la précision du discours ; précisons justement que cette ponctuation peut être gestuelle (par exemple des signes d'impatience qui manifesteront une interruption prochaine de la conversation).
- **C** : toute communication n'a aucun sens *a priori*. Elle a besoin d'un *cadre contextuel* métacommunicatif. Elle ne prend son sens que grâce à la combinaison simultanée d'une multitude d'éléments, qui permettent de lever l'ambiguïté et les erreurs d'interprétation. Ce sont donc la manière dont les choses sont exprimées et leur contexte qui permettent de saisir le sens des messages interindividuels. Telle est probablement la grande leçon que nous ont donnée les chercheurs de l'École de Palo Alto et ceux actuels de l'éthologie des communications.

## Apport des recherches en sciences physiques

L'origine de la pensée systémique, dans le monde scientifique, est certainement à mettre au crédit d'une discipline qui est née au début du *xx*<sup>e</sup> siècle, la *cybernétique*. Ce néologisme a été formé en 1948 à partir du mot grec *kubernetes* qui signifie pilote, timonier ou gouvernail d'un navire<sup>51</sup> : la cybernétique se voulait à l'origine une *science du contrôle*, en ce sens qu'elle se donnait pour objet l'étude scientifique des mécanismes de régulation régissant des systèmes naturels et artificiels complexes, apparemment hétérogènes<sup>52</sup>.

Deux grands ouvrages feront date : celui de [Norbert Wiener \(1948\)](#), ainsi que celui de [Claude Shannon et Warren Weaver \(1949\)](#). Leur parution peut

50 Ce terme de *métacommunication* fut introduit par Gregory Bateson en 1951 pour signifier une « communication sur la communication ». Watzlawick l'utilisera cependant dans le sens d'« aspect relationnel de la communication » (en opposition avec le contenu informatif véhiculé par le message).

51 [Isabelle Orgogozo \(1997\)](#) explique ainsi la métaphore : « La conduite d'un navire, du temps des Grecs anciens ou des amateurs de bateau à voile aujourd'hui, consiste : 1. à observer la position du soleil et des étoiles, la force et le sens du vent, la côte que l'on a quittée et celle vers laquelle on se dirige ; 2. à s'orienter et diriger le bateau en fonction de ces différentes informations. Autrement dit, le pilote du bateau est en interaction permanente avec de multiples sources d'information qui modifient ses décisions et ses actions au fur et à mesure qu'il les reçoit et les traite ; ou encore, le pilote, le soleil, les étoiles, la côte, la direction et la force du vent forment un réseau de circulation d'information, ou un système doué d'une intention : arriver à tel port selon les modalités que permettront les circonstances. »

52 Sans amoindrir l'apport de la cybernétique à la systémique, un systémicien comme Harold Goolishian considère la première davantage comme une sorte d'ingénierie fondée sur le contrôle que comme une véritable science de la compréhension des mécanismes régulateurs.

s'expliquer par le contexte politique très particulier de l'époque : Wiener avait été chargé de mettre au point de savants réglages de tirs de canons anti-aériens. Ses calculs l'amènèrent au concept de *feed-back* (rétroaction, rétrocontrôle), rendant compte du fait que *tout effet puisse réagir sur sa cause*. Le modèle physique de Wiener est donc *circulaire* (celui, mathématique, de son élève Shannon est en revanche linéaire<sup>53</sup>).

Cette conception conduisait à théoriser à la fois sur la nature de l'information (qui, d'après Wiener, n'était ni vraiment de la matière ni vraiment de l'énergie – Einstein a expliqué pourtant que l'une n'allait pas sans l'autre – mais quelque chose de particulier, d'irréductible : de l'information, tout simplement), et à envisager les choses d'un point de vue technologique, dépendant de lois mathématiques précises.

La « révolution cybernétique » avait déjà été initiée en 1937 par la machine de Turing, à l'origine de la théorie des automates, ainsi qu'en 1943 par les travaux de Mc Culloch et Pitts sur les réseaux automates finis (dont le système nerveux représentait le paradigme). Von Neuman avait, quant à lui, imaginé les plans d'un ordinateur, en 1945. Tout cela débouchera sur l'intelligence artificielle et les théories de l'information.

## Théorie générale des systèmes de Bertalanffy et cybernétique de premier ordre

Le biologiste Ludwig von Bertalanffy a, le premier<sup>54</sup>, décrit les *lois cybernétiques des systèmes ouverts à l'équilibre*, lois censées régir la stabilité de tels systèmes<sup>55</sup>. À cette époque, les efforts des chercheurs portaient essentiellement sur l'étude de machines possédant la capacité de corriger les déviations de l'équilibre grâce à des mécanismes de type *feed-back* négatif.

Si les thérapeutes familiaux ont longtemps réduit sa contribution à l'approfondissement des mécanismes du *feed-back*, alors que l'apport théorique de von Bertalanffy est plus important, c'est peut-être parce qu'ils ont été fortement impressionnés par les travaux de Bateson sur les théories de l'apprentissage, lesquels font une très grande utilisation de ce concept de rétroaction<sup>56</sup>.

53 Peut-être faut-il y voir le souci commercial (non au sens économique, mais au sens de physique appliquée à un service) de Shannon qui travaillait dans un laboratoire de la Compagnie Bell Telephone ?

54 Ilya Prigogine nuance cette paternité : « C'est en 1928 que les élèves de De Donder avaient introduit la notion de "système ouvert" qui a été reprise depuis par Bertalanffy. Celui-ci s'est fort intéressé au théorème de production d'entropie minimum que j'ai établi en 1945 et qu'il présentait comme un exemple d'équifinalité », in : Débat entre Ilya Prigogine, Félix Guattari et Mony Elkaïm, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 1993, 15, 101-119.

55 L'ambition de Ludwig von Bertalanffy était d'inventer des lois universelles de ce qu'il appelait la « complexité organisée », valables dans le domaine physicochimique autant qu'en biologie. La tentation des chercheurs en sciences humaines était donc grande de vérifier la validité de ces lois en psychologie familiale.

56 C'est probablement en participant aux « Conférences Macy », qui réunissaient des chercheurs d'horizons divers et dont émergera la science cybernétique, que Bateson a eu l'idée d'appliquer le concept de *feed-back* à ses observations anthropologiques.

L'idée géniale des membres de l'École de Palo Alto fut d'établir un parallèle entre ces lois, physiques, et celles, psychologiques, censées régir le fonctionnement familial. Dans cette logique, la famille fut comparée à un système ouvert, à l'état d'équilibre, soumis à des lois de fonctionnement interne très précises, mais susceptible de présenter parfois des problèmes, équivalents aux symptômes. L'expression de *dynamique familiale* renvoie d'ailleurs à cette vision physique de la famille. Le thérapeute, tel un mécanicien, devait réparer les pannes afin que le système poursuive sa course.

Appliquées aux modes de fonctionnement de familles étudiées en thérapie, ces lois physiques ont eu pour conséquence d'amener les cliniciens à réfléchir davantage sur la notion de stabilité que sur celle de changement ; c'était en effet la permanence temporelle d'un symptôme qui intriguait les chercheurs de cette époque. Comment se faisait-il alors que tel problème perdure, que la famille n'ait pas trouvé d'autre solution, que le patient n'arrive pas lui-même à s'en sortir, étaient des questions soulevées par cette approche très particulière de la famille. Le symptôme apparaissait comme permettant de maintenir les choses en l'état, peut-être parce que les changements se seraient avérés trop dangereux pour l'équilibre de la famille.

En revanche, l'aspect diachronique des événements se trouvait quelque peu négligé, voire même parfois occulté, par une telle vision synchronique et par trop radicale. *L'ici et maintenant* intéressait davantage que les profondeurs historiques qui avaient conduit au problème ; ou alors, seule l'histoire récente était réellement prise en compte<sup>57</sup>. On comprendra facilement l'opposition théorique des psychanalystes à cette approche que l'on pourrait presque qualifier d'« anhistorique », dans tout ce qu'elle a de refus de prendre en compte les éléments lointains du passé, et surtout on ne s'étonnera pas des multiples contre-exemples, bien réels, à ce carcan théorique. C'est pourquoi les systémiciens se sont peu à peu éloignés de cette vision réductrice de la famille – qui a pourtant rendu d'appréciables services à certaines équipes n'arrivant pas à comprendre la permanence des symptômes – pour admettre qu'il existait d'autres lois, en particulier celles concernant les systèmes ouverts loin de l'équilibre : ce furent essentiellement les travaux de I. Prigogine, de P. Dell et de M. Elkaim.

## Les principales propriétés formelles des systèmes ouverts à l'équilibre sont décrites de la façon suivante

### Totalité du système

Par définition, le système est un tout, constitué d'un assemblage d'éléments en interrelation constante, ce qui signifie que tout changement, même mineur, d'un des éléments retentit sur l'ensemble du système et donc indirectement sur les autres éléments. Cette propriété formelle nous semble maintenant évidente

<sup>57</sup> Ces travaux, parce qu'ils portaient sur les systèmes énergétiques à l'équilibre ou voisins de l'équilibre, ne pouvaient servir de modèle théorique valable qu'à des systèmes humains particulièrement stables, misonéistes voire même rigides. Appliqués à des systèmes ouverts loin de l'état d'équilibre, de telles théories devenaient rapidement inopérantes, pour ne pas dire fausses, d'où le recours, dans de tels cas, à d'autres recherches, dont celles d'Ilya Prigogine.

en psychologie familiale. C'est en tout cas elle qui fonde l'intervention des tiers, les soignants, au sein du système familial, considéré dès lors dans son ensemble. Mais cet ensemble n'est justement pas réductible à la somme des membres qui le fondent, d'où une deuxième loi, tout aussi importante que la première.

### Non-sommativité des éléments

L'interaction constante des membres fait que les possibilités interactives du système se trouvent multipliées et non plus seulement additionnées comme s'il s'agissait d'une simple juxtaposition d'éléments autonomes. Le concept de « qualité émergente » a été inventé pour rendre compte de cette constatation. Les thérapeutes familiaux vérifient quotidiennement l'existence d'effets cumulatifs complexes résultant du fonctionnement même du système : un plus un font ici bien plus que deux<sup>58</sup>.

Si l'on couple par exemple deux molécules d'hydrogène (un gaz) à une molécule d'oxygène (un autre gaz) l'on obtiendra de l'eau (un liquide) : une qualité nouvelle émerge de cette combinaison.

### Équifinalité

Le fait que le système forme un tout, unique et cohérent – bien que composé d'éléments distincts – a pour conséquence l'existence d'interactions spécifiques, c'est-à-dire non pas anarchiques, mais au contraire très codifiées, faute de quoi le système exploserait à court terme. Cette cohérence interne, de prime abord cachée, n'apparaît que lorsque l'observateur étudie la finalité du système (dont l'expression la plus commune est le misonéisme). Cette finalité, à laquelle contribue activement – même à son insu – chaque élément du système, est le résultat non de relations de type causaliste, mais de relations circulaires, constituées des boucles complexes de rétrocontrôle (*feed-back*). L'équifinalité du système ne pourra donc pas s'appréhender par une simple logique de cause à effet, contrairement à ce que l'on observe en général dans la pensée médicale commune (par exemple une fièvre, sur une infection provoquée par un virus) ; ici l'étude porterait non seulement sur la séquence causaliste virus-infection-fièvre mais aussi sur le contexte : pourquoi tel virus a-t-il atteint tel individu, dans quelles circonstances, à quel moment, etc. ? L'équifinalité du système immunitaire aurait ici été de défendre l'organisme contre l'attaque virale.

### Homéostasie

Lorsque Cannon (1932) définit le concept d'homéostasie du milieu intérieur d'un organisme vivant, il ne se doutait certainement pas que son concept, biologique à l'origine, ferait florès en thermodynamique puis en psychologie<sup>59</sup>.

58 Clin d'œil à Philippe Caillé qui a écrit l'ouvrage : *Un et un font trois. Le couple révélé à lui-même*, ESF, Paris, 1991.

59 L'homéostasie y est décrite comme la nécessité qu'a une cellule vivante de maintenir stables les constantes physiologiques de son milieu intérieur. Mais pour cela, la cellule est en perpétuel mouvement, elle doit assurer ses échanges, arriver à modifier en permanence son milieu intérieur (mécanismes d'oxydation, mouvements ioniques, ingestions indispensables à sa nutrition, élimination des déchets, etc.). L'homéostasie n'est donc pas l'immobilisme ; elle est au contraire un *équilibre dynamique*, témoin d'une activité intense dont la conséquence est le maintien, dans une certaine « fourchette » normative, de constantes biologiques importantes pour la survie du système cellulaire ou tissulaire.

Von Bertalanffy, en montrant l'importance des mécanismes de *feed-back* (rétroaction négative), attira l'attention des thérapeutes familiaux sur l'existence de forces antagonistes, dont l'équifinalité était, au total, le maintien d'une stabilité du système (l'homéostasie n'est pas une tendance au non-changement : elle est définie par rapport à une norme de fonctionnement, laquelle nécessite des changements pour se maintenir)<sup>60</sup>.

Ce fut historiquement Don Jackson qui le premier, en 1957, suggéra l'idée selon laquelle une famille s'autorégulait de manière homéostatique. Tout semblait se passer, dans les recherches des pionniers de l'École de Palo Alto, comme si la famille développait des « moyens de contention », dont la fonction était de résister aux changements – ces derniers étant vécus comme « dangereux » – mais pas toujours de manière très efficace ; d'où des crises, se manifestant par l'apparition de symptômes.

On comprend immédiatement l'originalité d'une telle approche du problème : ce n'était plus le patient, porteur isolé du symptôme, qui intéressait les thérapeutes, mais l'ensemble de la famille, comprise comme ayant elle-même un symptôme ; il est effectivement « porté » par un de ses membres – le « patient-désigné » – en sachant que l'apparition de ce symptôme n'est certainement pas neutre, et que sa fonction ne peut être valablement comprise que dans le contexte très particulier d'un système homéostatique. Autrement dit, le symptôme a un sens non seulement au niveau du fonctionnement personnel du sujet, mais aussi, et peut-être surtout, au niveau du fonctionnement de la famille dans son ensemble. Vu sous cet angle novateur, le symptôme apparaissait comme une lutte de l'ensemble de la famille pour ramener le système à un état d'équilibre antérieur, bien connu, rassurant, et capable de perpétuer le fonctionnement à loisir.

Par la suite, le dogme initial de la fonction homéostatique du symptôme fut vivement critiqué par l'École de Palo Alto. Ce dogme en effet ne parvenait pas à expliquer certains phénomènes :

- il s'avérait inopérant pour rendre compte de l'apparition d'un problème, par hasard ou par coïncidence. Les théories modernes du chaos en revanche s'efforcent d'apporter un éclairage sur la question ;
- il niait l'existence des crises normales émaillant la vie d'un couple, d'une famille, etc., entretenues par des tentatives inadaptées de résolution du problème, malgré les bonnes intentions de départ.

Mais on a un peu vite oublié que dans son monumental ouvrage de 1968 *General System Theory*, von Bertalanffy mettait en garde contre l'utilisation sauvage et galvaudée de ses découvertes. Il avait pris soin de préciser en effet que le schéma homéostatique ne s'appliquait pas aux activités spontanées, aux processus de croissance et de développement, donc aux comportements humains...

60 À l'origine, les théoriciens de Palo Alto, comme Paul Watzlawick, ne parlaient que de rétroaction négative (le classique *feed-back*) s'opposant au changement ; mais il a fallu aussi admettre l'existence de rétroactions positives (que Lynn Hoffman en 1971 a appelées « processus amplifiant la déviation ») pour rendre compte du fait que l'homéostasie était la conséquence observable de multiples et très subtils rapports de forces antagonistes.

## Autres apports théoriques

Les travaux de thermodynamique de L. von Bertalanffy sont maintenant anciens. Les chercheurs se sont également intéressés aux phénomènes de hasard, parce qu'ils empêchent de savoir dans quelle direction évoluera le système et surtout ce qu'il deviendra vraiment. Comme en matière d'estimation de la dangerosité, le recours à une *théorie des jeux* est précieux pour tenter de systématiser une modélisation de ces phénomènes<sup>61</sup>. Or s'il est des systèmes vivants principalement régis par les lois du hasard, ce sont bien les systèmes humains...

La théorie de la relativité d'Einstein et les recherches sur les quantas ont également inspiré les systémiciens. S. Lupasco et B. Nicolescu sont à l'origine d'une conception énergétique des systèmes basée sur les extrapolations de la mécanique quantique. Ilya Prigogine et son équipe ont plus particulièrement étudié le devenir des systèmes ouverts à l'écart de l'état d'équilibre<sup>62</sup>. **Mony Elkāim (1983)** explique que, à l'écart de l'équilibre, « l'évolution d'un système est liée non pas à une loi générale, mais aux propriétés intrinsèques de ce système, par exemple la nature des interactions entre ses éléments. Ces interactions peuvent provoquer un état instable et une bifurcation spécifique qui sépare abruptement différents modes de comportement ».

Interviewé par Chantal Calatayud et Xavière Santoni, le boulanger français **Lionel Poilâne (1999)** résume les choses d'une manière surprenante de clarté : « Que l'on soit dans l'infiniment grand ou dans l'infiniment petit, la réalité se dérobe : l'illustration en est bien le " quark", lequel est une particule quand on le regarde et qui en devient une autre lorsque l'on ne le regarde plus : l'observateur change la nature du "quark". Cela me fascine ! Récemment, à ma fille qui me demandait ce qu'est la [mécanique] quantique, j'ai répondu de façon un peu maladroite : "C'est la notion suivant laquelle un observateur, lorsqu'il regarde quelque chose, fait que ça existe. Quand tu regardes l'arc-en-ciel, avec toutes ses belles couleurs, il n'existe que parce que tu es là ; si tu n'étais pas là, il n'existerait pas" ».

61 La forte probabilité de voir émerger tel fonctionnement, au détriment de tel autre, dépend à la fois des propriétés interactives intrinsèques des éléments du système, et de l'histoire de ce système. C'est ainsi que lorsqu'un thérapeute amplifiera une manière de faire de la famille, il provoquera des oscillations de plus en plus importantes du système, lequel finira par devoir trouver un nouvel équilibre, qui sera alors non pas aléatoire mais fonction de l'histoire de cette famille. Ce point est capital, dans la mesure où il pare au reproche, trop facile, adressé aux thérapeutes systémiciens de ne travailler que dans *l'ici et maintenant*.

62 En 1972, Prigogine, Nicolis et Babloyantz ont publié un article resté célèbre sur la thermodynamique de l'évolution. Prigogine s'est ensuite beaucoup intéressé au devenir des systèmes à l'écart de leur équilibre habituel. Il a constaté qu'à force de soumettre un système à des perturbations intenses (venant de l'extérieur, ou de l'intérieur du système), le système changeait d'état : en poussant artificiellement un système très loin de son état d'équilibre, de nouvelles formes d'organisations apparaissaient. L'amplification des perturbations crée donc un nouvel état d'équilibre, dont toutes les données ne sont pas prévisibles au départ. Ces découvertes importantes remettaient en question la deuxième loi de la thermodynamique (laquelle énonçait que tout système tendait à la longue vers un état d'entropie, c'est-à-dire de désorganisation) ; or ici, le système accroît son ordre interne dans le sens d'une plus grande différenciation, qui le fait changer d'état.



En 1972, René Thom a été à l'origine de la *théorie des catastrophes* : lorsque survient une « catastrophe » dans un système complexe, le changement qu'elle entraîne met toujours un certain temps à se manifester (règle du retard) ; le système change alors subitement son fonctionnement : dès qu'est atteint un certain point critique, un saut à la fois qualitatif et quantitatif apparaît, qui modifie complètement l'ensemble (à l'image de la goutte d'eau faisant déborder le vase, lorsqu'une certaine valeur critique du récipient est atteinte : brutalement, une partie du liquide déborde, entraînant dans son sillage bien davantage que la petite goutte d'eau en trop). Les analogies avec les phénomènes de rupture et de crise familiale responsables de changements d'état sont évidentes.

Pour Mony Elkaïm, quatre grandes pistes de réflexion méritent d'être mentionnées, dans ce qu'elles sont susceptibles d'apporter au développement conceptuel des thérapies systémiques : celles relatives aux concepts de *structure dissipative*<sup>63</sup>, de *valeur critique*, de *distance de l'équilibre* et de *bifurcation*. L'idée directrice qui préside à toutes ces recherches est qu'à partir d'une certaine valeur critique de rupture de l'état d'équilibre, appelée point de bifurcation (dépendant de la variation simultanée de plusieurs paramètres), on assiste à un changement d'état aussi brutal qu'imprévisible, tendant vers un nouvel équilibre.

Ces recherches cliniques sont directement inspirées des *théories du chaos*, qui ont attiré récemment l'attention des physiciens. Ces théories, nées dans les années 1960, sont inspirées des travaux en laboratoire de Edward Lorenz, chercheur américain en météorologie, inventeur de l'« effet papillon » (métaphore du papillon qui, par le simple mouvement de ses ailes, pourrait arriver à déplacer de telles masses d'air qu'il en résulterait un ouragan, si son infime mouvement était amplifié) ; ainsi, des modifications même infimes dans les variables d'un système, pouvaient conduire à des changements très importants. On s'est également rendu compte que du prévu – relatif – pouvait émerger de l'imprévu, qu'un certain ordre pouvait sortir du désordre, du chaos<sup>64</sup>. La *théorie des attracteurs étranges* rend compte de cette découverte surprenante de physique.

63 En physique, un système dissipatif peut échanger de l'énergie (contrairement à un système conservatif).

64 La *théorie du chaos* à laquelle font référence les physiciens modernes concerne des systèmes dont la dynamique apparaît à l'observateur comme étant très désordonnée : au lieu d'être réguliers, déterminés, et donc prévisibles comme les grands systèmes de la mécanique classique (par exemple la régularité des rotations de la terre autour du soleil), les systèmes chaotiques (par exemple météorologiques ou, dans un tout autre domaine, économiques) sont surprenants et probabilistes ; pour autant, ils ne fonctionnent pas n'importe comment : il se trouvent eux aussi régis par des lois, certes fort complexes, mais que peuvent mettre à jour des représentations mathématiques modalisées par outil informatique ; ces dernières montrent que les systèmes en apparence chaotiques fonctionnent avec des invariants (lesquels peuvent prendre par exemple la forme d'attracteurs), donc avec un petit nombre de degrés de liberté. Ainsi, on s'est rendu compte que ce que l'on considère, par facilité, comme relevant du hasard, est en fait la conséquence d'un enchaînement de petites causes et interactions passées inaperçues qui, amplifiées, aboutissent à un grand effet (cf. l'effet papillon de Lorenz) : le phénomène, maintenant bien connu, dit de *sensibilité aux conditions initiales*, témoigne ainsi du fait qu'un micro-changement de départ puisse entraîner un macro-changement à l'arrivée.



La théorie du chaos a conduit à des tentatives de modélisation mathématique appliquée, destinées à rendre compte de l'émergence de certains symptômes pouvant apparaître au sein de familles dites à transaction schizophrénique. Guy Ausloos (1997)<sup>65</sup> par exemple a montré que des troubles émergents de la communication pouvaient être modélisés en quelques paramètres de base (par exemple trois, en référence au modèle physique tridimensionnel, ou au modèle bio-psycho-social), dont les aléas évolutifs n'aboutissaient pas à n'importe quoi mais bien au contraire à une sorte d'organisation, relativement prévisible, dans un « secteur » déterminé, et qui s'apparentait à ce que Lorenz avait décrit sous le nom d'*attracteur étrange*. Autrement dit, il se pourrait que des troubles importants de la communication soient générateurs de psychose – à moins que ce ne soit l'inverse – mais pas de n'importe quelle organisation psychotique : une organisation relativement précise, sorte de « spectre » de pathologie psychiatrique (en référence aux travaux sur le « spectre de la schizophrénie »).

De même, dans des contextes d'exception (pensons à la guerre, à des catastrophes, etc.), les réactions psycho-comportementales de chacun sont imprévisibles. Tout semble alors se passer comme si un nouvel état d'équilibre était trouvé, loin du premier, grâce à la période de crise qui a correspondu au changement de contexte. Autrement dit, même au sein du plus grand désordre apparent, il est possible de retrouver, en certains espaces, un ordre relatif.

## Apport des recherches biologiques

Ne nous y trompons pas : contrairement à ce que pourrait laisser penser l'intitulé du présent chapitre, la cybernétique de second ordre n'est pas née de l'apport des sciences biologiques mais bien de celui des sciences physiques. C'est l'étude des limites de l'ancienne conception énergétique qui a poussé les chercheurs à en inventer une nouvelle. Et dans cette étude des limites, la biologie a joué un rôle princeps : lorsque l'on se rend compte que l'entropie est négative dans un système biologique vivant (parce qu'il s'agit d'un système ouvert), il n'est plus possible d'appliquer les vieux principes de la thermodynamique classique, linéaire<sup>66</sup>.

65 Se rapprochant de la conception szondiennne des pulsions, les auteurs écrivent que « quel que soit le niveau symptomatique (ou encore le diagnostic psychiatrique), chaque fois est présente la même subdivision en quatre catégories fondamentales appelées vecteurs : celui du Contact, du Sexuel, du Paroxysme et du Moi, chacun subdivisé en deux sous-vecteurs. Ces quatre vecteurs sont toujours présents chez chacun de nous, mais l'un d'eux peut être exprimé de façon prépondérante dans un symptôme, donnant lieu ainsi à quatre grands registres psychopathologiques : celui des thymopathies, des perversions, des névroses, des psychoses. Cette structure des quatre vecteurs nous semblerait pouvoir correspondre au faisceau de possibles de notre attracteur étrange, à la structure invariante ».

66 Clausius avait montré que l'énergie d'un système isolé (fermé) était constante, et que son entropie augmentait jusqu'à un climax (maximum) : le système ne cessait de se désorganiser, et s'uniformisait jusqu'à un état d'équilibre qui correspondait à une sorte d'inertie.

## Modèle de l'autopoïèse et cybernétique de second ordre

Tandis que la cybernétique de premier ordre s'était intéressée à la description du *système observé*, la cybernétique de second ordre (et non de deuxième ordre, car, pour l'instant, il n'en existe pas un troisième) s'est préoccupée du *système observant*. Elle est donc une cybernétique de la cybernétique, née principalement des travaux de Maturana et de Varela, de ceux de von Foerster, ainsi que de ceux de Keeney.

Elle a grandement intéressé les thérapeutes familiaux systémiciens car elle les incitait à davantage de modestie professionnelle ; elle les a convaincus en effet que leur observation, que certains avaient pu croire neutre, était en fait « participante » (théorie de l'*observation participante*), c'est-à-dire modifiait, par sa seule existence, le système à observer. L'observateur se retrouve donc partie prenante du système qu'il observe et qui, en fin de compte, l'inclut lui-même. De plus, aucune observation n'est absolue : ce que l'on voit n'est qu'une toute petite fraction du système à observer : d'où la théorie, d'ailleurs inspirée des travaux sur la relativité d'Einstein, selon laquelle toute observation n'est que relative au point de vue de l'observateur. Pour couronner le tout, on s'est rendu compte que même la petite parcelle qu'observait l'observateur – et qu'il modifiait en l'observant – n'était pas entièrement analysable par l'observateur : ce dernier délaisse des quantités phénoménales d'information, car ce qu'il observe, il ne peut le voir qu'à travers sa propre grille de lecture, personnelle, conditionnée par son histoire, son vécu, son instrument de mesure, etc. Autrement dit, il déforme ce qu'il voit, n'en voit qu'une partie, et ne voit que ce qu'il était habitué à voir ! Ces trois réserves relativisaient quelque peu la soi-disant toute-puissance de l'observation scientifique...

Deux biologistes chiliens, [Humberto R. Maturana et son élève Francisco J. Varela \(1973\)](#), ensemble mais aussi séparément, ont développé une théorie originale, à point de départ biologique, et à extensions linguistique, sociologique, anthropologique et évidemment psychopathologique, ce qui justifie ici la place de ce chapitre. Mais Maturana ne fut pas écouté lorsqu'il mit en garde les thérapeutes familiaux contre les dérives liées à une extension abusive et hors contexte de son concept. Dès 1982, en particulier sous l'impulsion de Paul Dell, nombre de systémiciens crurent bon d'envisager les familles sous l'angle de la *vision autopoïétique*, ce qui ne signifie nullement que la famille soit forcément assimilable à un système autopoïétique<sup>67</sup>.

### Quelles sont les principales caractéristiques d'un système autopoïétique ?

Un système est dit autopoïétique dans la mesure où il est cohérent, dynamique, ouvert à l'échange énergétique et communicatif, interactionnel

<sup>67</sup> Autopoïèse (ou auto-poièse) = autopoïésis. On pourrait traduire cette notion par l'idée d'une *identité structurelle* que cherche à maintenir le système. Les *systèmes autopoïétiques* sont des systèmes biologiques auto-organisés et auto-entretenus, tandis que les *systèmes allopoïétiques* peuvent être contrôlés de l'extérieur.

avec l'extérieur (sa niche environnante), autoproducteur et créateur (allant jusqu'à la possibilité de reproduction), mais avec des boucles internes court-circuitées c'est-à-dire sans entrée ni sortie ; d'où une « clôture opérationnelle » (dite aussi fermeture autopoïétique), témoignant de la frontière topologique et de l'identité du système<sup>68</sup>.

Plutôt que de concevoir les choses sous l'angle d'une « boîte noire » avec des entrées et des sorties d'information (ce qu'avait fait la cybernétique de premier ordre), la cybernétique de second ordre les envisage sous l'angle d'un système apte à autoréguler cette information<sup>69</sup>.

Tout changement important d'un composant du système provoque inévitablement une modification globale de l'ensemble. On comprendra qu'ainsi conçu, le système soit *autonome*, et *auto-producteur* (pensons à son étymologie grecque) ; il est donc son propre produit, en train de s'actualiser en permanence (l'inverse est appelé : système hétéronome).

Mais le prix à payer, si l'on peut dire, pour que l'organisation du système ne change pas alors que le système doit s'adapter aux événements, en particulier ceux extérieurs, est le *changement structural* : la structure change pour que l'organisation ne change pas<sup>70</sup>.

Maturana soutient que « l'organisation d'un système est la configuration de relations entre composants qui définit sa classe d'identité. En même temps, pour moi, la structure d'un système s'identifie à ses composants réels et aux relations effectives entre ceux-ci que maintient un système en tant que cas particulier d'une classe donnée. C'est pourquoi l'organisation d'un système, à savoir la configuration de relations qui définit son identité de classe, est nécessairement invariante. S'il y a un changement d'organisation, le système se désintègre et quelque chose d'autre apparaît à la place » (Maturana, 1988).

Le système biologique vivant a donc une *unité plastique*, capable d'adaptation dont la finalité est le maintien du *milieu intérieur*. Une cellule en est le paradigme. C'est ainsi que toute unité biologique vivante, parce qu'elle

68 Ce concept de « clôture opérationnelle » traduit le fait, pour Maturana, que l'organisation interne du système a mis en place des processus qui, à la fois dépendent récursivement les uns des autres pour l'entretien de ces processus, et forment un domaine clos (une unité spatiale spécifique et reconnaissable). L'entité qui en résulte est donc finie, mais avec des échanges infinis (en son sein et avec l'extérieur).

69 Appliquées à la thérapie familiale, ces conceptions incitent à penser qu'une famille n'est plus à considérer comme une énigmatique « boîte noire », mais plutôt comme un système capable de s'autogérer et de créer, grâce au couplage structurel entre ce système familial et son contexte évolutif.

70 Dans la pensée de Humberto R. Maturana, une *structure* est un ensemble d'éléments, organisés entre eux selon des lois précises (les lois du vivant, pour une cellule, par exemple) ; ces éléments peuvent, selon les besoins, changer, à la fois en quantité et en qualité ; mais ces changements, le plus souvent par redéploiement, n'affectent pas l'organisation d'ensemble, laquelle reste invariable : si une amibe change de forme en envoyant des pseudopodes, elle reste malgré tout une amibe, une et indivisible. Dans d'autres domaines, le sens de ces deux mots est inversé : la structure reste inchangée, mais son *organisation* interne change en fonction des nécessités adaptatives. Par prudence, il convient donc de définir au préalable l'acception sémantique choisie, afin d'éviter de malheureux contresens.

possède un « milieu intérieur », représente, jusqu'à sa désintégration mortelle, un système autopoïétique. Le corps humain par exemple en est un, avec sa frontière cutanée, son organisation interne extrêmement sophistiquée, et sa niche écologique environnementale.

Mais la question princeps n'est-elle pas de savoir dans quelle mesure une famille, à une plus haute échelle, peut être valablement assimilée à un tel système, et dans l'hypothèse où l'analogie serait opérante, qu'apporterait-elle concrètement au plan de la psychothérapie ?

### **Le fonctionnement familial est-il réductible à celui d'un système autopoïétique ?**

La constitution de la famille ne répond pas vraiment aux critères d'un système autopoïétique. Les principales différences se situent aux niveaux suivants :

- si la famille possède sa propre cohérence, avec ses règles de fonctionnement et ses mythes, elle est en fait une construction sociale composite et non une entité biologique. Ses limites mêmes sont variables, qu'il s'agisse du nombre de ses membres (accroissements dus à des naissances ou à de nouvelles parentés, diminutions dues à des décès ou des séparations volontaires, etc.) ou de ses limites topologiques (changement de résidence lorsque la famille s'agrandit, retraite des parents âgés dans un appartement plus petit, etc.) ;
- la famille n'est pas absolument nécessaire à la survie de l'individu. S'il est évident qu'un nourrisson ne peut survivre seul, un enfant et surtout un adulte peuvent en revanche trouver une autre niche environnementale que leur famille ;
- au sein des familles normales, ou étendues, il n'est pas systématique d'observer une modification du fonctionnement global de la famille quand survient un changement important chez un des membres. Tout semble dépendre du niveau d'autonomisation, donc de liberté, de chaque élément du système.

Dans la description – nécessairement autoréférentielle – qu'il fait d'une famille, l'observateur croit souvent se faciliter la tâche en classant et hiérarchisant les membres. Or dans un véritable système autopoïétique, le concept même de hiérarchie n'a aucun sens, chaque élément ayant sa propre importance (les mitochondries sont aussi vitales pour une cellule que son noyau...). Cette importance, tout à fait spécifique, apparaît comme étant la rançon de la spécialisation de certains éléments du système. À y regarder de plus près, il semblerait exister cependant des éléments plus importants que d'autres (l'ablation du cœur n'a évidemment pas la même conséquence que celle d'une dent...), d'où la proposition de H. von Foerster de parler ici d'*hétéarchie*, en désignant des éléments du système, organisés en sous-système, dont le dysfonctionnement est plus ou moins préjudiciable.

Il serait donc plus judicieux de considérer la famille non comme un système autopoïétique, mais comme un ensemble de systèmes autopoïétiques que sont les individus qui la composent. La disparition d'un des membres

importants du système n'implique pas en effet la disparition de l'ensemble de la famille.

## Découverte du génome et conséquences systémiques

Les travaux de M. Maruyama, en 1962, ont conduit les biologistes et les systémiciens à se pencher sur l'énigme suivante : comment se fait-il que la quantité d'information contenue dans les gènes soit beaucoup plus faible que la quantité d'information nécessaire pour rendre compte de la structure achevée d'un individu devenu adulte ?

Il fallait admettre l'existence de règles, véhiculées par certains gènes, voire tous, ce qui permettait de multiples combinaisons (un peu comme les règles musicales qui permettent de « développer » les sept notes de la gamme). C'est cette idée qui a incité les cliniciens à rechercher des règles de fonctionnement au sein des familles qu'ils avaient en charge.

De plus, à partir de 1968, Maruyama a commencé à décrire non plus une, mais deux forces, deux tendances dynamiques nécessaires à la survie d'un organisme vivant : une première qu'il a appelée *morphostase*, parce qu'elle vise à maintenir la stabilité, et une seconde, dénommée *morphogenèse*, opposée à la première car poussant le système à évoluer vers de nouveaux états d'équilibre. L'homéostasie résulterait de la combinaison harmonieuse de ces deux tendances, vision qui n'est pas sans rappeler la conception taoïste du Yin Yang.

## Comment conclure ?

Gardons toujours présent à l'esprit le fait que ce qui nous paraît maintenant si évident a pourtant demandé énormément d'énergie à nos prédécesseurs. Cette banalité pourrait bien sûr s'appliquer à de multiples domaines (physique, chimie, informatique, etc.). Murray Bowen (1978) donne une explication à cette évolution des mentalités, dans le champ des thérapies familiales systémiques. Il écrit : « Je crois que deux facteurs rendent compte de cet aveuglement. Le premier est que l'on avait changé de lentille en passant de l'observation de l'individu à celle de la famille. Le second est l'incapacité des hommes à voir ce qui est en face d'eux si cela ne coïncide pas avec leur cadre de référence théorique. Ainsi, avant Darwin, l'homme considèrerait-il la terre comme ayant été créée dans l'état où elle apparaissait sous ses yeux. Il avait pendant des siècles trébuché dessus sans voir les os des animaux préhistoriques, jusqu'à ce que cette théorie lui permit de voir ce qui pourtant était là depuis toujours ».

Il est bon de rappeler qu'un modèle, quel qu'il soit, ne se construit pas à partir de la théorie mais bien de la pratique : c'est pour expérimenter cliniquement une nouvelle technique, parce que le thérapeute ne se sentait pas suffisamment à l'aise dans celles précédemment acquises, qu'il décide, un jour et très prudemment, d'aider différemment des familles. Constatant que certains éléments novateurs, pas très orthodoxes, sont plus opérants

que d'autres, le clinicien-chercheur les isole, les sélectionne, les analyse puis les amplifie. C'est ainsi qu'il arrive, de fil en aiguille, à une autre forme de lecture des choses, qui lui permet, ainsi qu'à la famille en thérapie, de se retrouver dans la nouvelle approche. Celle-ci devient effectivement pour lui et avec le temps un « modèle », pouvant ensuite « servir de modèle » à d'autres thérapeutes, jusqu'à ce qu'à leur tour ces derniers éprouvent le besoin d'en changer, à nouveau parce qu'ils ne s'y sentent plus à l'aise, comme dans des vêtements devenus trop étroits. Autrement dit, le modèle a d'abord plu à son créateur, qui l'a ensuite diffusé, comme un couturier lançant une mode. La comparaison souligne ainsi le caractère éphémère évolutif et parfois récurrent de la chose.

Il serait aussi plus judicieux de parler ici au pluriel : *les* modèles et non *le* modèle ; le pluriel rend mieux compte de la multiplicité clinique, et des errements conceptuels...

Enfin, on n'oubliera pas ici la finalité thérapeutique de tous ces concepts : chacun d'eux représente une *grille de lecture*, c'est-à-dire une façon de voir, qui n'a d'intérêt que dans la mesure où elle représente une *porte d'entrée* dans la famille. Il appartient à chaque thérapeute, selon son histoire personnelle, sa sensibilité, son vécu, son expérience, d'utiliser telle ou telle approche qui non seulement lui convient, mais aussi dans laquelle se retrouve la famille : telle famille sera ainsi à l'aise par un abord très médicalisé, voire biologique, du problème, telle autre par une approche psychologisante, une autre encore se montrera en quête spirituelle, etc. La concrétisation de l'alliance avec la famille primera donc toujours sur la théorisation.

Ce qui relie l'ensemble des apports théoriques conceptuels à la compréhension des phénomènes familiaux, ou plus généralement sociaux, est l'idée qu'il existe une similitude structurelle au sein des diverses organisations vivantes : une cellule vivante, une paramécie, un protozoaire, un être humain, une famille, un groupe social, possèdent, chacun à son échelle, un certain degré d'organisation, avec une hiérarchie, des signaux de communications, un fonctionnement bien particulier, des contextes plus ou moins favorables à son développement, etc. Autrement dit, il existe un certain nombre de caractéristiques formelles structurelles de base, sortes de constantes du vivant, que l'on retrouve communes à toute organisation dans son contexte, c'est-à-dire à tout système. La famille n'échappe pas à cette loi universelle, étant elle-même à la fois constituée de sous-systèmes (parents et conjoints, frères et sœurs, divers réseaux de parenté, etc.) et à la fois incluse dans un mégasystème social. Il s'en suit un équilibre fragile, ainsi qu'en attestent la fréquence et l'importance des crises familiales.

Harlène Anderson, Harry Goolishian et Lee Winderman, du *Galverston Family Institute*, ont énoncé la « théorie de l'oignon », décrivant les relations sociales comme des séries d'anneaux concentriques, chaque couche de l'oignon représentant un niveau différent (individu, famille, réseau, communauté, etc.). « Cette théorie normative que les auteurs associent au travail du sociologue Talcott Parsons, serait susceptible, à leurs yeux, d'assurer le développement du traitement d'unités "objectivement" déterminées

telles que l'individu, le couple ou la famille » (Hoffman, 1991). Tout se passe comme s'il existait des emboîtements réciproques stratifiés, à la manière des poupées russes. « Avec l'outil nouveau qu'est la résonance, il est possible de penser en terme de lien transversal unissant l'individu, la famille et le contexte social », écrit **Mony Elkaïm (1993)**, critiquant cette théorie.

Peut-on alors conclure ? La tâche s'annonce trop difficile, tant sont profliques et disparates les apports théoriques envisagés ci-dessus. Rappelons simplement qu'une théorie peut être extrêmement réductrice de la richesse des phénomènes qui se déroulent non seulement en cours de thérapie mais aussi et peut-être même surtout au dehors. L'expression de « grille explicative », métaphore quelque peu galvaudée parmi les psychothérapeutes, peut prendre un sens nouveau lorsque l'on compare une grille à une cage : n'est-ce pas le thérapeute, et non le patient, qui se trouve enfermé dans sa savante « grille de lecture », derrière les barreaux de sa propre psychorigidité aveuglante ? **Carl Whitaker (1983)** par exemple a mis en garde contre ce qu'il appelle « l'effet paralysant de la théorie sur l'intuition et sur la créativité en général ». Par ailleurs, pour repérer les barreaux des grilles et apprendre à regarder à travers les espaces libres, il faut avoir appris à passer de l'une à l'autre.

Laissons le mot de la fin au grand prêtre du constructionnisme social, **Kenneth J. Gergen (1996)** : « Une théorie devient importante non pas parce qu'elle dit la vérité, mais parce qu'elle conduit à reconsidérer des pratiques... »<sup>71</sup>.

### En résumé, que faut-il retenir ?

Quelle aide concrète, pour sa pratique quotidienne, un thérapeute systémicien moderne peut-il percevoir et attendre des notions d'autoréférence, de type logique, de paradoxe (en référence aux éclairages savants des sciences de la communication, des sciences physiques et mathématiques, de la biologie, de l'anthropologie, ou encore de la sociologie) ?

Chacun, quelle que soit sa formation, est susceptible de générer, par ses observations originales, un questionnement utile et créatif, sous réserve qu'il renonce à avoir raison en cherchant seul à valider des réponses souvent récurrentes (ou « tiroir »). En effet, ce qui permet d'avancer vers la voie d'une solution prenant en compte la totalité du système, c'est l'effet potentialisant d'une double démarche : le questionnement de soi-même grâce aux autres, ainsi que la mise en perspective nouvelle de problèmes apparemment sans lien les uns

71 Pour cet auteur, la réalité, parce qu'elle est socialement construite, est « multiverse », c'est-à-dire fragmentée. Nous parlons en fonction de notre culture, de notre âge, de notre sexe, de notre position sociale, etc. Nos discours sont surdéterminés par tous ces facteurs-là, et délimitent continuellement sinon notre monde, au moins ce que nous en percevons ici et maintenant.



les autres (mais en réalité étroitement intriqués et en résonance à plusieurs niveaux). La complexité et la multiplicité des facteurs (multipliés et non simplement additionnés) conduisent la réflexion vers la formulation d'hypothèses fonctionnelles et non vers l'affirmation de certitudes soi-disant démontrées.

Les premières questions qu'un thérapeute devrait poser ne seraient-elles pas celles qui le concernent lui-même, dans la relation qu'il établit avec ce système par rapport à ses expériences antérieures, aux répétitions, aux redondances de son histoire familiale, plutôt que de remettre en question tous les autres membres du système auquel il participe tout en l'interrogeant ? Qui d'autre pourrait constituer une aussi grande porte d'entrée que lui-même ? Par exemple : en quoi suis-je acteur de ce que je vis dans le système où j'évolue et avec lequel j'interagis en permanence ?

Le paradoxe ne serait-il pas qu'un thérapeute n'ait que des certitudes sur le monde qui l'entoure, qu'il soit sûr de savoir, et donc persuadé de prévoir ? Comment travailler sur la dynamique du changement thérapeutique, si l'on est par ailleurs persuadé de l'immuabilité de son propre savoir ? Peut-on changer sans le savoir ou avoir le savoir sans en changer ?

Finalement, apprendre à changer, reviendrait-il à questionner son illusion de savoir, à déconstruire son savoir, à apprendre à chercher sans savoir ?

L'évolution des théories systémiques est ainsi faite de questions qui ouvrent la porte à d'autres questions, complexification en chaînes et liens entre de multiples domaines, pour ouvrir sur des possibilités multiples, et non sur une réponse unique. Pourrait-on réduire un système fait d'une seule unité sans finalement le fractionner, donc le détruire ?

L'ouverture des champs de questionnement permet d'élargir nos possibilités de découvertes et donc de développement. L'histoire des thérapies familiales systémiques nous rappelle qu'un thérapeute doit constamment rester en quête... d'enquêtes momentanément insolubles : toujours chercher pour continuer à progresser...

## Bibliographie

- ALBERNHE T. (dir.) *L'enveloppement humide thérapeutique*. Collection Les Empêcheurs de penser en rond, Delagrangé éd., 1992.
- ALBERNHE T., ROUX J. *La pensée de Henri Ey*. Spécia éd., Paris, 1990.
- BERNOIT J.-C. Le deutéro-apprentissage de G. Bateson dans les acquisitions et les interactions relationnelles. *Psy. Fr.*, 4, 48-53, 1989.
- BOSCOLO L., FIOCCO P.M., BERTRANDO P., PALVARINI R.M., PEREIRA J. Langage et changement. L'usage des paroles clés en thérapie. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 13, 227-244, 1991.
- BOWEN M. *La différenciation du soi. Les triangles et les systèmes émotifs familiaux*. Trad. : Neil Big et Pierre Mainhagu, ESF, Paris, 1978, 1984.
- CAILLE P. L'information utile pour tenter une approche systémique. *Thérapie familiale*, 2, 3, 205-209, 1981.
- CANNON W. *The Wisdom of the Body*. Norton Ed., New York, 1932.



- COEN J.-F., STIP E., AUSLOOS G. Interactions familiales et schizophrénie, *Inform. Psy.*, 73, 3, 254-264 & 4, 355-360, 1997.
- COSNIER J., BROSSARD A. (dir.) *La communication non verbale*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1984.
- DEFRANCK-LYNCH B. (1985) *Thérapie familiale structurale*. Trad., ESF, Paris, 1986.
- DELL P.F. Par-delà l'homéostasie : vers un concept de cohérence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7, 35-55, 1983.
- ELKAÏM M. Co-constructions, systèmes et fonctions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 15, 253-258, 1993.
- ELKAÏM M. Des lois générales aux singularités. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 7, 111-120, 1983.
- ELKAÏM M. Entretien. *Synapse*, 69, 20-33, 1990.
- ELKAÏM M. *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Le Seuil, Paris, 1989.
- FISCHER S., MENDELL D. The spread of psychotherapeutic effects from the patient to the family group. *Psychiatry*, 21, 133-140, 1958.
- FOERSTER VON H. Observer l'autoréférence en émergence. In : *La thérapie familiale en changement*, M. Elkaïm (dir.), Synthélabo éd., Paris, 1994.
- GERGEN G. Le « soi » en question : assemblages et voix multiples. Dialogue entre Kenneth Gergen et Mony Elkaïm, *Résonances*, 9, 12-27, 1996.
- HALEY J. (1973) *Uncommon Therapy*. Trad., Desclée de Brouwer, Paris, 1984.
- HALEY J. Aspects de la théorie des systèmes et psychothérapie. In : *La thérapie familiale en changement*, Elkaïm M. (dir.) Synthélabo éd., Le Plessis-Robinson, 1994.
- HALEY J. The family of the schizophrenic. *Am. J. Nerv. Mental Dis.*, 129, 357-374, 1959.
- HEDIGER H. *Studies of the Psychology and Behavior of Captive Animals in Zoos and Circuses*. Butterworth, London, 1955.
- HOFFMAN L. Une position constructiviste pour la thérapie familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 13, 79-100, 1991.
- JACKSON D. The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79-90, 1957.
- JOULE R.-V., BEAUVOIS J.-L. *Petit traité de manipulation de l'usage des hommes gens*, PUG Éd., Grenoble, 1988.
- LÉVY D. *Maternal Overprotection*. Columbia University Press, New York, 1943.
- MALAREWICZ J.-A. *La stratégie en thérapie, ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson*. ESF, Paris, 1992.
- MATURANA H. Êtres humains individuels et phénomènes sociaux humains. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 9, 39-44, 1988.
- MATURANA H. Observer l'observation. In : *La thérapie familiale en changement*, M. Elkaïm (dir.) Synthélabo Éd., Paris, 1994.
- MATURANA H.R., VARELA F.J. *De máquinas y seres vivos*. Ed. Universitaria, Santiago, 1973.
- MIERMONT J. Constructions et reconstructions écosystémiques. *Résonances*, 8, 56-60, 1985.
- MINUCHIN S. (1974) *Familles en thérapie*. Trad., Éd. Univ., Paris, 1983.
- NAPIER A., WHITAKER C. *Le creuset familial*. Trad., Robert Laffont, Paris, 1978.
- ORENBUCH J. Maladie mentale ou « déviance socialement stigmatisée ». Deux interprétations en voie de synthèse ? *Inform. Psy.*, 58, 8, 1001-1006, 1982.
- ORGOGOZO I. Les réseaux, une nouvelle représentation de l'espace social. *Thérapie familiale*, 18, 4, 329-347, 1997.
- POILANE L. Interview. *Le Journal de la Psychanalyse*, 4, 36-40, 1999.
- PRUD'HOMME J.C. En souvenir de Virginia Satir. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 11, 13-20, 1990.
- RANDO R. Les pratiques de l'évaluation en milieu psychiatrique. *Act. Psy.*, 4, 57-62, 1990.

- RUFFIOT A. Une fantasmagorie de la communication. *La thérapie familiale telle quelle*, Rey Y. ESF, Paris, 1983.
- SELVINI M., SELVINI PALAZZOLI M. La consultation en équipe : un outil indispensable pour le progrès de la connaissance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 15, 211-231, 1993.
- SHANNON C., WEAVER W. *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press, Urbana, 1949.
- STIGLER M. La famille : phénomène autoréférentiel et non pas système autopoïétique. *Thérapie familiale, Genève*, 11, 3, 323-329, 1990.
- TOMM K. (1991) Les questions réflexives, instruments d'auto-guérison. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 13, 199-226, 1990.
- VON BERTALANFFY L. *Théorie générale des systèmes*. Dunod, Paris, 1973.
- WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON D.D. *Une logique de la communication*. Le Seuil, Paris, 1972.
- WHITAKER C. De la théorie comme gêne pour le travail clinique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7, 147-155, 1983.
- WHITE M., EPSTON D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton ed., New York, 1990.
- WHITEHEAD A.N., RUSSELL B. *Principia Mathematica*. Cambridge University Press ed., Cambridge, 1910-1913.
- WIERNER N. *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Hermann, Paris, 1948.

*Obest plerumque iis, qui discere volunt, auctoritas eorum  
qui docent*

*[Le plus souvent, qui veut s'instruire est gêné  
par l'autorité de ceux qui enseignent]*

Cicéron, *De la nature des Dieux*, I, V

Le précédent chapitre tentait de comprendre l'élaboration du *modèle systémique*, construit grâce à des apports multi- et transdisciplinaires. Celui-ci complexifie la question davantage encore puisqu'il montre l'existence non pas d'un mais de *plusieurs modèles* possibles. Selon le milieu étudié (famille dont un des membres est psychotique, milieu marginal de toxicomanes, bande d'adolescents délinquants, etc.), les découvertes des chercheurs ont été très différentes, et l'on pourrait ajouter : selon la personnalité du chercheur lui-même, ses rencontres, les opportunités qu'il a eues la chance ou l'habileté de saisir. Citons seulement deux exemples, mais ô combien significatifs : le groupe de Palo Alto, initialement composé de chercheurs qui pour la plupart n'étaient pas psychiatres, a centré ses travaux sur l'étude des familles de schizophrènes, c'est-à-dire sur des systèmes clos sur eux-mêmes, caractérisés par un fonctionnement cybernétique homéostatique. Salvador Minuchin, à l'opposé, a exploré le système ouvert des adolescents délinquants issus de familles désinsérées, en situation financière particulièrement précaire et socialement exclues. Les deux ont été à l'origine de découvertes fabuleuses, dont tous les tenants et les aboutissants ne sont pas encore complètement exploités. Il s'en suit une très grande richesse théorique, volontiers déroutante pour les néophytes. L'important est ici peut-être moins d'enregistrer une somme de connaissances – dont les conclusions sont d'ailleurs toutes relatives, fluctuantes et éphémères au fur et à mesure d'autres découvertes – que de saisir la méthodologie ayant permis d'y aboutir, ainsi que de s'imprégner du courant de pensée qui est le plus en phase avec ce que l'on ressent soi-même et que l'on sera, de ce fait, le mieux à même d'exploiter au quotidien de sa pratique clinique personnelle.

### École de Palo Alto et thérapies brèves

Les figures emblématiques de ce que l'on a appelé l'*École de Palo Alto* sont Gregory Bateson, John Weakland, Don Jackson, Jay Haley, ainsi que Richard Fisch, et William Fry. En fait, le groupe, qui a été « à géométrie variable » au fil du temps, doit également beaucoup à Ray Birdwhistell ainsi qu'à Edward Hall, tous deux anthropologues. Par la suite, d'autres auteurs éminents poursuivront ces travaux ; mentionnons plus particulièrement les noms prestigieux de Janet Beavin, Albert Scheflen et Paul Watzlawick.

## Contexte historique d'émergence de la pensée systémique à Palo Alto

On a souvent parlé de « collège invisible » pour rendre compte de l'émergence de la pensée systémique, simultanément à des endroits différents, du fait de plusieurs auteurs qui, bien que ne se fréquentant pas initialement, étaient arrivés aux mêmes conclusions scientifiques (peut-être parlerait-on plutôt de nos jours de « réseau intellectuel » ?)<sup>1</sup>.

On a dit aussi que tout s'était passé comme si les idées scientifiques avaient été suffisamment « mûres » pour s'épanouir dans des lieux différents, parfois fort éloignés<sup>2</sup>.

Mais cette vision de l'histoire amoindrit selon nous le mérite de Gregory Bateson, leader du groupe de chercheurs à l'origine de travaux remarquables sur la communication qui ont eu un point de départ très précis, et non multiple : la ville américaine de Palo Alto<sup>3</sup>.

En 1927, Gregory Bateson, de sa place d'anthropologue étudiant les coupeurs de tête et l'atm de Nouvelle-Guinée, se rendit rapidement compte de l'importance des réactions de l'entourage dans la façon dont l'individu se comportait. Ces réactions pouvaient amener l'individu à changer complètement de comportement, comme s'il effectuait, grâce aux autres, un retour sur lui-même : le concept d'*autorégulation comportementale* était né, et avec lui le mécanisme de *feed-back* (ou rétroaction, rétrocontrôle)<sup>4</sup>.

Par la suite, les échanges intellectuels fructueux qu'il eut avec Jurgen Ruesch, le psychiatre qui l'avait invité pour un enseignement d'anthropologie médicale à la clinique *Langley Porter Neuropsychiatric Clinic* de San Francisco, le stimulèrent dans ses recherches sur la communication<sup>5</sup>.

1 L'expression de « collège invisible » de penseurs scientifiques est de Derek J. de Solla Price, in : *Little Science, Big Science*, Columbia University Press, New York, 1963.

2 Il semble que ce soit la conception linéaire du mathématicien Shannon qui ait fédéré contre elle ceux qui allaient devenir les premiers systémiciens. L'ouvrage de Claude E. Shannon et de Warren Weaver paru en 1949 (*The Mathematical Theory of Communication*, University of Illinois Press, Urbana) n'aurait probablement pas été critiqué s'il s'était borné à l'étude des mécanismes de transmission en jeu dans le domaine des télécommunications téléphoniques. Vouloir généraliser ce modèle linéaire à l'ensemble de la communication interhumaine a soulevé la fructueuse opposition que l'on sait.

3 Ville située au sud de San Francisco, en Californie. La ville de Philadelphie (côte Est des États-Unis) a également joué un rôle de premier plan dans le développement de la pensée systémique. On oppose, un peu schématiquement d'ailleurs, les recherches menées sur la *côte Ouest* (à Palo Alto avec Bateson et son équipe, puis plus tard celles de Virginia Satir), aux recherches menées sur la *côte Est* (par Frieda Fromm-Reichman, Harry Stack Sullivan, Murray Bowen, etc., tous très marqués par le courant psychanalytique, ainsi que par Nagy au *Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute* de Philadelphie).

4 L'utilisation galvaudée de cette expression de *feed-back* a conduit à des contresens, ainsi que l'écrit Jacques Durand (1981) : « Le concept de *feed-back* a rencontré un succès considérable de sorte qu'il tend à être utilisé, de façon excessive, chaque fois qu'il y a communication réciproque. Une communication réciproque est un dialogue, elle n'est pas nécessairement un *feed-back*. La notion de *feed-back* implique que l'information en retour est intégrée à un processus de décision, qu'elle renseigne un agent sur le résultat de son action antérieure et oriente une action correctrice » [à l'instar de l'écriture manuelle, autocorrigée par la lecture à mesure de l'écrivain].

5 Il en résulta un ouvrage important : Ruesch J., Bateson G., *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*, Norton, New York, 1951.

Il sut percevoir l'existence de différentes formes d'échanges (langage verbal et langage non verbal), de paradoxes dans ces échanges (idée qui allait aboutir au concept de double contrainte), et de différences de niveaux logiques (en référence à la théorie de Russell sur les types logiques).

Bateson eut rapidement l'intuition que la communication représentait un tout intégré, indissociable du tissu social qui lui sert de matrice, de support relationnel. Désireux d'étudier en profondeur le rôle des paradoxes de l'abstraction dans la communication, il chercha à former une équipe et s'entoura d'amis ayant chacun une formation différente : de chimiste (puis d'anthropologue) pour John Weakland, d'étudiant en communication sociale sur des films de fiction pour Jay Haley, de psychiatre pour William Fry (remplacé ensuite par Donald D. Jackson). Voulant appliquer le paradoxe de Whitehead et Russel sur la « classe des classes », il conduisit une série de recherches sur les familles de schizophrènes, au *Veterans Administration Hospital* de Menlo, un hôpital pour anciens combattants. Là, observant la façon dont les patients communiquent avec leurs parents, leurs mères en particulier, ils élaborèrent les bases de ce qui allait devenir la *métacommunication* (c'est-à-dire la façon dont il est possible de communiquer sur une communication) et dans la foulée le fameux concept de *double contrainte*, fondé sur la confusion des niveaux logiques communicationnels, et conclurent qu'une maladie mentale grave, ici la schizophrénie, pouvait être le fait de troubles importants de la communication ; en améliorant ces derniers, tout espoir thérapeutique est alors permis ! On imagine l'impact scientifique de cette *conception interactionnelle de la maladie mentale* : une nouvelle épistémologie venait de naître (Bateson et al., 1956)<sup>6</sup>.

Le petit groupe de chercheurs est alors reconnu comme tel, et s'anime peu à peu d'une volonté thérapeutique, les transformant ainsi lentement en cliniciens<sup>7</sup>.

6 Ce texte princeps sera d'ailleurs repris par Bateson (1980) in : *Vers une écologie de l'esprit*, t. II, Le Seuil, Paris. La « double contrainte » – ou « double lien » (*double bind*) – rassemble classiquement les caractéristiques suivantes : au moins deux personnes (dont une « victime »), une expérience qui se répète, une injonction primaire (en général verbale, avec une menace de punition affective), une injonction secondaire (contrecarrant la précédente à un niveau d'abstraction plus élevé), une injonction tertiaire interdisant à la « victime » de solutionner le problème, et rendant forclos toute échappatoire logique à la « victime ». La double contrainte schizogénique ainsi décrite traduit donc l'expérience douloureuse du lien vital qui retient la « victime » à l'« agresseur ». Par la suite, un auteur comme Milton Erickson parlera de « double lien thérapeutique » pour évoquer une technique stratégique très particulière, construite dans un contexte thérapeutique spécifique, et susceptible d'être interrompue à tout moment par le patient.

7 En fait, il semblerait que Bateson n'ait pas été vraiment satisfait de la tournure clinique que prenaient progressivement les événements. Chercheur dans l'âme, il se sentait étouffer dans le milieu psychiatrique (bien que rémunérateur de ses travaux, et peut-être aussi justement à cause de cela : les recherches sur la schizophrénie étaient en vogue à l'époque et les subventions d'obtention pas trop difficile). Il préféra aller explorer d'autres horizons : par exemple en 1962 tenter de comprendre le langage des dauphins, aux Iles Vierges (Petites Antilles), puis à Hawaii. Ce qui l'intéressait surtout, c'était d'étudier le comportement individuel au sein d'un groupe social, quel qu'il soit, la maladie mentale ne représentant qu'un exemple parmi d'autres.

Bateson a également su puiser à la source de l'enseignement des grands scientifiques qu'il rencontra lors de conférences à la Fondation Josiah Macy, tels Norbert Wiener pour la cybernétique et John von Neumann pour les mathématiques. Ces savants, précurseurs des phénomènes d'automatisme et de notre robotique moderne, étaient fascinés par l'analogie possible entre l'homme et la machine, ce qui explique leur démarche.

Le *Mental Research Institute* fut fondé (sans Bateson) à Palo Alto en novembre 1958 par Jackson, qui en devint le premier directeur<sup>8</sup>. C'était un des tout premiers établissements psychothérapeutiques combinant la recherche (théorique et appliquée), l'enseignement et les soins. Ces derniers avaient pour support ce que l'on appelait alors « la psychothérapie menée conjointement avec les familles ».

Parallèlement à tout cela, la rencontre avec Milton Erickson sera capitale, car elle permettra à Weakland, et surtout à Haley, de mieux comprendre le phénomène des différents niveaux d'échanges, sur lequel repose la pratique de l'hypnose. De la confrontation de leurs recherches cliniques avec la pratique de l'hypnose éricksonienne, naîtront les idées mises en pratique au futur *Centre de thérapie brève*<sup>9</sup>.

## Théorie de la double contrainte

Rappelons que le principe de la *double contrainte*<sup>10</sup> a été découvert par Bateson, Jackson, Haley et Weakland à partir d'observations d'interrelations entre des patients schizophrènes et leurs mères<sup>11</sup>, et qui a été complété un peu plus tard du qualificatif de *réciproque* par Haley (la *double contrainte réciproque*) pour rétablir la notion de circularité absente de la première publication.

Bateson était particulièrement attaché à cette théorie, dont les applications extrapsychiatriques très larges le fascinaient. Par la suite, la théorie a un peu déçu, en ce sens que, contrairement aux observations princeps, il n'était pas toujours possible de retrouver le phénomène de double

8 Il s'adjoint d'abord les services de Virginia Satir, assistante sociale, et de Jules Riskin, psychiatre, puis en 1961 de Paul Watzlawick, et en 1962 de John Weakland et Jay Haley.

9 Le MRI devient en 1967 le *Brief Therapy Center*, lieu de recherches cliniques davantage que de soins.

10 *Double contrainte* est une traduction possible de l'expression anglaise *double bind*, également traduite en *double lien*, et parfois en *double entrave* ou en *double injonction*. Au départ, le concept basique du double lien était celui d'une interaction en duo (*two-person interaction*) sur le modèle de celle de la mère et de son enfant ; la théorie s'est ensuite élargie à la description des schèmes d'une communication en trio (*three-party interaction*), comme par exemple les interactions père-mère-enfant, médecin-infirmier-patient, ou encore psychiatre-psychothérapeute-patient.

11 L'expression de *double bind*, créée par Bateson en 1956, constitue la clé de voûte de tout un système de pensée résultant d'observations anthropologiques minutieuses de ce chercheur sur les messages paradoxaux émis dans les jeux animaux et chez l'homme dans des situations particulières, telles que la relation hypnotique ou l'utilisation de l'humour. L'article princeps de Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley et John H. Weakland, fait état de messages paradoxaux fréquents par des familles dont un des membres est schizophrène. Le patient s'y trouverait soumis à des injonctions paradoxaux qui, parce qu'itératives et survenant dans un climat émotionnel particulier, conduisent à sa décompensation psychique ; le patient est donc compris ici comme étant la victime d'un système de communication gravement dysfonctionnelle.

contrainte tel qu'il avait été décrit dans toutes les familles de schizophrènes. De plus, relier un désordre communicationnel à un type de pathologie est une vision réductrice, qui ne rend pas compte d'autres phénomènes beaucoup plus complexes. Matteo Selvini (1985) écrit sans complaisance que « ce n'est pas un hasard si la théorie du double lien fut élaborée *avant* que ne soit entreprise une pratique de recherche clinique systématique. La théorie du double lien fut en effet le fruit d'une spéculation de type essentiellement déductif, œuvre d'un groupe d'experts, spécialistes de branches très diverses des sciences du comportement. Quand, une fois terminée la période de pure élaboration conceptuelle, vers 1959, le groupe se pose le problème des applications plus spécifiques du modèle théorique à la famille et à la clinique, les limites du modèle communicationnel apparaissent clairement ». C'est alors que Haley publie son deuxième article sur le concept de la double contrainte en exposant le principe de la réciprocité de cette modalité relationnelle (la *double contrainte réciproque*).

Dès sa création, ce concept communicationnel a donc fait l'objet de graves malentendus. Don D. Jackson (1981) a reconnu qu'il était maladroite de ne pas insister suffisamment sur l'aspect interactif des choses, qui eût donc minimisé l'importance de l'élément inducteur pathogène : « Le premier article publié sur la question ne faisait pas assez ressortir le fait que la relation dite de double contrainte ne suppose ni "tyran" ni "victime", mais plutôt deux tyrans-victimes. Cela va de soi si l'on considère qu'il est impossible de répondre à une double contrainte sinon par un message aussi paradoxal, voire plus, et que, donc, si aucune des parties n'échappe à cette relation, on doit s'attendre à ce que celle-ci se perpétue, jusqu'à ce qu'il ne soit même plus question de savoir comment tout avait commencé ».

La double contrainte a également souvent été confondue, à tort, avec le *dilemme*, moteur psychologique historique bien connu des grandes tragédies classiques de la littérature, allant parfois jusqu'au crime passionnel. Si dans les deux cas il y a risque existentiel sévère pour au moins un des protagonistes, il existe des critères distinctifs<sup>12</sup>.

- La double contrainte n'est pas le dilemme : dans ce dernier, le sujet est confronté à un choix existentiel particulièrement difficile à faire car répondant à deux désirs opposés et totalement contradictoires ; pensons par exemple à Chimène tiraillée entre son amour pour Rodrigue et la fidélité morale qu'elle doit à son père : comment faire sa vie avec l'assassin de son propre père ? Ici Chimène à la fois aime et déteste le Cid, dans une bipolarité affective (dont l'expression est verbale, versifiée, et « contradictoire » en

12 Jacques Miermont (1994) relève que « les personnes en jeu sont prises dans des effets transcontextuels (intrication de niveaux individuels, familiaux et sociaux), par l'émission-réception de messages antinomiques empêchant toute prise de décision, y compris celle d'échapper au risque vital. Le *double bind* décrit une situation traumatique régulièrement répétée telle qu'elle est observée par un "tiers" présent-absent de la situation (proche, clinicien, thérapeute), sous la forme d'une interaction qui lie au moins deux personnes qui sont prises dans des effets d'injonction coercitive. Il s'agit habituellement d'un parent en position complémentaire haute (la mère le plus souvent) qui adresse des ordres à un enfant en position complémentaire basse ».

ce sens qu'elle dit une chose et son contraire) qui n'est pas l'ambivalence (ce terme s'entendant au sens que la psychiatrie classique lui a conféré, c'est-à-dire renvoyant à une pathologie de type schizophrénique).

- Dans la double contrainte, il ne peut y avoir de choix adapté car les deux messages ne sont pas sur le même plan. Dans l'exemple précédent, l'amour et la haine se combattaient l'un l'autre, sur un même plan sentimental. Imaginons une situation où deux messages ne soient pas sur le même plan, l'un étant verbal et l'autre non verbal : une mère par exemple qui à la fois gronde son enfant, et lui sourit affectueusement. Ce dernier reçoit deux messages opposés : le message verbal est critique, rejetant, alors que le message non verbal est apaisant et affectueux. C'est parce qu'il y a une non-congruence entre ces deux messages se situant sur des plans différents (l'un verbal, l'autre analogique) que l'enfant, ne sachant auquel se fier, est contraint de vivre un malaise, dont les conséquences psychopathologiques en cas de répétition peuvent s'avérer désastreuses. De plus en pareil cas, l'enfant n'a pas en général la possibilité de prendre le recul suffisant pour parler de ce qu'il est amené à ressentir. Il ne demande pas non plus à sa mère de se positionner clairement : est-il puni ou gratifié ? Sa réaction comportementale sera teintée de l'ambiguïté ressentie, laquelle aura un effet similaire sur la mère, en retour. On remarquera que, dans les deux exemples choisis ici, il est question d'affectivité, c'est-à-dire de relation interpersonnelle intense qui est d'une importance capitale pour la suite des événements vitaux et en particulier pour les attitudes et comportements à adopter de manière cohérente et adaptative.

Le schème communicationnel du double lien a été décrit ainsi par John Weakland en 1960 : « Un sujet est confronté à une communication importante comportant une paire de messages, de niveaux ou de types logiques différents, conjoints mais non congruents l'un l'autre. Quitter le terrain est interdit. Suivie de l'établissement d'une communication plus satisfaisante, l'échappatoire ouvrirait une voie latente pour une réponse courante et adéquate. Son absence découle habituellement de la dépendance à l'égard de la (ou des) personne(s) émettant les messages contradictoires. [...] Deux messages significatifs contradictoires signifient deux injonctions comportementales non congruentes, puisque chaque injonction exige une réponse comportementale. L'absence de reconnaissance et de réponse à la dualité et à la non-congruence des messages reçus induit [...] l'échec à discriminer le niveau du message à recevoir, [...] la confusion subjective conséquente, avec désordre des idées et des affects [...] ». Weakland explique qu'il s'en suit une très grande difficulté, pour le récepteur du message, pour donner une réponse adéquate, à cause du déguisement, du déni ou de l'inhibition inhérente ou conjointe à la paire de messages contradictoires.

Claude Brodeur (1981) a proposé la figure [+ | -] pour symboliser la double contrainte : « On reconnaît aisément, dans les signes + et -, les deux messages contradictoires ; la barre | entre ces deux signes vient indiquer l'impossibilité absolue d'une métacommunication sur l'un et l'autre de ces deux messages contradictoires ».



Dans une perspective psychosociologique, telle que l'a développée [David Cooper \(1978\)](#) par exemple, la double contrainte peut être auto-entretenu par la société elle-même qui tout à la fois proclame l'autonomie de chaque individu et le maintient dans un carcan (« société schizophrénigène »).

On a largement insisté sur l'aspect destructeur, voire psychotisant, du processus de double contrainte. Gregory Bateson a pourtant relevé un aspect pouvant être positif, celui obligeant le sujet à développer une « *double perspective* », sorte de diplopie psychologique créatrice cultivée par le sujet qui, sans cela, sombrerait dans la psychose.

Plus tard, Mony Elkaïm a imaginé un modèle constitué de cycles formés de *double contraintes réciproques*, par exemple dans lequel « une personne demande à une autre quelque chose qu'à la fois elle souhaite et ne parvient pas à croire possible », écrit-il dans son ouvrage au titre évocateur de « Si tu m'aimes, ne m'aime pas ».

## Techniques mises au point au *Brief Therapy Center*

Le Centre de « thérapie brève » (ainsi appelé car les patients sélectionnés ne participent qu'à une dizaine de séances) propose des stratégies thérapeutiques interventionnistes originales inspirées de l'hypnose telle que la pratiquait Milton Erickson. Y officient alors Donald D. Jackson, Jay Haley et John Weakland, Virginia Satir, Richard Fisch (formé à l'hypnose par Weakland et à la systémie par Satir), Paul Watzlawick, Arthur Bodin. Mais la petite équipe se désagrège à partir de 1967, et surtout en 1968 lorsque survient le décès de Jackson.

« Au début, la méthode d'intervention est [...] une sorte d'hybride entre les idées systémiques, l'approche familiale de Virginia Satir, le modèle stratégique de Jay Haley et les techniques idiosyncrasiques de Jackson et d'Erickson – approche chaotique qui fonctionne un peu par essais et erreurs et dans laquelle les contraintes et le hasard vont peu à peu structurer la pratique », écrivent très justement [Jean-Jacques Wittezaele et Teresa Garcia \(1995\)](#).

Mais les recherches vont si vite et si loin que l'orthodoxie systémique naissante se trouve déjà remise en question, ce qui déstabilise d'autres thérapeutes et crée des scissions. On s'interroge par exemple sur le cadre de l'entretien, sur la nécessité de la participation systématique des deux conjoints à une thérapie conjugale, sur l'objectif minimal attendu comme résultat thérapeutique. On cherche surtout à comprendre comment fonctionne la relation patient-thérapeute, comment le second peut intervenir efficacement sur le premier, autrement dit, comment trouver des applications thérapeutiques à la sacro-sainte question : *comment l'interaction interhumaine peut-elle engendrer du changement à la fois au niveau comportemental et au niveau du vécu ?*

Il y eut quelques malentendus au sujet de l'expression même de *thérapie brève* : l'idée initiale était de proposer aux patients des interventions psychothérapeutiques en un temps relativement court, parce qu'elles s'avéraient efficaces. Il ne s'agissait pas forcément d'« intervention de crise ». De plus, ce n'était pas parce que le patient, ou sa famille, ne possédaient pas les

capacités jugées nécessaires à la poursuite d'un traitement de longue durée que ce dernier s'en trouvait réduit. Il s'agissait d'un choix personnel des thérapeutes, agissant dans le cadre d'une méthodologie de travail très élaborée et appliquée dans des indications bien précises<sup>13</sup>.

### Modèle théorique conceptuel de la thérapie stratégique

Pour répondre à de telles interrogations, l'équipe du Centre de thérapie brève a été amenée à élaborer un *modèle théorique conceptuel*, toujours d'actualité, qui repose sur des postulats que l'on peut résumer ainsi :

- le thérapeute doit avoir effectué un travail sur lui-même suffisant, lui permettant de se rendre compte de ses propres présupposés en matière de santé mentale. Autrement dit, tant que le thérapeute n'aura pas réellement pris conscience à quel point ses propres représentations psychiques des problèmes de santé conditionnent sa façon de voir les choses, il restera bloqué dans une seule vision du monde possible et, n'arrivant pas à changer la sienne, il sera bien incapable d'aider les autres à en changer ; pire, il renforcera les problèmes ;
- c'est le blocage dans une seule façon de voir les choses qui explique qu'il y ait problème. Si le patient, ou sa famille, avaient la possibilité d'envisager les choses autrement, ils ne recourraient pas systématiquement à la même solution inadéquate. Cette répétition dans la voie inappropriée crée la souffrance, dont le symptôme témoigne par son émergence ;
- le recours encore et toujours à la même solution inappropriée est finalement entretenu par les réactions du patient et son contexte relationnel. Autrement dit, sans changement venant du patient ou du contexte relationnel, aucune amélioration – autre que spontanée – n'est possible. En revanche, une modification du comportement qui entretient le problème (du fait du patient ou de son entourage) permettra une amélioration clinique.

13 Pour une bibliographie générale du courant de pensée de l'École de Palo Alto, on pourra consulter en français : Bateson G. (1977, 1980) : *Vers une écologie de l'esprit*, Le Seuil, Paris & (1984) : *La Nature et la pensée*, même éditeur. – Fisch R., Weakland J.H., Segal L. (1986) : *Tactiques du changement*, Le Seuil, Paris. – Garcia T., Wittezaele J.J. (1992) : *À la recherche de l'école de Palo Alto*, Le Seuil, Paris. – Haley J. (1984) : *Milton H. Erickson : un thérapeute hors du commun*, EPI, Paris. – Ruesch J., Bateson G. (1988) : *Communication et Société*, Le Seuil, Paris. – Watzlawick P. (1978) : *La Réalité de la réalité*, Le Seuil, Paris & (1980) : *Le Langage du changement*, Le Seuil, Paris, & (1984) : *Faites vous-même votre malheur*, Le Seuil, Paris, & (1987) : *Guide non conformiste pour l'usage de l'Amérique*, Le Seuil, Paris, & (1988) : *L'Invention de la réalité*, Le Seuil, Paris, & (1988) : *Comment réussir à échouer*, Le Seuil, Paris, & (1991) : *Les cheveux du baron de Münchhausen*, Le Seuil, Paris. – Watzlawick P., Helmick-Beavin J., Jackson D. (1972) : *Une logique de la communication*, Le Seuil, Paris. – Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. (1975) : *Changements : paradoxes et psychothérapie*, Le Seuil, Paris. – Watzlawick P., Weakland J.H. (1981) : *Sur l'interaction*, Le Seuil, Paris. – Winkin Y. (1981) : *La Nouvelle Communication*, Le Seuil, Paris (ouvrage collectif rassemblant des textes de Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Schefflen, Sigman, Watzlawick).

## Grandes règles de la thérapie stratégique

Pour mériter son nom, la thérapie stratégique doit suivre un certain nombre de règles, dont la finalité est de conduire le patient ou la famille à renoncer aux tentatives inadéquates de résolution spontanée du problème<sup>14</sup>.

En premier lieu, il s'agit de savoir avec qui l'on va travailler : le patient (porteur du symptôme) n'étant pas le seul membre de l'entourage qui souffre ou qui demande une aide<sup>15</sup>, et les troubles du patient ne se comprenant que dans une perspective élargie à la famille, il importe de savoir si l'on peut compter sur la présence d'autres membres de la famille pour avancer dans la thérapie.

Il conviendra de se mettre d'accord avec le patient et sa famille sur les objectifs réels à atteindre, dans un futur proche. Il s'agit là d'une sorte de contrat synallagmatique, dans lequel s'engagent les parties (thérapeutes, patient désigné, famille du patient ou entourage proche). Pour rassurer le patient et son entourage, le thérapeute fixera un objectif minimal de changement, voire fera une prescription paradoxale d'absence de changement (tout en gardant présent à l'esprit le souci d'aller plus loin). Dans tous les cas, l'objectif sera limité, « raisonnable », acceptable par le patient, expliqué à l'aide d'exemples, et toujours précis, explicite et concret. L'idéal est d'arriver à ce que ce soit le patient qui formule lui-même le petit changement qu'il s'autorisera à faire.

Si un thérapeute doit essayer de faire parler le patient (ou le « plaignant ») de ce qui ne va pas – il s'agit là d'une règle générale commune à n'importe quelle thérapie – le thérapeute stratégique doit s'efforcer d'amener dans ce discours le maximum d'éléments concrets, empruntés à la vie quotidienne, source irremplaçable d'informations sur le style de vie, la façon de voir les choses, les valeurs, la manière dont des problèmes similaires ont pu être résolus, etc. Le recours à des généralisations globalisantes est ici considéré comme stérile, inutile et n'apportant que très peu d'informations personnelles sur les sujets à aider.

Le repérage minutieux des efforts déjà effectués pour solutionner le problème évitera au thérapeute de s'engager dans des impasses, et surtout lui donnera une idée des compétences de la famille à trouver elle-même des tentatives de solution<sup>16</sup>.

14 On amènera le patient ou la famille à se rendre compte qu'il est plus adapté de « faire autrement » plutôt que de « faire davantage » : le changement proposé sera qualitatif (sur un autre niveau) et non quantitatif (sur le même niveau, en accroissant les efforts). Le changement de niveau se comprend aisément par la métaphore de la voiture : pour rouler plus vite, il faut passer de la première à la deuxième, et ainsi de suite jusqu'en cinquième vitesse ; mais pour aller encore plus vite, alors c'est le moteur, ou la voiture, qu'il faut changer [le remplacement du chauffeur ne serait pas un très bon exemple...].

15 Le membre de l'entourage qui se plaint (le « plaignant ») est celui qui souhaite que survienne un changement. Ce sera donc avec lui, tout au moins dans un premier temps, que le thérapeute cherchera à s'allier.

16 Ce n'est pas tant le repérage des solutions inopérantes tentées par la famille qui intéresse le thérapeute, que l'analyse, à un métaniveau relationnel, du style de vie de la famille et de chacun de ses membres.

Pour que l'expression de thérapie stratégique garde tout son sens, il est impératif que le thérapeute ait la maîtrise du cadre de son intervention, même s'il donne au patient ou à la famille l'illusion d'une perte de contrôle ou d'une incompétence. L'attitude du thérapeute consistant à adopter un profil bas va dans ce sens.

Une telle stratégie développe donc indirectement la créativité du patient : on lui ferme des portes (les impasses dans lesquelles il s'était précédemment engagé) et on lui demande de trouver d'autres portes, dont on lui assure la présence. On cherche ainsi à développer en lui différentes stratégies d'approche de son problème, et donc de conduites pour le résoudre. Dans ce but, certaines techniques spécifiques – davantage dans l'utilisation qui en est faite que dans le recours à celles-ci – s'avèrent indispensables.

### Grandes techniques stratégiques

Si *l'art du questionnement* est fondateur de nombreuses thérapies, il revêt ici une importance particulière, en ce sens qu'il conduit directement à la clarification du problème, de ce fait à moitié résolu lorsqu'il est convenablement posé. De plus, l'orientation des questions par le thérapeute peut induire chez le patient ou la famille d'autres voies de résolution insoupçonnées jusqu'alors.

*L'adoption d'une position basse* par le thérapeute permet au patient de réaliser que c'est bien lui, et lui seul, qui, de sa place de patient, détient la clé de la solution. Le thérapeute n'est là que pour le guider dans sa recherche<sup>17</sup>. Le message du thérapeute au patient peut être du style : « Je ne sais pas si je vais arriver à vous aider, mais je vous promets toute mon aide... ». Par sa modestie, le thérapeute se réserve le droit à l'échec, mais s'investit sérieusement dans la prise en charge, ce qui exprime d'ailleurs tout à fait la logique de la déontologie médicale ; celle-ci indique l'existence d'une obligation, non de résultats, mais de moyens. De même, son pessimisme calculé sera de bon aloi face à des patients qui, ayant déjà consulté plusieurs thérapeutes, s'attendent à un nouvel échec.

Le *non-renforcement des solutions déjà tentées* par des poncifs, maintes fois entendus, n'ont finalement servi qu'à pérenniser le problème. Par exemple, secouer énergiquement un déprimé n'apporte que rarement une guérison : cela a déjà dû être tenté par l'entourage à de nombreuses reprises ; on peut penser que, si le patient en est encore là, adopter la même attitude avec lui s'avèrera inefficace ; mieux vaudra alors l'écouter se plaindre, compatir, lui demander d'autres informations sur ses moments de souffrance, sur ses préoccupations, et décentrer le problème. Les solutions trouvées par la famille sont le problème en ce sens qu'elles constituent une solution homéostatique de non-changement.

17 Une telle attitude se situe aux antipodes d'une pratique expertale, dans laquelle l'expert (qui n'a alors pas un rôle thérapeutique) est placé par une instance tierce (l'instance demandeuse que l'expertise ait lieu, pas forcément la personne qui demande l'expertise à l'expert) en position haute, de « juge » d'une situation donnée.

## Techniques tactiques les plus fréquemment usitées en pratique

Après le tour d'horizon des grandes *techniques stratégiques* de la *thérapie stratégique*, envisageons les *moyens tactiques* pour les appliquer. La distinction entre stratégie et tactique sera ici de la même nature que celle ayant cours dans les jeux de réflexion du type Dames ou Échecs : la *stratégie* s'y conçoit comme un plan global d'action, et la *tactique* comme des coups, des pièges, des gambits et des forcing (art combinatoire).

La pratique des *injonctions comportementales* est ici la clé de voûte de la thérapie. Par la technique dite des *directives paradoxales*, le thérapeute assigne au patient une tâche à accomplir prenant le contre-pied de ce que ce dernier avait l'habitude de faire<sup>18</sup>. Dans cette optique, une prescription de non-changement (c'est-à-dire de *statu quo* sur la situation actuelle) peut relever d'une directive de type paradoxal<sup>19</sup>. Cela n'est bien sûr possible que lorsque le thérapeute a créé une alliance thérapeutique solide avec le patient.

La technique du *recadrage*, essentielle en thérapie systémique, consiste à proposer à un interlocuteur une autre façon de voir les choses simplement en changeant le contexte cognitif ou émotionnel. Le thérapeute propose ainsi au patient un nouveau cadre conceptuel du problème, permettant d'entrevoir des solutions possibles.

## Thérapies familiales intergénérationnelles

Se trouvent ici essentiellement regroupés les travaux princeps de Murray Bowen, ainsi que ceux d'Ivan Boszormenyi-Nagy. Si d'autres auteurs ont également apporté leurs contributions originales et très intéressantes, chacun suivant sa sensibilité et son expérience (citons par exemple Helm Stierlin, James L. Framo, Norman Paul, Maurizio Andolfi), la référence à Bowen et

18 Par exemple, en demandant à un insomniaque de noter scrupuleusement l'heure et ses sensations sur un carnet spécialement prévu à cet effet, tous les quarts d'heure ; il sera possible de présenter la consigne au patient sous l'angle d'une recherche de renseignements médicaux sur la lutte qu'il mène contre son insomnie ; le prix à payer par le patient pour respecter la consigne sera donc de rester éveillé durant toute la nuit ; mais, au bout du compte, il se rendra compte de l'importance des soucis qui l'empêchent de trouver du repos, et acceptera probablement d'en parler au thérapeute. La solution adoptée jusqu'alors par le patient de chercher à tout prix le sommeil est transformée par la consigne de profiter du non-sommeil pour recueillir de précieux renseignements.

19 Expliquer à un patient qu'il vaut mieux se contenter de la situation présente, pour ne pas lui faire encourir les risques d'un changement incertain (« On sait ce qu'on a, on ne sait pas ce qu'on aura » ou « Un tien vaut mieux que deux tu l'auras ») n'est évidemment concevable que dans le cadre d'une optique de thérapie stratégique. La technique dite des *dangers de l'amélioration* met en lumière, pour mieux le combattre, le *misonéisme* du système (refus de tout changement afin de maintenir l'homéostasie coûte que coûte). Le thérapeute pourra également *freiner le changement* lorsqu'il sentira que les choses vont trop vite pour la famille (qui ne s'y retrouve plus dans la nouvelle donne des cartes), ou au contraire de manière tout à fait paradoxale lorsqu'il perçoit des résistances telles qu'il vaut mieux les amplifier plutôt que de les combattre de front et sur leur propre terrain.

à Nagy demeure incontournable. Ce sont eux que nous considérerons ici comme de véritables maîtres à penser.

L'idée de base de l'ensemble de ces travaux est que l'étude des problèmes actuels trouve un éclairage particulier à la lumière des conflits intériorisés dans le passé, en particulier familial. C'est ainsi que de génération en génération, se transmettrait un certain « héritage psychologique » si l'on peut dire, avec « du bon et du mauvais », dont la distinction ne serait pas aussi facile que cela...

Pour Anne Ancelin-Schützenberger, par exemple, il est très important d'admettre que des secrets dramatiques puissent exister dans toutes les familles, y compris celles au-dessus de tout soupçon pourrait-on dire. D'après elle également, on transmet davantage par l'exemple que l'on donne que par les discours que l'on tient à ses proches. Elle déclare : « Dans les familles, les secrets que l'on garde sont le plus souvent l'une de ces sept choses : le vol, le viol, le séjour en prison, le séjour en hôpital psychiatrique, l'inceste, l'homicide, descendre de quelqu'un qui a tué, les faillites, et septièmement les remariages, enfants naturels, enfants nés sous X » (autrement dit essentiellement des actes transgressifs, dont les descendants peuvent avoir honte ou se sentir indirectement coupables). En énumérant ainsi à un patient la liste des secrets de famille possibles, le thérapeute en fait des secrets de polichinelle puisque c'est forcément l'une de ces sept situations, sans qu'il soit besoin de préciser laquelle, car à partir du moment où elle a été citée dans la liste, elle a été dite, entendue et reconnue (ce n'est plus un secret à proprement parler puisque c'est l'une de ces sept situations). La personne en est alors délivrée : mettre un nom sur les choses (et que cela soit dit et entendu) est fondamental pour la guérison, et pour se retrouver soi-même. Sinon, c'est l'effet Zeigarnik qui se produit : la personne peut ruminer sans arrêt et sans fin des « tâches inachevées » comme un secret qui n'a pas été révélé et qui peut se transmettre de génération en génération jusqu'à ce qu'une réparation symbolique (c'est-à-dire un acte qui reconnaît symboliquement le mal qui a été fait jadis) permette enfin un jour à la famille de terminer le deuil et d'en être délivrée, parfois plusieurs générations après. Ici, le thérapeute permet de s'exprimer et au besoin de faire dessiner, voire de rejouer les scènes en psychodrame : cela est « écouté-entendu » par une personne compréhensive et en empathie (le thérapeute) qui permet de faire un deuil définitif par un acte symbolique fort (terminant donc ainsi les tâches inachevées délétères intrafamiliales).

Comment se transmet un tel héritage et que contient-il ? Les systémiciens n'ont, bien sûr, pas été les seuls à se poser la question. Le psychanalyste René Kaës par exemple a distingué deux grands cas de figure : celui de la transmission brute et massive, telle quelle, non métabolisée et donc traumatisante, et celui de la transmission transitionnelle, métabolisée, bien moins traumatisante puisque remaniée, « adoucie », « prédigérée ». S'inspirant de cette distinction, [Pierre Benghozi \(1994\)](#) a décrit la transmission transgénérationnelle, avec une véritable « incorporation psychique » des fantasmes parentaux, reflétant la transmission brute de Kaës, et la transmission intergénérationnelle dans laquelle le legs psychique est métabolisé,

assimilé et par conséquent nettement moins invalidant pour l'économie psychique des héritiers.

Poussées à l'extrême, ces théories risqueraient de dériver vers le *déterminisme*, d'où la défiance de nombreux systémiciens envers ce qui n'est, après tout, qu'une construction théorique parmi d'autres, destinée à permettre aux thérapeutes de prendre du recul vis-à-vis des problèmes présentés par leurs patients.

## Théorie des systèmes familiaux de Murray Bowen

Parmi les nombreux courants existant en thérapie systémique, celui inventé par Murray Bowen s'est avéré particulièrement original et fécond, car il a mis en évidence l'importance de l'inclusion des familles d'origine dans le processus thérapeutique.

Sa théorie constitue à elle seule un « système de pensée », la BFST (sigle de *Bowen Family Systems Theory*) ou *théorie bowenienne*<sup>20</sup>. « Décrivant ce que les individus *font* plutôt que ce qu'ils *disent faire*, elle s'applique à proposer un mode de pensée qui puisse aider à surmonter des dilemmes apparents, tout en définissant, dans ses grandes lignes, une approche clinique compatible avec ses postulats », écrit Daniel V. Papero (1995).

Pour Bowen, ce que font les individus – c'est-à-dire leurs comportements, en tant que résultats d'interactions complexes avec l'environnement dans lequel ils évoluent – se trouve placé sous la dépendance de deux pôles : le pôle intellectuel et le pôle affectif. Entre le « système intellectuel » et le « système affectif » – ou « système émotif » – se trouverait le « système des sentiments ».

Dans sa théorie, Bowen utilise le terme de *maladie émotive* pour « remplacer tous les termes usités antérieurement tels que maladie mentale et maladie psychologique ». Pour lui, elle doit être comprise comme étant « une perturbation du système émotif », ce dernier étant la « partie intime du passé phylogénétique de l'homme qu'il partage avec toutes les formes inférieures de la vie ».

Quel que soit l'être vivant, il existerait donc un « système affectif », avec bien sûr des différences dans son élaboration, selon le niveau d'évolution de l'espèce : celui d'une paramécie se résumera à des interactions physico-biochimiques ; celui d'un homme fera appel à des circuits neuronaux particulièrement complexes. Il est ensuite amené à décrire deux variables essentielles influençant le plus ce « système affectif » : la *différenciation du soi* et l'*angoisse*.

La *théorie bowenienne*, dont la dernière mouture date de 1975 (avant cette période, Bowen parlait, plus modestement, de *théorie des systèmes familiaux*), comporte huit concepts fondamentaux (tableau 2.1), le huitième pouvant cependant être considéré comme un concept séparé, de l'avis même de son inventeur.

20 L'ouvrage fondamental de Murray Bowen est un important recueil d'articles rédigés entre 1957 et 1978 : *Family therapy in clinical practice*, publié en 1978 par Jason Aronson Inc., New York. En français, on se reportera à l'excellent livre : *La différenciation du soi*, traduit de l'anglais par Neil Big et Pierre Mainhagu, ESF, Paris, 1984.



**Tableau 2.1****Les huit concepts de la théorie bowenienne**

1. La différenciation du soi
2. Les triangles
3. Le système émotif familial nucléaire
4. Le processus de projection familiale
5. La mise à distance émotive ou *cut-off*
6. Le processus de transmission sur plusieurs générations
7. La position dans la fratrie
8. La régression de la vie en société

**Deux grandes variables du « système émotionnel »****Différenciation du soi (*self*)**

Bowen a dit avoir inventé ce concept dès 1960, à partir de son postulat personnel selon lequel il existait un *continuum* entre la normalité, la névrose et la psychose : d'après lui, les différences y seraient bien davantage de nature quantitative que qualitative (d'où évidemment un désaccord important avec la théorie psychanalytique, qui parle de différences structurelles, c'est-à-dire qualitatives et pas uniquement quantitatives). Il écrit : « Je crois que tous ceux qui font l'hypothèse d'une différence entre la schizophrénie, les névroses et le normal, s'appuient sur la théorie psychanalytique, sans être plus précisément conscients de cela et qu'ils fondent la différence plus sur la réponse thérapeutique que sur la théorie des systèmes ».

Bowen fait l'hypothèse de l'existence de deux *soi* : un « soi solide », ou « *self* de base », sorte de noyau caractériel résultant d'interactions au cours de l'enfance et ne se modifiant plus par la suite malgré la pression des relations interpersonnelles, et un « pseudo-soi » ou *pseudo-self*, partie superficielle modelée pour établir les relations extrafamiliales. Le « pseudo-soi » est le négociateur des relations avec autrui ; il représente la « partie fonctionnelle » du soi. Dans un couple par exemple, les deux « pseudo-soi » des conjoints fusionnent en un « nous » dyadique conjugal.

L'*échelle de différenciation du soi* est une sorte d'« échelle de maturité émotionnelle ». Arbitrairement, il la fait aller de l'indice zéro (symbiose totale : un sujet ne peut survivre sans un autre) à l'indice cent (autonomie complète). En bas de l'échelle se trouvent donc les sujets peu différenciés, c'est-à-dire qui ont tendance à « fusionner » dans les relations interindividuelles<sup>21</sup>.

21 Le développement intellectuel étant profondément lié au développement affectif de l'enfant, Bowen a été amené à décrire un *fonctionnement intellectuel* et un *fonctionnement émotif*. L'indice zéro serait celui d'un sujet incapable de choisir entre ces deux modes de fonctionnement. Un indice moyen correspondrait à une utilisation du fonctionnement intellectuel fortement sous la coupe du fonctionnement émotif (cas de la « niaiserie névrotique » : sidération intellectuelle d'un sujet névrosé soumis à un stress important). Plus on monte dans l'échelle, moins le sujet se trouve sous le contrôle de son fonctionnement émotif. Le concept de *différenciation du soi* regroupe donc l'ensemble des comportements et des capacités des protagonistes de la famille, qu'ils soient acquis ou héréditaires. Notons cependant qu'il s'agit là d'une échelle symbolique, les valeurs 0 et 100 représentant deux absolues théoriques, deux axes inatteignables.



Lorsque plusieurs individus d'une même famille ont tendance à fusionner, à se mélanger, comme dans certaines familles très immatures, Bowen parle de *fusion moïque*, d'*unité émotionnelle familiale*, de *masse moïque familiale indifférenciée* ou encore de *masse indifférenciée de l'ego familial* (on peut utiliser la métaphore didactique des raisins accrochés à leur grappe nourricière, et dont ils ne peuvent se détacher)<sup>22</sup>.

À l'autre extrémité de l'échelle, le sujet adulte en parfaite santé mentale, à une pleine maturité émotionnelle, s'exprimant par le fait qu'il n'a aucun problème à maintenir les frontières de son moi.

Entre les deux, se situe l'enfant, dont l'autonomie consiste en un détachement progressif du moi parental ; mais celle-ci est entravée par l'angoisse des parents, et surtout par le degré personnel d'autonomie de chacun d'eux par rapport à ses propres parents. *L'attachement émotionnel irrésolu* témoigne du reste d'attachement subsistant entre l'enfant et ses parents ; il représente un vecteur d'indifférenciation.

Au sein d'une fratrie, chaque enfant a son propre niveau d'attachement émotionnel irrésolu, lequel est alors fonction de la *projection familiale* : pour des raisons tenant à l'histoire de la famille, certains enfants, plus que d'autres, se trouvent exposés à l'angoisse chronique des parents, ce qui retarde leur différenciation. Ce concept cherche à rendre compte du caractère inégalitaire de la transmission du niveau de différenciation parentale.

Bowen a particulièrement insisté sur l'hypothèse selon laquelle les troubles schizophréniques émergeraient à la suite d'une différenciation du soi de moins en moins importante au fil des générations.

### Angoisse

Définie très classiquement comme étant un vécu timérique lié à l'idée que l'on se fait d'une menace réelle ou imaginaire, l'angoisse peut être *aiguë* ou *chronique*. Si l'angoisse aiguë apparaît face à un danger réel – elle est en ce cas bien compréhensible –, il n'en va pas de même pour l'angoisse chronique, parce qu'elle existe en dehors de tout stimulus nociceptif réel. L'anxiété chronique a une vision du monde et une existence particulières, qui le limitent grandement dans ses possibilités de choix. De plus, il peut arriver à transmettre à ses enfants ce vécu spécial – l'angoisse est très contagieuse ! –, si bien, qu'à leur tour, ils pourront présenter des dysfonctionnements dans leur « système affectif » : tout se passe comme s'il existait un « legs d'angoisse chronique », transgénérationnel, donnée empirique que confirme la clinique. La thèse de Bowen est en effet qu'une relation à deux n'est stable que s'il n'y a pas trop d'angoisse. Il explique que « plus le niveau de tension et d'angoisse est élevé, et plus les membres auront tendance à se retirer des relations externes dans lesquelles ils se trouvaient jusque-là pour

22 Cette idée de *groupalité familiale* se retrouvera chez I. Boszormenyi-Nagy : tout se passe comme s'il existait un « nous familial », collectif, avec deux expressions extrêmes : un « nous amorphe » (symbiotique, indifférencié) et un « nous différencié ». Les psychanalystes groupalistes, dont A. Ruffiot par exemple, ont également été amenés à conceptualiser un « appareil psychique familial », dont le fonctionnement est primitif et indifférencié, quasi onirique.

se refermer dans le système les uns sur les autres » (Bowen, 1978)<sup>23</sup>. Pour Bowen, le recours à un tiers s'impose pour stabiliser une dyade, car dans sa théorie une dyade, quelle qu'elle soit, ne peut être qu'instable : « Une relation à deux tend à l'instabilité ; sous l'effet du stress, ces deux personnes ont tendance à recruter une troisième pour stabiliser le système en formant une coalition, les deux s'unissant face au troisième. L'unité de base d'un système émotionnel tend donc à être le triangle » (McGoldrick et Gerson, 1985).

En définissant un « triangle » comme étant la configuration émotionnelle de trois individus, Bowen a voulu théoriser sa constatation empirique selon laquelle, au-delà d'un certain seuil d'angoisse, les relations duelles – c'est-à-dire sous forme d'une dyade étroitement soudée – devenaient de plus en plus instables ; elles sont remplacées alors par des relations triangulaires ; il a décrit ce phénomène sous le terme de *triangulation*. Le troisième individu est l'*outsider* de la dyade ; sa position est celle d'un complément de la dyade ; sa place privilégiée de tiers lui permet de jouer un rôle de confident, dont la fonction est de faire baisser le niveau d'angoisse ressentie par les protagonistes de la dyade. Cet *outsider* est « choisi » par le duo angoissé parce qu'il est le tiers le plus sensible de l'entourage<sup>24</sup>.

Dans les périodes de calme, il existe donc des triangles inapparents, latents, constitués du duo intime (la dyade) et de son outsider potentiel. C'est dans les périodes de crise que le duo a réellement recours à l'outsider ; mais ce dernier se trouve en quelque sorte piégé, paralysé par la nouvelle alliance qui se crée, souvent à son corps défendant ; d'où le recrutement d'un nouvel outsider pour éponger l'angoisse et ainsi de suite : des triangles récurrents se font et se défont, au sein d'une famille, en fonction du niveau général d'angoisse. Lorsqu'un triangle s'avère insuffisant à faire « baisser la pression », d'autres triangles se forment : Bowen parle de *triangles imbriqués* les uns dans les autres, additionnels et cumulatifs ; ils témoignent donc indirectement du niveau d'angoisse auquel la famille tente de faire face : « Dans les périodes de stress, la position extérieure est la plus enviable. Si la tension ne peut être métabolisée à l'intérieur du triangle, un de ses membres triangule un quatrième, laissant l'ancien troisième en dehors, et en réserve pour plus tard si besoin. Si les tensions sont très fortes dans les familles et que les triangles familiaux soient épuisés, le système familial triangule des personnes extérieures à la famille, telles que police, services sociaux, médecins, amis, voisins, etc. C'est une externalisation réussie de la tension, que de voir les tiers extérieurs entrer en conflit à propos de la famille, tandis que celle-ci est plus calme. Les familles qui n'arrivent pas à

23 De son côté, Salvador Minuchin a décrit les *triades rigides*, figeant l'évolution du groupe familial. Jay Haley a également décrit les *triangles pervers*, dont les alliances transgénérationnelles illégitimes disqualifient les hiérarchies naturelles.

24 Bowen (1978) écrit : « [Le triangle] est le plus petit des systèmes de relations stables. En effet, un système de relations à deux ne peut être stable que pour autant qu'il reste calme ; dès que l'angoisse augmente, il récupère la tierce personne la plus sensible de son entourage en son sein pour reformer un triangle. Quand la tension dans le triangle est trop grande pour le trio, il récupère d'autres personnes pour former une série de triangles s'intriquant ».

résoudre leurs conflits par un changement des règles internes, triangulent des personnes extérieures pour maintenir ainsi leur indifférenciation intérieure » (Rojero et Suarez, 1981).

Il appartiendra alors aux thérapeutes de bien repérer les alliances entre les protagonistes et la formation des « triangles d'angoisse » – s'il est possible de les dénommer ainsi – car ces données fourniront de précieux renseignements sur la manière dont la famille réagira à nouveau lorsqu'elle sera soumise à un stress important (recherche d'une certaine prévisibilité du phénomène de triangulation). Ainsi conçue, l'angoisse devient un paramètre essentiel dans l'émergence des symptômes.

## Autres concepts fondamentaux de la BFST

### Transmission multigénérationnelle

Ce concept a été inventé par Bowen pour rendre compte du fait d'observation clinique suivant : il n'est pas rare de rencontrer des enfants chez lesquels le niveau de différenciation est supérieur à celui de leurs parents. Comment est-ce possible ? Il faut admettre que la répétition transgénérationnelle du processus de *projection familiale* a conduit ici vers une amélioration de ce que l'on pourrait appeler la « compétence émotionnelle ». Ailleurs au contraire, la situation s'aggravera au fil des générations. La façon dont auront été prises en charge ces familles influencera évidemment beaucoup ce phénomène de legs multigénérationnel.

### Processus émotionnels dans la famille nucléaire

Par l'expression de *système émotif familial nucléaire*, Bowen (1978) indique que « ce concept décrit pour toute une famille mais sur une seule génération, des modèles de fonctionnement émotif. Entre le père, la mère et les enfants, certains de ces modèles sont fondamentaux et recopient ceux qui existaient dans les générations précédentes ; ils se répéteront dans les suivantes ».

Lorsque les problèmes liés à l'attachement émotionnel n'ont pas été résolus, la famille met en place un certain type de fonctionnement, très caractéristique, que Bowen a décrit sous la forme de *quatre configurations émotives* possibles.

- La première est appelée *distance émotive*, pour rendre compte du fait que plus l'angoisse devient importante dans un couple, plus les conjoints s'éloignent. Selon les cas, la limitation des contacts peut prendre différentes formes : fuite dans le travail, augmentation des activités de loisirs sans le conjoint, passage d'un maximum de temps chez des amis, etc. Au final, la séparation émotive peut aboutir à une cohabitation indifférente, puis à une séparation pure et simple de la vie commune. Bowen a décrit le phénomène du *rejet émotif* ou *coupure émotive* (traduction de : *emotional cut-off*) pour parler de certaines situations de séparation affective majeure (cas des enfants qui mettent des centaines de kilomètres entre eux et leurs parents, croyant ainsi s'autonomiser, alors qu'ils n'ont pas fait, en eux-mêmes, l'indispensable travail de distanciation psychologique, et qu'ils n'ont pas encore la maturité nécessaire pour assumer une telle distance).

Cette *mise à distance émotionnelle* est en général à double sens (de l'enfant vers ses parents, et réciproquement). Il écrit : « La personne qui fuit sa famille d'origine est bien aussi dépendante émotionnellement d'elle que celle qui n'arrive jamais à la quitter ». Le *cut-off* concerne donc « la manière de se séparer de son passé pour s'engager dans la vie au niveau de sa propre génération et l'attachement à l'égard de ses parents non résolu. Il consiste en un processus d'isolement, de retrait ou de fuite, par rapport à la famille parentale et au désir d'affirmer sa propre importance. Tous les degrés existent dans le rejet émotionnel vis-à-vis des proches. Mais il subsiste un degré d'attachement non résolu à l'égard des parents. Celui-ci est équivalent à l'indifférenciation que toute personne conserve et doit prendre en charge affectivement » (Hecquet et Mainhagu, 1987).

- La deuxième configuration émotionnelle est le *conflit conjugal*, qui peut s'exprimer sous les formes les plus variées (simple mésentente, harcèlement affectif, violences verbales ou physiques, etc.). Dans ce cas, les deux conjoints dysfonctionnent, chacun séparément, mais aussi ensemble.
- La troisième configuration émotionnelle consiste en un *dysfonctionnement de l'un des conjoints*. Dans le cas où l'un des conjoints refuse d'assumer ses responsabilités, contraignant ainsi l'autre à agir à sa place, le conjoint démissionnaire ne se rend pas compte qu'il se fragilise : il donne le pouvoir à l'autre. Un cas de figure fréquent est celui dans lequel le père, se sentant disqualifié par la mère, adopte une position de retrait, laissant ainsi la mère gérer seule le problème avec son enfant.
- La *projection du problème sur un enfant*, quatrième configuration émotionnelle, consiste en une perversion du phénomène de *projection familiale*. Par exemple, une mère trop anxieuse aura des attitudes hyperprotectrices généralisées d'angoisse pour l'enfant (ce dernier comprenant qu'il y a un danger, mais ne saisissant pas lequel), surtout si le père ne joue pas son rôle de tiers sécurisant. Bowen appelle *enfant triangulé* celui qui, ayant été le centre du processus de projection familiale, a une moins bonne adaptation à l'existence.

## Position dans la fratrie

Reconnaissant s'être inspiré des travaux de Toman (1961) sur les profils de personnalité suivant la position de chacun dans la fratrie<sup>25</sup>, Bowen a voulu comprendre comment un enfant était choisi comme objet du processus de projection familiale. Il en arrive à la conclusion suivante : « Le degré de coïncidence entre le profil de personnalité et les normes est une bonne manière d'arriver à déterminer le niveau de différenciation et la direction prise par le processus de projection familiale d'une génération à l'autre.

25 Après avoir étudié plusieurs milliers de familles, le psychologue autrichien Walter Toman avait décrit dix profils fondamentaux de personnalité en fonction de la position dans la fratrie ; cela devait permettre de savoir quel était le profil-type de chacun, et ce que l'on pouvait éventuellement en déduire quant au devenir de l'enfant. Bowen était parfaitement conscient du caractère déterministe, et donc très critiquable, d'une démarche consistant à établir des sortes de « portraits-robots psychologiques ».

Par exemple, si un aîné a tendance à imiter un cadet (au lieu du contraire), c'est une bonne indication qu'il est l'enfant le plus triangulé. Mais si l'aîné est très autoritaire, c'est une bonne indication d'un niveau certain de handicap dans son fonctionnement ».

Pour Bowen, la position dans la fratrie conditionnerait grandement les interactions liées aux processus familiaux, ainsi que les attitudes particulières des membres d'une famille lorsque ces derniers doivent faire face à beaucoup d'angoisse (le cas le plus simple à comprendre étant celui du frère aîné qui, se sentant menacé dans ses prérogatives par le cadet, rigidifie sa position d'aîné et lui donne une coloration paranoïaque).

### Processus émotionnels dans la société

C'est en étudiant les adolescents délinquants que Bowen en est arrivé à l'idée que « le problème émotif dans la société était semblable à celui qui existe dans la famille ». Il écrit, au sujet de ces adolescents, qu'il existe un lien commun entre les parents et la société : celui de la responsabilité (la société étant tout aussi responsable que les parents dans l'émergence et l'entretien des actes de délinquance juvénile).

À un autre niveau, l'angoisse de la famille peut se trouver alimentée par un contexte d'insécurité sociale (difficultés économiques d'un pays, postulats d'une guerre, etc.). Certaines familles, et certains groupes d'appartenance, réagiront alors plus mal que d'autres à ce climat social. Il en résultera des phénomènes de régression. Tout se passe comme si la société elle-même réagissait comme un système émotif, dysfonctionnant lorsqu'il y a trop d'angoisse chronique.

La vision sociale de Bowen est pessimiste. D'après lui, les choses vont en se dégradant. Il considère l'angoisse sociale chronique « comme étant le produit de l'explosion de la population à la surface du globe, de la diminution des réserves de nourriture et des matières premières nécessaires au maintien du mode de vie de l'homme sur terre, enfin de la pollution de l'environnement qui est en train de lentement menacer l'équilibre vital nécessaire à la survie humaine ».

### Applications psychothérapeutiques de la BFST

À partir du moment où l'individu est considéré dans sa dimension multi-générationnelle, et que l'on postule l'existence primordiale d'un champ émotionnel familial, l'*étude de la famille élargie* s'impose. S'il est arrivé à Bowen d'hospitaliser des familles entières – comme s'il s'agissait d'un seul patient –, dans d'autres cas, il n'a même pas été nécessaire de faire venir en entretien le porteur du symptôme, puisqu'il suffisait d'un ou de deux individus très motivés et particulièrement impliqués dans les problèmes pour embrasser et résumer à eux seuls l'ensemble des dysfonctionnements familiaux.

L'objectif principal du traitement est le *renforcement de la différenciation de soi individuelle ou systémique*. La *gestion du soi* constitue le fondement de la thérapie. Cela est d'ailleurs tout autant valable pour les membres de la famille que pour le thérapeute lui-même ; ce dernier devra avoir fait un travail sur

lui-même, afin – entre autres – de ne pas se trouver débordé par ses propres affects. Ce travail sur soi, étayé souvent par un superviseur, nécessite d'importants efforts ; il devra donc travailler sur ses propres problèmes de différenciation du soi, d'angoisse et de triangulation. Nous retrouvons là l'influence de la formation psychanalytique de Bowen, liée à l'exigence d'une formation personnelle et à la mise en place d'un cadre de travail des plus rigoureux.

La formation de triangles relationnels auxquels participent les thérapeutes (par exemple du type : mère + enfant + thérapeute) constitue, pour Bowen, un élément incontournable de la thérapie. Le thérapeute doit être conscient du fait qu'il est utilisé par la famille, et prendre du recul sur ce phénomène. D'où ses efforts pour détriangler : « Le concept de triangle est un moyen permettant de lire la capacité de réponse émotionnelle automatique pour contrôler sa propre participation au processus émotif. C'est ce contrôle que j'ai appelé la détriangulation » (Bowen, 1978).

Où la différenciation du soi a-t-elle réellement lieu ? Les psychanalystes répondent que c'est « ailleurs », sur une « autre scène ». Mais on peut également penser qu'elle s'effectue devant celui (ou celle) dont on a à se différencier.

Un enfant en relation symbiotique avec sa mère (dyade excluant le père) peut certes bénéficier d'une psychothérapie individuelle – lieu de paroles et espace privilégié lui appartenant – mais une fois qu'il a quitté le cabinet, s'il n'arrive pas à vivre sa propre vie en situation de face-à-face avec elle, il ne pourra jamais s'en différencier ; autrement dit, la différenciation ne s'opère pas en partant, mais bien en restant et s'opposant.

## La pensée de Boszormenyi-Nagy

Ivan Boszormenyi-Nagy est le fondateur de la *thérapie contextuelle*, qui regroupe des éléments empruntés à la fois aux thérapies individuelles et aux thérapies familiales classiques. Ses premiers travaux dans le champ des thérapies familiales systémiques remontent à la fin des années 1950. C'est à partir de cette époque qu'il inventa une nouvelle approche thérapeutique des troubles psychiques (en particulier des psychoses), qu'il baptisa successivement : la *psychothérapie familiale intergénérationnelle dialectique*, puis la *thérapie familiale contextuelle*, enfin la *thérapie contextuelle*.

Sa pensée est féconde et complexe, avec des emprunts à divers auteurs, psychanalystes en particulier, synthétisés de manière remarquable. Le tour d'horizon proposé ici a pour seul but de donner envie aux lecteurs de se plonger dans ses ouvrages passionnants.

On remarquera simplement que presque tous ses concepts peuvent renvoyer à des mécanismes de pensée particulièrement présents dans la paranoïa (loyauté, fidélité, vécu victimal persécutoire, dette, hypersensibilité à la justice, équité, droits et devoirs, responsabilité, considération, etc.).

## Psychothérapie familiale intergénérationnelle dialectique

Le postulat de base est le suivant : Nagy pense, et il n'est pas le seul, que le sujet – c'est-à-dire ici le soi – n'arrive à se construire que par opposition

à l'autre : je ne suis ce que je suis qu'en fonction de ce que l'autre me renvoie de moi-même. Tout se passe comme si c'était l'autre qui mettait une limite au soi. Donc, si la construction de l'identité individuelle résulte de la relation dialectique à autrui, l'autre devient en quelque sorte une partie constitutive de soi. L'individuation, et plus tard l'autonomie, ne pouvant se concevoir que dans le cadre d'un contexte relationnel, une thérapie individuelle, qui ferait totalement fi du contexte familial, n'aurait aucun sens. D'où l'expression de psychothérapie familiale dialectique.

Comment Nagy en est-il venu à ce postulat ? Essentiellement à partir de sa lecture du célèbre ouvrage de [Martin Buber \(1958\)](#), qui explique que le dialogue représente le modèle de base de toutes les relations humaines intimes. Une relation n'est donc thérapeutique que dans la mesure où le thérapeute parvient à mettre en place un dialogue véritable, authentique, pas tant entre lui et le patient, qu'entre le patient et son proche entourage (puisque c'est bien là que se situe en général le problème).

## Contexte

Nagy donne du contexte une définition personnelle : il s'agit de « l'ensemble des individus qui se trouvent dans un rapport d'attente et d'obligation ou dont les actes ont un impact sur l'autre » ([Ducommun-Nagy, 1995](#)). Vu sous cet angle, le contexte n'est superposable ni au système d'interaction ni au système familial. Il en résultera une théorie contextuelle des motivations.

## Motivations

En complément des motivations classiquement définies en psychologie, Nagy en ajoute deux autres, les légitimités constructive et destructrice :

- la *légitimité constructive* : estimant agir pour le bien de ses patients, le thérapeute gagne une possibilité de légitimation (*entitlement*). Il puise dans son travail une satisfaction intérieure qui le motivera à s'améliorer encore davantage, ce qui le fait entrer, non dans un « cercle vicieux » mais dans une bienfaisante et altruiste « spirale de la légitimité constructive ». Il s'en suivra un « gain de légitimité », d'ordre dialectique, reflétant le fait que c'est à travers ce que l'on donne que l'on reçoit (conception chrétienne, s'il en est) ;
- la *légitimité destructrice* : elle concerne ceux – les enfants en particulier – qui s'estiment lésés et développent un vécu de victime ; d'où la recherche d'une restitution ou d'une compensation, processus qui peut parfois prendre une allure paranoïaque.

## Les quatre dimensions de la réalité relationnelle

Nagy distingue quatre dimensions, sur des plans différents, pour rendre compte de la réalité relationnelle de chaque individu : les dimensions des faits, de la psychologie individuelle, des transactions, de l'éthique.

### Dimension des faits

Les faits, c'est-à-dire ici la réalité, dans ses aspects divers biologique (par exemple le sexe), médical (par exemple un handicap physique), social (par exemple la pauvreté) ou historique (par exemple le fait d'avoir été adopté, d'appartenir à

une ethnie particulière, etc.), ont une importance capitale en thérapie contextuelle du fait de leurs conséquences sur la « balance éthique » des relations. C'est ainsi que l'on pourra être enclin par exemple à avoir de la gentillesse envers quelqu'un qui aura été malmené par la vie, ou à envier un battant, etc.

### Dimension de la psychologie individuelle

La théorie de la thérapie contextuelle a englobé, et à sa façon revisité, les grands concepts psychanalytiques (instances psychiques, mécanismes de défense, fantasmes, etc.) ainsi que psychogénétiques (pour l'essentiel liés aux découvertes de Jean Piaget), en tant que déterminants fondamentaux du fonctionnement psychique. Dans le cas du traitement d'un symptôme névrotique, on s'efforcera de faire prendre conscience au patient des répercussions pénibles qu'a ce symptôme sur les membres de l'entourage ; ainsi, l'amendement du symptôme apportera-t-il un mieux-être collectif.

### Dimension transactionnelle des relations interpersonnelles

Le thérapeute contextuel étudie particulièrement la forme que prennent les transactions et la communication au sein de la famille ; il exprimera cela en termes de structures, de règles, d'alliances, de rôles, etc. En entretien, il s'adressera à tour de rôle à chacun des membres de la famille, afin de comprendre comment il perçoit la réalité et en quoi sa vision personnelle affecte les autres. Il explore plus particulièrement la part de vulnérabilité de chacun ou au contraire sa part de responsabilité à l'égard des autres.

### Dimension de l'éthique relationnelle

C'est en cherchant à aider les patients psychotiques que Nagy s'est rendu compte que toute relation, fut-elle la plus dysfonctionnelle, avait d'inconcevables soubassements éthiques. Il a montré que les relations interpersonnelles étaient la plupart du temps basées sur des questions de loyauté (*loyalty*), de confiance (*trust*), de fiabilité (*trustworthiness*), de légitimité (*entitlement*), d'équité (*fair*), concepts jusqu'alors délaissés par les autres systémiciens<sup>26</sup>.

Nagy a approfondi tous ces concepts, leur faisant jouer le rôle de puissants moteurs relationnels<sup>27</sup>.

En fait, si l'on voulait résumer sa pensée, on pourrait dire que la question qu'il s'est d'abord posée, et qui l'a entraîné sur la voie de tout le reste, n'a pas été celle, trop banale, du « comment ça marche ? », mais celle, plus fine, du « pourquoi ça tient ? », autrement dit, la question de la temporalité : certaines relations humaines doivent nécessairement avoir une certaine stabilité dans le temps ; pour qu'elles soient viables à long terme et reproductibles, il faut qu'elles soient basées sur un système de valeurs qui les dépasse, les transcende ; ce système est, d'après lui, d'ordre éthique.

26 L'enfant, par exemple, possède un *a priori* positif spontané envers ceux qui s'occupent de lui. Nagy dit qu'il a une générosité et une loyauté spontanées.

27 Lire en particulier : Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M., *Invisible Loyalties*, Harper & Row, New York, 1973. S'y trouve étudiée l'influence des loyautés intergénérationnelles (« loyautés invisibles ») sur l'émergence d'un symptôme.



En effet, pour qu'une relation perdure, il faut qu'elle soit fiable, solide, que les partenaires soient en confiance, qu'il y règne l'équité. Faute de cela, soit la relation se rompt (un des partenaires quitte la relation, qui meurt), soit elle se corrompt (des signes de tension apparaissent, la relation devient dysfonctionnelle).

Le principe de la « balance éthique » cherche à rendre compte de l'équilibre délicat existant entre, d'un côté, les mérites acquis et, de l'autre, les obligations contractées. Ce principe pourrait se comparer à une sorte de « retour d'ascenseur », expliquant nos attitudes en fonction du vécu que nous avons eu lors d'une précédente relation avec quelqu'un (faire du bien à quelqu'un qui nous en a fait, riposter contre un agresseur, etc.) : chacun attend d'autrui quelque chose en fonction de ce qu'il a précédemment donné, d'où un rapport de dette, de mérite, etc.

C'est pour expliquer la nature de la force de cohésion qui permet aux relations de perdurer, que Nagy a eu recours aux concepts d'équité et de justice.

La métaphore du « livre des comptes » (dans lequel s'inscrivent les mérites et les obligations), puis celle de la « balance de l'équité », permettent de souligner la nécessité de trouver un équilibre éthique dans les relations interindividuelles. C'est ainsi que la restauration d'une relation de confiance passe par de sains règlements de comptes affectifs. Mais un tel modèle comptable a ses propres limites : il n'explique pas par exemple l'altruisme excessif, dans lequel un sujet « donne sans compter », sans attendre de retour de la personne à qui il fait le bien (cas des prêtres, par exemple, qui attendent dans l'au-delà un retour pour leurs actions bienfaitantes, sous la forme d'une croyance en une place au paradis) : il s'agit d'un gain indirect, basé sur la légitimité et non sur le remerciement direct provenant de la personne assistée. Sans victime à aider, point de bienfaiteur. En poussant à l'extrême le raisonnement, il est possible de dire que ce dernier est en quelque sorte redevable à la victime d'exister, puisqu'elle lui permet de se réaliser dans ses motivations altruistes<sup>28</sup>.

Au fil des générations, les descendants chercheraient à améliorer leur façon de faire (tenter d'être meilleur parent que ses propres parents) : il s'agirait là d'un phénomène tout à fait normal, que l'on pourrait qualifier de « bonification transgénérationnelle », et qui trouve d'ailleurs d'autres champs d'application (pensons au progrès technologique, par exemple). Nagy a également remarqué que, pour qu'une génération soit véritablement épanouie, il lui faut avoir bien négocié l'héritage de la génération précédente. L'expression métaphorique courante de l'enfant qui « paye les pots cassés » témoignerait de ce phénomène que Nagy a décrit sous les termes de *balance de justice intergénérationnelle* ; il montre qu'un problème non résolu dans une génération antérieure (par exemple un secret de famille lié à une union incestueuse, à un crime, etc.) émerge nécessairement dans une ou

28 Tout cela est très schématique. En fait, Nagy distingue l'altruisme, qui le plus souvent se dénie et a quelque chose à voir avec la dette, de l'attention bienveillante portée à autrui : dans ce second cas de figure, il s'agit d'une considérable force de motivation procurant un gain personnel au bienfaiteur, qui « reçoit en donnant ».

plusieurs générations suivantes, sous forme d'un symptôme présenté par un « maillon faible » de la chaîne de transmission (un enfant par exemple). Là encore, Nagy fait appel à la métaphore pour rendre accessible sa pensée : *l'ardoise pivotante* témoigne des « dettes » – des phénomènes impayés, non soldés, non liquidés – transmises à la génération suivante (qui, faut-il le rappeler, est « innocente ») : dans une famille, on hérite des bonnes choses autant que des mauvaises...

Il existe donc pour Nagy deux grands types de relations interhumaines :

- les *relations symétriques*, basées sur des attentes réciproques d'échanges égaux entre des protagonistes ayant chacun un niveau de pouvoir comparable (cas d'une relation d'amitié, de certaines relations d'affaires, etc.) ; il parle ici d'une égalité des échanges ;
- les *relations asymétriques*, dans lesquelles un protagoniste est très dépendant d'un autre (le paradigme étant la relation de totale dépendance d'un nourrisson à sa mère) ; il parle dans ce cas d'une éthique de la sollicitude. L'important dans une relation est de rendre, en fonction de ce que l'on a soi-même reçu, mais pas forcément à la personne de qui l'on a reçu : pour reprendre l'exemple de la relation dyadique mère-bébé, il est peu fréquent que l'enfant, devenu adulte à son tour, ait l'occasion de rendre autant de sollicitude à la mère, entre temps devenue âgée (à moins qu'elle ne soit devenue handicapée, complètement dépendante de lui). Il lui est en revanche possible de s'acquitter de sa dette en reproduisant cette sollicitude auprès de son propre enfant, et ainsi de suite (d'où la dimension transgénérationnelle du principe d'équité, basé sur la réciprocité du donner et du recevoir).

## Loyauté

Le concept de loyauté – en tant qu'ensemble des attentes et des injonctions familiales intériorisées – constitue le pivot de la pensée de Nagy, qui en a d'ailleurs fait un concept inséparable de deux autres : la *confiance* et la *légitimité*. Peut-être parce qu'il reflète l'idée d'une fidélité de chacun à ses propres origines et de la trace indélébile qui en résulte, il a eu chez Nagy une résonance toute particulière, eu égard à son parcours personnel d'émigré hongrois aux États-Unis.

### Principales caractéristiques de la loyauté

Le terme de loyauté (dont l'étymologie rappelle la référence à la « loi ») ne doit pas être pris ici au sens philosophique moral de « sentiment de loyauté ».

La loyauté n'est pas un concept normatif : on ne « choisit » pas d'être loyal envers son enfant, il s'agit là d'une évidence naturelle. On n'est pas loyal parce qu'on le « doit », mais parce qu'on le ressent ainsi.

La loyauté est un concept « ontique » en ce sens qu'elle s'origine dans une réalité existentielle : la relation de dépendance de l'enfant envers ses parents. L'enfant « leur doit tout », ce qui témoigne d'une relation totalement asymétrique.

La loyauté dépasse le simple attachement à une personne. Il est ici question d'enracinement affectif, très profond, qui participe à la construction de l'identité du sujet.

La loyauté représente un concept triadique (l'attachement à une personne exclut une autre personne : la loyauté se construit nécessairement au détriment de quelqu'un).

La loyauté a une dimension transgénérationnelle. Nagy estime qu'il existe un « héritage de loyauté » qui se transmet au fil des générations. À chaque génération, existe un « lien primitif de loyauté » entre parent et enfant.

La loyauté est par définition « invisible » en ce sens qu'elle est cachée, latente, le plus souvent inconsciente. Un enfant peut continuer à rester loyal envers son ascendance, tout en se séparant physiquement d'elle ou en faisant des choix qui en apparence n'ont rien à voir avec elle. Ce que Nagy appelle « loyauté invisible » est un phénomène un peu différent : il traduit le fait que cacher volontairement une loyauté est parfois une nécessité, un mal pour un bien.

La loyauté prend souvent la forme d'un message implicite transgénérationnel. Par exemple, dans une famille d'enseignants où la réussite sociale compte beaucoup, peu importe que les enfants deviennent professeurs, artistes, ou architectes, l'essentiel est qu'ils réussissent brillamment.

La loyauté représente une force très importante dans le développement psychoaffectif du sujet, puisqu'elle le relie à la fois horizontalement (dans ses choix relationnels) et verticalement (dans son ascendance).

La loyauté repose sur trois concepts à la fois : les mérites acquis, la dette, et la réserve de confiance.

À ses origines (familiales, mais aussi ethniques, culturelles, etc.) la loyauté représente le paradigme de toutes les autres formes de loyautés.

La loyauté transcende les inimitiés intrafamiliales. Elle permet notamment la soudure des membres de la famille en cas d'attaque, un peu comme les doigts d'une main qui se replient ensemble pour avoir davantage d'impact pour donner un coup de poing.

### **Différentes formes de loyauté**

Nagy distingue la loyauté entre relations verticales (parents-enfants) et entre relations horizontales (entre pairs). Si la première est asymétrique et irrésistible, la seconde est égalitaire.

La *loyauté envers le père* n'est pas de même nature que la loyauté envers la mère. En effet, d'emblée le nouveau-né est davantage dépendant de la mère que du père (ne serait-ce que du fait de l'allaitement). Tout se passe comme si le père, même s'il s'investit beaucoup, prenait du retard par rapport à la mère. C'est lorsqu'il assumera pleinement sa responsabilité de parent qu'il rattrapera ce retard ; il s'établira ensuite un rapport de dette entre l'enfant et son père analogue au rapport de dette entre l'enfant et sa mère.

La *loyauté horizontale*, par exemple entre amis, repose le plus souvent sur des choix existentiels (cependant que la loyauté verticale est imposée : personne ne choisit ses parents, sauf cas exceptionnels d'adoptions tardives...).

Nagy a également décrit le phénomène des *loyautés clivées*, qui s'exprime par exemple au sein de familles dans lesquelles un enfant se trouve parentifié (protégeant à outrance ses propres parents, adoptant un rôle parental à leur égard, et du coup s'interdisant d'avoir des enfants afin de ne pas disperser

ses forces affectives). Dans de telles familles, le monde extérieur est vécu comme indigne de confiance. La famille qui vit en autarcie, complètement repliée sur elle-même, fait le lit des « vieilles filles » et des « vieux garçons ».

### Conflits de loyauté

Il n'est pas rare qu'une loyauté verticale s'oppose à une loyauté horizontale. Une immense partie de la littérature tragique classique a développé ce thème : pensons par exemple à Roméo et Juliette, ou à Chimène amoureuse de Rodrigue dans « Le Cid » (dans un célèbre dilemme cornélien que l'on n'a pas manqué de caricaturer par la formule : « Ah ! Qu'il est beau, l'assassin de papa... »). Un choix s'impose, particulièrement cruel car mobilisateur d'affects intenses, archaïques et violents. La tragédie théâtrale transfigure la lutte intérieure du sujet, lequel passe intérieurement en revue toutes les issues possibles, y compris la mort (meurtre ou suicide). Mais en fin de compte, devant l'impossibilité de concilier les deux loyautés, un « choix » a lieu, consciemment (sans guillemets), ou inconsciemment (avec guillemets) et alors presque toujours dans ce dernier cas sous forme d'un passage à l'acte. La réalité de la vie se charge donc de faire s'entrecroiser les loyautés verticales et les loyautés horizontales, ce qui oblige, à chaque fois, à la recherche d'un nouvel équilibre, faute de quoi le système dysfonctionne et le symptôme apparaît. Cet équilibre s'exprime, d'après Nagy, par la métaphore de la balance (« le mouvement de balance ») : tantôt sur un axe (la loyauté verticale, primordiale), tantôt sur l'autre (la loyauté horizontale).

### Conduite de la thérapie

La thérapie contextuelle repose donc sur le respect scrupuleux d'un certain nombre de règles de base :

- l'éthique ;
- la loyauté du thérapeute envers le patient ;
- le renoncement à ses préjugés : le thérapeute doit effectuer un important travail sur lui-même, de façon à ne pas prendre parti, pour ou contre un ou plusieurs membres de la famille. L'idéal est qu'il soit équitable en étant impartial ;
- la notion de *contrat thérapeutique* : si dans le cadre d'une thérapie individuelle, où thérapeute et patient se mettent d'accord sur le type de changement souhaitable, les choses sont relativement claires, il n'en va pas de même dans la conduite d'une thérapie familiale où diffèrent les attentes et les intérêts des différents protagonistes impliqués dans les conflits. Pour cela, il appartiendra au thérapeute de définir lui-même la nature des changements qu'il souhaite voir apparaître au sein du système familial. Tout son art consistera alors à faire en sorte que chaque protagoniste ait le sentiment empathique d'avoir été écouté, compris, aidé et défendu dans ses intérêts : tel est le principe de la « partialité multidirectionnelle »<sup>29</sup> ;

<sup>29</sup> Celle-ci est définie comme étant « une stratégie par laquelle le thérapeute invite chacun des membres de la famille à définir sa position et à prendre en compte les implications qu'elle entraîne pour les autres à travers un "dialogue interpersonnel" qui offre à chacune des parties en présence l'occasion de définir et de valider sa position » (Ducommun-Nagy, 1995).

- la référence constante à plusieurs générations : le contrat thérapeutique inclut aussi bien les membres présents lors de l'entretien (les membres de la famille consultante) que ceux appartenant aux générations suivantes. Nagy estime en effet qu'il existe un lien étroit entre l'influence des acquis des générations précédentes et la gestion de cet héritage par les générations présentes et futures.

L'art de la thérapie consistera à réutiliser, positivement, les données éthiques et les règles de loyauté qui entravaient jusqu'alors la famille : c'est sur elles que s'appuiera le thérapeute, les utilisant comme un levier permettant de soulever ce qui paraissait trop pesant et perdu d'avance.

## Quelques autres auteurs

Les limites de nos connaissances ainsi que les dimensions restreintes de l'ouvrage nous empêchent de mentionner l'ensemble des auteurs qui ont œuvré dans le vaste champ des thérapies transgénérationnelles.

Citons toutefois Maurizio Andolfi, qui ne peut concevoir la thérapie sans un élargissement des problèmes à la *famille transgénérationnelle*.

Ancienne disciple de Mara Selvini Palazzoli, puis fondatrice du Centre de thérapie familiale systémique et de recherche de Milan, Giulana Prata (1992) a cherché à approfondir les histoires des enfants qui se disaient « mal aimés » par leurs parents ou leur entourage. Elle a alors remarqué que, dans certaines familles particulièrement dysfonctionnelles, les parents du patient désigné avaient eux-mêmes eu ce vécu de rejet de la part de leurs propres parents. D'où un « jeu du rejet » qui se réitère à chaque génération.

Citons aussi James L. Framo (1992), qui a toujours cherché à relier l'intrapersonnel et l'interpersonnel. Son approche, globalisante, utilise donc à la fois des concepts systémiques (en particulier ceux hérités de Murray Bowen) et psychodynamiques (tel celui, psychanalytique, de « relation d'objet », en référence aux travaux de Fairbairn (1952)<sup>30</sup>, mais en appliquant le concept aux théories de couple, s'inspirant des travaux de Dicks [1967]). Il met pour cela en présence les couples en thérapie avec les membres de leurs familles d'origine, estimant que ces derniers détiennent en grande partie la clé du problème. Maurizio Andolfi (1995) se fait l'interprète de sa pensée lorsqu'il écrit : « Framo pense que les difficultés actuelles du couple, aux niveaux tant personnel que parental, sont des efforts réparateurs visant à corriger, contrôler, à se défendre contre – et effacer – des paradigmes relationnels anciens et perturbateurs appartenant à la famille d'origine. Ainsi, en choisissant certaines relations intimes plutôt que d'autres, les individus essaient de trouver des solutions interpersonnelles à des conflits intrapsychiques ».

Norman Paul (1994) a particulièrement étudié les phénomènes de deuil. Pour cet auteur, les images des personnes disparues, dont le deuil n'a pu se faire, continueraient à vivre dans l'esprit de l'endeuillé d'une manière

30 L'« objet », pour Framo, est le sujet (l'individu, dans le couple), assujéti par ses pulsions. Sa recherche de plaisir s'identifierait à la recherche de l'objet (de satisfaction). L'agression signifierait un refus, par l'agresseur, de donner de la satisfaction à l'agressé.

quasi autonome, qu'il s'agisse d'objets totaux (une personne, une image) ou partiels (un sein, le pénis, ou encore un de leurs équivalents symboliques)<sup>31</sup>. La thérapie consistera en un travail de « deuil opérationnel »<sup>32</sup>.

Helm Stierlin occupe une place à part parmi tous ces auteurs. Est-ce grâce à sa triple formation de philosophe (ayant étudié Hegel, plus particulièrement), de psychanalyste (ayant approfondi la question des mécanismes de défense, comme l'identification projective et l'externalisation), et de psychiatre, que Helm Stierlin a pu élaborer des concepts aussi riches, originaux et prometteurs que celui de *délégation* ?

Ce concept met en lumière le fait que, dans toute famille (normale ou dysfonctionnelle), un des membres peut se trouver comme « délégué » (au sens latin d'envoyer en mission, comme l'étaient autrefois les légats des Papes) par d'autres membres de sa famille qui le « tiennent » essentiellement par des règles de loyauté. La délégation apparaît ainsi comme « une mission de justification et d'orientation ». Selon que la mission servirait le Ça, le Moi ou le Surmoi, Stierlin décrit des processus de délégation différents. Ainsi et schématiquement, certaines conduites de dépendances (sous diverses formes : alcoolisme, toxicomanies, addictions sexuelles, etc.) pourraient évoquer une délégation venant du Ça. Les processus de délégation au service du Moi auraient pour fonction le *coping* face aux situations pratiques du quotidien. Ceux au service du Surmoi permettraient par exemple à un adolescent de réussir dans un domaine dans lequel les parents auraient précédemment échoué (tout se passant comme si, par identification anticipatoire, l'enfant permettait au parent de prendre sa revanche, par procuration) ; mais à l'opposé, un enfant peut se voir chargé des fautes de ses parents, et se faire un devoir de les expier à leur place.

Stierlin aurait créé ce concept à partir de la dialectique hégélienne du couple maître-esclave, dans lequel c'est finalement l'esclave qui domine le maître car il sait faire bien plus de choses que ce dernier (celui qui a le pouvoir n'étant pas forcément celui qui donne les ordres, mais plutôt celui qui les transforme en les exécutant à sa façon) : « [...] on peut tout à fait imaginer que l'enfant qui se vit comme un "esclave" par rapport au désir de ses parents s'appliquera lui aussi à créer ou à développer une situation dans laquelle non seulement sa survie, mais également l'élaboration des stratégies qui l'aideront à grandir seront favorisées en dépit de toutes les contraintes relationnelles qui pèseront sur lui » (Elkaïm, 1995).

31 Le travail de deuil trouve un équivalent dans la perte du thérapeute, lorsque ce dernier pose l'indication de l'arrêt de la prise en charge. Aussi, l'anticipation de la fin de la thérapie participe-t-elle pleinement au réaménagement objectal qu'impose la réalité.

32 La fréquence d'un antécédent « oublié » de disparition ou de pseudodisparition parentale chez les patients psychotiques a été soulignée par Bernard Greppo et Yves Colas [« Disparus, revenants. Une approche relationnelle de la psychose », *Thérapie familiale*, 16, 1, 63-76]. Les auteurs ouvrent la piste vers la réflexion théorique suivante : « Y aurait-il un lien entre la disparition durable et imprévue d'un seul parent comme facteur constitutif d'une pathologie psychotique, et les disparitions transitoires et programmées du couple parental (prescription invariable de Milan) produisant à l'inverse une régression des phénomènes psychotiques ? »

Stierlin a décrit des situations familiales dans lesquelles des parents assignaient une mission précise à leur enfant, attendant de lui des résultats parfois impossibles. Le processus de délégation peut avoir des conséquences pathologiques lorsqu'il est inadapté aux compétences de l'enfant, ou du membre qui en est porteur ; ainsi en est-il de ces enfants « parentalisés » précocement, de ceux en proie à des missions en double contrainte, ou encore de ceux dont le legs parental est en opposition totale avec leurs aspirations personnelles.

## Approche structurale

Avec Braulio Montalvo, Salvador Minuchin a élaboré une approche originale en thérapie systémique familiale, que l'on a appelée *structurale* justement parce qu'elle a toujours cherché à relier les symptômes à des configurations relationnelles ou à des structures familiales dysfonctionnelles, mais toujours dans un contexte social bien particulier. Remarquons également que c'est l'étude de familles particulièrement « déstructurées », évoluant dans des conditions socio-économiques précaires – telles celles qu'il a connues dans les ghettos noirs ou portoricains de New York –, qui a conduit Minuchin à s'interroger sur la « structure » fonctionnelle des familles.

Bien qu'il s'en soit défendu, Minuchin est redevable à Nathan W. Ackerman, qui l'a formé à la pédopsychiatrie, et a attiré son attention sur l'intérêt non seulement d'une conception familiale des conflits (comment faire autrement en psychiatrie infanto-juvénile ?) mais encore d'une approche organisationnelle des problèmes familiaux.

Ainsi qu'il l'a expliqué lui-même, c'est parce qu'il a souffert étant enfant d'une certaine forme de promiscuité familiale, où les faits et gestes de chacun semblaient épiés, que Minuchin a structuré une théorie basée sur le respect des frontières personnelles et inventé une thérapie dans laquelle il jouait le rôle d'un « parent éloigné », qui à la fois observe et veut aider les autres membres de la famille à résoudre leurs problèmes<sup>33</sup>.

Cette approche permet donc aussi bien de mettre en lumière l'individuel et l'intrapsychique, que l'ensemble de la famille et l'interrelationnel, tel un zoom de caméra pouvant changer d'échelle d'observation : « Un thérapeute travaillant dans le cadre de la thérapie familiale structurale [...] peut se comparer à un technicien qui utilise un zoom. Il peut prendre un gros plan quand il souhaite étudier le champ intrapsychique, mais il peut aussi observer un champ plus étendu » (Minuchin, 1974).

## Principes théoriques de l'approche structurale

Salvador Minuchin fait reposer son approche thérapeutique sur plusieurs axiomes fondateurs.

33 C'est cette place particulière d'observateur qu'il cherchait à occuper auprès des familles qui a fait dire qu'il était fasciné par la première cybernétique ; mais un « observateur aidant » ne peut qu'induire des modifications du système dans lequel il est inclus.

- *L'importance du contexte*, l'individu étant en interaction permanente avec ce dernier. Cette idée n'est certes pas nouvelle, sauf que Minuchin ajoute : « L'individu qui vit à l'intérieur d'une famille est membre d'un système social auquel il doit s'adapter. Ses actions sont régies par les caractéristiques du système, et ces caractéristiques comprennent les effets de ses propres actions passées ». Autrement dit, « le contexte influence les processus internes ». Parce que Minuchin conçoit la famille comme un système fonctionnant à l'intérieur de contextes sociaux spécifiques, il est amené à écrire que « la structure de la famille est celle d'un système socioculturel ouvert en transformation », qu'elle « se développe en traversant un certain nombre de stades qui exigent une restructuration », enfin que la famille « s'adapte aux changements de circonstances afin de maintenir sa continuité et favoriser la croissance psychosociale de chaque membre ».
- *Le retentissement personnel des changements collectifs* : « Les changements dans une structure familiale contribuent à des changements dans le comportement et les processus psychiques internes des membres de ce système ». Un changement dans le contexte pourra donc produire des changements chez l'individu. Minuchin parle de *complémentarité* pour rendre compte des ajustements réciproques des membres d'une famille les uns par rapport aux autres ; par exemple un cadet passif, doux et introverti, face à un aîné actif, fonceur et extraverti : non seulement le second prend la place laissée par le premier, mais le fait qu'il prenne cette place renforce l'aîné dans sa position ; parfois au contraire, c'est le cadet qui « détrône » l'aîné d'un fief soi-disant imprenable ; ailleurs, au fil du temps, telle position remplace telle autre, notamment lors du remaniement de la personnalité lié à la période d'adolescence.
- *L'observation activement participante* : « Quand un thérapeute travaille avec un patient ou la famille d'un patient, son propre comportement devient partie du contexte ». Il en résulte la création d'un nouveau système, dit *système thérapeutique*, lequel obéit aux lois de tout système, c'est-à-dire « régit le comportement de ses membres », écrit Minuchin. Mais bien que s'incluant lui-même dans le système qu'il observe, le thérapeute se considère, d'une certaine façon, comme étant « en dehors » : il ne se dessine pas dans la carte familiale qu'il établit, par exemple. La structure familiale qu'il décode est considérée, par lui, comme une sorte de « donnée objectivable », démarche qui n'est pas sans évoquer celle de la première cybernétique.

## Structure de la famille

Minuchin a dégagé la notion de *structure de la famille* pour rendre compte du fait que les interactions familiales n'étaient nullement le fruit du hasard, mais au contraire s'avéraient extrêmement structurées dans leur fonctionnement intime. Tout se passe comme si chaque famille possédait son propre canevas préorganisé, à partir duquel se jouent toutes les interrelations dans et au-dehors d'elle. Cette « structure » n'est pas du même ordre de réalité que les membres de la famille.



Il existe au sein de chaque famille des *configurations transactionnelles* particulières, qui reflètent des *règles* précises de fonctionnement. Ces règles témoignent de deux systèmes complémentaires de contraintes :

- un *système général*, constitué de lois que l'on peut retrouver dans toutes les familles : la *loi de hiérarchie* définit par exemple les hiérarchies entre les parents et les enfants (elle témoigne d'une organisation du pouvoir intra-familial), la *loi des interdépendances* concerne les rapports d'autonomie entre conjoints (elle témoigne d'une complémentarité de fonctions entre parents) ;
- un *système spécifique* à chaque famille, rendant compte des attentes particulières de chaque membre de la famille envers les autres, dans une dynamique de réciprocité. Tout se passe comme s'il existait des « contrats originaux », dont la nature a été plus ou moins oubliée à la longue, voire n'a jamais été explicitée (contrats implicites, tacites).

La structure de la famille comprend un certain nombre de *sous-systèmes*, déterminés par la génération et l'âge, le sexe, l'intérêt ou la nature des tâches à accomplir. Ces sous-systèmes permettent au système familial de se différencier et de s'acquitter de ses fonctions. Un sous-système peut ne comprendre qu'un seul élément (un individu), ou en comprendre deux (une dyade, par exemple un couple parental), ou davantage (par exemple une fratrie). Un même individu peut appartenir à plusieurs sous-systèmes différents (un père, par exemple, pourra être considéré dans sa fonction conjugale, dans sa fonction paternelle, dans son identité masculine, etc.).

Les parents ont des responsabilités précises envers leurs enfants, ainsi qu'envers la famille globalement. Très concrètement, il leur appartient par exemple de choisir le lieu d'habitation, d'envisager un déménagement possible, de décider du mode de vie (rural, urbain, etc.) en fonction des impératifs de travail du père ou de la mère, d'orienter les enfants vers telle ou telle école, de les inscrire à certaines activités, d'assurer les accompagnements, etc. Minuchin utilise le concept de *pouvoir* pour désigner l'attribution hiérarchique de ces diverses formes de responsabilité.

Entre ces sous-systèmes existent des *frontières*, lesquelles sont définies par des règles très précises indiquant qui peut participer aux différentes transactions intrafamiliales. « La fonction des frontières, écrit Minuchin, est de protéger la différenciation du système ». Il cite l'exemple d'une mère qui, en disant à son fils aîné : « Tu n'es pas le père de ton frère ; s'il fait du vélo dans la rue, dis-le moi et je l'arrêterai », rétablit verbalement la frontière d'un sous-système parental. De même, la non-ingérence des beaux-parents entre les époux, ou des parents envers leurs enfants, permet à ces derniers de développer leurs compétences à régler leurs problèmes par eux-mêmes.

Le maintien des frontières et l'établissement des règles se font grâce à l'aide d'un système de rétroaction : « La rétroaction positive, ce sont les encouragements, les compliments, le soutien, le maternage indispensables à chaque individu pour progresser. La rétroaction négative, c'est le blocage, la punition, la dureté, tout ce qui signifie que les limites ont été dépassées ; c'est ce qui retient l'individu » (DeFranck-Lynch, 1985).

À partir de ces données de base, trois types de familles peuvent être décrits, entre lesquels existent évidemment toutes les formes intermédiaires possibles.

La famille idéale, saine, normale, serait celle dans laquelle les frontières entre les sous-systèmes seraient absolument claires, précises, durables, bien repérées par tous. Cela permettrait d'empêcher toute ingérence indue (par exemple l'intrusion excessive des parents dans la vie d'un adolescent) ou illicite (par exemple incestueuse).

Mais chaque thérapeute connaît des familles complètement repliées dans leur microcosme, les soucis des uns devenant immédiatement et sans recul ceux des autres. Les frontières internes sont diffuses car les relations entre les membres sont enchevêtrées, emmêlées, souvent même inextricables. « Les distances s'amoindrissent et les frontières se brouillent. La différenciation de tout le système familial devient incertaine », écrit-il. Ici les membres « se heurtent à diverses difficultés liées à l'intensification du sentiment d'appartenance et au fléchissement de l'autonomie, tandis que leurs relations interpersonnelles se caractérisent à la fois par une véritable surabondance de communications et par un souci excessif des besoins du prochain » (Goldbeter-Merinfeld, 1985). Minuchin décrit un fonctionnement de type centripète, en ce sens que les membres de la famille sont attirés en son sein. Barbara DeFranck-Lynch (1985) note qu'ici « l'unité familiale est ressentie comme la source majeure de gratification. Il y a plus de récompenses à l'intérieur de la famille qu'au dehors ».

À l'opposé, on décrit des familles, tout autant souffrantes, dans lesquelles les frontières internes deviennent excessivement rigides. Les membres n'ont presque plus le sentiment d'appartenance à une même famille. Chacun fait sa vie pour soi-même, sans fidélité envers les autres membres du système familial. Le groupe laissera donc plus ou moins tomber celui qui est en difficulté, comme par indifférence. Barbara DeFranck-Lynch écrit : « Tout comme la famille enchevêtrée tend à attirer ses membres, la famille désengagée tend à les expulser. Ici, c'est le monde extérieur qui est ressenti comme source majeure de gratification et de satisfaction » (tableau 2.2).

**Tableau 2.2**

Tableau récapitulatif des familles enchevêtrées et des familles désengagées

| Typologie familiale        | Nucléaire et centripète | Éclatée et centrifuge         |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Frontières                 | Diffuses                | Trop rigides                  |
| Mécanisme prévalent        | Enchevêtrement          | Désengagement                 |
| Autonomie individuelle     | Insuffisante            | Excessive                     |
| Sentiment d'appartenance   | Excessif                | Insuffisant                   |
| Communications             | Surabondantes           | Pauvres                       |
| Tensions interpersonnelles | Importantes             | Faibles (désintéret d'autrui) |
| Réaction lors des crises   | Violentes, monolytiques | Lentes, molles, désinvesties  |

Dans une même famille, le « degré d'étanchéité des frontières », si l'on peut dire, est variable selon les circonstances d'évolution : par exemple « le sous-système mère-enfants peut avoir tendance à l'enchevêtrement tant que les enfants sont petits, et le père peut prendre une position désengagée en ce qui concerne les enfants. La mère et les jeunes enfants peuvent être assez enchevêtrés pour rendre le père périphérique, tandis que le père prend une position plus engagée avec les enfants plus âgés. Un sous-système parents-enfants peut tendre au désengagement à mesure que les enfants grandissent et commencent à se séparer de la famille » (Minuchin, 1974).

## Prise en charge thérapeutique de la famille

L'idée directrice de la thérapie est de modifier l'organisation de la famille, c'est-à-dire de changer la structure des différents groupes familiaux et leurs interrelations. Minuchin décrit deux étapes distinctes du traitement, qui peuvent toutefois se chevaucher en pratique.

### Affiliation

L'opération d'*affiliation* ou d'*accommodation* a pour objectif de réduire la distance entre la famille et le thérapeute. Minuchin explique que ce dernier doit littéralement se « fondre » dans la famille<sup>34</sup>.

Il s'agit donc d'une *alliance* très forte avec la famille, relation particulièrement empathique qui inspire confiance et permet de pénétrer sans danger apparent dans le fonctionnement du système. Lors de ce premier temps de la prise en charge, le thérapeute cherche à s'imprégner le plus fortement possible du fonctionnement de la famille, sans remettre en cause celui-ci, de quelque façon que ce soit.

Pour bien faire comprendre aux étudiants le sens de ses interventions, Minuchin leur expliquait que dans cette première phase, « le thérapeute devient un acteur dans la pièce familiale » ; tandis que dans la seconde phase, dite de restructuration – c'est-à-dire de remise en question du fonctionnement familial –, le thérapeute fonctionnait « aussi bien comme metteur en scène que comme acteur ».

### Restructuration

Une fois que la phase d'affiliation est terminée – mais parfois en même temps, ce qui nécessite un savoir-faire important – le thérapeute cherche à prendre du recul par rapport à ce que la famille lui a donné à voir. Il s'en suit alors une phase d'*évaluation* très précise des groupes familiaux. Il s'agit de décrire le plus fidèlement possible le fonctionnement familial en termes de structures, de sous-systèmes, et de frontières. Il résume ses conclusions

34 Barbara DeFranck-Lynch (1985) donne la définition suivante de l'affiliation : « Processus par lequel le thérapeute devient temporairement partie du système familial en découvrant un aspect ou une zone réservés à chaque membre de la famille qu'il se doit de respecter. Le thérapeute se joint à la famille en respectant ses règles et en s'adaptant à sa manière d'être ».

en dessinant le graphisme de la *carte familiale*. Avec beaucoup d'habitude, le thérapeute peut faire se télescoper ces deux étapes.

Une fois qu'il est parvenu à se faire une idée assez précise sur le fonctionnement de la famille, le thérapeute structural se lance dans la *construction d'hypothèses de travail* ; par exemple, il tentera d'élargir la distance interrelationnelle entre deux membres fusionnels : « Le thérapeute fonctionne souvent comme un constructeur de frontières ; il clarifie les frontières difuses et ouvre les frontières trop rigides », écrivait Minuchin.

En effet, il n'était pas rare pour Minuchin de demander à des membres d'une famille de s'installer différemment dans son cabinet de consultation : il lui arrivait de modifier la disposition des sièges, d'inciter un tel à se rapprocher de tel autre, etc. (principe de la réorganisation spatiale).

Il s'impliquait personnellement beaucoup lors des séances de thérapie, et s'efforçait de poursuivre son action, l'entretien achevé, par des consignes (des « tâches devoirs ») données à effectuer aux membres de la famille une fois rentrés chez eux.

Au terme de ce premier bilan, Minuchin évaluait les « dysfonctionnements » familiaux (l'expression n'ayant, dans sa pensée, nulle connotation négative) : si une famille « dysfonctionne » c'est, disait-il, parce qu'elle ne peut faire autrement : le métasystème dans lequel elle se trouve l'a conduite à fonctionner ainsi, relativement à ce qui lui était possible de faire. Le processus thérapeutique consistera par conséquent à mettre en place des expériences structurales nouvelles pour la famille, inductrices de microchangements. Ces derniers aboutiront à modifier les expériences et les attentes individuelles dans le sens d'un assouplissement par un travail sur les zones d'adaptabilité. Le thérapeute aidera donc la famille à trouver en elle-même suffisamment de « ressort » pour élargir ses possibilités de choix, assouplir son fonctionnement et donc générer un mieux-être global et individuel.

Pour ce faire, plusieurs *moyens techniques* peuvent être utilisés, tour à tour ou en association. Les principaux sont : la réorganisation spatiale, la délimitation des frontières interpersonnelles ainsi que des frontières entre chaque sous-système, l'attribution de tâches thérapeutiques, l'utilisation des symptômes, la manipulation de l'ambiance affective. Gardons cependant présent à l'esprit que quel que soit le plateau technique utilisé, les résultats de la prise en charge dépendront surtout de la volonté thérapeutique, de l'intelligence relationnelle, et de la créativité des soignants.

## Approche stratégique

Milton Erickson, Jay Haley et Cloé Madanes ont été les pionniers de ce vaste courant de thérapie familiale systémique, basé sur ce que l'on pourrait appeler une pragmatique active et directive de la thérapie. « On peut dire qu'une thérapie est stratégique lorsque le praticien provoque ce qui se passe au cours de la thérapie et prévoit une approche particulière pour chaque problème. Lorsqu'un thérapeute et quelqu'un qui a un problème se rencontrent, le

mécanisme mis en jeu est déterminé par chacun d'entre eux, mais dans la thérapie stratégique, c'est le thérapeute qui, pour la majeure partie, prend l'initiative », écrivait [Jay Haley \(1973\)](#) de manière tout à fait explicite.

Pour amener du changement, le thérapeute doit penser aux moyens de changer un comportement, plutôt que de vouloir le comprendre à tout prix. [Jay Haley \(1995\)](#) remettait en question « l'idée admise jusqu'ici suivant laquelle nos pensées organisent notre comportement. Si l'on voulait changer quelqu'un, il fallait modifier ses perceptions, ses pensées, et ainsi de suite. Avec la thérapie de famille, on a formulé l'hypothèse selon laquelle notre comportement structure notre pensée et génère nos idées. Par conséquent, si l'on veut qu'une personne pense différemment, on doit modifier son environnement ».

## Quelques points de repère historique

Historiquement, l'influence de Gregory Bateson sur ces travaux fut colossale. N'oublions pas que Jay Haley a participé au « projet Bateson » destiné à étudier en 1952 les paradoxes communicationnels, avec John Weakland, William Fry et Don D. Jackson. L'impact médiatique, dans la presse scientifique, de leurs travaux sur le *double bind* fut d'ailleurs considérable. Milton Erickson et John Rosen (amis de Bateson) voyaient dans la « double contrainte » et les autres paradoxes communicationnels une des clés pouvant permettre de comprendre les phénomènes d'influence, donc de pouvoir, de stratégie.

C'est en 1953 que Haley et Weakland commencent d'ailleurs à s'intéresser à la communication dans l'hypnose, et font la connaissance directe de Milton Erickson, qui les fascine. C'est d'ailleurs cette influence d'Erickson sur Haley qui poussera ce dernier à ouvrir un cabinet libéral de psychothérapeute pratiquant l'hypnose. Il est possible d'affirmer que l'approche stratégique est directement née de la rencontre entre Haley et Erickson. Leur collaboration durera d'ailleurs dix-sept ans, et aboutira à la rédaction d'un livre admiratif de [Haley \(1973\)](#) sur Erickson.

Haley, fortement impressionné par le charisme, l'intelligence et les résultats thérapeutiques d'Erickson, utilisera à son tour non pas tellement l'hypnose proprement dite – car elle ne représentait qu'une partie seulement de la panoplie thérapeutique de ce dernier – mais son approche clinique et surtout la construction de son cadre thérapeutique. Ainsi que le souligne très justement [Jacques-Antoine Malarewicz \(1992\)](#), « Erickson lui-même n'avait recours à l'hypnose que pour un tiers de ses patients. Pour les deux autres tiers, sans qu'il ait cherché à conceptualiser, il se servait d'une démarche qui constitue une des principales origines de la stratégie en psychothérapie ».

Par la suite, Haley s'agrègea au *Mental Research Institute* créé à Palo Alto en 1958 par Don Jackson, et réalisa un énorme travail clinique et théorique. Cloé Madanes rejoignit l'équipe en 1966, puis en 1975 ouvrit avec Haley le *Family Therapy Institute* à Washington. Avant que leurs chemins ne divergent, elle rédigea l'ouvrage *Strategic Family Therapy*, cependant que Haley publiera le non moins célèbre *Problem Solving Therapy*.

## Approche stratégique en thérapie familiale

### Principes non spécifiques

Quel que soit le problème présenté, le thérapeute se gardera bien de l'affronter directement : ses interventions porteront essentiellement sur le contexte qui a fait émerger le problème, plutôt que sur le problème lui-même. La redéfinition du problème, par le recadrage, aura pour effet de le faire apparaître sous un jour nouveau à la famille, lui donnant ainsi à la fois un sens et une fonction. Ainsi le changement, chez le patient, peut-il survenir là où ce dernier ne l'attend pas.

Le recours à des jeux, à des jeux de rôles et à des simulations, ainsi qu'à l'humour, s'avère utile. Le thérapeute s'utilise lui-même comme sujet et objet de soins. Son art dépendra donc de sa propre créativité, c'est-à-dire à la fois de son inventivité et de son activité, dans la limite du garde-fou éthique qu'il s'impose.

Comme dans toute approche en thérapie familiale systémique, les visions du monde du patient et de sa famille sont respectées, et il ne saurait être question de faire quelque *forcing* que ce soit. C'est à la famille de trouver, en elle-même, par sa compétence propre, la solution qui lui convient, même si le thérapeute se montre ici sous le rôle d'un guide plus directif que dans d'autres approches. Pour autant stratégique qu'elle soit, la thérapie stratégique n'est pas une manipulation agressive du monde intérieur du patient ou de sa famille.

### Principes spécifiques

La thérapie stratégique est de nature *pragmatique* et *interventionniste*. Sa nature est fonctionnelle, souple, révisable à tout moment en fonction des circonstances. Le thérapeute doit « mener le jeu », de manière active et directive, tout en respectant bien sûr les résistances de la famille au changement. Les éventuels échecs du traitement sont directement imputables au thérapeute, qui « n'a pas su y faire »...

La stratégie adoptée dépend directement du problème (anorexie, alcoolisme, abus sexuel, etc.), et lui est spécifiquement consacrée.

Le *premier entretien* s'avère toujours capital, non seulement parce qu'il fait trace pour la suite, mais parce qu'il situe souvent très bien le problème et ses enjeux. Haley décrit cinq phases, qui parfois se télescopent :

- la rencontre avec la famille, et l'élaboration des postulats de la future collaboration (mise à l'aise, présentation réciproque, etc.) ;
- l'exploration du problème : le thérapeute fait parler les membres de la famille du problème qui a motivé la consultation ;
- la phase interactionnelle, dans laquelle le thérapeute invite les membres de la famille à discuter entre eux, devant lui, du problème à travers l'évaluation des diverses solutions essayées, adaptées, envisagées par chacun : grâce à l'expression de chaque point de vue, il commence ainsi à se forger une idée un peu plus précise des constructions du monde de chacun ; il s'efforce ici d'intervenir le moins possible ;

- une quatrième phase au cours de laquelle est fixé un objectif, avec un « contrat thérapeutique » dans lequel sont consignées les attentes de la famille ;
- la dernière phase est celle de la définition des tâches : le thérapeute prescrit paradoxalement le symptôme et enjoint des directives à respecter à chacun des membres de la famille, en rapport avec le non-changement du problème présenté. La séance se conclut sur une note d'espoir.

L'ensemble du traitement dure en général une dizaine de séances, mais parfois plus longtemps. Lors de toutes les séances, le thérapeute compte beaucoup sur les compétences des patients à résoudre, d'eux-mêmes, leurs propres problèmes. Il les en persuade, d'abord en leur faisant réaliser des tâches simples, aux succès faciles, puis en s'efforçant de développer leur confiance en eux.

Le thérapeute évite donc de s'attaquer de front au problème – hormis certains cas de situations de crise, dans lesquels une intervention frontale, directe, non différable, s'avère indispensable –, préférant agir indirectement sur le contexte, en particulier social (décalage ou décentrage par glissement du symptôme à la relation) à travers sa prescription de non-changement (laquelle place le problème sous contrôle thérapeutique du prescripteur).

Une fois le symptôme disparu, la thérapie se poursuit malgré tout, pour renforcer sa non-réapparition (phase de consolidation de la thérapie). Le thérapeute aide alors les membres du système à exprimer, chacun à tour de rôle, puis entre eux, comment ils ont compris ce qui s'est passé : comment chacun a-t-il vécu la « guérison » ? Comment la famille saura-t-elle surmonter des difficultés similaires, maintenant qu'elle s'est rendu compte qu'elle avait été compétente pour résoudre celle-ci ? Comment la famille, prévenue d'une éventuelle « rechute », saura-t-elle la prévenir ?

### Une grille de lecture originale

Dans un souci didactique, Jay Haley a inventé l'acronyme PUSH pour résumer les quatre variables diagnostiques qui lui paraissaient essentielles en thérapie stratégique : P pour protection, U pour unité, S pour séquence, H pour hiérarchie. Il s'agit en fait davantage d'une grille de lecture d'une problématique familiale que d'une véritable théorisation psychopathologique.

Haley conseillait donc à ses étudiants de voir si l'on pouvait comprendre le symptôme comme un moyen de protection d'un ou plusieurs membres de la famille, et donc comme solution ; dès lors ce sont les solutions trouvées par la famille pour faire disparaître le symptôme qui posent, elles, problème.

Il leur disait aussi – peut-être inspiré par Bowen ? – que l'unité de construction fondamentale était le trio et non le duo : le trio permet les coalitions que le duo rend évidemment impossibles.

Le repérage de l'ordre séquentiel des interactions familiales est également de la plus haute importance, puisqu'il s'agit de remplacer des séquences de comportement (schèmes comportementaux) inadaptés par des séquences adaptées.

Enfin, étudier les liens hiérarchiques au sein d'une famille – ainsi que l'a fait Cloé Madanes – débouche sur une compréhension dynamique des échanges. Citons le cas d'un enfant qui, dès qu'il voit ses parents se disputer,

détourne leur attention de leur querelle en se plaignant de maux de ventre, et accapare ainsi leur énergie, pour les unir autour de lui.

### Stratégie de la thérapie par l'épreuve

Erickson, puis surtout Haley, ont développé cette technique particulière, indiquée dans le cas de symptômes graves et invalidants. Elle consiste à proposer à un patient, ou à son entourage, le défi d'une tâche tellement difficile à accomplir que sa réalisation génère au moins autant de tensions, sinon plus, que ce qu'arrive à produire le symptôme<sup>35</sup>.

Elle oblige le patient et sa famille à puiser en eux-mêmes les ressources dont ils ont besoin pour concrétiser la tâche qu'ils se sont engagés à réaliser ; ce faisant, elle change progressivement leurs habitudes, donc leurs cadres de référence. Le patient par exemple se rend compte qu'il est arrivé à dépasser des angoisses qui lui apparaissaient comme étant absolument insurmontables ; comparé à ce qu'il est arrivé dorénavant à vivre, s'attaquer à son symptôme ne lui paraît plus impossible...

### Approche expérientielle

L'approche familiale expérientielle est controversée non pas en tant qu'aide aussi utile qu'efficace pour les familles, mais en tant que courant de pensée autonome reposant sur une théorie avérée, assise et transmissible à des étudiants qui se révéleraient à leur tour formateurs. Il s'agit en effet d'une approche par essence empirique. Ses deux grands leaders charismatiques ont d'ailleurs toujours entretenu des rapports très particuliers avec les théories : Carl Whitaker se déclarait ouvertement « a-théorique » et ne souhaitait pas fonder une nouvelle école de psychothérapie, cependant que Virginia Satir<sup>36</sup>, malgré tous ses efforts de conceptualisation, était avant tout un thérapeute de terrain. Quels sont les points communs aux deux versants de cette approche originale ?

### Caractéristiques essentielles de l'approche familiale expérientielle

*L'importance de l'expérience vécue et de la spontanéité* est au centre de la praxis expérientielle, d'où son nom<sup>37</sup>. Ce que vit le thérapeute avec la famille a

35 Même si la tâche apparaît absurde ou insurmontable au patient ou à sa famille, tellement elle est aversive, l'important est qu'ils s'engagent à tenter de l'exécuter, donc à vaincre leurs appréhensions réciproques. Le nouvel apprentissage qui en résulte permet un dépassement du symptôme.

36 À ne pas confondre avec E. Satir, auteur de l'ouvrage *Language* (Harcourt Brace Ed., London, 1921).

37 L'expression de *thérapie expérientielle* est de Carl A. Whitaker et de Thomas P. Malone (*The Roots of Psychotherapy*, The Blakiston Company Ed., New York, 1953). Elle rend compte de leur conception phénoménologique existentielle du développement humain : seule l'expérience personnelle, intransmissible, permet d'apprendre véritablement (pensons au proverbe : « Ah ! Si jeunesse savait... si vieillesse pouvait... »).



autant d'importance que ce que vit la famille. Mieux, le vécu du thérapeute servira de boussole à la navigation à vue dans le petit bateau thérapeutique où il se trouve embarqué avec la famille. C'est ensemble qu'ils feront le voyage, dans un partage de tranches de vie où les intimités psychiques de chacun seront parfois mises à nu.

Seule *l'expérience du présent* permet d'aborder le passé. Probablement davantage que dans d'autres approches, tout se joue dans l'expérience du *hic et nunc*. On pourrait ici parler d'une « subjectivité actualisante », en ce sens que c'est l'expérience subjective de l'ici et maintenant qui fonde, par les mécanismes de transfert et de contre-transfert, la dynamique thérapeutique.

La compréhension intellectuelle d'un phénomène est beaucoup moins importante que l'affectivité qui lui est liée. Le *moteur de la thérapie est d'ordre inconscient et émotionnel*, et non d'ordre conscient et cognitif. D'où également l'expression de thérapie *symbolique-expérientielle*, l'accès aux processus primaires (inconscients) étant recherché. Whitaker écrit : « La thérapie symbolique-expérientielle tire en partie son origine du travail psychothérapeutique avec les schizophrènes. À notre avis, nous sommes tous des schizophrènes, la nuit, dans nos rêves, et la schizophrénie – qui n'est finalement que le nom que nous donnons au noyau symbolique de chaque individu – a aussi quelque chose de sain : partie intégrante de notre humanité qui se développe, elle ne peut être, à proprement parler, soignée. Le travail psychothérapeutique avec des psychotiques nous a fait prendre conscience d'un puissant contact d'inconscient à inconscient, d'une intimité sur le plan de la communication, qui représente un objectif important de la psychothérapie, une expérience symbolique au sens large, au-delà de toute description d'ordre poétique » (Connell et al., 1995).

*L'implication personnelle des thérapeutes* est intense, leur engagement est total, leur authenticité est maximale, avec toutefois le garde-fou éthique qui s'impose. La pratique de la *cothérapie* est indispensable. C'est cette disponibilité d'écoute et d'action maximale des soignants pour les soignés qui autorise les premiers à tenir parfois des propos extrêmement provocateurs, parfois agressifs aux seconds.

*L'intuition* joue un grand rôle dans la thérapie expérientielle, mais n'est pas toute-puissante : le thérapeute a appris à s'en méfier, pour mieux l'asser-vir à sa créativité personnelle.

Le *travail sur le symbolique* est tout aussi essentiel que l'imaginaire, puisque c'est le symbolique qui modèle l'identité. À cet égard, la référence à Jung est toujours latente. La thérapie conduira la famille à vivre d'autres expériences pour modifier les symboles qui la font souffrir.

*Le thérapeute n'est qu'un catalyseur* des compétences des familles. Ce sont ces dernières qui sont en fin de compte responsables de leurs propres processus de changement.

*Les vulnérabilités permettent le changement*. C'est parce que les membres de la famille se sentent vulnérables qu'ils peuvent accéder à un changement thérapeutique.

*L'épanouissement personnel de chacun des membres de la famille* représente l'objectif à atteindre. Le thérapeute ne cherche nullement à résoudre un problème spécifique.

Enfin, la famille ne se conçoit que dans une *perspective trigénérationnelle*, au minimum.

## Épistémologie personnelle de Whitaker

Bien qu'ayant pratiqué la thérapie expérientielle en cothérapie, la pratique de Carl Whitaker a des particularités extrêmement originales, voire singulières, n'appartenant qu'à lui, et qu'il serait malavisé, voire risqué, de vouloir imiter. Son charisme, son intelligence et son génie thérapeutique l'autorisaient en effet à faire des choses que peu de praticiens actuels pourraient se permettre. Gérard Salem (1996) raconte : « D'un tempérament volontiers irrespectueux et provocateur, il a été l'un des premiers à violer les règles de la psychothérapie classique, allant jusqu'à s'endormir volontairement au cours des séances afin de raconter ensuite ses rêves aux patients. Il en est venu peu à peu à inventer une véritable thérapie par l'absurde, jouant au fou avec les familles qui consultaient ».

- La *prise en mains de la famille* passe classiquement par quatre phases. Ne cherchant nullement à « manipuler » la famille qu'il prenait en charge, Whitaker estimait toutefois qu'il appartenait aux thérapeutes à fixer, d'une manière absolument intraitable, le *cadre de la prise en charge* (ou « bataille pour la structure » du traitement) : horaires définis par l'équipe, modalités de paiement des séances, présence de tous les membres de la famille, etc. Whitaker faisait ici preuve d'une extrême rigueur, contrastant par ailleurs avec les effets de surprise des positions qu'il prenait par la suite lors du déroulement de la thérapie. Ce que l'on a appelé ensuite la « *bataille pour l'initiative* » correspondait à la phase qui suit l'élaboration soigneuse de la structure du traitement : les thérapeutes, une fois le cadre posé, font comprendre à la famille que c'est maintenant à elle de prendre l'initiative du sujet dont ses membres veulent discuter. Dans un troisième temps, celui dit de *l'épreuve du travail*, les thérapeutes faisaient en sorte de tendre vers le climax. La quatrième et dernière phase correspondait à la *fin de la thérapie*, avec le retrait progressif des thérapeutes, une fois qu'ils estiment la famille suffisamment apte à résoudre par elle-même le problème, et ceux de la même nature que celui qui a été traité.
- La *présentation paradoxale* : Whitaker se présentait lui-même comme un patient à ses patients. Il ne s'agissait même pas d'une « position basse », mais d'une « non-position » de thérapeute, tout au moins en apparence, car il savait très bien ce qu'il faisait et où il allait. À l'extrême, la famille se trouvait placée en position de l'aider, lui, et donc de puiser dans ses ressources pour trouver en elle-même des solutions thérapeutiques ; les ayant inventées pour autrui, elle était alors sur la voie de se les appliquer.
- *L'amplification thérapeutique* : Whitaker était passé maître dans l'art de l'absurde. Il adorait amplifier certaines règles dysfonctionnelles qu'il percevait dans les familles. Il espérait ainsi que ces dernières, prenant conscience

de l'inadéquation de ces règles, les déconstruiraient et en adopteraient d'autres, plus saines. Il pratiquait des « interventions » que l'on pourrait qualifier d'« opérations chirurgicales psychiques » bienveillantes, avec « mise à plat » d'« abcès affectifs » ; la thérapie pouvait donc s'avérer douloureuse un temps, mais salvatrice dans la durée car elle allait « au fond des choses ». Il s'agissait d'une « bataille commune » que menaient les cothérapeutes avec les familles qu'ils prenaient en charge. L'amplification volontaire d'une règle familiale ou de la fonction d'un symptôme par les thérapeutes s'obtenait en général par la *provocation* : de par leur caractère insupportable, ces renforcements aboutissaient à l'autodestruction des dysfonctionnements ciblés par les thérapeutes. Ailleurs, l'amplification des divergences entre les membres de la famille était une stratégie permettant de mener au climax. Selon lui, pour que la Tour de Pise s'écroule, il suffirait de la faire grandir...

- La *recherche du climax*<sup>38</sup> : Whitaker, estimant qu'une thérapie expérientielle est tout sauf une psychothérapie de soutien ronronnante, a toujours cherché à faire émerger les affects des participants. La tension émotionnelle, parfois très forte, qu'il arrivait à faire poindre par ses paroles provocatrices, était génératrice, d'après lui, d'une situation de crise ; ce mini-psychodrame familial déséquilibrait le système pour le faire repartir sur d'autres pistes de fonctionnement. Il avait toutefois la sagesse d'interrompre la séance au moment de tension maximale. L'intérêt majeur du climax est d'amener les protagonistes à exprimer leurs sentiments les plus profonds, à s'en libérer, et ainsi de les aider à communiquer directement entre eux. Bien qu'il n'ait pas été formulé en ces termes, l'effet abréactif du climax paraît évident.
- Pour illustrer la pensée de Whitaker, citons l'histoire qu'il a racontée lors d'un séminaire, parce qu'elle représentait à ses yeux la meilleure psychothérapie dont il ait entendu parler jusqu'alors : « Il y avait un homme sur un pont ; il voulait sauter pour se tuer. Il y avait un policier, en bas du pont, qui essayait de convaincre le monsieur qui voulait se suicider de ne pas se jeter : "Pensez à votre femme, à vos enfants, etc." Mais le monsieur qui voulait se suicider s'en fichait complètement ; pour lui, tout était déjà résolu. À la fin, le policier en a eu marre ; il sort son flingue, et il dit : "Si vous ne descendez pas, je vous tire dessus". L'homme est descendu. Ça, c'est la psychothérapie. Pourquoi ça a marché ? Je ne sais pas. Je dirai même plus : je ne pense pas qu'il pourrait le refaire. L'important [...] c'est de ne pas y penser. Si vous y pensez, il est probable que vous ne pourrez plus le refaire » (Whitaker, 1995).

## Épistémologie personnelle de Satir

- Le *modèle holistique* : l'homme est en harmonie avec la nature, l'environnement, etc., et cette harmonie n'est possible que par le jeu extrêmement complexe des interactions de toutes sortes existant non seulement entre lui et l'univers, entre lui et les autres, mais au sein de lui-même, entre

<sup>38</sup> Il ne s'agit pas d'une expression de Whitaker, mais de nous-même, par analogie avec le *climax* d'un morceau de musique : le moment de tension extrême avant la résolution.

les diverses composantes qui constituent son soi (*self*). Ces composantes interdépendantes sont au nombre de huit : le physique, l'intellectuel, l'émotionnel, le sensuel, l'interactionnel, le nutritionnel, le contextuel, le spirituel. Ces prémisses ont donné l'idée à Satir d'inventer une technique particulière qu'elle a appelée la *réunion des parties* : considérant qu'un individu est une mosaïque de « parties » (nos « bons » et nos « mauvais » côtés) réunies dans un « soi » qui en fait la synthèse, Satir avait eu l'idée qu'il valait mieux transformer ces « mauvais » côtés plutôt que de les ignorer par un refoulement dont on sait pertinemment qu'il sera à l'origine de « retours » incontrôlés et parfois douloureux. Ainsi transformés, ces « mauvais » côtés deviendront-ils autant de ressources que l'individu mature saura reconnaître et exploiter au mieux de ses nouvelles possibilités. Un thérapeute apprendra par exemple à utiliser ses mouvements de colère pour en faire un ressort thérapeutique singulier. En pratique, chaque membre du groupe était censé jouer une facette d'une personnalité de l'« hôte » (le patient ou le thérapeute qui se portait volontaire). Tout l'art était évidemment dans le recadrage.

- *L'absence de jugement de valeur* sur les individus ou les familles, sauf à dire qu'il existe en chacun de nous un potentiel naturel de bonté et d'intégrité (dont Jean-Jacques Rousseau, par ailleurs grand misanthrope, s'était fait le chantre romantique). Satir oppose la « vision hiérarchique », verticale, linéaire et causaliste (du style naïf caricatural : les gentils, en haut, doivent contrôler les méchants, en bas), à la « vision organique », horizontale et circulaire, mettant tout le monde sur un pied d'égalité ; sa préférence va bien sûr à la seconde...

- Le *besoin d'affection* : de même que le développement cognitif d'un enfant va de pair avec le développement affectif, l'individu adulte ou la famille ont besoin de se sentir suffisamment estimés, valorisés et aimés pour s'épanouir et vivre heureux. Au départ, le développement psychoaffectif de l'enfant est particulièrement tributaire des relations précoces liées à ce qu'elle appelait le « triangle primaire » (mère-père-enfant). *L'estime de soi* (valeur que l'individu s'attribue à lui-même, indépendamment des perceptions d'autrui) est considérée par Satir comme le moteur de toutes les relations humaines ultérieures. « Virginia Satir définirait l'estime de soi comme étant l'acceptation de ce que l'on est, avec ses ressources et ses limites ; ce qui permet de composer avec la solitude et d'avoir un rapport à l'autre, réel et suffisamment bon. L'estime de soi implique aussi qu'on soit en contact avec sa vérité émotionnelle et avec la capacité de l'exprimer en tenant compte du contexte. Selon elle, plus l'estime de soi est faible, plus les règles sont rigides et peu adaptées au contexte et plus la communication est indirecte, confuse et paradoxale, empreinte de soumission, de blâme, de non-pertinence ou d'hyper-rationalité » (Prud'homme, 1990). Satir (1964) écrivait : « Une personne ayant une faible estime de soi a de grandes espérances au sujet de ce qu'elle attend des autres, mais elle a aussi de grandes peurs ; et elle n'est que trop prête à être déçagée et à se méfier des gens ».

- La *perspective évolutive* : l'approche élaborée par Satir est aussi appelée *modèle évolutif*, ce dernier étant fondé sur la croissance et l'épanouissement

personnel. La *maturation* correspond pour elle à l'état dans lequel l'individu est capable de se prendre pleinement en charge lui-même. Cette évolution résulte de la combinaison de processus complexes de transformation et d'atrophie, comme sur une « ardoise magique » qui permettrait l'effacement au fur et à mesure, un événement heureux pouvant par sa force gommer les ravages occasionnés par un événement malheureux (Satir croyait beaucoup à la puissance de la reconstruction thérapeutique).

- La *complémentarité de la forme et du fond* : pour résoudre un problème familial, les thérapeutes doivent s'intéresser autant à la manière dont le problème est géré par la famille (la forme) qu'au contenu du problème lui-même (le fond) : « Tant qu'ils se concentrent sur le contenu du problème, les membres de la famille sont pris au piège des luttes de pouvoir, et ont de ce fait des difficultés à résoudre leurs conflits sous-jacents ; en revanche, dès que l'on met en cause le processus qui régit le problème, la question de savoir qui a tort et qui a raison perd de son importance. Car il s'agit alors d'examiner et de modifier la façon dont un problème est traité afin de mettre en œuvre un processus de résolution. C'est pourquoi Satir attire l'attention sur les processus, ou la façon dont des schémas sont engendrés et entretenus, plutôt que sur le contenu : "Le problème, ce n'est pas le problème, mais le processus", tel est le conseil qu'elle donne aux cliniciens » (Winter, 1995)<sup>39</sup>.
- La *créativité des thérapeutes* est essentielle pour arriver à offrir aux familles la possibilité de vivre d'autres expériences que celles qui les ont conduites à la souffrance, donc qui les amèneront à voir le monde différemment. Virginia Satir aimait les thérapeutes créatifs, qui croyaient en la valeur inhérente de l'être humain, et en la certitude des possibilités évolutives des familles. Sa technique des sculptures familiales a été à ce titre édifiante.

## L'approche systémique moderne : constructivisme et constructionnisme

La pensée systémique a vu naître à partir des années 1980 un nouveau courant, le *constructivisme*, inspiré pour l'essentiel des travaux de Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela, Ernst Glasersfeld, Paul Watzlawick. Les idées inspirant le *constructionnisme social* (ou *socio-constructivisme*) ont ensuite attaqué le constructivisme tel qu'il avait été initialement élaboré. Actuellement, les thérapeutes qui s'intéressent le plus à ces théories et font connaître leurs travaux sont Tom Andersen, Guy Ausloos, Philippe Caillé, Mony Elkaim, Lynn Hoffman, Bradford Keeney, Mara Selvini, Carlos Sluzki, Karl Tomm, etc.

La philosophie générale de ces deux courants post-positivistes est que le Savoir n'étant qu'une construction de l'esprit, la connaissance ne peut en aucun cas être considérée comme la réalité ; tout au plus n'en est-elle

<sup>39</sup> Le *processus* est à comprendre comme étant la manière formelle dont quelque chose arrive dans une relation.

qu'un reflet très indirect, multidéformé par autant de modes d'approche et de points de vue. L'intérêt thérapeutique de ces deux approches saute aux yeux, si l'on peut dire : le thérapeute aidera chaque membre de la famille à approcher « sa » vérité (« à chacun sa vérité... »), dans le respect de celle des autres, en prenant conscience du fait que c'est grâce à eux, que notre vision du monde prend tout son sens.

## Herméneutique

Les postulats de la *théorie constructiviste*, pour simples et séduisants qu'ils soient, n'en demeurent pas moins eux-mêmes des *constructions intellectuelles* ; une réalité n'est perçue telle qu'en fonction du résultat de son interprétation après son « tamisage » par les filtres des étapes sensorielles, cognitives et affectives, avec toutes les erreurs et distorsions liées à un tel phénomène.

Lynn Hoffman (1991) résume le problème : « Le constructivisme soutient que la structure de notre système nerveux impose que nous ne pouvons jamais connaître ce qui lui est « réellement » extérieur. C'est pourquoi nous avons à évoluer d'une réalité considérée comme « système observé » (l'idée que nous pouvons connaître la vérité objective à propos des autres et du monde) vers une réalité considérée comme « système observant » (l'idée que nous pouvons seulement connaître notre propre construction des autres et du monde). Cette vision a une longue et noble ascendance, de Vico et Kant à Wittgenstein et Piaget ».

Une réalité n'étant donc jamais perçue en tant que telle, mais toujours de par notre filtre personnel – lui-même conditionné par le contexte social –, il en résulte que chacun de nous a une *vision du monde* qui lui est propre. William Blake proposait l'expression de *profils d'un monde* pour rendre compte des potentialités créatrices imaginatives de chacun face à la réalité. Les systémiciens préfèrent maintenant parler de *construction de la réalité* ou mieux de *coconstruction de la réalité* pour insister sur l'aspect relationnel et social de cette construction intellectuelle et affective. La coconstruction que chacun de nous se fait de la réalité ne peut donc en rien préjuger de son adéquation aux faits.

### Premier postulat : le fait de percevoir modifie au fur et à mesure la perception elle-même

Pendant des siècles, les philosophes puis les premiers psychologues ont pensé qu'il était possible d'avoir une perception des autres, de la nature et du monde d'une manière dégagée de toute contingence, froide, neutre et « aseptisée ». Dans cette conception, la couleur bleue, par exemple, existait en elle-même, en tant que telle, comme une « évidence naturelle » (pour plagier une expression utilisée en phénoménologie, mais dans un autre sens) : le bleu était bleu, et tout le monde le voyait bleu, que l'on soit un homme, une cigale, une fourmi, etc. La couleur bleue est perçue en fonction des qualités rétiniennes, et son interprétation dépend des étapes internes de traitement de l'observation.

Kant par exemple voyait en l'individu un être « autonome » : en prolongeant sa pensée (mais aussi en la trahissant peut-être...), il était possible de

considérer un observateur comme étant étranger au système qu'il observait. Mais Heinz von Foerster, le premier, a démontré dans ses célèbres travaux sur la seconde cybernétique qu'il était en réalité impossible de dissocier l'observateur de ce qu'il cherchait à observer. L'observation modifie au fur et à mesure son propre objet d'observation. Les premiers anthropologues en avaient d'ailleurs eu l'intuition. Il nous paraît maintenant évident que le comportement d'une famille ne sera pas le même dans l'intimité et en présence d'un étranger, qui plus est face à un thérapeute.

## **Deuxième postulat : la réalité perçue est interprétation construite par et à travers la communication**

Pour reprendre l'exemple précédent de la vision des couleurs, il est intéressant de citer les travaux de Humberto Maturana et de Francisco Varela, parce que ces auteurs, par l'étude de la perception visuelle (chez la grenouille en particulier), ont démontré que la perception visuelle consciente résultait de l'activité interne que les stimulations lumineuses du monde extérieur arrivent à déclencher en nous. [Patrick Bantman \(1998\)](#) résume les choses ainsi : « [...] Maturana a montré que la perception visuelle naît à l'intersection de ce qui s'offre à nous et de l'activité de notre système nerveux : autrement dit, ce que nous voyons n'existe pas, en tant que tel, en dehors de notre champ d'expérience, mais résulte de l'activité interne que le monde extérieur déclenche en nous ».

Pour prendre un exemple concret, la couleur bleue en soi n'existe pas : c'est nous qui la voyons bleue, parce que notre cerveau est programmé pour cela. Nous disons ensuite qu'elle est bleue parce qu'on a appris à le dire : la discrimination des couleurs est donc d'ordre langagier, elle n'a pas de réalité en soi, c'est-à-dire d'existence objective en dehors de nous, observateurs capables de verbaliser ce que nous percevons.

Heinz von Foerster interprétait les expériences de Maturana sur la vision des couleurs chez la grenouille comme la preuve « qu'il n'y a pas de transmission d'images du monde extérieur vers notre cerveau, qui en garderait une trace comme le ferait une caméra. Le cerveau compose digitalement la réalité, à la manière du disque compact pour la musique. C'était la base de sa croyance, qu'il ne peut y avoir d'« interactions instructives » (c'est-à-dire transfert direct d'informations) entre les êtres humains » ([Hoffman, 1991](#)).

Autrement dit, c'est grâce aux interactions communicationnelles entre notre organisme et le monde extérieur que nous pouvons nous faire une idée, très approximative, de ce que peut être la réalité extérieure. Cette dernière n'existe donc pas en elle-même, elle ne peut être qu'indirectement appréhendée, par la construction mentale que nous en faisons ; un peu comme un spectateur d'ombres chinoises qui, à partir d'elles seules, hypothèquerait ce que pourraient être réellement les formes qui les animent. Déjà Platon, par son célèbre « mythe de la caverne », avait conduit les philosophes à une réflexion similaire : les ombres projetées sur le mur d'une caverne ne sont que le reflet, extrêmement déformé, de ce qui se passe au dehors. Notre perception de la réalité est un leurre.



La construction du monde, chez chacun de nous, ne se situe donc pas à l'intérieur de l'esprit de chaque observateur, dans sa « boîte noire », mais à l'intérieur des diverses formes de sa relation aux choses et à autrui. C'est d'ailleurs cet ensemble d'interactions avec les choses et d'interrelations avec les autres qui fonde l'identité de chaque individu, en tant que sujet social. Or ces interactions se font essentiellement par les échanges langagiers. Le langage parlé étant linéaire, il ne peut que très imparfaitement refléter une réalité qui est, elle, de nature circulaire.

Ce deuxième postulat constitue, à notre avis, le point de bifurcation entre le constructivisme et le constructionnisme. Dans le constructivisme en effet, tout se passe comme si le sujet, une fois qu'il a perçu la réalité, la reconstruisait dans sa pensée, individuellement : il la recrée mentalement au-dedans de lui. Dans le constructionnisme, on estime que le sujet ne peut recréer seul, en lui-même, la réalité extérieure perçue : il a besoin des autres pour cela, c'est-à-dire de la société, d'où l'expression de constructionnisme social ; c'est le langage (acquis évidemment par le bain éducatif de l'environnement parental, familial, donc d'autrui) qui permet cette reconstruction psychique interne de la réalité extérieure perçue. D'où l'importance du dialogue, de la narration, de la conversation générative, pour reformuler – donc remodeler différemment – notre perçu et notre vécu. Ainsi, le constructivisme se rapprocherait de la psychologie cognitive, individuelle, tandis que le constructionnisme se rapprocherait de la psychologie sociale, collective.

### **Troisième postulat : la perception de la réalité est différente selon les individus**

Poursuivre dans ce clair-obscur est intéressant car cela permet de comprendre que, puisqu'il n'existe pas de moyen direct d'appréhender une réalité, seule la confrontation de plusieurs points de vue a quelque chance d'approcher – sans toutefois jamais l'atteindre – la réalité. Humberto Maturana par exemple estime que seule une communauté d'observateurs, réunis en un système cohérent, c'est-à-dire dans lequel l'information circule de manière fluide, a des chances d'objectiver ce qu'elle cherche. Autrement dit, ma perception peut me trahir, mais si d'autres ont la même perception que moi, cela me rassure et me conforte dans ma vision. Mais la confrontation aux autres me montre qu'il existe d'importantes différences de sensibilité, de points de vue, et que nul ne peut se targuer de détenir une vérité de manière péremptoire. Bien plus, la recherche de la réalité, n'est en fin de compte qu'une utopie, surtout pour le solitaire : seule compte une construction mutuelle et donc plurielle (une coconstruction). Maturana va jusqu'à mettre l'objectivité entre parenthèses, en ce sens qu'elle ne pré-existe pas au sujet observant, et qu'elle n'est pas réductible à une pluralité de subjectivités<sup>40</sup>.

40 Pour Kenneth J. Gergen, professeur de psychologie au *Swarthmore College* en Pennsylvanie, le constructionnisme social – dont il est une des figures de proue – partage avec Maturana cette conception de la mise entre parenthèses de la réalité.



Ainsi, non seulement la perception de la réalité diffère selon les individus, mais encore les filtres linguistique et culturel par lesquels nous apprenons modifient cette perception : nous ne savons percevoir – et surtout en parler – « isolément »...

Appliqués au champ des thérapies familiales, ces considérations sont extrêmement importantes : aucun membre de la famille – ni les thérapeutes – ne détient « la » vérité. Chacun voit les choses à sa façon, en fonction des expériences vécues et du contexte actuel, et chacun apporte sa pierre à l'édifice collectif. Chacun vit dans un monde différent, ce que les systémiciens verbalisent en disant que chacun a une « construction du monde » singulière et spécifique. La confrontation des constructions du monde de tous les protagonistes fait cependant apparaître des ponts, des compatibilités, qui permettront d'entrer en contact et donc, lors d'une psychothérapie, de tenter de modifier la construction du monde source de souffrance. Cette modification doit passer par l'assouplissement du système dysfonctionnel (ici, la famille), en augmentant ses possibilités (comme si la souffrance était corrélée à une diminution de possibilités).

### **Quatrième postulat : l'affectivité conditionne l'interprétation de la réalité**

À partir de son expérience de chercheur et de clinicien du Département de neurologie de l'université de l'Iowa (États-Unis), [Antonio R. Damasio \(1995\)](#) s'est attaché à démontrer que l'absence d'émotions et de sentiments empêchait d'être véritablement rationnel dans la conduite d'un raisonnement. Il a en effet avancé l'hypothèse selon laquelle « [...] la perception des émotions exerce une puissante influence sur la faculté de raisonnement, que les systèmes neuronaux desservant la première sont emmêlés avec ceux qui sous-tendent la seconde, et que ces deux catégories de mécanismes s'entrelacent avec ceux qui assurent la régulation des fonctions biologiques du corps ».

Il ne saurait donc y avoir d'un côté un « pur esprit » et de l'autre un corps sous l'emprise stupide d'émotions plus ou moins refoulées. Les nombreuses expériences de neurophysiologie, ainsi que l'étude neuropathologique approfondie de lésions cérébrales d'origine traumatique, vasculaire, tumorale ou autre, montrent l'impact cognitif considérable de certaines lésions touchant des « zones affectives », et à l'inverse le grand retentissement affectif de déficits cognitifs. Autrement dit, le cerveau ne peut plus être considéré comme une machine : la pensée « prend corps » justement dans le corps, avec tout ce que cela implique d'affectif, de contradictoire et d'ambivalence...

Chez l'enfant, il n'est donc plus possible de considérer un développement cognitif, à la façon de Piaget, totalement détaché d'un développement affectif.

### **Cinquième postulat : chacun est enfermé dans sa propre construction de la réalité**

La théorie de l'autoréférence montre à quel point chacun de nous est non seulement aveugle à sa propre façon de voir, mais encore a une vision d'une

subjectivité telle qu'elle ne peut appréhender les choses que de manière partielle (à tel point que l'on pourrait presque parler de « subjectivité aveuglante »). Le proverbe énonçant que celui qui détecte une paille dans l'œil de son voisin ne voit pas une poutre dans le sien prend ici tout son sens.

Pourquoi une telle subjectivité ? Complétant les réponses des phénoménologues, Humberto Maturana et Francisco Varela répondent à cette question en termes de *couplage structurel* : ce phénomène correspond à la description que font ces auteurs de l'intersection entre un système conditionné par sa propre structure et son milieu contextuel. Ainsi, si l'on ne peut percevoir que ce pour quoi l'on est programmé, si l'on ne peut penser et agir qu'en fonction de ce que l'interaction entre nous et notre milieu nous autorise à faire, qu'en est-il de la liberté individuelle et de notre responsabilité d'Homme<sup>41</sup> ? Vaste question philosophique qui n'a pas lieu d'être résolue ici, d'autant que la préoccupation du thérapeute ne sera pas une rationalisation savante – si séduisante soit-elle – mais plutôt une manière très concrète d'amener le patient et sa famille à développer une autre construction de la réalité, source de moins de souffrance.

L'enfermement dans sa propre réalité psychique est loin d'être l'apanage de l'individu seul ; bien au contraire, plusieurs individus, regroupés en famille, peuvent avoir ce que Mara Selvini Palazzoli dénomme une « méconnaissance partagée de la réalité ». Il s'agit d'une vision du monde déformée par rapport à la réalité, collective et auto-entretenu par le fonctionnement familial ou sur un plan plus large, dans le cadre de la manipulation mentale liée à une propagande politique ou religieuse, le plus souvent par l'entremise des médias.

## Applications thérapeutiques possibles

À partir du moment où l'observateur (le thérapeute) ne se considère plus comme étant « neutre » et « extérieur » au système qu'il étudie (la famille), mais prend conscience qu'il interagit avec lui (lors de l'entretien psychothérapeutique), il doit nécessairement considérer que tout se joue dans la nature même de la « conversation thérapeutique » qu'il a avec la famille, ainsi que le développe [Carlos Sluzki \(1988\)](#) lorsqu'il écrit : « Le processus du changement thérapeutique devient celui par lequel les patients ou familles et les thérapeutes discutent afin d'altérer leurs descriptions de la réalité familiale (dont les plus importantes sont celles qui incluent les problèmes et les conflits). Ces discussions permettent l'apparition d'alternatives non symptomatiques ».

Qui dit conversation dit discours, narration, et dit aussi subjectivité et interprétation, là où l'on croyait autrefois naïvement trouver objectivité et vérité : avant la pensée post-moderne du socio-constructivisme, « nous pensions que [le langage était] neutre et transparent. Nous pensions qu'il ne transportait que les informations que nous voulions qu'il transporte.

41 Il existe cependant une responsabilité quant au choix de l'utilisation de certains comportements, tels que la violence sur autrui.

Nous pensons transmettre des images, au lieu de quoi nous transmettons des interprétations et des représentations » (Kuenzli-Monard et Kuenzli, 1999).

L'idée selon laquelle c'est une construction du monde très particulière qui, par son caractère « aliénant », emprisonne l'individu et sa famille, générant de la souffrance dans le système, pousse à penser qu'en changeant une telle construction du monde, il sera possible d'améliorer les choses. La stratégie du thérapeute ne consistera donc pas à proposer une quelconque vérité au patient ou à sa famille, mais à faire en sorte que ces derniers trouvent la leur, en élargissant leur façon d'appréhender le problème. Autrement dit<sup>42</sup>, il est proposé un « élargissement du champ des possibles », pour reprendre l'expression de Mony Elkaïm. Arriver à concevoir une problématique sous plusieurs angles fait en effet sortir l'observateur de sa vision étriquée initiale et source d'inconfort psychique. Pour ne citer qu'un exemple, mais ô combien explicite, il est évident que lorsqu'un paranoïaque devient capable de concevoir plusieurs interprétations à un même phénomène, et non plus de s'en tenir à la sienne – considérée jusqu'alors comme unique et détentrice de la seule vérité possible – alors ce patient est sur la voie de la guérison.

Le processus thérapeutique conduit donc le thérapeute à construire avec ses interlocuteurs familiaux un nouveau système psychique, dans lequel chacun se retrouve, et qui accroît les possibilités fonctionnelles du patient et de sa famille : ce qui devient ici opératoire, ce n'est pas de plaquer une nouvelle vision du monde (celle du thérapeute, ou celle, normative, de la société) sur la famille, mais c'est de faire en sorte que cette dernière, parce qu'elle sera amenée à voir les choses différemment, se rende compte que la manière dont elle cherchait à résoudre son problème n'était certainement pas la seule, et qu'il lui est possible de s'orienter vers d'autres voies de recherche avec, à la clé, l'espérance d'une guérison.

Il sera donc essentiel d'amener le patient, et sa famille, à reformuler différemment leurs problèmes. C'est de la nouvelle narration qui en résultera que naîtra l'assouplissement nécessaire à l'élargissement du champ des possibles. Dans une optique de constructionnisme social, Kenneth J. Gergen (1996) explique : « Dans un monde social aussi complexe que le nôtre, la capacité de modifier et de transformer les réalités est essentielle : les récits, dans une certaine mesure, doivent tous finir par être transcendés ».

Cette coconstruction de « la réalité de la réalité » est évidemment conditionnée par les conceptions éthiques du thérapeute. Ainsi que l'exprimait Bradford P. Keeney (1982), « la perspective d'un univers où l'on participe suggère que le fondement de la thérapie familiale repose sur l'éthique plutôt que sur l'objectivité. En d'autres termes, vous êtes responsable de contribuer à la construction de réalités thérapeutiques ».

42 Cette expression de « autrement dit » peut d'ailleurs représenter le paradigme de toute thérapie narrative : Harry Goolishian a très justement relevé que la psychothérapie consiste à « dire autrement » les choses. À la fois le thérapeute recadre et reformule différemment les choses, mais aussi le patient, et sa famille, en arrivent à dire les choses autrement, parce qu'ils les voient différemment.

Laissons le mot de la fin à [Cinzia Raffin \(1997\)](#) : « Une théorie, même si elle est très ouverte et flexible, n'aura jamais la possibilité de se falsifier elle-même. Au contraire, une famille qui suit un traitement a la possibilité de démentir l'hypothèse thérapeutique ».

## En résumé, que faut-il retenir ?

Des écoles, des maîtres, des grilles de lecture... Que faut-il retenir, parmi tous ces modèles ? Lequel prendre ? Comment se repérer ?

Avant d'apprendre à ne plus savoir, à déconstruire pour coconstruire avec le système dans lequel j'évolue et je réfléchis, il faut d'abord apprendre de cet immense travail de recherche et d'élaboration dont résultent ces modèles : ils sont destinés à nous faciliter les choses, à nous ouvrir des chemins de raisonnement thérapeutique, à nous intéresser à leurs diversités plutôt qu'à nous faire élire une seule voie de raisonnement, exclusive, sous prétexte d'affinité intellectuelle marquée avec celui-ci ; une telle démarche permet de cultiver la souplesse d'esprit indispensable à un thérapeute créatif soucieux d'inventer, par associations, combinaisons et angles de vues différents, des modèles eux-mêmes en constante évolution par d'incessantes remises en question.

Il est passionnant de s'intéresser aux croisements entre les expériences personnelles d'un grand maître et la grille de lecture qu'il a développée : par exemple, Bateson se serait-il intéressé à la double contrainte s'il n'avait été lui-même contraint par son père, savant généticien, de faire des études scientifiques alors qu'il rêvait comme un artiste ? Se serait-il intéressé à la psychiatrie s'il n'avait pas aimé, puis divorcé de Margaret Mead ?

De même, Erikson se serait-il autant intéressé à l'hypnose s'il n'avait dû apprendre à dépasser les affres de ses douleurs physiques intenses, chroniques, séquelles de la poliomyélite, en développant des techniques de relaxation et d'imagerie mentale ?

Minuchin aurait-il réfléchi sur l'importance des frontières dans une organisation s'il n'avait lui-même expérimenté une famille enchevêtrée, où la force du groupe compensait la pauvreté sociale mettant à mal l'intimité individuelle ?

Whitaker aurait-il voulu provoquer des expériences « chocs » par ses traits d'humour accentuant l'ambiguïté de certaines relations, s'il n'avait lui-même appris à être thérapeute en se définissant comme un psychotique potentiel qui devait son salut au bon sens des autres, ceux-là mêmes qui savaient lui rappeler quand il allait trop loin ?

Haley aurait-il travaillé autant sur les thérapies stratégiques et, surtout, sur les enjeux de pouvoir, s'il n'avait eu, à un moment de sa vie, tant de tension dans ses relations personnelles avec Chloé Madanes, autre grande thérapeute théoricienne de la systémie ?

Plus près de nous, Mony Elkaïm aurait-il développé une telle théorie, ouverte, humaniste, basée sur la rencontre d'affects, et les ponts de résonance qu'elle



peut ouvrir si l'on s'intéresse, derrière les mots, à la fragile construction du monde qu'ils protègent, s'il ne venait pas lui-même d'une famille ouverte sur le monde entier, extrêmement cultivée, organisant des soirées de recherche avec de grands penseurs de l'époque pour créer de nouveaux concepts, de nouvelles idées philosophiques, dans le respect et la tolérance de tous les avis ? Philippe Caillé aurait-il créé cet univers permettant de voyager à bord d'« objets flottants », identifiés d'une planète à une autre, s'il n'avait lui-même fait le choix de vivre en lointaine Norvège, tout en revenant régulièrement dans l'espace de son enfance et de ses études ?

## Bibliographie

- ALBERNHE T., BOURGEOIS D. Qu'appelons-nous cadre thérapeutique ? *Santé mentale*, 172, 20-26, 2012.
- ANCELIN SCHÜTZENBERGER A. Aïe, Mes aïeux !, *La méridienne, Desclée de Brouwer*, 1997.
- ANDOLFI M. Famille/individu : un modèle trigénérationnel. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- BANTMAN P. De l'intrapsychique à l'interpersonnel. *Synapse*, 150, 23-27, 1998.
- BATESON G., JACKSON D.D., HALEY J., WEAKLAND J. Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci*, 1, 251-264, 1956.
- BENGHOZI P. Porte-la-honte et maillage des contenants généalogiques. Le Groupe familial en psychothérapie, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 22, Éres éd., Paris, 1994.
- BOWEN M. (1978) *La différenciation du soi. Les triangles et les systèmes émotifs familiaux*. Trad. : Neil Big et Pierre Mainhagu, ESF, Paris, 1984.
- BRODEUR C. Quand la réalité dépasse la fiction. *Thérapie familiale*, 2, 1, 39-55, 1981.
- BUBER M. *I and Thou*. Charles Scribners Sons ed., New York, 1958.
- CONNELL G.M., MITTEN T.J., WHITAKER C.A. Les fondements de la thérapie symbolique-expérientielle. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- COOPER D. *Psychiatrie et Antipsychiatrie*, Le Seuil, Paris, 1978.
- DAMASIO A.R. *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*. Odile Jacob, Paris, 1995 [Traduction de l'ouvrage : *Descartes'Error. Emotion, Reason and the Human Brain*. A. Grosset/Putnam Books.].
- DEFRANCK-LYNCH B. (1985) *Thérapie familiale structurale*. Trad., ESF, Paris, 1986.
- DICKS H.V. *Marital Tensions*. Basic Books, New York, 1967.
- DUCOMMUN-NAGY C. La thérapie contextuelle. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- DURAND J. *Les formes de la communication*. Dunod, Paris, 1981.
- ELKAÏM M. *Panorama des thérapies familiales*. Le Seuil, Paris, 1995, p. 58.
- FAIRBAIRN R.D. *An Object-Relation Theory of the Personality*. Basic Books, New York, 1952.
- FRAMO J.L. *Family-of-Origin Therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1992.
- GERGEN G. (1996) Le « soi » en question : assemblages et voix multiples. Dialogue entre Kenneth Gergen et Mony Elkaim. *Résonances*, 9, 12-27.
- GERGEN G. *The Saturated Self*. Basic Books ed., New York, 1991.
- GOLDBETER-MERINFELD E. L'approche structurale en thérapie familiale. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- HALEY J. (1973) *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Trad., Desclée de Brouwer, Paris, 1984.

- HALEY J. Entretien avec Mony Elkaïm. *Résonances*, 8, 7, 6-26, 1995.
- HECQUET L., MAINHAGU P. La théorie familiale de Murray Bowen. *Act. Psy*, 5, 36-40, 1987.
- HOFFMAN L. Une position constructiviste pour la thérapie familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 13, 79-100, 1991.
- JACKSON D.D. (1977) *L'étude de la famille*. In : Watzlawick P., WEAKLAND J. (dir.) *Sur l'interaction*, Le Seuil, 1981.
- KEENEY B.P. (1982) Que signifie une épistémologie de la thérapie familiale ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Éditions Universitaires, 7, 9-23, 1983.
- KUENZLI-MONARD F., KUENZLI A. Une différence fait-elle la différence ? *Le reflecting team* comme partie intégrante d'un processus psychothérapeutique. *Thérapie familiale*, 20, 1, 23-37, 1999.
- MALAREWICZ J.-A. *La stratégie en thérapie, ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson*. ESF, Paris, 1992.
- MCGOLDRICK M., GERSON R. (1985) *Génogrammes et entretien familial*. Trad. : A. Ackermans et C. Van Cutsem, ESF, Paris, 1990.
- MIERMONT J. Les paradigmes systémiques. In : Widlöcher D. (dir.), *Traité de psychopathologie*, PUF, Paris, 1994.
- MINUCHIN S. (1974) *Familles en thérapie*. Trad. : M. du Ranquet et M. Wajeman, Éditions Universitaires, Paris, 1983.
- PAPERO D.V. La théorie bowenienne des systèmes familiaux. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- PAUL N. Deuil et empathie en thérapie conjugale conjointe. *Résonances*, 6, 42-51, 1994, Toulouse.
- PRATA G., VIGNATO M., BULLRICH. *Il Bambino che seguiva la barca*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992.
- PRUD'HOMME J.C. En souvenir de Virginia Satir. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 11, 13-20, 1990.
- RAFFIN C. De l'incertitude étiopathogénique en psychiatrie à la « certitude » évaluative en psychothérapie. *Thérapie familiale*, 18, 4, 311-322, 1997.
- ROJERO C.F., SUAREZ T. De l'opérativité du concept du triangle dans la thérapie familiale et dans la dynamique institutionnelle. *Thérapie familiale*, 2, 4, 323-328, 1981.
- SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson, Paris, 1996.
- SATIR V. (1964) *Conjoint Family Therapy*. Trad. : A. Destandau-Denisov, *Thérapie du couple et de la famille*, Épi éd., Paris, 1982.
- SELVINI M. (1981) *Mara Selvini Palazzoli. Histoire d'une recherche*. Trad. : L. Cabanel et P. Besnier. ESF, Paris, 1987.
- SLUZKI C. À propos d'autoréférence et de thérapie familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 9, 13-18, 1988.
- TOMAN W. *Family Constellation*. Springer, New York. *Constellations fraternelles et structures familiales*, ESF, Paris, 1961.
- WEAKLAND J. L'hypothèse du « double lien » de la schizophrénie et de l'interaction en trio ». *Thérapie familiale*, 16, 1, 5-18, 1995.
- WHITAKER C. Simulation d'un entretien familial. *Résonances*, 7, 6-19, 1995.
- WINTER J.E. Le modèle évolutif de Virginia Satir. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- WITTEZEALE J.J., GARCIA T. L'approche clinique de Palo Alto. In : M. ELKAÏM (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.

# 3

## Les différents niveaux du modèle

*Et quel plaisir n'est-ce pas de se sentir en famille, auprès d'un bon feu, dans ces longues soirées de campagne, où l'on s'appartient si bien les uns aux autres, où le temps même semble nous appartenir, où la vie devient toute morale et toute intellectuelle en se retirant en nous-mêmes.*

George Sand, *Histoire de ma vie*, III, 47-48

Lorsque les chercheurs du *Galverston Family Institute* ont énoncé la « théorie de l'oignon » décrivant ainsi métaphoriquement les relations sociales comme des séries d'anneaux concentriques, chaque couche de l'oignon représentant un niveau différent (individu, couple, famille, réseau, etc.), ils ont immédiatement remarqué que chacun de ces niveaux possédait son fonctionnement propre. L'absence de prédiction des nouvelles *qualités émergentes* du passage à un niveau supérieur constitue une donnée fondamentale de la pensée systémique : ce qui se passe en bas ne permet pas de savoir ce qui se passe en haut, et réciproquement, pourrait-on dire trivialement. Au plan théorique, le *principe de non-sommativité* rend compte de ce phénomène capital. La théorie de la résonance apporte une autre dimension à la théorie de l'oignon ou des poupées russes, par les liens transversaux qu'elle établit entre les différents niveaux. La résonance, se situant à l'intersection de différents systèmes, permet de penser leur articulation en d'autres termes que ceux d'inclusion. Nous allons donc envisager successivement les fonctionnements individuel, puis de couple, de famille, et pour terminer de réseau, en sachant que la gradation pourrait encore se poursuivre au niveau social et politique, mais là s'arrêtent, non la pensée systémique, mais les interventions des thérapeutes familiaux...

### Niveau individuel

Un systémicien est toujours gêné pour parler d'« individu » ou de « niveau individuel », puisqu'il considère que l'individu n'a de sens et ne se conçoit que dans l'interrelation avec d'autres individus, d'autres organisations (couple, famille, groupe, réseau), et surtout avec le contexte permettant la « déclinaison » de l'ensemble de ces relations. Dans la pensée de Murray Bowen par exemple, c'est *l'unité familiale*, en tant que système, qui est l'objet principal du traitement, et non les individus qui la composent.

En revanche, c'est bien pour un individu que vient consulter une famille : l'individu qui « porte » le symptôme, celui qui est stigmatisé comme tel et qui, apparemment, souffre le plus. « La famille qui demande de l'aide a souvent comme seul consensus possible la nomination parmi ses membres d'un patient désigné. Que ce dernier ait ou non favorisé l'attribution d'un tel rôle, il va être brandi par le reste du système comme alibi à la demande » (Digonnet et Miribel, 1986).

Il convient donc de s'interroger sur ce qu'est le symptôme pour les thérapeutes familiaux, et comment ceux-ci arrivent à amener la famille à globaliser le problème. On dira pour schématiser que le symptôme n'est en effet pas le problème : c'est le problème (familial) qui crée le symptôme (individuel). La démarche thérapeutique consistera donc ici à remonter à la source : partant de ce qu'amène la famille, c'est-à-dire le symptôme, on ira à la recherche du problème, que l'on tentera de solutionner dans la quatrième et dernière partie de l'ouvrage...

## Du symptôme dans l'histoire à l'histoire du symptôme

Le symptôme a longtemps été considéré, dans la tradition théorique psychiatrique héritée des aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, comme une sorte de « marqueur clinique » coïncidant<sup>1</sup> avec une maladie et permettant de cataloguer le patient – et lui seul – dans une des grandes rubriques nosologiques dont chaque époque a disposé (jusqu'à notre actuelle *Classification internationale des maladies*) ; d'où une photographie statique du malade, observé en négatif (ses troubles) plutôt qu'en positif (ses compétences). À l'époque, un tel enfermement idéologique – héritage d'une longue tradition médico-chirurgicale causaliste linéaire – allait de pair avec l'idée d'un enfermement, au sens propre, des malades perturbateurs de l'ordre public. C'est justement cette façon de concevoir la santé mentale que les courants psychanalytique, antipsychiatrique, et systémique, ont combattue, chacun à sa façon, avec les succès, et les échecs, que jugera l'Histoire.

Alors que la médecine somaticienne classique a vu dans le symptôme un caractère purement organique et individuel, reconnaissons à la psychanalyse le mérite d'avoir été la première à donner au symptôme un sens nouveau, métaphorique ; mais ce sens est resté essentiellement intrapsychique, et également individuel, c'est-à-dire restreint, au sens systémique du terme : elle n'a pas vocation d'envisager le symptôme dans sa globalité interrelationnelle, sociale<sup>2</sup>.

L'un des principaux apports de l'anti-psychiatrie a été d'attirer l'attention des psychiatres sur l'aspect social du symptôme. La systémique a repris par la suite à son compte cette idée selon laquelle le symptôme étant dépendant

1 Cette « coïncidence » rappelle l'étymologie grecque du mot : le symptôme est ce qui « tombe avec ».

2 Monique Totah (1991) rappelle que, pour Freud, « deux facteurs sont en œuvre dans la formation des symptômes : d'une part le refoulement, et d'autre part les contenus infantiles inconscients ».



des interrelations entre l'individu et son environnement ; agir sur le second permettait d'agir indirectement sur le premier.

Il y a donc eu là une rupture épistémique fondamentale, non seulement avec la vision purement médicale du symptôme, mais encore avec sa vision psychiatrique classique : « Quand on fait du symptôme un point de départ, le problème se complique du fait que la nosologie, ou le système psychiatrique de classification de la déviance, non seulement se fonde sur l'individu mais se développe en circuit fermé, sans se référer précisément à l'observation du comportement. Les psychiatres se soucient plus souvent d'épingler une étiquette sur le patient que d'étudier comment il en est arrivé à se faire épingler », écrivait en 1965 [Don D. Jackson](#).

Le colloque historique qu'avait organisé Arthur Tatossian sur le symptôme avait montré qu'il était possible de considérer ce dernier à trois niveaux : « Lorsque la maladie mentale est proche de la neurologie, comme c'est le cas pour les démences, le symptôme est pratiquement médical. [...] Un degré de complexité supplémentaire apparaît avec les symptômes psychotiques. Dans ce cas, aucune lésion n'est visible ou décelable par les moyens biochimiques. Le schizophrène ou le délirant paranoïaque persécuté exprime de façon chaotique ou pseudologique sa vision du monde. Il croit à ce qu'il dit et ne se distancie pas d'un discours qui échappe au système habituel de communication. En d'autres termes, il ne se plaint pas d'un symptôme, il est un symptôme. [...] Quant aux symptômes névrotiques enfin, ils recèlent le maximum d'ambiguïté. Cette ambiguïté, Jean Guyotat a essayé de l'analyser en montrant qu'elle résidait à la fois dans une relation particulière que le névrosé entretient avec son corps et par une autre relation qu'il tente de nouer de façon malhabile avec son entourage. Un symptôme névrotique est toujours à double face : l'une tournée vers l'intérieur du sujet, l'autre vers l'extérieur comme un appel à l'aide », synthétisait [Michel Laxenaire \(1987\)](#).

La pensée systémique ne conçoit le symptôme que dans une situation interrelationnelle spécifique et un contexte social donné. « La théorie systémique déplace de l'intrapsychique au contexte les raisons du comportement : un symptôme est une réponse adaptée à certaines relations. L'individu placé dans un autre système de relations n'aurait pas développé ce symptôme », écrit [Maridjo Graner \(1994\)](#). Le symptôme perturbe suffisamment le fonctionnement habituel de cette situation ou de ce contexte, pour être générateur de souffrance, au moins pour le « porteur du symptôme », sinon pour d'autres membres de l'entourage dudit porteur. Ce dernier est alors compris, dans cette conception, comme étant le « patient-désigné », en ce sens qu'il est porteur d'un comportement social différentiel, reconnu comme étant déviant par rapport à une norme. Le traitement du symptôme aura donc pour finalité la disparition du symptôme, de la souffrance qui lui est liée, et pour conséquence la normalisation sociale, « les choses rentrant dans l'ordre », si l'on peut dire.

## Émergence du symptôme

À partir du moment où est établi le postulat selon lequel la famille représente une unité, une entité en elle-même, avec des caractéristiques et des

règles propres, on est amené à penser que tout ce qui concourra à ébranler ce système, à perturber son ordre intrinsèque, s'opposera à des *défenses*, mises en place par le système. Le « combat » qui en résultera ne passera pas inaperçu : il apparaîtra sous la forme du *symptôme*. La famille dysfonctionnelle a comme objectif de « ne pas disparaître en tant que famille, quitte à produire du symptôme. Le prix à payer est alors l'émergence d'un patient désigné dont l'exemple type pourrait être le schizophrène, qui a servi à la description princeps de Bateson » (Witkowski et al., 1987).

Ainsi conçu, le symptôme est une sorte de « marqueur » attestant des efforts entrepris par le système pour maintenir son fonctionnement habituel, celui que l'on pourrait qualifier « de routine ». Le symptôme est donc le témoin d'une interaction, sous forme d'une lutte, entre des forces assurant la cohésion du système et d'autres forces visant à modifier son fonctionnement.

Murray Bowen affirme que ces rapports de forces ont nécessairement des répercussions émotionnelles. Ce sont elles qui, en fin de compte, sont les plus apparentes. Tel est le sens profond du symptôme : alors que dans des circonstances habituelles, ordinaires, les processus de fonctionnement n'apparaissent pas, en cas de dysfonctionnement, le processus émerge sous la forme du symptôme (à l'instar de la gêne occasionnée par des palpitations cardiaques, alors que, physiologiquement, le fonctionnement du cœur n'est pas perçu au niveau conscient). Nous rejoignons ainsi la conception des psychanalystes pour lesquels le symptôme est ce qui parle, ce qui fait parler de lui, ce qui fait advenir le sujet dans la parole qu'il a de lui-même, des autres, et de ce que les autres peuvent en dire.

Envisagé sous cet angle, le symptôme témoigne d'un dysfonctionnement des processus qui, d'ordinaire, passent inaperçus. Mais ces processus ne sont pas pathologiques, en eux-mêmes : il convient de les replacer « dans un continuum où le sévère n'est rien d'autre qu'une variante du bénin » (Papero, 1995).

De plus, les systémiciens accordent une grande importance à la manifestation du symptôme « ici et maintenant », selon la formule consacrée. Cela ne signifie nullement que le symptôme ne s'origine pas « ailleurs et jadis » pourrait-on dire : les thérapies systémiques intergénérationnelles insistent sur l'origine possible d'un symptôme dans la non-résolution d'un conflit remontant dans l'histoire de la famille à plusieurs générations. L'expression témoigne simplement du fait que c'est la structure familiale actuelle qu'il faut tenter de modifier.

Le « porteur du symptôme » se comporte comme s'il ne pouvait faire autrement. Il est en quelque sorte « piégé » par son symptôme. Jay Haley (1973) note que « les symptômes font d'ordinaire leur apparition lorsque quelqu'un se trouve dans une situation inextricable à laquelle il essaye d'échapper ».

L'émergence d'un symptôme, au sein d'une famille, est donc le résultat d'un long et complexe processus, dont plusieurs phases peuvent être décrites :

- les soubresauts répétés dus aux aléas de la vie éloigneraient le système de sa position d'équilibre ; d'où la sélection d'un ou plusieurs comportements, constituant au départ une simple réponse adaptative au stress, mais qui finiraient par devenir une modalité de réponse habituelle. Il s'ensuivrait un processus de *sélection*, amplifié par des mécanismes de rétrocontrôle. Voici donc la première étape, celle de l'établissement du symptôme en tant que réponse non aléatoire, durable, entretenue, expliquée par ce qui s'est passé dans l'histoire du sujet et de sa famille, et par ce qui se joue ici et maintenant ;
- pour que le symptôme puisse réellement émerger, il faut qu'il soit amplifié. C'est cette *amplification* qui « désigne » – au sens de *deixis* : montrer du doigt – ce qui, désormais, se remarque et se détache. À ce stade, le retour en arrière est encore possible, comme s'il existait une sorte d'hésitation du symptôme à s'ancrer dans la durée et à se fixer ;
- l'amplification aboutit à une *confirmation* du symptôme, qu'elle conforte et pérennise. Guy Ausloos (1990) parle ici de *crystallisation*, peut-être dans un sens littéraire stendhalien, pour faire ressortir le caractère irréversible du nouveau phénomène : « [...] à un moment donné, le comportement sélectionné et amplifié se cristallise, commence à devenir une habitude, à faire partie de la vie du sujet, à être le moyen par lequel on l'identifie dans son système », écrit-il. Le processus de *crystallisation-pathologisation* correspond donc au maintien du symptôme par le jeu de phénomènes rétroactifs complexes qui s'opposent maintenant à sa disparition, bien que le sujet se sente « de plus en plus mal avec son comportement symptomatique, se trouvant placé dans une situation où il ne peut plus satisfaire les finalités familiales qu'aux dépens de ses finalités individuelles », poursuit l'auteur ;
- l'*enkystement* correspond à la dernière phase. Selon que le symptôme aura été combattu avec plus ou moins d'efficacité, il diminuera, jusqu'à disparaître, se déplacera ou perdurera, voire s'aggravera. Dans tous les cas, cet enkystement constituera un compromis entre plusieurs forces et acteurs en présence. Tout dépendra de la compétence de la famille à prendre en charge ce symptôme, avec l'aide des tiers que sont les thérapeutes. Une manière optimiste de redonner confiance à la famille est de considérer, comme le fait Guy Ausloos que, puisque le système a généré le problème, il peut également le résoudre : « Un système ne peut se poser de problème tel qu'il ne soit capable de le résoudre ».

## Concept de « patient-désigné » ou de « patient-identifié »

Parce que la pensée systémique accorde le primat au communicationnel, quel que soit le problème présenté, le systémicien s'intéresse d'emblée à l'importance relationnelle de ce problème. Ce dernier, apparent et manifeste, témoigne d'autres problèmes, inapparents et latents, présentés par d'autres membres de la famille, individuellement, ou par l'ensemble du fonctionnement familial, collectivement. Au total, tout se passe comme si le « patient-désigné-porteur-du-symptôme » était une sorte de *calatyseur* du

problème familial. Par l'attention qu'il attire sur lui-même, il signale autre chose, sur une autre scène et à un autre niveau. Restera alors au thérapeute à décoder le message et à aider la famille à trouver elle-même un autre mode de fonctionnement qui ne fasse plus souffrir personne<sup>3</sup>.

Maurizio Andolfi (1995) écrit : « Le comportement symptomatique du membre choisi sert à ce que le thérapeute détourne son attention de la famille à un moment donné où l'équilibre du groupe est en danger. Le *patient désigné* a dès lors pour fonction temporaire de maintenir la stabilité du système, mais aussi d'assumer le rôle de décideur, de nourricier, de parent sage et de standard de la communication familiale ». En cas d'échec de ce mécanisme, la situation se rigidifie, l'état du patient s'aggrave et d'autres problèmes apparaissent au sein de la famille.

Presque toujours, la demande de la famille se borne à la disparition pure et simple du symptôme, chez celui qui en est porteur, et non à une demande personnelle, pour chacun des membres de la famille : « Le patient attire et recueille toutes les difficultés existentielles des membres de la famille. L'anxiété est rassemblée, concentrée sur la symptomatologie. Quand on demande à la famille : "Qu'attendez-vous du processus thérapeutique ?", la réponse est assez stéréotypée : "Une amélioration du patient". Si le thérapeute insiste et demande : "Qu'attendez-vous pour vous-même ?", la réponse est : "Rien !" » (Havet, 1999). Tout se passe comme si la famille demandait du changement pour le patient, exclusivement (et surtout pas pour les autres membres du système).

Minuchin (1974) explique que pour lever ce genre de malentendu éventuel, le thérapeute peut établir un *contrat thérapeutique* avec la famille : « La famille désire que le problème présenté soit résolu sans que l'on touche à ses patterns transactionnels préférés. Mais le changement chez le patient identifié dépendra probablement de la transformation de la famille. [...] La famille et le thérapeute doivent par conséquent arriver à un accord sur la nature du problème et les objectifs de changement. Ce contrat peut ne pas être d'une nature très clairement définie, mais il doit exister. [II] donne à la famille l'espoir d'une aide pour le problème qui l'a conduite en thérapie ».

Cette idée très « porteuse » de patient-désigné ou de « patient-porteur-du-symptôme » n'a pas manqué d'influencer les thérapeutes familiaux psychanalystes, et en particulier E. Pichon-Rivière, qui a décrit le processus des trois « D » : le « Dépositaire » est le porte-parole, le « Dépositant » est le leader manipulateur, le « Dépôt » est ce qui est déposé. R. Neuberger (1984) de son côté trouve important de différencier l'« être » (par exemple : « je suis cancéreux ») et l'« avoir » (« j'ai le cancer ») dans le discours du malade et la façon dont est formulée la demande de soins ; par un glissement conceptuel on peut estimer que : « Avoir un symptôme renvoie à la

3 Il est fréquent que le thérapeute assiste à une aggravation du symptôme lorsqu'il tente un recadrage, lequel s'« attaque » à l'harmonie familiale : tout se passe comme si le patient intensifiait son problème, comme pour se sacrifier en détournant le thérapeute des autres problèmes en suspens, non résolus, présentés par la famille. « Prenez-vous en à moi, c'est moi le seul malade ! »

structure individuelle, donc à la psychanalyse ; être le symptôme renvoie à un système groupal, donc indique une thérapie systémique ».

## Sens et fonction du symptôme

D'une manière générale, en langage systémique, *sens* et *fonction* renvoient à deux manières complémentaires d'appréhender un même message métaphorique.

Le concept de *sens* fait directement référence au contexte dans lequel survient le message. Le sens se définit par rapport au contraste message/contexte. Un changement de contexte peut complètement changer le sens d'un message. Le contexte, lui, n'est pas à considérer comme un élément stable, fini ; bien au contraire, il évolue au gré des expériences existentielles<sup>4</sup>. Dans ses fameux « Carnets du Major Thompson », le journaliste et humoriste Pierre Daninos s'est amusé à changer le sens de la célèbre phrase attribuée au comte d'Anterrosches lors de la bataille de Fontenoy : « Messieurs les Anglais, tirez les premiers ! » Mais si l'intonation, la prosodie et la ponctuation changent, on peut aboutir par exemple à ceci : « Messieurs !... Les Anglais !... Tirez les premiers ! » (à comprendre ainsi : « Messieurs les Français, faites attention, car voici les Anglais. Tirez donc sur eux les premiers ! »).

Le concept de *fonction* renvoie aux conséquences du sens dans le système : il témoigne du rôle joué (ici du rôle joué par le symptôme). C'est en travaillant « la question de l'homéostasie » (titre d'un de ses articles, publié en 1957) que Don D. Jackson eut l'idée que le symptôme – c'est-à-dire en fait le comportement symptomatique d'une famille – pouvait être considéré comme un mécanisme homéostatique dont la fonction était de ramener le système, alors perturbé, à son état d'équilibre initial. Le symptôme témoigne de la difficulté du système à maintenir son équilibre. Barbara DeFranck-Lynch (1986) écrira par la suite que « le comportement symptomatique est un mécanisme de survie et, en tant que tel, il représente une tentative positive d'autorégulation du système » et donc que « le symptôme n'est pas le problème » ; dans une optique structurale, le véritable problème est « celui des schèmes interactionnels dysfonctionnels qui découlent de frontières mal définies, de conduites insatisfaisantes, en réalité d'une malformation structurale, elle-même bâtie pour tenter d'assurer la survie du système ». Elle ajoute que « quand on diminue sa fonction, le symptôme disparaît. Quand on supprime le symptôme sans toucher à la structure qui est à son origine, un nouveau symptôme vient prendre sa place ».

Pour Murray Bowen, chaque symptôme est susceptible de remplir une « fonction prophylactique », en ce sens qu'il évite une décompensation

4 Par la technique du *recadrage*, le thérapeute arrive à changer la signification d'un fait, tout en laissant l'interlocuteur continuer à donner le même sens à l'événement : le recadrage a d'autant plus de chances d'être accepté par l'interlocuteur que ce dernier n'a pas le sentiment que la nouvelle façon de considérer les choses l'oblige à rejeter ou à nier le sens qu'il leur attribuait précédemment (c'est-à-dire avant l'intervention thérapeutique).

d'autres membres de la famille, voire du système familial dans son ensemble : il joue le rôle d'une sorte de « soupape de sécurité » qui évite le pire. Pour schématiser sa pensée, il serait possible de dire que tant qu'un membre présente un symptôme – issu d'un dysfonctionnement familial global – les autres membres de la famille fonctionnent tant bien que mal, sans trop de « casse ». C'est lorsque le niveau d'angoisse devient trop important que cela ne suffit plus ; d'où l'apparition d'autres symptômes chez d'autres membres de la famille. Inversement, une baisse du niveau d'angoisse conduira à une diminution ou une disparition du (ou des) symptôme(s). Tout se passerait comme si le symptôme était le « prix maximal à payer », selon l'expression de Luigi Onnis, pour que le système continue à survivre.

Dans les systèmes rigides, non flexibles, on peut considérer, avec Maurizio Andolfi, que le symptôme « est à la fois prison et instrument de pouvoir » dans la mesure où « par son caractère involontaire, [il] permet à qui le porte de définir et contrôler la relation à l'autre » (Andolfi et al., 1993).

Jay Haley a dit qu'il était possible de décrire les symptômes comme des actes communicationnels qui remplissent une fonction dans un réseau interpersonnel. Ainsi, lorsqu'en présence d'une famille, les thérapeutes familiaux connotent positivement le symptôme, en lui reconnaissant une fonction familiale, ils déculpabilisent une famille qui s'est souvent vécue coupable lors d'autres entretiens, avec des soignants ayant eu une approche différente. Le symptôme est alors expliqué comme étant la meilleure solution que la famille a su trouver dans un contexte donné, dans ce qu'elle croyait être l'intérêt du système familial.

## Démarche thérapeutique

Il ne faut aussi pas perdre de vue le fait que, pour le patient, et aussi pour la famille, le symptôme peut déjà avoir un sens et une fonction. Ce fait émerge souvent lors de la première consultation, au cours de laquelle la famille explique généralement que le symptôme est nuisible, inutile, illogique, aléatoire et involontaire. Passé cette première phase d'approche de la famille, le thérapeute s'efforcera de modifier cette vision, en ébranlant les certitudes de la famille et/ou en recadrant le symptôme, ce qui reviendra à dire que ce dernier est utile, qu'il n'est pas dû au hasard, et qu'il n'est pas si involontaire et subi que cela<sup>5</sup>.

Les thérapeutes vont donc s'efforcer de faire en sorte que le symptôme, devenu compréhensible dans un certain contexte, s'atténue voire disparaisse, sans pour autant qu'il n'en apparaisse un autre, auquel cas le problème aurait été seulement déplacé, et non résolu.

5 Selvini a particulièrement étudié cet aspect autosacrificiel du patient désigné (par exemple dans le cas d'une conduite d'anorexie mentale), ce qui lui a permis, en thérapie, de connoter positivement le symptôme ; cela constitue une manière intelligente de recadrer le symptôme et par conséquent de faire en sorte qu'il soit compris différemment par les membres du système.

Tout en souscrivant à la jolie formule : « Tout symptôme étant configuré comme une boucle (“Plus je tente de sortir du retrait dont je souffre, plus je m’y enfonce”), il sera vain de chercher à le réduire sans entrer dans la manipulation thérapeutique subtile que sa complexité suscite [...] » (Cahn et Dalle, 1989), le thérapeute sera amené à envisager différemment le symptôme selon sa propre référence théorique conceptuelle.

- Le *thérapeute stratégique* concentrera son attention sur le symptôme, puisqu’il est compris comme étant une forme particulière de communication, mise en place par les différents protagonistes à l’occasion d’un moment critique de gestion des conflits. C’est en quelque sorte un métaphore des problèmes familiaux, et pas uniquement de ceux du patient. Ainsi conçu, le symptôme résultera d’une séquence de comportements dysfonctionnels, qui se concentrent et se cristallisent sur un seul membre du groupe, le porteur du symptôme. En modifiant ces comportements, par une stratégie thérapeutique spéciale, on peut espérer agir indirectement sur le symptôme, et à partir de lui sur les autres membres de la famille. De même, en modifiant le contexte qui rend nécessaire le symptôme, on peut espérer faire en sorte que ce dernier s’élimine de lui-même.
- Le *thérapeute structural* considèrera le symptôme comme le révélateur d’une structure dysfonctionnelle, qui sera donc à remodeler dans un sens thérapeutique (c’est-à-dire au moins sans aggraver les choses, et bien sûr avec l’espoir de les améliorer). Le symptôme est une sorte de noyau concentré des tensions familiales, focalisé sur une personne : le porteur du symptôme, c’est-à-dire le patient, désigné comme tel. Le symptôme est la façon dont les membres d’une famille se positionnent par rapport à celui qui le porte.

En s’efforçant de déstabiliser la structure familiale qu’il a observée, le thérapeute espérera amender le symptôme et donner davantage de souplesse au fonctionnement familial. L’idée directrice est donc de rendre le symptôme inutile (perte de sa fonction) et illogique (perte de son sens).

Pour ce faire, on aura recours à plusieurs techniques d’assouplissement des rigidités de la structure familiale, par exemple :

- la réduction de l’importance qu’a prise le symptôme dans le fonctionnement familial, par exemple par un recadrage (le thérapeute redéfinit le symptôme) ou en s’intéressant à un autre symptôme (faisant ainsi passer au second plan le premier symptôme) ;
- la création d’une distance émotionnelle entre le symptôme et ce qu’il évoque ou ce qui lui est corrélé. La *réification du symptôme* consiste à introduire la dissociation dans l’expérience subjective du patient (pensons à la différence entre : être cancéreux et avoir un cancer ; dans le premier cas, le sujet se vit lui-même, dans sa totalité, comme malade ; dans la seconde formulation, il peut se vivre comme détaché d’un objet, le cancer, qu’il porte en lui mais qui n’est pas lui) ;
- l’augmentation (paradoxale, mais contrôlée) de l’intensité du symptôme (rendant ainsi ce dernier tellement insupportable que la famille doit impérativement trouver autre chose pour continuer à fonctionner) ; si un

thérapeute comme Jay Haley a su bien maîtriser la *prescription de symptôme*, une telle technique ne va pas sans risque. Dans certains cas où la prescription du symptôme peut se révéler inutile, voire dangereuse (pensons aux tentatives de suicide, par exemple), il est possible de recourir à la *prescription de la métaphore du symptôme*. Dans une optique de thérapie stratégique, Jacques-Antoine Malarewicz (1992) cite l'exemple du « second mariage » des parents : il est fréquent qu'un adolescent présente un symptôme ayant pour conséquence de retarder au maximum son départ de chez ses parents : « Dans un tel cas, une des prescriptions qui peut être donnée consiste à demander à l'adolescent d'aider ses parents à retrouver les lettres qu'ils s'étaient adressées alors qu'ils n'étaient pas encore mariés. Tout un travail de "fiançailles" ou de "re-fiançailles" peut être ainsi organisé par le patient afin d'objectiver les soucis qu'il peut avoir à ce sujet » ;

- d'une manière tout aussi paradoxale, il est possible d'encourager une famille à résister au changement symptomatique. Jay Haley était passé maître dans l'art de demander à ses patients de résister à l'amélioration qu'ils sentaient poindre. C'est alors la façon dont les patients résistent qui amène en fin de compte un changement salutaire ;
- la technique du *faire semblant* a été développée par Cloé Madanes. Il est demandé à une famille de jouer à faire semblant d'avoir des symptômes convenus. L'aspect ludique et explicite de la technique permet de faire passer un message profond et implicite du style : « Vous arrivez à contrôler des comportements qui sont définis comme étant incontrôlables – le symptôme n'est-il pas incontrôlable ? »

## Niveau conjugal

Gardons présent à l'esprit le fait que tout ce qui suit se rapporte à la culture occidentale et américaine actuelle, dite « post-moderne », et ne saurait se transposer tel quel à d'autres organisations conjugales ou familiales. La relativité transculturelle prend ici tout son sens, et avec elle, la relativité liée à l'évolution des mœurs, donc à l'histoire. Le choix du partenaire, par exemple, peut être libre dans une culture donnée, et imposé dans une autre. Il en résultera des problématiques conjugales, puis parentales et familiales complètement différentes.

## Qu'est-ce qu'un couple ?

Un couple peut se définir comme étant la réunion plus ou moins durable de deux partenaires (de même sexe ou de sexe différent), partageant une vie sexuelle, et vivant en général ensemble.

R. Mucchieli (1977) a énoncé un certain nombre de caractéristiques fonctionnelles du couple, qui sont : les interactions, l'émergence de normes ou de règles de conduite, l'existence de buts communs, l'existence d'émotions et de sentiments communs, l'émergence d'une structure informelle qui est de l'ordre de l'affectivité, l'existence d'un « inconscient collectif », enfin



l'établissement d'un équilibre interne avec un système de relations stables avec l'environnement.

Un couple heureux partage avec harmonie des valeurs de communication, de compréhension, de compromis, de respect, de projets communs, d'acceptation du conjoint tel qu'il est sans volonté de prise de pouvoir avec désir de le changer.

C. Pin (1975), s'inspirant entre autres de J. Ardoino (1965), propose comme éléments importants dans la caractérisation du « groupe primaire » qu'est le couple (à la différence des « groupes secondaires » qui sont des organisations plus vastes), à la fois le sentiment d'appartenance et la totalité dynamique.

Le sentiment d'appartenance supposerait quatre conditions :

- des besoins individuels, ressentis, mis en commun ;
- des buts communs, clairs et acceptés ;
- une organisation, avec répartition de rôles, permettant à l'individu de clairement s'insérer (« à chacun sa place ») ;
- des activités communes (le « faire ensemble »).

La totalité dynamique impliquerait également la conjoncture de quatre éléments :

- un équilibre affectif basé sur une pression à conformité ;
- l'interaction avec attribution des rôles ;
- une dynamique qui combine des fonctions de progression et des fonctions de cohésion ;
- des relations de pouvoir, qui peuvent changer dans le temps et selon les tâches.

Envisagé sous l'angle systémique, le couple est le plus petit système qui existe. Il représente l'union affective (pas nécessairement sexuelle) de deux personnes, les conjoints. Cette union affective est durable, ce qui fait dire parfois que le couple est l'histoire d'une rencontre qui dure, entre deux partenaires qui n'arrivent plus à se séparer (tout au moins au début...).

La question de savoir si, déjà à deux, on forme un groupe, est pertinente car elle pose le problème de la triangulation : la relation dyadique (homme-femme, mère-enfant, etc.) est très différente de la relation triangulaire (homme-femme-enfant). Ce « groupe à deux » est une institution à elle seule, avec ses propres règles de fonctionnement, ses mythes fondateurs, ses rituels, ses interdits, une coconstruction du monde très particulière, une manière spécifique de résoudre certains problèmes et de buter sur d'autres. C'est cette dimension institutionnelle du couple qui fonde l'objet de la thérapie : ici, le « client », c'est le couple, même si chaque conjoint cherche à entraîner le thérapeute dans le jeu irrationnel de son terrain individuel.

Le couple a un fonctionnement rendu très particulier d'une part du fait de la relation amoureuse qui l'a fondé, et d'autre part du fait de sa place dans la lignée des générations (en référence aux concepts de *loyauté invisible* de Nagy, ou de *mission inconsciente* de Stierlin). Il s'agit donc d'une entité très spéciale, qui exclut les autres individus, comme s'il y avait une frontière

fictive autour de lui. Robert Neuburger par exemple a utilisé la métaphore du « mur invisible » ou du « mur d'irrationnalité » pour rendre compte de ce phénomène d'exclusion des autres individus n'appartenant pas au couple. Cette exclusion, parfois ressentie très vivement par les amis personnels ou la famille de chaque conjoint, est due au fait que le couple, tout au moins au début, avant la phase de désillusion réciproque, vit dans une sorte de « bulle psychologique ». Cette dernière est due, en grande partie, au phénomène que Philippe Caillé a décrit sous l'expression d'« absolu du couple » : il s'agit d'un modèle organisant, structurant le sentiment d'appartenance des conjoints, et fondateur de la relation, à partir d'aspirations souvent idéalisées. On comprendra donc que l'inadéquation entre cet absolu relationnel et les désirs de chaque conjoint, puisse générer de graves crises conjugales ; l'aide que pourra alors apporter le thérapeute sera d'amener progressivement le couple à un nouvel état d'équilibre, en recréant un nouvel absolu, plus compatible avec les attentes réciproques des partenaires et le contexte environnant.

Quant au *mariage*, [Don D. Jackson \(1965\)](#) le définit par quatre critères :

- le mariage est une relation volontaire entre deux conjoints ;
- il implique une permanence relationnelle indéfinie, temporellement indéterminée ;
- il exprime une relation exclusive, supposée suffire aux partenaires ;
- il témoigne d'une relation orientée en fonction de buts plus vastes (fonder une famille par exemple).

« Les sociologues font remarquer que le contrat du mariage contemporain comporte une nouvelle clause implicite. Contrairement au mariage utilitaire d'autrefois, le mariage contemporain promet en effet entente sexuelle, amour romantique, camaraderie et sécurité. [...] Beaucoup de couples, au lieu de se remettre en question ou de s'interroger sur les espoirs qu'ils avaient fondés dans le mariage, s'accrochent à leurs rêves et concluent qu'ils ont simplement choisi un partenaire qui ne *leur convenait pas*. Ils divorcent afin d'être disponibles pour la relation idéale – cadeau du destin plutôt que fruit de leurs efforts – et dans l'idée de la trouver auprès de quelqu'un d'autre », écrit [Augustus Napier \(1978\)](#).

On pourrait ajouter que la constitution d'un couple et, qui plus est, d'un couple marié, marque symboliquement dans de nombreuses cultures la fin de l'adolescence, c'est-à-dire d'une période marquée par l'espoir des possibles. « La problématique adolescente, en effet, se caractérise du point de vue systémique (la dynamique d'individuation) par une revendication identitaire ouverte sur des choix multiples. Le couple est le paradigme de la clôture de ces choix », remarque très justement [Patrick Chaltiel \(1994\)](#).

## Qu'en est-il du choix du conjoint ?

Le résultat d'un « assemblage affectif » dépend d'une multitude de facteurs, se situant chacun sur des plans différents : culturel, sociologique, économique, psychologique et bien sûr inconscient ([Lemaire, 1995](#)).

Le choix d'un partenaire est généralement différent selon qu'il s'agit de couples durables (conjugaux) ou de couples passagers (expériences adolescentes, relations extraconjugales brèves, etc.).

Le choix d'un conjoint dépend autant du vécu synchronique actuel que de la trajectoire existentielle diachronique de chacun des partenaires. Ces truismes ont fait dire que le « choix » n'était finalement que relatif, étant largement surdéterminé, à la fois par l'histoire personnelle et familiale des deux futurs conjoints, mais aussi par tout ce qui se joue autour des deux familles. Jay Haley (1973) a trouvé une formule choc pour expliciter cette dernière idée : « Il existe une différence fondamentale entre l'homme et les autres animaux : l'homme est le seul animal qui ait une belle-famille. Dans l'espèce humaine, les proches parents sont impliqués dans chaque étape de l'existence d'une famille [...] ».

Le rôle joué par les familles d'origine de chaque conjoint semble primordial. Minuchin (1974) écrivait avec sagesse : « Quand deux partenaires s'unissent dans l'intention de former une famille, c'est le commencement officiel d'une nouvelle unité familiale. Mais il y a beaucoup d'étapes entre le début officiel d'une famille et la création d'une unité viable. Une des tâches auxquelles un nouveau couple doit faire face, c'est la négociation de leur relation avec la famille d'origine de chacun ». Il y aurait beaucoup à écrire sur la question... Les dramaturges ne s'en sont pas privés, exploitant à loisir les règles de loyauté intrafamiliale mises à jour par Nagy (pensons aux amours malheureuses de Roméo et Juliette, devenues mythiques). D'après Nagy en effet, les problèmes conjugaux émanent presque toujours de loyautés cachées et de trahisons inavouées. Des parents par exemple peuvent ne pas avoir accepté implicitement le mariage de leur fille – bien qu'explicitement ils n'en aient rien laissé paraître, faisant, comme dit le proverbe, « contre mauvaise fortune bon cœur » – et ainsi, mettent leur fille dans un conflit de loyauté, tiraillée qu'elle sera entre eux (loyauté verticale) et son époux (loyauté horizontale), d'où une situation dangereuse pour le couple, et une forte probabilité d'émergence de symptômes. « Quand l'un des parents, avec lequel s'est effectuée la rupture, meurt, on voit s'accroître la pression sur la relation horizontale et le compte de cette déloyauté est de plus en plus porté au débit du conjoint » (Van Heusden et Van den Eerenbeelt, 1994).

Barbara DeFranck-Lynch (1985) ne peut être qu'approuvée lorsqu'elle écrit : « Les racines de cette relation remontent à la première enfance où l'image complexe du partenaire idéal commence à prendre forme. Cette image est généralement moulée sur le modèle de l'intimité parentale, première image des relations entre hommes et femmes. D'autres traits viennent s'ajouter à cette image selon les relations avec les frères et sœurs, marquantes en tant que première expérience avec des sujets du même âge. C'est avec ses frères, ses sœurs et ses camarades que l'enfant apprend à négocier, à coopérer, à entrer en compétition, et ce savoir-faire sera utilisé plus tard dans des relations plus intimes. La télévision, le cinéma, les chansons, les romans, l'histoire et l'anthropologie, contribueront aussi à constituer le moule dont mari et femme sont issus ».

Le choix du conjoint vient donc « de loin », serait-on tenté de dire. Luigi Onnis (1997) estime que ce choix « s'accomplit inconsciemment pour renforcer et confirmer les propres croyances ou, au contraire, pour alléger le poids d'un passé douloureux : dans un cas comme dans l'autre, dans la perspective de créer un « nouveau Mythe » plus compatible avec les aspirations des deux individus qui constituent le couple ».

Jean-Georges Lemaire a décrit le concept de *collusion affective*, répondant à la rencontre des deux inconscients des partenaires qui s'attirent mutuellement. Il s'agit à la fois « d'une problématique commune à chaque niveau d'organisation (par exemple une commune oralité prédominante dans l'organisation de la personnalité ou dans les fixations infantiles communes à chaque partenaire) » et « de deux manières différentes [...] ou opposées [...] d'y réagir, par exemple l'un se présentant sur un mode "régressif" comme quêtant l'amour, le don, le soin, le service, l'aliment, l'autre comme désirant donner, fournir de la sollicitude, nourrir, et être reconnu comme tel, "progressif" ou "pseudomature" ».

La formation d'un couple, et *a fortiori* d'une famille, oblige chaque conjoint à réorganiser son réseau relationnel, à se distancier par exemple de certains amis antérieurs, à renoncer à des activités et à s'investir au contraire dans d'autres. Le couple aura sa vie propre, qui n'est pas l'addition de deux vies d'anciens célibataires, mais plutôt un entremêlement complexe, en réseau, formé de passé, de présent et de futur, se structurant à partir d'une nouvelle frontière invisible. Parlant du mariage, Minuchin écrit encore : « La création d'un nouveau système social signifie créer ou fortifier une frontière autour du couple. Chacun se sépare de certains contacts et activités antérieurs. L'investissement dans le mariage se fait au détriment d'autres relations. Le degré d'investissement dans le mariage peut dépendre de l'importance de ce qui a été abandonné ».

L'accommodation mutuelle des conjoints dépend donc de l'importance et du bon fonctionnement de l'affiliation de chacun à son propre groupe initial d'appartenance. Par exemple une coalition transgénérationnelle entre un époux et ses propres parents, dont il serait resté trop proche, mettrait à l'écart le conjoint, et risquerait de répéter ce type de relation dysfonctionnelle sur les enfants à venir.

Au total, il est possible de souscrire à l'idée selon laquelle « le choix d'un compagnon est, sans doute, l'acte le plus décisif de toute vie humaine. Les gens qui décident de se marier font plus que prendre deux décisions individuelles : ils sont entraînés par un processus interrelationnel plus puissant que chacun d'eux. Ce choix semble réunir avec une « précision incroyable » les forces essentielles de deux existences – leurs histoires respectives, leur situation présente, leurs vœux les plus ardens concernant leur avenir. Ne tenant compte ni du plaisir ni de la souffrance, la *signification* de toute leur vie se résume dans ce choix » (Napier et Whitaker, 1978).

## Les différents types de couple

Selon les différentes résultantes des configurations conjugales, et selon le critère différentiel présélectionné, il sera possible de décrire de multiples

relations évoluant entre les extrêmes de la complémentarité (par exemple un homme sportif vivant avec une femme non sportive) et de la similitude (deux conjoints sportifs, pour conserver le même critère). Vue de l'extérieur, certains couples paraissent harmonieux, d'autres choquent et l'on se demande comment ils perdurent. Tout semble dépendre non seulement de l'intérêt que chaque conjoint peut trouver à la relation plus ou moins stable qu'il a au sein de son couple, mais aussi et peut-être surtout des facteurs inconscients ainsi que de la construction personnelle du monde que la vie de couple confirme à chaque partenaire.

Il est banal de constater que, vue de l'extérieur, les partenaires de certains couples paraissent pourtant bien associés, se dissocient sans tarder, là où d'autres unions perdurent alors que famille et amis en prédisaient l'échec retentissant. Alors, « pourquoi certaines personnes choisissent-elles des partenaires qui les plongent dans l'angoisse, qui incarnent en fait ce qu'elles redoutent le plus ? [...] La recherche du sens de notre identité est si vitale qu'elle est plus forte que la peine ou le plaisir », répondaient [Whitaker et Napier \(1978\)](#), et l'on pourrait peut-être ajouter : l'accomplissement de notre histoire familiale aussi.

La question n'a pas intrigué les seuls systémiciens. Les psychanalystes par exemple ont étudié ce que nous pourrions dénommer « l'assise du couple », c'est-à-dire ce sur quoi le couple se fonde, tant au niveau de la structure que du mythe. C'est ainsi que Alberto Eiguer a distingué trois *typologies structurelles* de couple :

- le *couple normal ou névrotique*, le plus habituel, caractérisé par l'acceptation des différences entre les partenaires, ainsi que par leur complémentarité. C'est un couple ouvert sur l'extérieur, capable également d'établir un dialogue sur lui-même ;
- le *couple anaclitique*, ou dépendant, fondé sur la crainte de la perte de l'objet d'amour. Il se constitue souvent après un deuil, se structurant défensivement sur le mythe fondateur : « ensemble, nous serons plus forts » ;
- le *couple narcissique*, ou fusionnel ; c'est le type même de couple conflictuel, son existence étant fondée sur le conflit et la lutte pour le pouvoir. « Les partenaires, qui se sont choisis en raison de leur ressemblance, aspirent à une fusion totale et tolèrent mal les différences, qu'ils nient. Ces couples sont capables d'une grande agressivité. C'est chez eux que l'on voit des rancunes tenaces, ainsi que des troubles sexuels graves, comme la non-consommation du mariage. Ces couples ont un fonctionnement sado-masochiste et supportent mal la fantasmatisation, qui constitue le signe de l'existence propre de l'autre. Ce type de couple associe souvent un partenaire psychotique à un partenaire névrotique », a écrit [Karine Faye \(1991\)](#).

## Comment fonctionne un couple ?

La réponse à une telle question ne peut bien sûr être univoque ! En fait, les thérapeutes familiaux ont d'abord tenté de comprendre comment dysfonctionnait un couple, espérant ainsi mettre à jour des règles familiales jusqu'alors obscures, des mythes insoupçonnés, des phénomènes de loyauté,

etc. pour, dans un second temps, conjecturer quant au fonctionnement « normal » d'un couple, puis d'une famille. Gardons toutefois présent à l'esprit le fait que « couple » (par exemple homosexuel) ne signifie pas automatiquement (future) famille, et que l'on change singulièrement d'échelle lorsque l'on passe de deux personnes (les conjoints) à trois ou plusieurs personnes (en incluant les enfants, mais aussi parfois d'autres membres de la famille pouvant vivre sous le même toit ou à proximité, et ayant une influence considérable dans la vie du couple-famille).

### Poids du contexte et des stéréotypes culturels

Le contexte socioculturel pèse de tout son poids dans la répartition des rôles de chacun des conjoints, surtout lorsque le couple conjugal change de statut en devenant couple parental. Ce sont les mouvements féministes qui, les premiers (avant les communautés homosexuelles), ont montré à quel point la représentation que chacun se faisait de l'autre sexe était conditionnée par l'éducation reçue, le matraquage médiatique et l'endoctrinement de masse. Aussi, rien de surprenant à ce que les critiques les plus virulentes de la praxis systémique aient pour l'instant émané des féministes : « La théorie systémique est tellement abstraite qu'elle semble fournir une compréhension des schémas familiaux, alors qu'en réalité elle exclut des éléments essentiels, tels que le pouvoir et l'identité sexuelle », écrivent [Cheryl Rampage et Judith Myers Avis \(1995\)](#).

En complément de ces travaux, ceux d'auteurs comme Peggy Penn, Marcia Sheinberg, Virginia Goldner, ou Gillian Walker, ont amené à s'interroger sur l'importance du sexisme implicite dans les définitions de la famille et des rôles familiaux, d'où peut-être la difficulté de la théorie systémique pour formaliser les phénomènes de violence (abus sexuels d'enfants, maltraitance infantile, femmes battues, etc.). Dans ce dernier cas de figure par exemple, soucieuse de connoter positivement le non-départ de la victime du foyer conjugal, [Peggy Penn \(1994\)](#) écrit : « [...] au premier abord, les femmes battues paraissent masochistes ou même exagérément dépendantes et ont été présentées ainsi dans la littérature. Cependant, nous leur offrons une autre construction à travers laquelle, ensemble, on peut voir leurs objectifs et expériences. Ces femmes, comme la plupart des femmes, vivent un idéal féminin que l'on pourrait résumer ainsi : la raison d'être d'une femme se mesure au fait qu'elle réussit ou échoue à établir des liens, créer des relations, soigner et atteindre l'autre ; dès lors, rester dans une relation, même mauvaise, est une affaire de fierté au niveau de l'identité sexuelle et du respect de soi ». Ajoutons également que beaucoup de femmes battues espèrent que leurs conjoints violents s'amenderont, grâce à l'amour qu'elles leur portent.

L'image actuelle de l'homme « battant » (non pas des femmes « battues », mais « battant » au sens figuré de « fonceur », « entreprenant », etc.) est une prison dorée : « L'homme reste ainsi prisonnier de la nécessité de conquérir l'argent, le pouvoir et plus encore les femmes. Il est vrai que le terme "conquérir" a légèrement glissé de son acception initiale de "se rendre

maître” pour celui “d’attirer par ses qualités”, mais sa référence guerrière est encore très apparente. À côté de la lutte des classes, dont on peut penser ce qu’on veut, voici donc bien installée la lutte des sexes, et pour celle-ci on voit mal sur quoi elle se fonde, si ce n’est sur une peur réciproque », écrivait Gilbert Maurey (1977).

La pratique des thérapies familiales systémiques montre aussi à quel point, même pour un thérapeute, il est difficile d’abandonner les stéréotypes connotant le plus souvent négativement les schémas conjugaux ou familiaux qui ne sont pas les siens, car s’éloignant trop de sa conception du monde. Jane Lovell (1996) soutient que « l’expérience d’une femme en thérapie avec un thérapeute qui n’est pas féministe, peut être celle de se sentir critiquée : de nombreux écrits traitant de la thérapie familiale montrent que les thérapeutes ont plutôt tendance à “harceler” les femmes, tandis qu’ils protègent les hommes afin de gagner leur engagement et leur participation à résoudre les problèmes familiaux ». D’une manière générale, Jean-Claude Benoit (1997) a souligné l’importance du problème dit de la « tache aveugle » consistant en ce que « chacun de nous est entré dans la profession psychiatrique institutionnelle avec ses lunettes familiales. Celles-ci l’empêchent de voir ce qu’il connaît trop bien “émotionnellement” (M. Bowen). Il s’agit d’une forme de persécution spécifique vécue dans sa propre famille. Pour les formations, ce point est crucial ».

### Partage des tâches domestiques

Le partage inéquitable des tâches domestiques entre les conjoints est un motif de discorde, responsable de bien des divorces, qui ressort souvent en consultation psychothérapique, mais pas nécessairement formulé ainsi. Relever combien ce partage des tâches est sous la dépendance de la culture est devenu une banalité. Même encore de nos jours, il est très peu de pays où hommes et femmes sont conditionnés à partager de manière équitable, c’est-à-dire absolument égale, les tâches domestiques (préparation des repas, courses, lavage du linge, opérations de rangement, tenue des comptes, accompagnement des enfants à l’école, etc.). Une « cartographie familiale » peut ainsi être établie à partir du recueils méticuleux du « qui fait quoi à la maison ? ».

Le théâtre comique du xv<sup>e</sup> siècle français par exemple a pris un plaisir didactique (au sens d’édification sociale moralisatrice) à caricaturer sur scène des inégalités criantes dans le partage des tâches domestiques. La célèbre *farce du Cuvier* en est une illustration pittoresque : le pauvre Jacquinot doit s’acquitter quotidiennement d’une liste impressionnante de consignes ménagères que sa femme, dépeinte comme une véritable virago maltraitante, lui écrit chaque matin sur un « rollet » (liste en forme de rouleau). Le hasard faisant bien les choses, l’épouse tombe dans un immense baquet à lessive (un cuvier) et n’arrive pas à en sortir seule. Elle appelle Jacquinot à son secours. Mais ce dernier prend tout son temps, lui faisant remarquer que cette tâche-là n’est nullement inscrite sur son « ardoise des devoirs » (dirait Nagy)... : « Cela n’est point à mon rollet ! », lui rétorquera-t-il pour

lui donner une bonne leçon de tolérance. Finalement, il ne l'aide à sortir du cuvier, à demi-noyée, qu'une fois qu'elle a eu reconnu l'exagération dans les ordres qu'elle donnait à son infortuné mari. Ensemble, ils déchireront le rollet, augurant un partage enfin équitable des tâches de chacun dans le foyer. Toutefois, à notre connaissance, il n'existe pas de comédie de ce genre ayant inversé la situation, ridiculisant par exemple un mari à cause de son autoritarisme envers sa femme : la « domination masculine », dont a fait état Bourdieu (1998), avait en effet de longs jours devant elle...

Cloé Madanes a accordé une importance toute particulière au partage du pouvoir dans la survie d'un couple. D'après elle, pratiquement tous les conflits de couple ont à voir avec ce phénomène, d'autant qu'elle élargit la définition du pouvoir non seulement à la domination du partenaire, mais aussi à la possibilité d'en prendre soin, de le réconforter, de s'en sentir responsable. Dans beaucoup de couples par exemple, un conjoint fait fonction de « ministre des finances », cependant que l'autre est aux « relations extérieures ». Celui qui ne fait pas une chose délègue l'autre pour la faire, et à son tour se trouve délégué par l'autre pour faire ce que ce dernier ne fait pas. Autrement dit, tirer partie de son impuissance – quitte à utiliser la fonction de son symptôme pour cela – peut s'avérer une redoutable source de pouvoir. Pour faire une analogie avec la dialectique du maître et de l'esclave – ou avec celle du couple sado-masochiste – ce n'est pas celui (ou celle) qui est en position haute qui détient nécessairement le pouvoir, mais plutôt celui qui, de sa position basse, place l'autre en position d'agir. (Qui est assis en haut de la balançoire n'a plus d'appui : c'est celui qui est en bas qui a les pieds sur terre... et envoie l'autre en l'air !)

## Vie temporelle du couple

Quelle est la durée de vie d'un couple ? Une boutade consisterait à dire qu'un couple vit autant de temps que les deux conjoints sont toujours là pour souhaiter que les choses se passent ainsi...

Il est banal de constater que dans nos sociétés actuelles, les couples se font et se défont beaucoup plus facilement qu'autrefois<sup>6</sup>, cependant que l'espérance de vie de chaque conjoint augmente.

Les couples actuels apparaissent fragiles aux anciens (aux couples parentaux qui, eux, ont survécu), ou peut-être plutôt fragilisés par le mode de vie moderne, en particulier urbaine, stressante, offrant de très nombreuses sollicitations de toute nature (sexuelle, ludique, financière, etc.).

6 Mentionnons quelques chiffres, actuellement valables pour la France : sur une trentaine de millions d'individus vivant en couple, quatre adoptent durablement le concubinage. Près de 90 % des couples cohabitent avant de se marier. Près de 40 % des couples divorcent. Un tiers des divorces concernent des couples sans enfants mineurs. Les enfants nés hors mariage sont près de 40 %. Environ deux millions de mineurs vivent avec un seul de leurs parents (la mère dans 85 % des cas). Il existerait 1,6 million de familles monoparentales (dont la progression a d'ailleurs été plus importante dans les milieux modestes, comme si l'augmentation des inégalités sociales accentuait les clivages familiaux et fragilisait les couples). Quatre enfants sur cinq vivraient avec leurs deux parents.



Comment évolue un couple, sur la durée ? Un auteur comme [J.-G. Lemaire \(1966\)](#) a bien montré que les relations denses entre les conjoints ont une stabilité qui n'est pas statique. C'est ainsi que l'évolution temporelle du « groupe conjugal » passe par plusieurs phases :

- la rencontre, qui peut prendre l'aspect du romantique coup de foudre, créé *de facto* sur des affinités immédiates, spontanées et irrésistibles ;
- la « lune de miel », avec idéalisation réciproque du partenaire, minimisation des difficultés à venir et désinvestissement des activités extérieures au couple. « Notre opinion c'est que tout mariage commence en général avec l'illusion que le partenaire va être la personne idéale – à la fois parent, thérapeute, amant, ami, associé – qui nous aidera à satisfaire tous les appétits et tous les besoins que chacun de nous y apporte. Nous espérons entre autres que notre partenaire va nous aider à accomplir cette tâche difficile et jamais achevée qui consiste à devenir adulte » ([Napier et Whitaker, 1978](#)) ;
- la « vitesse de croisière », dans laquelle les forces centripètes et centrifuges sont à peu près équilibrées. Le début de cette phase, correspondant à la fin de la « lune de miel », peut donner lieu à une certaine désidérialisation génératrice d'une crise. Lemaire distingue alors trois modalités évolutives possibles : soit le désinvestissement, l'agressivité, la rupture, soit le resserrement du couple (les fonctions de cohésion l'emportant sur les fonctions de progression), soit la maturation dans laquelle une nouvelle synthèse est à faire. L'apparition du symptôme pourrait alors être comprise comme une sorte de « régulateur de la distance conjugale », au sens de [John Byng-Hall \(1980\)](#) ;
- le « vieux couple », solidifié par le poids des habitudes, le réseau extra-familial, et la solidarité entre conjoints ayant trop d'intérêts communs pour diverger à ce stade de la vie. À l'inverse, certains vieux époux finissent parfois par se haïr.

## Comment aider un couple ?

Encore faut-il qu'il y ait une demande (une demande authentique de changement, de remise en question de chacun et de mise à plat des problèmes personnels et communs)...

Rien ne paraît plus complexe et mouvant qu'un couple en thérapie (si ce n'est une famille...). L'évaluation de la motivation de chaque partenaire est souvent extrêmement délicate, eu égard à la bipolarité affective des conjoints, ou tout au moins de l'un d'eux, lequel « hésite » à quitter l'autre, prend sa décision puis se ravise, et ainsi de suite. [Arturo Gris \(1997\)](#) par exemple rapporte les conclusions de Beavers, pour lequel « dans le couple en crise, il y a une ambivalence par rapport à la décision de rester ensemble ou de divorcer, et le choix est d'habitude le fruit d'une décision commune. Lorsqu'un des partenaires résout l'ambivalence et décide de continuer le mariage, celui qui avait signalé vouloir continuer la relation, change souvent d'avis, et devient le membre le plus incertain ».

Le thérapeute conjugal ne doit pas tomber dans l'activisme consistant à chercher à maintenir ensemble un couple coûte que coûte ; il vivrait alors la survenue de la séparation comme un échec personnel, ainsi que le rappelle

**Tableau 3.1****Niveaux d'analyse comportemental et phénoménologique (théorie de Momy Elkaïm)**

| Niveau       | Comportemental     | Phénoménologique |
|--------------|--------------------|------------------|
| Demande      | Explicite (verbal) | Implicite (vécu) |
| Construction | Programme officiel | Carte du monde   |
| Organisation | Réalité            | Mythe            |

[Giulana Prata \(1993\)](#). Tenir en vie une relation du couple n'est pas forcément l'objectif du traitement, sauf bien sûr si les deux partenaires l'ont demandé au thérapeute.

L'exploration de l'histoire familiale de chaque conjoint fournit en général des pistes de travail intéressantes. Pour Norman Paul par exemple, les difficultés conjugales reflètent les tentatives de chaque conjoint pour résoudre, en se servant de l'autre, des conflits provenant de sa famille d'origine, et [Mara Selvini-Palazzoli \(1980\)](#) affirme : « [...] c'est précisément le conjoint ayant les liens les plus conflictuels avec sa famille d'origine, qui cherche à imposer à l'autre ou une fréquentation plus assidue de cette dernière, ou certaines modalités de comportement, d'habitudes de croyances, etc. »

Parmi les nombreux thérapeutes systémiciens qui se sont intéressés aux problèmes conjugaux, il convient de citer les noms de Momy Elkaïm, Phillippe Caillé, ou Cloé Madanes. Tous ont insisté sur cet auto-aveuglement – fruit d'une tache aveugle dans la « rétine psychique » de chacun de nous, pourrait-on dire – qui pousse ici chaque conjoint à solliciter individuellement le thérapeute pour que ce dernier l'aide à changer l'autre conjoint... sans se remettre en cause soi-même, donc sans vouloir changer sa propre vision linéaire.

Si chaque partenaire campe sur sa position, et la rigidifie, la demande de changement conduit à une impasse thérapeutique, à moins que, ainsi que l'a fait très justement remarquer Momy Elkaïm, le thérapeute arrive à séparer clairement deux niveaux d'analyse : le premier s'intéresse à l'explicite, au comportement, tandis que le second s'adresse à l'implicite, au vécu. C'est ainsi que la demande explicite d'un conjoint peut être contrecarrée par la construction du monde implicite qu'il a développée en son for intérieur et selon laquelle cette demande-là ne peut valablement aboutir.

Le [tableau 3.1](#) schématise ces deux niveaux (théorie de Momy Elkaïm).

Le cas clinique suivant illustre une démarche systémique possible pour débloquer une problématique conjugale qui s'annonçait complexe.

### *Illustration clinique d'une thérapie conjugale systémique*

#### **Le dossier clinique**

La famille B. est adressée en urgence, suite à une hospitalisation pour tentative de suicide d'origine médicamenteuse de Madame B. Ce jeune couple (le père et la mère ayant une trentaine d'années chacun), déjà parents de quatre enfants, ▷

- ▷ était au bord de la rupture. Le mari, alcoolique lui-même, ne supportait plus la toxicomanie de sa femme (au haschisch) et cette dernière en était maintenant à sa troisième tentative de suicide, d'où de violentes algarades et un vécu d'incompréhension et de trahison réciproques. Les symptômes psychopathiques, addictifs et dépressifs des deux parents risquaient de s'accroître devant la menace de l'*Aide sociale à l'enfance* de placer leurs enfants. Nous proposons alors d'emblée au couple un entretien hebdomadaire pendant un mois pour faire le point sur les conflits en jeu et décider de la poursuite éventuelle des séances.

### Les entretiens familiaux

La technique utilisée ici consiste à amener chacun à décrire sa propre perception des problèmes, soutenu par les thérapeutes qui, en reformulant ce qu'ils ont entendu, les assurent de bien les écouter et de ne vouloir ni les juger ni les changer. Une relation empathique rassurante est ainsi créée, dans laquelle les thérapeutes ouvrent aux patients la possibilité du changement dans une dynamique de prescription paradoxale de non-changement ; il s'établit ainsi une alliance personnalisée avec chacun des membres du couple, afin de procéder aux différents recadrages nécessaires, expliqués ci-après.

À l'issue de l'échange réciproque de leur analyse de la situation, les constatations et interprétations des thérapeutes sont les suivantes : le principal reproche qu'adresse Madame B. à son compagnon est son manque de confiance ; des soupçons sur sa conduite présente témoignent de sa rancune vis-à-vis de fautes passées (elle a eu en effet une relation adultérine avec un ami de son mari et fréquentait également des amies homosexuelles). Elle a ainsi l'impression que sa conduite de rachat s'avèrera toujours insuffisante pour prouver son amour à son mari, lequel, de son côté, ne paraît demander qu'une chose : se sentir aimé pour lui-même. Il a l'impression qu'elle lui préfère le handball, le haschisch, ses amies du club de fitness, et qu'elle le trahit en leur racontant des événements intimes du couple ; il ne se prive pas, lorsqu'il est désinhibé par l'alcool, d'adresser à sa femme une litanie de reproches, qui se termine en algarade.

La recherche biographique permet de repérer les répétitions et de leur donner un sens nouveau ; c'est ainsi que l'histoire personnelle de Madame B. nous révèle que, aînée d'une fratrie de quatre (comme celle qu'elle a elle-même engendrée), sa propre mère la dévalorisait constamment. Cette dernière s'était séparée du père quand Madame B. avait cinq ans, pour refaire sa vie avec une amie. L'enfant se voyait alors reprocher de ne pas effectuer les efforts nécessaires pour améliorer l'ambiance familiale et d'idéaliser son père contre l'avis de sa mère. Ce dernier, coureur et joueur, aux tendances psychopathiques prononcées, volontiers taxé de « casse-cou » trouvera la mort accidentellement dans une chute de son sport dangereux et solitaire favori : le deltaplane. De son côté, Monsieur B., fils unique, souffrait d'avoir une mère surprotectrice, volontiers étouffante et intrusive (elle surveillait et enquêtait lorsqu'il sortait, fouillait dans ses affaires, lui imposait sa vêtue, etc.). Son père s'évadait dans le travail, pour fuir l'amour maladroit de sa femme. Monsieur B. aimait sa femme surtout pour son caractère indépendant et non intrusif, cependant qu'il se faisait aimer pour sa sensibilité, sa faiblesse juvénile, et son absence d'autoritarisme.



### ▷ Les solutions thérapeutiques proposées

On distingue plusieurs solutions de recadrage :

- Le recadrage avec introduction d'un lien de causalité pseudo-linéaire entre le passé et le présent : il s'agit de travailler chez l'un, puis chez l'autre parent, à partir des « programmes officiels » (selon la formule de Mony Elkaïm), c'est-à-dire des convictions explicites, à savoir ici : pour Madame B. : « je voudrais que mon mari me fasse confiance » et pour Monsieur B. : « je voudrais que ma femme m'aime d'une manière qui me comble ». On amènera donc Madame B. à comprendre qu'elle demande en fait à son mari de faire ce que sa mère n'a pu faire pour elle, enfant, ni pour son père ; et à supposer que Monsieur B. y parvint, à force de persévérance, le problème qu'elle avait avec sa mère ne serait pas résolu pour autant ; de plus, elle restera davantage vigilante à ce qu'il ne fera pas qu'aux efforts qu'il ferait pour elle, se confirmant qu'elle ne peut être ni comprise ni aimée pour elle-même... Immédiatement après, on analysera avec Monsieur B. ce qu'il a appris dans l'amour étouffant que prodiguait sa mère à sa famille : poussé à la fuir, à dissimuler certaines informations pour sauvegarder son intimité, il n'a pas eu le vécu que l'amour pouvait être comblant. Le fait que sa femme recherche des activités et griseries extérieures, ajouté à l'insatisfaction qu'il ressent de l'amour qu'il donne et qu'il reçoit, ne font que lui confirmer sa construction du monde.
- Le recadrage positif avec commentaire paradoxal, du style : « Vous dites combien vous aimeriez que l'on vous fasse confiance et combien votre mari ne le fait pas. J'ai une idée saugrenue et peut-être fausse, mais je vous la dis telle quelle : vous vous êtes construit une armure pour vous éviter d'avoir mal quand vous pensez être trahie, et peut-être votre mari vous aide-t-il à maintenir cette armure sur vous ? » On passera ensuite au vécu personnel de Monsieur B.
- Le recadrage en utilisant ce que vit le couple dans le contexte de la thérapie : l'art d'utiliser ce que vit chacun par rapport à la personne du thérapeute pour travailler à partir de cette relation privilégiée ce qui est revécu dans la relation avec autrui. Parfois, les patients rejouent leurs conflits devant les thérapeutes comme pour tenter de les utiliser pour mieux se convaincre, chacun, du bien-fondé et de l'immuabilité de son propre vécu ; l'art consistera à utiliser ces précieux instants pour recadrer avec eux les événements en les reprenant pas à pas.
- Le recadrage en utilisant le vécu des thérapeutes (théorie de la résonance) : les thérapeutes peuvent aussi utiliser leur propre vécu subjectif dans le contexte de la thérapie. Le sentiment des deux thérapeutes à l'issue de la première séance était par exemple qu'ils ne s'y prenaient pas comme il fallait, qu'ils étaient maladroits ; en explorant ce thème chez chacun des époux, on réalise qu'un tel vécu permet d'établir un pont unique et singulier avec cette famille, permettant d'accéder ainsi directement à la construction du monde de chacun.
- L'utilisation de rituels à visée thérapeutique. Au lieu de parler directement de la résonance avec le thérapeute, il est possible d'aborder la question sous l'angle de tâches à accomplir. L'idée est de demander à Madame B. ce que pourrait faire son mari pour lui prouver la confiance qu'il lui accorde, en demandant de réaliser la tâche la plus scrupuleusement possible, telle qu'elle leur est décrite, et en les priant de bien vouloir en excuser le caractère a priori surprenant (pour ne

▷

- ▷ pas métacommuniquer sur la consigne). Nous avons demandé ici : « Monsieur, vous allez tous les soirs proposer à Madame de garder les enfants pour qu'elle puisse sortir avec ses amies aussi longtemps qu'elle le désire, sans vous dire ce qu'elle fera, et en lui assurant que vous avez confiance en elle, et que, comme vous l'aimez, vous savez qu'elle a besoin de temps pour elle toute seule. » Et pareillement : « Madame, vous allez lui répondre que vous attendiez cette proposition depuis très longtemps, mais qu'il a fallu à votre mari qu'il attende que le Docteur X. le demande pour le proposer, et qu'en conséquence vous ne pouvez croire qu'il est sincère et qu'il vous fait réellement confiance. » Ils ne rejoueront donc qu'une scène habituelle pour eux, mais dans un tout autre contexte. Une autre tâche paradoxale sera proposée à Madame B., tenant compte de ce que Monsieur B. aimerait pour preuve d'un amour satisfaisant de sa femme. La prescription du refus par le mari de la proposition de sa femme, sous le motif de l'intrusion thérapeutique, reste inchangée.
- 

## Niveau familial

Ce troisième niveau, après celui individuel et celui conjugal, a ceci de particulier qu'il est fondateur de notre pratique. La thérapie familiale systémique s'intéresse en effet non seulement aux relations horizontales (entre les conjoints, ou entre les conjoints et les pairs constituant l'essentiel du réseau) mais aussi – et pour certains auteurs surtout – aux relations verticales, transgénérationnelles, entre parents et enfants.

### Qu'est-ce qu'une famille ?

Tous les auteurs qui se sont penchés sur la question reconnaissent la difficulté qui existe pour définir l'« unité naturelle » qu'est la famille. C'est essentiellement la naissance ou l'adoption d'un *enfant* qui fonde cette dernière, à la fois de fait et socialement. Il en est en quelque sorte le pivot : c'est autour de lui, et grâce à lui, que les adultes qui lui ont donné la vie ou l'ont adopté deviennent des *parents*. Cela conduit à plusieurs définitions de la famille, selon le mode d'abord choisi.

La définition étymologique est intéressante : le mot *famille* dérive du latin classique *familia*, dérivé de *famulus* (serviteur) : « La *familia* romaine est étymologiquement l'ensemble des *famuli*, esclaves attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même toit, maîtres et serviteurs, et sur qui règne l'autorité du *pater familias*, le chef de famille. Enfin, *familia* s'applique à la parenté et, en latin médiéval (viii<sup>e</sup> siècle) désigne un ménage de serfs. *Famille* a mis du temps à s'imposer face aux autres termes usités en ancien français : parenté, parentage, lignée, mesnie (dérivé du latin *mansio* qui a donné aussi maison) [...]. Avant le xvii<sup>e</sup> siècle, [le mot] désigne les personnes vivant sous le même toit et encore souvent les domestiques seuls. L'idée de proche parenté apparaît tard (1585) et ce n'est que récemment que le mot évoque à la fois la parenté et la corésidence [...]. Par extension, *famille* désigne la succession des individus ayant une origine commune (1611),

puis un ensemble de personnes qui présentent des caractères communs (1658) ; de là viennent l'emploi du mot en histoire naturelle (1676) et les sens figurés » (Rey, 1992).

L'approche juridique résout d'autant moins le problème que le législateur est souvent en retard sur l'évolution des mœurs. En France, le droit civil et le droit du travail n'ont pas la même définition de la famille. Au plan financier, la perception d'allocations familiales peut définir indirectement une famille.

La définition la plus simple de la *famille* est peut-être biologique : les « liens du sang » peuvent définir une famille, dans sa fonction verticale, c'est-à-dire de parentalité-filiation (le fondement biologique de la parenté étant la consanguinité). Mais que dire du cas des enfants adoptés ? Dans un autre domaine, celui de l'éthique, quelle filiation attribuer aux enfants issus de « mères porteuses » ? Que penser enfin de l'accouchement sous X, qui garantit en France l'anonymat à la mère abandonnant immédiatement et définitivement son nourrisson ?

Plusieurs définitions psychologiques de la famille ont été proposées. Une des plus intéressantes semble être celle qui, s'inspirant du mouvement psychanalytique d'origine kleinienne, a distingué la famille externe (actuelle) et la famille interne (passée ou d'origine)<sup>7</sup>.

Les *familles nucléaires* ou étroites sont constituées par l'assemblage : père + mère + enfants non mariés. Les *familles multigénérationnelles*, également parfois appelées familles souches ou familles maisons, sont unies à la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage plurigénérationnel : parents + enfants + petits-enfants. Selon que leur mode de fonctionnement centralise le pouvoir autour d'un père ou d'une mère, on parlera de famille patriarcale ou de famille matriarcale. Les *familles communautaires* sont en revanche élargies à l'horizontale : les enfants mariés ou non agglutinés en cellules conjugales pouvant cohabiter. L'expression de *famille recomposée* est malheureuse pour Guy Ausloos (1998) car « il ne s'agit pas de recomposition, encore moins de reconstitution ; il s'agit d'une famille nouvelle, recrée, qui constitue à son tour un nouveau système. Je préfère donc parler de familles néoformées ou recrées, pour insister sur le fait que l'on a à faire avec un nouveau système et non avec des morceaux d'anciens systèmes. On peut de toute façon se poser la question de savoir si ces formes de familles sont tellement nouvelles », écrit-il.

Des définitions sociologiques ont été tentées. Roger Mucchielli (1980) envisage la famille comme étant un « groupe primaire naturel » : « [...] l'expression "groupe primaire", proposée par le psychosociologue américain

7 Pour Robert Neuberger (1995), la complexité familiale renvoie au fait que la famille a plusieurs niveaux de fonctionnement. « Une famille est : une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ; un lieu de communication, matrice relationnelle pour l'individu ; un lieu de stabilité, de pérennité, malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer ; un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission transgénérationnelle : la filiation ».

Cooley, désigne les petits groupes sociaux à interrelations directes et de face-à-face, par opposition aux « groupes secondaires » où l'interconnaissance n'est que potentielle et où les relations sont de type indirect ou contractuel, du fait d'une part de la grande taille du groupe et d'autre part de son organisation interne purement sociale ».

Michel de Boucaud (1995) constate que « l'histoire de la famille nous montre qu'elle a toujours eu à se situer, comme de nos jours, entre la société et l'individu, entre les groupes et les personnes », d'où les définitions de Serge Hefez (1996), inspirées de la distinction d'André Carel entre l'intime, le public et le privé : « *L'intime* est le "jardin secret", lieu du droit au secret et au mensonge, le *public*, l'espace sociétal dont les enjeux et les règles ont à être appréhendés dans la transparence ; entre les deux, le *privé*, l'espace de la discrétion, espace transitionnel de la vie familiale ». C'est dans cet *espace privé familial* que l'enfant, mais aussi les parents, peuvent développer leur intériorité et s'épanouir vraiment. Peut-être l'apport de la sociologie permet-il de mieux comprendre l'organisation des familles ?

## Évolution sociologique des familles

La famille a longtemps été conçue autour de l'institution conjugale, en tant qu'union hétérosexuelle stable, destinée à assurer la légitimité de la lignée et la transmission des valeurs. Elle a connu d'importants bouleversements structurels et contextuels, qui ont fait l'objet de travaux sociologiques considérables. Il est désormais classique de repérer quelques tournants historiques importants.

Pendant des siècles, les membres de la famille ont tous été placés sous la tutelle du père, le *pater familias*, tutelle à la fois symbolique, juridique et sociale, et les filles ont été disqualifiées par rapport aux fils. Cette conception machiste de la famille a encore cours dans de nombreux pays (Chine, pays arabes, etc.), allant jusqu'à la perpétration d'infanticides de filles pour réguler les naissances (Albernhe, 1997). Très rares sont les pays qui admettent une totale égalité juridique et sociale des hommes et des femmes (mêmes droits, mêmes salaires, mêmes conditions de travail et de progression sociale).

La Révolution française de 1789 a privé le père de famille de son droit ancestral de tester, c'est-à-dire de désigner son héritier. C'est à partir de cette époque que le père a dû partager ses biens entre tous ses enfants, et non plus privilégier seulement l'aîné. Toutefois de nos jours encore, dans certains pays arabes ou dans des familles perpétuant le royalisme, les filles ne peuvent pas hériter au même niveau que les fils.

Par la suite, les profondes transformations liées aux modifications de l'urbanisation ont également beaucoup joué dans l'éclatement progressif de la « famille traditionnelle ». « La révolution industrielle a donné naissance à toute une classe moyenne habitant des logements individuels, ce qui a mis fin au système de vie médiéval en Occident, de la grande famille. Cette société féodale disparue, où les individus vivaient en groupes importants, se survit en un réseau social quasi invisible » (Speck, 1987).

Les années 1920 sont marquées, pour la première fois, par un taux de célibat des femmes inconnu jusqu'alors. Il s'agit d'une modalité existentielle délibérée, reflet d'une forme d'« émancipation féminine », et consistant en un refus des conditions de vie servile qu'imposaient alors trop souvent les hommes aux femmes. C'est aussi l'époque où les femmes s'autorisent à parler de leur désir, de leur sexualité, et, pour beaucoup, préfèrent « rester seules plutôt que mal accompagnées » (reprenant ainsi le proverbe à leur compte). « Avant Freud, la famille est comprise comme lignée [...] et elle transmet la vertu et les tares ; avec lui, elle commence à apparaître comme un modèle de structuration (la triangulation œdipienne), sans que soit abandonné pour autant celui de la transmission phylogénétique d'une problématique psychopathologique » (Cahn et Dalle, 1989). En France, le droit de vote en 1944, le droit d'ouvrir un compte en banque et de bénéficier d'un chéquier à son nom en 1964, le droit à l'avortement en 1975, sont quelques-unes des étapes marquant le progrès et la justice sociale égalitaire hommes/femmes.

À partir des années 1960, de plus en plus de femmes exercent une activité salariée, si bien que beaucoup travaillent doublement : à la maison, et à l'extérieur, cependant que les maris estiment que leurs professions les dispensent de s'investir aussi dans les tâches domestiques, à parité avec leurs épouses<sup>8</sup>. L'indépendance financière qu'ont gagnée les femmes qui travaillent les rend plus exigeantes dans leurs choix affectifs et dans ce qu'elles attendent de leurs conjoints. Il s'en suit d'importantes modifications du rôle et de la place des femmes dans la société, qui reste malgré tout très machiste dans certains domaines (politique, armée, police, justice, etc.). Ce ne sera que très progressivement que l'on glissera d'une valeur centrale de la société basée sur l'autorité (du père, du mari, du chef, etc.) vers une autre basée sur le respect mutuel et le mérite lié au travail fourni (travail aussi bien extra- qu'intrafamilial).

Parallèlement, les droits des mineurs s'affirment, jusqu'à la promulgation d'une Charte internationale, vœu pieux plutôt que réalité sociale. La majorité civile légale passe en France de 21 à 18 ans (article 388 du Code civil, loi du 5 juillet 1974), une législation spécifique est mise en place pour protéger les mineurs contre les phénomènes de maltraitance et d'abus sexuels<sup>9</sup>. Les devoirs de nombreux parents démissionnaires et débordés sont périodiquement rappelés par les juges des enfants. Dans les grandes cités défavorisées, la délinquance juvénile, mais aussi infantile, prend parfois des proportions alarmantes.

Très progressivement, ce qui fait qu'une date précise ne peut être ici retenue, les membres de la famille ont été amenés à augmenter considérablement

8 Rappelons qu'en France les femmes représentent actuellement 46 % des salariés (mais 80 % des plus bas salaires). 87 % des mères d'un seul enfant travaillent à l'extérieur, 79 % des mères de deux enfants, 44 % des mères d'au moins trois enfants.

9 Pour approfondir la législation française en santé mentale, lire : Albernhé T., Tyrode Y. (1993 à 1996) : *Législation en santé mentale*, tomes I, II, III, IV, Sédip médical éd., Lyon. Tyrode Y., Albernhé T. (1995) : *Psychiatrie légale*, Ellipses, Paris. Albernhé T. (1997) : *Psychiatrie et handicap*, Masson, Paris.



leurs relations extrafamiliales, phénomène dont on a probablement sous-estimé l'importance dans l'émergence des conflits intrafamiliaux. Minuchin (1983) écrivait : « Les conditions qui permettent ou exigent des époux de travailler à l'extérieur de la famille créent des situations dans lesquelles le réseau extrafamilial peut augmenter et exacerber les conflits entre époux ». Les conjoints parlent par exemple de leurs problèmes conjugaux à leurs collègues de travail, ont parfois avec ces derniers des liaisons extraconjugales, et d'une manière générale apparaissent davantage stressés qu'avant ; d'où également la fréquence des plaintes psychosomatiques à type d'asthénie, d'algies erratiques ou fixées le long du dos (« en avoir plein le dos »...), etc.

Il en a résulté de très grands changements, auxquels les institutions juridiques n'ont d'ailleurs pas toujours répondu en temps voulu, comme si le droit était ici à la traîne par rapport aux événements sociaux, qui peuvent se résumer ainsi.

- Le culte de l'individualisme, la revendication de la liberté, culminant à l'adolescence, mais tout en restant très dépendant des parents, parfois jusqu'à un âge avancé, à cause des difficultés économiques ou de la longueur de certaines études. À cette recherche de liberté, fait souvent pendant un besoin de vivre ensemble pour faire face aux difficultés matérielles. C'est ainsi qu'à l'autre extrémité de la vie, on assiste souvent à un regroupement familial d'un des parents, veuf ou vivant seul jusqu'alors, qui va vivre chez un de ses enfants (un cas fréquent étant celui de la mère, séparée ou veuve, qui retourne vivre chez sa fille lorsque cette dernière devient à son tour veuve ou est quittée par son mari).
- L'accroissement du nombre de personnes désinsérées ou en passe de le devenir. Le chômage touche désormais plusieurs millions d'actifs en France ; le risque de marginalisation pousse donc certains membres de la famille à se regrouper.
- L'augmentation importante du nombre des familles dites monoparentales, liée à un nombre croissant de divorces et d'unions libres, totalement banalisés (rappelons qu'en France actuellement, plus d'un enfant sur trois naît de parents non mariés). D'où l'importance des familles dites *recomposées*, avec le problème, en expansion, des accusations d'abus sexuels par des mineures envers leurs beaux-pères. Il s'en suit l'établissement de nouveaux rapports intrafamiliaux, avec des frontières et des rôles qui ne sont pas toujours forcément respectés ; d'où une nécessaire redéfinition de la notion de parenté.
- En filigrane, on assiste à l'explosion ultracapitaliste d'une économie de marché qui survalorise la jeunesse bien portante et active, et néglige les problèmes liés à la prise en charge des personnes âgées malades (il suffit de voir comment sont reléguées des personnes âgées démentes en maisons de retraite ou en maisons d'accueil spécialisées pour se rendre compte que nous vivons dans une société qui exclut avec une rare cruauté les non-productifs).

Il s'ensuit que la famille n'est plus le lieu privilégié de transmission des valeurs sociales qu'il était au siècle dernier ; d'une certaine façon l'école, mais aussi les médias, ont largement pris le relais. « La famille abandonne de plus en plus tôt la socialisation des enfants », écrivait Minuchin il y a un quart de

siècle ; pour certaines familles, cela est une nécessité (cas des enfants placés en crèche lorsque les deux parents exercent une activité professionnelle) ; ce n'est pas forcément un mal : les enfants mis en crèche développeraient plus précocement que d'autres des habiletés sociales et ont davantage confiance en eux que ceux restés trop longtemps à la maison. Mais ce modèle social caricatural a pu conduire à des dérives idéologiques graves : un paradigme tristement célèbre a été le conditionnement des enfants chinois dénonçant leurs parents sous le régime de Mao ; l'endoctrinement de masse avait été poussé à un tel paroxysme que la loyauté à l'État comptait davantage que celle à leurs propres parents. Ailleurs, certains enfants élevés dans des sectes sont conditionnés à épouser, sans recul, l'idéologie totalitaire. Aujourd'hui le droit au mariage pour tous, sans discrimination de genre, race ou religion, est reconnu en France (alors qu'il l'était déjà dans d'autres pays).

## Comment fonctionnent les familles ?

Pour Philippe Caillé, la famille est un *système à finalité réflexive*, en ce sens qu'il est autocentré et que sa signification est à trouver à l'intérieur de lui, contrairement à un *système à finalité transitive* orienté vers des objets de production (les enfants n'en étant pas, il ne peut être admis que leur existence justifie le passage de l'institution familiale d'une finalité réflexive à une finalité transitive). Il écrit que dans le cas d'un système à finalité réflexive, les individus sont parfois prêts à se sacrifier, c'est-à-dire à accepter de disparaître en tant qu'entité pour que leur survive le système, au nom d'un idéal commun qui les transcende.

### Existe-t-il une « famille saine » ?

Aux expressions de « famille saine » ou de « famille normale » les systémiciens préfèrent substituer celle de « famille fonctionnelle », définie par ce qu'elle n'est pas : une famille envahie par des dysfonctionnements délétères et douloureux<sup>10</sup>. N'est-ce pas tourner en rond que de dire que la « famille non dysfonctionnelle » est celle qui arrive à gérer ses processus transactionnels de manière optimale, d'autant que les impressions subjectives des thérapeutes ne sont pas forcément ce qu'en disent les familles, ayant elles aussi leur point de vue subjectif sur la question ? De toute façon, l'idée même de l'existence d'une « famille saine », sorte de « famille-étalon », isolée et idéalisée, est critiquable en ce sens que sa définition dépend à la fois des conceptions anthropologiques extrêmement variables selon les cultures, les époques, et de la construction du monde que se fait chaque thérapeute, en fonction de ce qu'il a lui-même vécu au sein de sa

10 Walsh (1982) a imaginé quatre critères de sélection de la « normalité familiale » : la symptomatologie (une famille « normale » est asymptomatique en ce sens qu'aucun membre n'est porteur d'un symptôme), l'utopie (une famille « normale » a un « fonctionnement optimal » idéal), la moyenne statistique gaussienne (Walsh parle de « fonctionnement moyen » de la famille), enfin l'existence d'une inscription processuelle dans un contexte transactionnel et évolutif (Walsh parle de processus transactionnel de la famille).

propre famille, et dont la supervision lui fait prendre conscience. De plus, le risque de « normalisation thérapeutique » liée à la volonté de rapprocher, autant que faire se peut, le fonctionnement d'une « famille malade » de celui d'une « famille saine », encourt une dérive éthique dont les antipsychiatres ont eu raison de dénoncer les dangers liés à des phénomènes d'abus de pouvoir. Ces motifs ont conduit les membres de l'École de Palo Alto, dès le début des recherches, à abandonner tout modèle normatif, en particulier cette notion explosive et controversée de « famille saine »<sup>11</sup>.

Dans la théorie bowenienne, les individus dits « normaux » n'existent pas davantage que les familles dites « normales ». Peut-être est-il alors préférable de parler de « familles ordinaires », reflétant un certain « standard social » (au sens de norme statistique, c'est-à-dire de la « loi du plus grand nombre »).

L'organisation de la vie familiale autour d'un parent, en général la mère – « La plupart du temps, la mère est le centre psychologique de la famille », ont écrit Augustus Napier et Carl Whitaker (1978) – n'est pas un critère différentiel suffisant, tant il est dépendant de la culture, mais aussi du mythe familial.

Il est intéressant de considérer la manière dont les parents gèrent le temps réel qu'ils consacrent à leur famille. L'étude de cette *gestion du temps intra-familial* permet de définir plusieurs modes relationnels familiaux évoluant entre deux extrêmes : celui des parents presque toujours absents (par exemple pour des raisons professionnelles) et déléguant leurs rôles parentaux à leurs propres parents ou à d'autres personnes (employées de maison, aides maternelles, personnel des crèches, etc.), et celui, à l'opposé, de parents omniprésents, ne laissant aucun espace de liberté à l'enfant, mettant ce dernier sous pression permanente et exigeant de lui des performances d'un autre âge (phénomène de l'« enfance volée » des enfants dits « précoces », « surdoués » dysharmoniques).

Tous les degrés sont évidemment possibles entre ces deux caricatures ; le plus souvent, c'est-à-dire dans le schéma occidental classique de la famille, le père seul exerce une activité professionnelle et la mère se consacre aux enfants (deux, en moyenne, car la pression sociale est d'en avoir au moins deux par foyer pour ne pas infléchir vers le bas la courbe de croissance de la population) ; ailleurs la mère exercera un emploi salarié à temps partiel, pour assurer un revenu au foyer, avoir le temps de s'occuper des enfants, enfin s'« aérer » un peu en ayant une activité sociale afin de ne pas rester confinée dans la « prison dorée » qu'est l'espace clos de la maison.

11 L'étude de l'histoire des thérapies systémiques montre en fait que les choses n'ont pas été aussi simples : si Bateson et l'École de Palo Alto ont, effectivement, rejeté la notion d'une « famille saine », parce qu'elle conduisait inmanquablement à porter des jugements de valeur sur les familles (ce qu'ils se sont toujours refusé à faire), d'autres penseurs, et non des moindres (par exemple Ackerman, Bowen et Minuchin), ont soutenu l'idée qu'il existait, quoi qu'on en dise, des valeurs immuables dans tout fonctionnement familial (respect des autres, établissement de frontières transgénérationnelles, etc.), et qu'en conséquence les familles qui ne respectaient pas ces valeurs-refuge s'écartaient en quelque sorte d'un schéma standard de fonctionnement que, faute de mieux, il convenait d'appeler « normal » ou « sain ».

De plus en plus de mères, lorsqu'on les interroge et qu'elles acceptent de répondre avec sincérité, reconnaissent qu'un travail extérieur représente pour elle une sorte de « bouffée d'oxygène » par rapport à la lourdeur du quotidien domestique (à condition évidemment que ce travail salarié ne soit pas trop rébarbatif ou stressant).

Quant aux pères, à tout prendre, ils préfèrent dans l'immense majorité des cas se « réaliser au travail » (ce qui revient, d'une manière ou d'une autre, à s'absenter du milieu intrafamilial) ; peut-être faut-il voir là des réminiscences d'un passé archaïque de « chasseur-guerrier », extraverti familialement, la mère étant de son côté plutôt tournée vers la famille ? Nous pensons, pour notre part, que tout cela est affaire de culture : c'est en fonction de l'éducation et des conditionnements socioculturels que les choses se passent ainsi. La « famille saine », si tant est qu'il en existe une, sera alors celle qui se satisfait d'un fonctionnement en adéquation avec les grands principes culturels de l'époque, y trouve son compte, ne souffre pas et parvient à se réaliser, s'épanouir, et à terme se reproduire. Est-ce là le bonheur ? En tout cas, l'apport de la psychiatrie transculturelle ainsi que l'existence de nouvelles formes de vie familiale, dépassant le cadre de la famille dite nucléaire, ou du couple dit hétérosexuel, doivent amener chaque thérapeute à relativiser son propre modèle familial normatif.

## Typologies familiales

Que des types de fonctionnements – ou de dysfonctionnements – familiaux puissent se retrouver, avec une certaine probabilité, chez telle ou telle famille, ne fait aucun doute<sup>12</sup>. Mais peut-on aller jusqu'à décrire une « typologie familiale », basée sur un dénominateur commun, qui se déclinerait en de multiples variables ? Certains analystes l'ont fait, décrivant par exemple des familles œdipienne, anaclitique et narcissique, à partir de la description de modèles structuraux inconscients (Eiguer, 1987).

La description d'une famille à partir du comportement symptomatique d'un ou de plusieurs de ses membres n'est pas à proprement parler une démarche de nature systémique, car elle donne une image statique des familles ne tenant pas suffisamment compte des potentialités évolutives. Cependant certains systémiciens se sont engagés dans cette voie. D'un point de vue historique, font ici référence les travaux de Minuchin à la fois sur les familles des ghettos new-yorkais et sur les familles psychosomatiques, ainsi que ceux de Onnis (1989) sur les familles psychosomatiques, sans oublier ceux de Stierlin et al. (1986) sur les familles où un des membres a un cancer. Dans ce dernier cas par exemple, un fonctionnement particulier a pu être mis en évidence : dans les familles de cancéreux, personne ne demande jamais quelque chose pour lui-même ; celui qui demande le fait toujours pour autrui.

12 Ce que les chercheurs s'efforcent de mettre à jour, ce sont des *traits transactionnels* dont l'*assemblage* peut être considéré comme significatif, c'est-à-dire typique d'un processus familial. Aucun de ces traits n'a cependant pu être décrit comme étant pathognomonique.

À partir de 1967, Salvador Minuchin a décrit certains types de fonctionnements particuliers de familles noires ou portoricaines socialement défavorisées, qu'il avait eu à aider à New York lors de son exercice de psychiatrie au centre de rééducation de la Wiltwyck School. Les enfants de ces familles étaient facilement étiquetés comme des délinquants en puissance, voire des délinquants avérés. Le ghetto dans lequel ces familles vivaient renforçait les processus de marginalisation et de dérive des adolescents. Plutôt que de s'obstiner à d'épuisants efforts éducatifs, qui d'ailleurs portaient peu leurs fruits, Minuchin conseillait aux équipes d'aider ces familles à mieux se structurer. Il avait en effet remarqué l'existence de plusieurs points communs entre ces familles : souvent monoparentales (avec des « pères de passage »), avec des modalités de contacts particulières (soit un enchevêtrement, soit à l'opposé un désengagement) responsables d'un vécu indifférencié des transactions familiales, et surtout d'importants troubles communicationnels entre parents et enfants (certains enfants se trouvant « parentalisés », d'autres s'élevant entre eux comme si le sous-système fraternel représentait le principal facteur d'intégration sociale). Le pouvoir parental est toujours exercé à mauvais escient : soit d'une manière complètement dictatoriale, autocratique, soit à l'opposé d'une manière tellement laxiste que l'enfant n'a plus aucun repère clair quant aux interdits, soit les deux en alternance suivant l'humeur des parents, dans l'imprévisibilité la plus totale.

La publication de *Psychosomatic Families* en 1978 a également relancé le débat sur l'existence des typologies familiales. Minuchin et son équipe y résumaient leurs recherches cliniques menées au *Children's Hospital* de Philadelphie<sup>13</sup>. Les enfants qui étaient réhospitalisés régulièrement dans ce centre vivaient dans des familles particulières, dont le fonctionnement était marqué par l'enchevêtrement des interactions familiales, la surprotection, la rigidité et surtout de nombreux problèmes directement irrésolus. Tout se passe, dans ces familles, comme si le souci excessif de normalité psychique – trahissant une angoisse profonde de la folie – poussait les parents à « refouler » les conflits dans l'espace du « non-dit », conflits qui réapparaissent sous forme corporelle, faute d'avoir pu être verbalisés. L'enfant se retrouve impliqué, à son corps défendant, dans le conflit parental, et manifeste, à sa façon, le malaise familial qu'il ressent mais qui ne peut se parler. Portant le symptôme, l'enfant s'auto-sacrifie en évitant ainsi l'émergence directe du conflit. Minuchin a particulièrement approfondi ce type

13 Au *Children's Hospital* et à la *Child Guidance Clinic* de Philadelphie, S. Minuchin et L. Baker avaient étudié l'interaction entre le contexte social et les personnalités particulières rencontrées dans l'anorexie mentale, l'asthme corticodépendant et le diabète hyperlabile. Théo Compernelle raconte : « L'observation des familles à enfants diabétiques hyperlabiles montra que la difficulté à résoudre les conflits était une caractéristique importante pour toute la famille. Au lieu d'éviter le conflit, on opta alors pour la solution inverse : on empêcha les familles d'éviter les conflits et on les stimula et aida à les résoudre. Tout d'abord, cette stratégie eut pour conséquence que l'enfant diabétique entraînait en décompensation acidosique après chaque session de thérapie familiale. Mais quelques semaines plus tard, quand la famille eut appris à résoudre ses conflits, le caractère hyperlabile du diabète disparut complètement » (Compernelle T., 1981).

de fonctionnement chez les familles dont un des membres est anorexique. Mara Selvini Palazzoli et son équipe milanaise ont fait de même.

À Washington, D. Reiss a cherché à établir une corrélation entre le comportement symptomatique d'un patient et le style interactionnel de sa famille. Pour cela, il a élaboré un test basé sur des tris de cartes qu'avaient à faire les membres issus de familles ordinaires, de schizophrènes, de délinquants. Les résultats obtenus lui ont permis de décrire trois grands types de familles : celles qui sont sensibles au consensus (un des membres est alors schizophrène, comme si le consensus entravait toute divergence d'opinion : on pense à la pseudo-mutualité de Wynne), celles qui sont sensibles à la distance (un des membres est délinquant, comme si chacun voulait préserver son indépendance coûte que coûte), celles enfin qui sont sensibles à l'environnement (considérées comme les familles « normales »). Par la suite, [Reiss \(1981\)](#) a cherché à comprendre comment la connaissance du paradigme familial pouvait permettre de prédire le style de relations sociales (par exemple une famille sensible à l'environnement coopèrera mieux avec les soignants qu'une famille sensible à la distance).

### Fonctions familiales

Que la famille remplisse une *fonction sociale* extrêmement importante, ainsi que l'avait relevé [Salvador Minuchin \(1983\)](#), n'a rien d'étonnant : « La famille est la matrice du développement psychosocial de ses membres, mais elle doit aussi s'adapter à la société et assurer une certaine continuité à sa culture. [...] Les révolutions française, russe et chinoise ont toutes sapé la structure de la famille traditionnelle dans ces pays en un effort pour accélérer la vitesse du progrès vers un nouvel ordre social. [...] Le changement va toujours de la société vers la famille, jamais de l'unité la plus petite vers la plus grande ».

Si la famille a donc un « fonctionnement » intrinsèque particulier – mis en évidence surtout par *l'approche structurale* – c'est probablement parce qu'elle le doit à certaines de ses « fonctions », très spécifiques. Dans cette optique, ces dernières sont le garant de l'existence de sous-systèmes (conjugal, parental, fraternel), que les enfants par exemple savent ébranler, par l'exploitation spontanée qu'ils ont de s'engouffrer dans les « failles » du système. Minuchin écrit encore : « Souvent des conflits non résolus des conjoints sont transportés dans la foulée dans le domaine de l'éducation des enfants, parce que le couple ne peut séparer les fonctions parentales des fonctions conjugales ».

La principale fonction de la famille est probablement sa *fonction d'identité* : la famille est la *matrice de l'identité*, selon l'heureuse expression de Minuchin : « Dans toutes les cultures, la famille imprime en ses membres leur identité. L'expérience humaine d'identité a deux éléments : le sentiment d'appartenance et le sentiment d'être séparé. Le laboratoire dans lequel ces ingrédients sont mêlés et dispensés, c'est la famille, matrice de l'identité ». Le sentiment d'appartenance « provient d'un ajustement de l'enfant aux groupes de la famille et de son adoption des patterns transactionnels de la structure familiale qui restent cohérents tout au long des différents

événements de la vie ». Le sentiment de séparation et d'individuation « créé par la participation à différents sous-systèmes de la famille dans différents contextes familiaux aussi bien que par la participation à des groupes extrafamiliaux ». D'où l'émergence de « zones d'autonomie » nécessaires à l'enfant, lequel réalise progressivement qu'il peut vivre sa vie en dehors de celle de ses parents (découverte de la liberté, à la fois jubilatoire et anxio-gène). Pour Minuchin, le maintien de la *continuité* est une donnée essentielle de toute famille, en ce sens qu'elle crée le sentiment d'appartenance des membres.

La famille assure aussi une *fonction éducative*, au sens fort du terme, basée sur des relations complexes d'autorité, de loyauté, de confiance. En son sein se constitue le premier apprentissage du manque, de la frustration, et donc de la socialisation. C'est elle qui permet à l'enfant d'être précocement confronté à la loi, et à la symbolique qui lui est liée. Elle façonne l'individu et le structure en lui procurant les habiletés sociales nécessaires. D'une certaine façon, elle participe à la normalisation sociale.

De par sa composition même (parents biologiques de sexes opposés, parents de cœur ou d'adoption et de même sexe ou non, cohabitation et/ou fréquentation d'êtres humains de plusieurs générations), la famille permet d'articuler la *différence des sexes* et la *différence des générations*. Elle permet donc à l'enfant de trouver sa place, en tant que « fils » ou que « fille », puis à son tour en tant que « père » ou que « mère ». Mais le débat reste ouvert : si, pour les uns, un enfant ne peut valablement se structurer, s'identifier et à terme s'épanouir, que face à un père et une mère (biologiques ou adoptifs), pour d'autres, ce n'est pas le fait d'être un homme ou une femme qui compterait le plus ; remettant en question le dogme du couple parental hétérosexuel millénaire, ils estiment que face à un enfant, l'important est d'abord le fait d'être parent (c'est-à-dire de s'occuper de l'enfant, d'être disponible, affectueux, cohérent, constructif, etc.) ; la question du sexe des parents (homo- ou hétéro-) vient alors dans un second temps (d'où la légitimation d'adoption d'enfants par des couples homosexuels déjà effective ou en cours actuellement dans plusieurs pays).

L'institution familiale a longtemps eu pour principale fonction la *transmission d'un patrimoine* (financier, mais aussi affectif, social, culturel, etc.). Actuellement dans la société post-industrielle, il s'agit davantage de privilégier l'identité personnelle et l'épanouissement individuel que de transmettre par filiation ce patrimoine. Cependant, un auteur comme Ivan Boszormenyi-Nagy a développé toute une théorie sur le *legs psychologique transgénérationnel*. Il a montré que l'on pouvait hériter de problèmes non résolus par les générations précédentes : tout se passe comme s'il fallait « solder les comptes » un jour ou l'autre (ce qui peut prendre parfois plusieurs générations), comme s'il existait une sorte d'« ardoise » des conflits non résolus dont il n'était pas possible de faire l'économie. C'est la création d'une nouvelle « balance relationnelle » avec sa famille d'origine qui permet cette individuation. C'est pourquoi il soutient l'idée que l'individuation ne peut se parfaire que dans la mesure où le sujet est bien au clair avec les problèmes graves qu'ont eu à souffrir ses parents.



## Les diverses étapes de la vie familiale

Le fonctionnement d'une famille est régi par des principes directeurs qui prennent, dans la description qu'en font les systémiciens, l'aspect de *règles* ou de *style* de vie. Il s'agit de comportements et de relations organisés, répétés, signifiants, c'est-à-dire exactement à l'opposé d'interactions aléatoires ou anarchiques. C'est sur la structure – ou l'organisation, selon la définition choisie – du fonctionnement familial qu'ont donc porté les premières études du groupe de Palo Alto. À un niveau psychosociologique, rappelons que ce sont les travaux américains de Reuben Hill et de Evelyn M. Duval, en 1948, qui ont élaboré la « théorie des cycles », laquelle a été ensuite reprise par de nombreux thérapeutes familiaux. Roger Mucchielli (1980) écrivait que « selon la théorie des cycles, l'âge et le nombre des membres, ainsi que la composition de l'entité familiale, sont les facteurs de cycles d'évolution et de « crises » diverses... la fin d'une famille se produisant par sa réduction progressive avec le départ des « enfants » allant fonder leur propre famille, et par la mort des Anciens ».

### Cycle vital familial et potentiel morphogénétique

Dire que le fonctionnement d'une famille varie au fil du temps de manière circulaire, voire en spirale (Combrinck-Graham, 1985)<sup>14</sup>, est désormais devenu une banalité ; chaque individu se transforme au fur et à mesure dans le *cycle de la vie familiale*, comme se transforme aussi le système dans son ensemble lequel, en retour, transforme aussi les individus qui le composent, et ainsi de suite. Cette évolution dépend à la fois de la capacité de transformation de la famille (possibilité de changement), et de la capacité de résistance à ce changement (de manière à maintenir un certain équilibre homéostatique). Les changements peuvent être de deux ordres : soit extrinsèques, c'est-à-dire externes (chômage d'un membre de la famille, par exemple), soit intrinsèques (le départ d'un enfant devenu adolescent, par exemple, est directement lié à l'évolution de la famille ; il en constitue une étape évolutive normale et prévisible).

Depuis que la littérature existe, on a donc décrit, sous des formes bien sûr très différentes, une certaine *périodisation de la famille* ainsi que de l'âge adulte, comme s'il existait des « tranches de vie » correspondant à des époques vécues et à des événements différents, marqués par des temps forts. On peut ainsi aligner la naissance, la petite enfance, l'enfance, la pré-adolescence, l'adolescence, la post-adolescence, la maturité, la parentalité, la retraite, la sénescence, le troisième âge<sup>15</sup>. Ce genre de délimitation en

14 Elle représente le cycle vital familial sous la forme de spirale, avec va-et-vient entre individus et générations.

15 L'augmentation de l'*espérance de vie* en Europe, estimée par les démographes comme progressant régulièrement de trois mois chaque année (soit une année « gagnée » tous les quatre ans), fait redouter aux économistes l'existence prochaine d'un véritable « papy-boomer », dû aux générations de l'après-guerre. Certains parlent également de « quatrième âge » pour désigner les personnes les plus âgées du « troisième âge ». À terme, il est évident que ce vieillissement de la population posera d'importants problèmes économiques et sociaux, et que l'institution familiale aura à faire face à cette évolution (placement des personnes âgées en maisons de retraite ou maintien à domicile ? attribution d'aides supplémentaires pour compenser la perte du pouvoir d'achat ? augmentation de la durée du temps de travail pour les actifs restants ?).



« stades » ou en « séquences », évoluant temporellement, doit cependant être nuancé en tenant compte non seulement des variations individuelles importantes, mais aussi du contexte culturel (par exemple la période dite d'adolescence n'existe pas en tant que telle dans la société traditionnelle africaine, où le passage de l'enfance à l'âge adulte se fait très rapidement et directement à l'occasion d'intronisations initiatiques rituelles).

D. Levinson et R. Gould par exemple ont décrit, chez l'adulte, des séquences de développement en cinq ou six phases de durée variable articulées par des moments de crise. S. Minuchin s'est également beaucoup intéressé à ces périodes familiales. Milton Erickson aussi attachait beaucoup d'importance au cycle de la vie familiale, et pensait qu'il était « normal » qu'apparaissent certains problèmes, en fonction des différents stades évolutifs d'une famille.

Lucien Millet est l'auteur français qui a, jusqu'à présent, le plus étudié les aspects psychopathologiques de la « crise du milieu de vie ». Il explique que cette « crise de la quarantaine » est alimentée par un sentiment d'enfermement dans sa personne (vécu au niveau du corps, de la profession, etc.), par une désillusion liée au vieillissement ou à la routine, par le sentiment d'inutilité, ce dernier favorisant chez le sujet « la recherche profonde et attentive du sens de sa vie personnelle. Cet aspect important [...] permet de définir surtout deux situations : soit premier ou nouvel épanouissement, "vraie" ou "re-naissance" ; soit vie vécue comme échec : le "bel âge", le "nouvel âge", la "fleur de vie", peut être vécu comme début de décrépitude, dévalorisation en "quarantaine" » (Millet et al., 1994). L'expression de cette crise, mais aussi celle des autres « crises des dizaines » (20 ans, 30 ans, etc.), dépend étroitement du contexte culturel dans lequel elle se déroule.

Au niveau familial, la « crise de la cinquantaine » nous apparaît plus lourde de conséquences, en ce sens qu'elle remet parfois en question la pérennité du couple : le tableau classique, dans notre culture, est celui de l'homme de la cinquantaine, marié avec un ou deux enfants, et qui « s'ennuie » égoïstement dans son bonheur conjugal ; voulant se rassurer sur sa capacité séductrice restante, il expérimente les aventures extraconjugales, à l'instar de ses amis du même âge qui l'entraînent dans leurs sillages. L'épouse, lorsqu'elle sait qu'elle est trompée, se sent trahie ; et si elle n'arrive pas à faire un travail sur elle-même pour pardonner et sauvegarder l'équilibre familial, ce dernier explose avec fracas.

### **Accession au statut de parent**

Il est normal qu'une naissance, surtout s'il s'agit d'un premier-né, déstabilise un couple, même le mieux préparé à l'événement, et entraîne des réactions des jeunes parents qui les dépassent parfois, et dont ils ne prennent conscience que dans l'après coup, au besoin avec une aide extérieure (parents, amis, thérapeutes, etc.). « L'enfant qui va naître risque d'être le lieu d'un curieux dilemme. Chaque membre du couple va protéger de l'autre cet enfant et dans le même temps lui demander de l'aimer. C'est un des termes du pacte secret du couple. Il peut expliquer l'explosion de conflits dans le couple à la naissance du premier enfant. Car l'enfant que chacun a été doit

être reconnu, aimé, contenu par le conjoint. C'est quasiment le seul cadeau possible entre mari et femme en échange de leur enfance perdue » (Romano et Destal, 1994).

Jay Haley (1973) écrit que « l'arrivée d'un enfant accentue encore l'autonomie du jeune couple par rapport à sa famille, mais en même temps cet événement renforce bien davantage son engagement dans le système familial. Ce nouveau rôle de parents fait que les jeunes époux sont plus clairement perçus comme des individus adultes et non plus comme de grands enfants ; mais dans le même temps, leur progéniture les engage plus avant dans la totalité du réseau familial, tandis que de nouveaux liens se forment et que les anciens changent de nature ».

On ne « devient » donc parent que peu à peu, en élevant son enfant au quotidien, parfois difficilement, et non subitement, de fait, dès qu'il est né. D'une certaine façon, c'est l'enfant qui fait que les adultes qui s'occupent de lui deviennent véritablement des « parents » matures et responsables, sur lesquels il pourra s'appuyer, et grâce à qui il arrivera à construire positivement sa propre identité.

Cet engagement dans le statut de parent démarre chez la femme en général plus tôt que chez l'homme, puisque chez ce dernier les phénomènes de la grossesse se déroulent en dehors de lui (de son propre corps). Malgré les efforts effectués par de nombreux pères « modernes », soucieux de tout partager avec leur épouse, la composante somatique, parce qu'elle reste seule « portée » par la femme, ne permet pas au mari de véritablement se rendre compte, « du dedans », de ce qui s'opère vraiment en elle. D'où un inévitable décalage, qu'un auteur comme Minuchin (1974) décrit ainsi : « L'enfant est une réalité pour [la femme] beaucoup plus tôt que pour l'homme. Il commence à se sentir un père seulement à la naissance, et parfois même plus tard que cela. L'homme peut rester non impliqué alors que la femme est déjà en train de s'adapter à un niveau d'évolution de la famille ».

Nagy a montré que l'accession au statut de parent dépendait en grande partie de la façon dont les parents eux-mêmes avaient « réglé leurs comptes », à ce sujet, avec leurs propres parents. Tout dépendrait d'après lui des relations chargées de loyauté invisible entre les parents et leurs propres parents.

Actuellement, le nombre croissant de familles monoparentales, ainsi que les recompositions familiales de toutes sortes (mère biologique + beau-père, père + belle-mère, mère + grand-mère maternelle, etc.), ont amené les professionnels à distinguer plusieurs *fonctions* dans le statut parental et à concevoir différemment les *liens de filiation* :

- une fonction purement *biologique*, procréative. On parlera ainsi de « père géniteur », ou de « mère génitrice », pour les distinguer des parents adoptifs ou des « familles d'accueil », par exemple. La « fabrication » de « mères porteuses » et d'« utérus de location » pose des questions non seulement de nature psychologique, quant aux liens de parentalité, mais aussi d'ordre éthique, non encore résolues ;

- une fonction *éducative*, assumée au quotidien, par un ou plusieurs adultes responsables de l'enfant. L'expression juridique de « faisant fonction » (ou encore de « substitut parental », voire de « tiers digne de confiance ») souligne la dissociation qui peut exister entre le parent biologique et la personne qui gère l'éducation de l'enfant ;
- une fonction *symbolique*, liée à la représentation qu'a l'enfant de ses parents, ou de leurs faisant fonction, et à l'image qu'eux-mêmes donnent à voir à l'enfant.

### Problématiques liées aux enfants

Les problématiques liées aux enfants (naturels, adoptables ou adoptés) sont tellement multiples que nous n'en esquisserons ici que quelques-unes, tant il y aurait à écrire sur le sujet. Nombreuses sont toutefois celles qui sont liées à des dysfonctionnements des rôles parentaux, et en particulier aux conflits de pouvoir entre les parents, l'enfant devenant alors fréquemment l'enjeu de ces derniers, surtout lorsqu'existent à la clé des conséquences médico-légales (droit de garde, etc.). L'équilibre de l'enfant dépend donc en grande partie de l'entente harmonieuse des parents entre eux, et avec lui, plus particulièrement de ce que G. Bateson appelait l'« interaction réciproque » (et J.M. Harper l'« interaction parallèle »), c'est-à-dire l'exercice commun du leadership entre parents (Bateson, 1977-1980).

S. Minuchin a étudié les différentes manières dont un enfant peut se trouver inséré dans un conflit conjugal grave, ce qui l'a amené à décrire la *déviations* (les parents déplaçant leur conflit sur l'enfant, lequel devient par exemple le patient désigné, ou le bouc émissaire), la *triangulation* (chaque parent veut s'en faire l'allié, contre l'autre parent), et la *coalition stable* (un parent s'allie à l'enfant contre l'autre parent, de manière durable, ce qui n'est pas sans évoquer le *triangle pervers* décrit par Jay Haley). Ces trois manières sont regroupées dans ce qu'il dénomme une *triade rigide*, c'est-à-dire un sous-système utilisant toujours le même membre (ici, l'enfant) pour diffuser ses conflits non résolus.

Rappelons que depuis que Jean Piaget a expliqué l'importance de la *pensée égocentrique*, on sait qu'un enfant s'attribue la responsabilité des dysfonctionnements intrafamiliaux. Dans un premier temps, il fera tout pour tenter de réconcilier ses parents puis, constatant qu'il n'y parvient pas, se déprimera et rêvera de reconstruire une famille idéale (selon un processus toutefois différent de celui mis en œuvre à l'occasion du « roman familial » décrit par les psychanalystes). Il ira d'autant plus mal (parfois jusqu'au suicide) qu'il se trouvera empêtré dans des conflits de loyauté totalement insolubles pour lui.

L'enfant est parfois mis dans une situation de choix impossible, lorsqu'il lui est demandé de « choisir » le parent avec lequel il veut continuer à vivre au quotidien. Un tel pouvoir de décision le rend en effet déloyal envers le parent qui se sentirait de ce fait abandonné. Il peut justement faire en sorte de ne pas choisir, en compliquant les choses par une attitude dans laquelle il n'est bien nulle part : lorsqu'il est chez le père, il demande à aller

chez sa mère, et inversement. Les adultes, parfois le juge en l'occurrence ou ses représentants, choisissent alors pour lui. Lorsqu'elle est possible, la prise en charge psychothérapique de la famille s'efforce de faire en sorte que le couple séparé demeure un couple parental, fiable pour l'enfant, et que la parole de ce dernier puisse être pleinement entendue.

Pendant, lorsque les attentes des parents, auprès de l'enfant, sont complètement opposées, ce dernier ne peut plus rester loyal envers les deux : la loyauté à l'un implique nécessairement la déloyauté à l'autre. Ivan Boszormenyi-Nagy parle alors de *loyauté clivée*, phénomène toujours à l'origine de dysfonctionnements graves, par exemple aboutissant à la mise en place chez l'enfant d'un mécanisme de défense du style de l'indifférence : face à un choix impossible, l'enfant se réfugie en lui-même et adopte une attitude d'apparente indifférence<sup>16</sup>.

Lorsqu'un couple vient consulter pour un cortège de problèmes psychologiques liés à une situation de stérilité (d'un des conjoints, ou des deux ensemble), le thérapeute peut explorer la piste suivante : est-ce que ce couple s'autorise vraiment à concevoir un enfant ? Il est en effet des cas où, par un phénomène de surloyauté à l'égard de ses parents, ainsi que l'a montré encore Nagy, un des conjoints s'interdit inconsciemment de procréer : il vivrait les nouveaux liens verticaux qu'il créerait avec son enfant comme une entrave à ceux qui ont été fortement tissés avec ses propres parents. Soucieux de leur réserver toute sa disponibilité, il ne s'autoriserait pas d'autres attaches affectives. Le processus de *parentification* rend compte de ce phénomène : l'enfant devient peu à peu un « parent » pour ses propres parents et leur consacre toutes ses forces, quitte à s'oublier lui-même, ce qui aboutit à une « enfance volée »<sup>17</sup>. Une série d'entretiens avec les parents des conjoints peut arriver à débloquer la situation, comme si les parents donnaient enfin au couple le feu vert pour devenir parents d'enfants à leur tour (et non plus parents de parents).

Les relations entre grands-parents et petits-enfants méritent également de faire l'objet d'une étude particulière. Le statut de grand parent est normalement défini par la filiation d'un nouveau-né (le cas des enfants adoptés est un peu spécial). Le remaniement familial qui en résulte est intéressant à plus d'un titre. Par exemple, la naissance peut permettre d'améliorer les relations entre les parents et les grands-parents. Ces derniers sont heureux de la perpétuation de la lignée, et n'en ont pas la charge directe, hormis évidemment les moments au cours desquels l'enfant leur est confié. Ils sont protégés de la pression quotidienne liée à la responsabilité d'élever un ou plusieurs enfant(s). Cette stimulation des relations entre les grands-parents et les parents, à travers les petits enfants, modifie positivement les

16 « À la différence d'un conflit de loyauté qui implique une incompatibilité entre loyauté verticale et loyauté horizontale, une loyauté clivée constitue une cassure grave dans la fiabilité de base existant entre parents et enfants », écrivent Van Heusden et Van Den Eerenbeemt (1994).

17 Le concept de *parentification* de Nagy est l'équivalent de celui d'*enfant parental* de Minuchin.

choses mais parfois détériore les interactions entre les différents niveaux relationnels. Au plan théorique, il convient de se référer une fois de plus aux travaux de Nagy portant sur le mouvement de balance dans les loyautés verticales.

### « Second mariage »

L'expression de « second mariage », véritable « sevrage » des parents, fait référence au départ des enfants, devenus adultes, pour fonder eux-mêmes leur propre famille, et à la situation dans laquelle les deux parents se retrouvent à nouveau seuls, conjoints comme au temps où ils n'avaient pas encore d'enfants. Il s'agit toujours d'une phase difficile à négocier pour une famille, surtout si le couple parental a surinvesti sa *fonction parentale* au détriment de sa *fonction conjugale*. « Si le couple avait équilibré ses échanges au travers des enfants, ceux-ci partis, il est soumis à des tensions, à des perturbations plus ou moins importantes qui peuvent laisser croire aux enfants que les parents vont se séparer et au couple qu'il est sur le point de se rompre » (Havet, 1999).

James L. Framo (1976) a bien mis en évidence l'ambivalence, pour tout être humain, entre d'une part son besoin d'indépendance, et d'autre part son besoin d'appartenir à un ensemble plus vaste (en particulier familial) : « On désire la fusion avec ceux que l'on aime jusqu'à vouloir faire partie de l'autre (on le voit dans presque toutes les chansons populaires et tous les poèmes d'amour du monde), mais on se sent alors possédé, ligoté, piégé, et on croit perdre sa personnalité (ce qui est à la base de la peur de s'engager dans une relation d'intimité) ; il faut alors rompre pour acquérir une indépendance qui vous fait finalement vous sentir perdu, tout seul, exclu, inutile ou déprimé ; on retourne alors à la fusion, et ainsi de suite ».

L'angoisse de séparation entre l'enfant et ses parents culmine dans les familles à transaction schizophrénique où il est bien connu que « le fantasme le plus courant dans une famille où il existe un patient schizophrène est que l'autonomisation des enfants n'est pas seulement vécue comme une distanciation des enfants, mais également comme un éclatement complet de la famille » (Havet, 1999).

L'enfant, devenu adolescent puis adulte jeune, peut ainsi se retrouver « prisonnier » de ses propres parents (ou du seul parent restant), qu'il ne peut se résoudre à quitter : les laisser serait les abandonner, idée insupportable ! Dans ce cas, la loyauté verticale (dette de l'enfant envers ses parents, ou leurs faisants fonction) gagne sur la loyauté horizontale (entre amis, etc.). Il en résulte un isolement progressif du jeune adulte, qui reste dans son rôle d'enfant le plus longtemps possible, et qui, à terme, peut développer un fonctionnement psychotisant.

On retrouve également ce phénomène dans le cas de parents surprotecteurs, dont la construction du monde est du type : ailleurs (c'est-à-dire en dehors de la bulle familiale) tout est hostile, dangereux. En fait, et de manière plus subtile, l'enfant se trouve pris dans une situation de double contrainte : si d'un côté le comportement qui consiste à demeurer à la maison est critiqué [d'où le message explicite des parents : « Tu devrais sortir,

aller voir des amis... »], de l'autre le message implicite lentement distillé est l'inverse [« Tu ne vas pas nous laisser, au moins... »]. Quitter ses parents sera ici considéré comme un acte déloyal ; l'adolescent se trouve ainsi piégé par une sorte de pacte de loyauté vis-à-vis d'eux. Sa surloyauté lui impose une totale disponibilité sacrificielle à leur égard, bien évidemment à son propre détriment<sup>18</sup>. Le cercle est vicieux dans la mesure où l'enfant reçoit d'importants bénéfices secondaires à rester à proximité immédiate de ses parents. La double contrainte est donc réciproque ("Laissez-moi vivre ma vie" et "Sans vous je ne fais que des bêtises"). De leur côté, ces derniers se rendent compte que l'enfant n'a pas une vie « normale » (sortir, draguer, « faire sa vie »), mais là encore les bénéfices sont tels que l'échéance de la séparation est retardée le plus longtemps possible, car trop angoissante pour tous.

Rappelons que Jay Haley écrit en 1980 l'ouvrage *Leaving Home* pour faire le point sur cette période névralgique liée à l'angoisse de séparation entre les adolescents et leurs parents (le « départ du nid »)<sup>19</sup>.

### Deuils

Les deuils représentent le paradigme de la séparation au sein d'une famille. Les psychanalystes et les anthropologues ont insisté sur la nécessité d'effectuer un travail de deuil suffisant pour, selon l'expression désormais consacrée, « faire son deuil ». Ce travail fait appel à divers rituels, qui dépendent étroitement de la culture.

Les systémiciens, et en particulier Norman Paul, mais aussi Ivan Boszormenyi-Nagy, se sont surtout intéressés aux interrelations entre survivants, suite au décès d'un proche. Ils ont observé par exemple qu'après la mort d'un parent, il existait une sorte de permission – ou au contraire d'interdiction – de faire le deuil.

Lorsqu'un conjoint empêche l'autre de faire son deuil et/ou que ce dernier ne parvient pas à l'effectuer, les relations conjugales ne peuvent que s'altérer gravement. Il s'en suit non seulement une dépression chronique, larvée, de celui qui a perdu un proche, mais surtout un vécu douloureux d'incompréhension ; lequel peut se commuer de manière agressive en une rupture du couple, par abandon de la vie commune : celui qui s'est senti incompris s'en va chercher ailleurs le réconfort dont il manque.

En général, cette interdiction de permettre à un proche de faire son deuil est inconsciente, et ne concerne qu'un membre de la famille. Mais il arrive qu'une famille entière se ligue pour interdire un deuil auprès de plusieurs de ses membres ; un tel fonctionnement, de type « coalition mortifère », si l'on peut dire, a de graves conséquences sur la cohésion de la famille et la santé mentale de ses membres.

18 Dans le cadre de la thérapie contextuelle, Ivan Boszormenyi-Nagy a développé l'idée selon laquelle une surloyauté envers sa famille d'origine pouvait gravement entraver le détachement d'un enfant hors de la maison, et par là même bloquer son autonomie (cas de l'adulte jeune qui refuse un emploi situé dans une autre ville, se met dans l'impossibilité de fonder lui-même une famille, etc.).

19 Il s'intéressa plus particulièrement à l'aide que l'on pouvait apporter à des adultes jeunes psychotiques qui n'arrivaient pas « prendre leur envol » dans la vie.

## Mythes familiaux

Un des concepts les plus fructueux en thérapie systémique a été celui de *mythe familial*<sup>20</sup>. La terminologie varie selon les auteurs : Luigi Onnis par exemple parle de « mythe du couple », Philippe Caillé d'un « absolu du couple », et Robert Neuburger de « mythe fondateur ».

Le mythe familial est dû à l'enchevêtrement des histoires personnelles des partenaires créateurs à chaque union d'une nouvelle famille. Il représente une construction collective historique et transgénérationnelle du monde interne et spécifique à une famille, basée sur un ensemble de croyances et de valeurs partagées, se référant à un modèle commun de distorsion de la réalité<sup>21</sup>. Le mythe est donc un « semblant plausible », assez bien systématisé, et surtout transmissible transgénérationnellement.

Luigi Onnis définit ce qu'il appelle le « mythe du couple » par trois composantes : « Le mythe individuel de chacun des partenaires qui est le résultat tant de son vécu émotionnel envers la famille d'origine et de l'héritage qui en découle, que de la complexité de ses propres expériences de vie ; l'histoire du couple en rapport avec les étapes évolutives qu'il a réalisées ; l'histoire de la famille d'origine de chacun des partenaires » (Onnis et al., 1997).

Le caractère normal ou anormal du mythe a fait l'objet de longs développements, et même à l'heure actuelle il ne semble pas exister de consensus entre les auteurs, preuve de la complexité de la question (Andolfi et Angelo, 1985).

Au moins trois générations seraient nécessaires pour l'élaboration intra-familiale du mythe (Selvini et al., 1975). C'est pourquoi seule une étude trigénérationnelle a des chances d'aboutir au décodage des mythes (en particulier de ceux dits majeurs). De plus, à partir du moment où un couple se forme, chaque conjoint vient avec ses propres mythes, quitte à en recréer de nouveaux avec la vie de couple puis de famille. Parfois au contraire un des conjoints cherche inconsciemment à imposer à l'autre ses propres mythes, d'où des oppositions de forces et l'apparition de symptômes, incompréhensibles sans ce type d'approche<sup>22</sup>.

Antonio J. Ferreira (1977) a insisté sur la fonction stabilisante du mythe, nécessaire pour préserver intacte l'image que la famille se fait d'elle-même. Le mythe serait pour cet auteur une construction quasiment anormale car falsificatrice de la réalité, empêchant les changements adaptatifs salutaires qui doivent normalement caractériser la trajectoire diachronique de la famille : le mythe fait partie de la « réalité familiale ». Il écrit : « [...] une fois que le mythe est mis en œuvre, il tend à rester un aspect intégrant de la

20 Faut-il rappeler que le concept de *mythe* déborde largement le champ des thérapies familiales ? Nous le retrouvons en anthropologie et en sociologie chez des auteurs tels que M. Mead, B. Malinovski, C. Lévi-Strauss, R. Girard, sans parler des multiples études historiques et littéraires de mythologie...

21 Le mythe n'est pas l'histoire de la famille ; il s'y superpose, en amplifiant les éléments symboliques et souvent en comblant les vides réels laissés par la narration intergénérationnelle de cette histoire. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent parler de *légende*, pour désigner la *mythologie familiale*.

relation, dans laquelle il exerce une fonction régulatrice et joue le rôle d'un tampon pour amortir les changements et les altérations soudaines. En ce sens, le mythe familial est à la famille ce que les défenses sont à l'individu ». Et Fernand Seywert (1990) écrit : « Une telle idéologie familiale, bien intégrée à la vie quotidienne sous forme de moules relationnels, de routines et de clichés, sert à masquer et à dissimuler des conflits et problèmes passés et/ou présents ».

Le mythe serait ainsi une sorte de *sous-culture interne à la famille*, qui défie le temps et se transmet entre les générations ; d'où une fonction défensive du mythe familial, peu propice donc aux changements, ces derniers étant vécus comme dangereux. On comprendra qu'envisagé ainsi, le mythe devienne un facteur de rigidité du fonctionnement familial davantage qu'un facteur normatif.

Les Seltzer ont approfondi la question en dégagant deux niveaux, au sein de cette sous-culture familiale :

- un *premier niveau*, matériel, représentant l'ensemble des comportements et modèles relationnels propres à la famille (exemple : on rompt le pain avec les mains mais on ne le coupe pas avec un couteau) ; c'est lui qui définira l'ensemble des petits rituels propres à une famille ;
- un *second niveau*, idéal, représentant l'ensemble des croyances et affects partagés par la communauté familiale (exemple : les femmes doivent rester à la maison, et les hommes travailler à l'extérieur) ; il abordera des sujets d'ordre général, tels l'amour, la vieillesse, la mort, l'engagement dans la vie sociale, etc., et se perpétuera comme un dogme sacré. Les secrets de famille<sup>23</sup> appartiennent à ce second niveau. Le système peut se bloquer à chacun des deux niveaux, ou lorsqu'un niveau contredit l'autre.

Au-delà de ces travaux, il paraît important de comprendre qu'il existe presque toujours une *hiérarchie* dans les mythes, les familles donnant d'abord à voir des *mythes mineurs*, comme pour mieux cacher leurs *mythes majeurs*. Ce sont ces derniers qui réunissent les membres de la famille à un niveau affectif et presque toujours inconscient<sup>24</sup> ; le narcissisme se trouvera alors profondément ébranlé par une remise en question de ces mythes<sup>25</sup>.

Nous pensons que le mythe familial est donc un important facteur de construction et d'équilibre de l'*identité familiale*. C'est lui qui rassemble les

22 Se référer plus particulièrement aux travaux de Canevaro sur les systèmes familiaux cohésifs et les systèmes familiaux dispersifs : Canevaro A. Alle radici della coppia : verso lo sviluppo di un contesto terapeutico trigenerazionale. *Ecologia della mente*, 43-51, 1988. Canevaro A. La terapia familiare trigenerazionale. In : Onnis L., Galluzzo W., *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS Ed., Roma, 1994.

23 Pour Guy Ausloos (1979), certains mythes auraient pour fonction d'occulter des secrets de famille.

24 Le *mythe majeur* serait-il au *mythe mineur* ce qu'est le contenu latent au contenu manifeste du rêve ?

25 M. Selvini Palazzoli (1980) a montré, à propos du racisme, l'importance des effets pervers de la transmission des mythes de supériorité, lesquels valorisent le sentiment idéologique d'appartenance à un groupe dominant.



membres du système familial, les réunissant autour d'une conception identitaire commune de la vie. Sa trame narrative constitue en effet un irremplaçable facteur d'unification. C'est ce qui explique aussi le piège lié au sentiment d'appartenance : il arrive que, par loyauté ou respect du mythe, certains membres de la famille s'interdisent d'aller au-delà, embrigadés qu'ils sont dans une conception du monde qui leur assigne tel rôle et pas tel autre.

Le mythe n'est pas forcément pathologique, puisqu'il permet aux membres de la famille de métacommuniquer entre eux et de se rejoindre sur des valeurs édifiantes et partageables. Si le mythe perdure, c'est parce qu'il est encore utile (mais s'il a été utile autrefois il peut en revanche ne plus être d'actualité et même devenir dangereux, d'où la souffrance de la famille). Il ne devient pathologique que lorsqu'il empêche la famille de s'adapter à une nouvelle réalité, la transfigurant de façon telle que le système de croyance établi devient quasiment à la limite du délire collectif, d'où la rigidification et l'inadéquation aux aléas de la vie : alors que le mythe aurait dû être une chaîne psychique de solidarité entre les membres de la famille, fortifiant chacun grâce à un irremplaçable sentiment d'appartenance, le voici qui enchaîne les membres dans une vision monolithique inadaptée.

Dans le cadre d'une thérapie intergénérationnelle, [Maurizio Andolfi \(1995\)](#) écrit que « la reconstitution de ce mythe et la confrontation de plusieurs générations en séance permettent d'observer combien les relations actuelles sont surchargées par le poids des rapports non résolus avec les générations passées, dont les individus impliqués n'ont pas conscience ».

Le mythe n'apparaît au thérapeute que de manière indirecte : ce que peut en percevoir le thérapeute est en fait une coconstruction, sous forme d'un pont relationnel, entre le mythe familial du thérapeute et le mythe familial de la famille en consultation, selon [Mony Elkaïm](#). Le thérapeute doit avoir appris à repérer ces « ponts », en analysant son vécu, seul ou en supervision, pour éviter de participer au blocage de l'évolution des mythes par la similarité de certains vécus. Il lui appartiendra donc de coconstruire, avec la famille, un nouveau système de valeur alternatif, « un nouveau "mythe" qui déterminerait des comportements plus adéquats aux phases évolutives en cours, à la situation sociale et familiale actuelle, pour donner à chacun, et surtout au "patient désigné", un nouveau rôle. Nous voyons donc [...] que le but de la thérapie n'est pas de combattre ou d'éliminer le mythe, vu sa fonction structurante, mais [...] d'en permettre la modification et l'évolution » ([Onnis et al., 1995](#)).

Malheur en effet au thérapeute qui attaquerait de front et trop vite un des mythes majeurs ; toute la famille se coaliserait violemment contre lui et surtout les problèmes ne seraient que renforcés, parfois après une pseudo-amélioration trompeuse. Peut-être ici plus qu'ailleurs, c'est avec une grande prudence et un sens du doigté que le thérapeute cherchera dans un premier temps à établir une alliance avec plusieurs membres de la famille, et mieux comprendre son système de valeurs, ses rigidités et ses blocages. Ce n'est qu'après cette patiente étape qu'il pourra, à l'aide du langage analogique

ou de reformulations métaphoriques, de contes et de fables, d'exercices proposés sous forme de rituels, ou encore de génogrammes, réélaborer le mythe avec l'aide de la famille. Il ne s'agit pas de réécrire l'histoire familiale, mais d'amener chacun à envisager d'autres solutions que celles retenues par cette histoire.

### Un exemple de construction d'un mythe familial : le syndrome de Télémaque

C'est dans le contexte culturel et historique du <sup>xvii</sup>e siècle français que Fénelon écrivit ses fameuses *Aventures de Télémaque*. (Le nom sonne d'ailleurs curieusement moderne, avec des consonances quelque peu cybernétiques [Télé-Mac]...)

Le thème du livre est le suivant : Télémaque, adolescent d'une surprenante beauté, parcourt la Méditerranée ainsi que les terres des Grecs et des « Barbares » (les « non-Grecs »), à la recherche d'Ulysse, son père. Ulysse revient victorieux de la guerre de Troie, mais son retour à Ithaque est semé d'embûches, et dans la petite île, les prétendants attendent le vieux roi pour le tuer. Ils pressent la reine, Pénélope, d'épouser l'un d'eux.

Rien ne se fait, rien ne se dit sans la référence à Ulysse. Son absence est l'essence même du récit. C'est lui le grand tiers-absent, celui dont le deuil n'est pas possible, d'autant que l'on ignore s'il est encore en vie. « Dieu seul le sait, mais il n'est point bavard... », dirait un de nos proverbes français.

Dans la Grèce antique, les Dieux se manifestent aux Hommes par des oracles, des rêves, ou parfois en s'incarnant. C'est ainsi que Minerve (Athéna, en grec, la déesse de la sagesse) s'incarne sous les traits de Mentor, un ancien compagnon d'Ulysse, pour accompagner et protéger Télémaque, ce qu'elle fera avec passion, pour ne pas dire avec amour.

Avant de pénétrer davantage dans ce livre, que l'auteur a lui-même qualifié de « narration fabuleuse en forme de poème héroïque », tentons de décrypter la vision du monde mythologique de Fénelon, pour ensuite en conjecturer quelques hypothèses quant à la pertinence de l'ouvrage et à son exploitation systémique actuelle.

D'abord existe l'idée de Dieux tout-puissants, au moins au plan spirituel : « [...] les Dieux surpassent de loin en connaissance tous les Hommes [...] »<sup>26</sup>. Mais en même temps l'idée que la divinité n'est pas forcément un mieux-être : la nymphe Calypso souffre d'avoir été abandonnée par Ulysse, et sa souffrance sera éternelle : « Dans sa douleur, elle se trouvait malheureuse d'être immortelle », écrit Fénelon (*op. cit.*, p. 2), en pensant à Ovide qui, dans ses *Métamorphoses*, écrivait déjà : « Je ne puis chercher dans la mort la fin de si grandes douleurs ; j'ai le malheur d'être dieu ». L'absent – même un Dieu – peut donc être malheureux, dans la vie qu'il a au-delà...

26 Fénelon, abbé de, (1699) : *Aventures de Télémaque*, réédition en 1920 par Hachette, texte établi d'après les manuscrits authentiques par Albert Cahen. Les citations et commentaires font référence à la publication de 1920.

Vient ensuite l'idée, également très ancienne, d'un jugement des faits et des pensées des Hommes par les Dieux. Pratiquement toutes les mythologies reposent sur ce principe fondateur. Fénelon, qui est catholique, ne peut bien sûr que le reprendre à son compte. De plus, n'oublions pas que ce récit a une vocation didactique : Fénelon l'écrit pour le duc de Bourgogne, futur roi de France ! Il fera donc ressortir, à travers son héros Télémaque, les valeurs de droiture, d'honnêteté, de fidélité, de sagesse, de loyauté, et bien sûr de piété.

Mentor veille, et surveille Télémaque. Il est à la fois l'incarnation de son surmoi et son ange gardien. Il n'apparaît au jeune homme, par métamorphose, que lorsque ce dernier exécute un sacrifice. Le Livre XVIII raconte : « À peine le sacrifice est-il achevé, qu'il suit Mentor dans les routes sombres d'un petit bois voisin. Là, il aperçoit tout à coup que le visage de son ami prend une nouvelle forme : les rides de son front s'effacent comme les ombres disparaissent, quand l'Aurore, de ses doigts de rose, ouvre les portes de l'Orient et enflamme tout l'horizon ; ses yeux creux et austères se changent en des yeux bleus d'une douceur céleste et pleins d'une flamme divine ; [...] ; des traits nobles et fiers, mêlés de douceur et de grâces, se montrent aux yeux de Télémaque ébloui. Il reconnaît un visage de femme. Une odeur d'ambrosie se répand de ses habits flottants [...] » (*op. cit.*, p. 531). Dans ce monde phallogratique, remarquons que le dieu de la Sagesse est une femme !

L'image de la femme, terrestre (c'est-à-dire en dehors des déesses et des nymphes de Calypso), reste celle de la femme-mère : Pénélope reste toujours fidèle à Ulysse – lequel semble d'ailleurs se donner du bon temps en voyage... – et gère les affaires domestiques, pendant l'absence du héros (et même à son retour). Elle est le « repos du guerrier » et la mère de ses enfants.

Télémaque est encore jeune ; il n'a pour l'instant ni femme ni enfant (mais Fénelon lui a fait une soupirante, Eucharis, une nymphe de Calypso). Il ne pouvait guère en écrire davantage, à notre avis, pour au moins deux raisons majeures : il eût été indécent, pour un prélat catholique, d'écrire une histoire d'amour ; et de plus, il aurait encouru le risque d'éloigner le futur duc de Bourgogne d'une identification projective possible avec le héros du livre...

Il existe un autre message implicite de Fénelon : il ne faut pas se laisser abattre ; les épreuves sont nécessaires car elles endurecissent le corps et fortifient la résilience de l'esprit (l'âme ?). En amplifiant le raisonnement, on aboutit à quelque chose comme : il faut souffrir pour ensuite être heureux. Les souffrances d'ici-bas justifient les plaisirs de l'au-delà. Une « agence de voyages »...

Mais n'oublions pas que ce ne sera que grâce aux sages conseils de Mentor-Minerve que le jeune Télémaque évitera les pièges de la vie, mûrira et deviendra enfin un fils digne du grand Ulysse. Pour devenir un homme, Télémaque a donc besoin de deux étayages : celui de son père (qu'il finira par retrouver) et celui de Minerve, qui, gardons-le présent à l'esprit, est une femme, travestie en homme : l'image de la déesse compagne contenue dans son « ange gardien », la « sage-femme » pourrait-on dire, complète à merveille celle du père.

Pourtant, les héros sont malheureux : que ce soit Ulysse, avec son voyage interminable vers sa patrie, ou que ce soit Télémaque qui finalement voyage en fonction du voyage de son père : il suit ses traces, et son identité se structure autour des épreuves imposées par la loyauté à son père. Qui plus est, respectant une prophétie, lorsqu'il le voit, il ne le reconnaît pas ! Il ne le reconnaîtra qu'à la seconde rencontre, à Ithaque, qui réintronisera le vieux roi au prix de la mort des prétendants.

C'est dans ce malheur que s'origine le syndrome, que nous appellerons « syndrome de Télémaque ». De quoi s'agit-il ?

- D'abord d'une recherche interminable. Télémaque passerait sa vie entière à rechercher son père, si Minerve ne l'y aidait pas activement. C'est l'intervention du divin-imaginaire qui, à la fois donne son sens à cette recherche, et la rend possible dans la réalité.

- Cette recherche n'est pas celle d'un inaccessible Graal ; elle est au contraire bien concrète, humaine : un fils cherche son père, absent, mais supposé en vie. Cette absence est le fil conducteur de l'ouvrage. Elle le remplit, lui donne sa valeur littéraire et son sens métaphorique.

- Ce père est idéalisé, avec une identité très forte, pour ne pas dire écrasante, castratrice. Télémaque en parle comme d'un héros, ce que fut effectivement Ulysse : « Son nom fut célèbre dans toute la Grèce et dans toute l'Asie par sa valeur dans les combats et plus encore par sa sagesse dans les conseils » (*op. cit.*, p. 4). (Minerve, déesse de la sagesse, est plus puissante que Mars, dieu de la guerre : le message implicite est clair : l'action doit être au service de la pensée.)

- « Qui cherche trouve », dit un autre proverbe. Le récit de Fénelon est un message d'espoir, à condition de posséder d'importantes qualités de cœur, et d'esprit. Mais le récit est initiatique. Le fils doit surmonter autant de dangers que le père pour le retrouver, c'est-à-dire finalement être reconnu par lui. Télémaque verbalise une phrase très importante, dans le Livre I, lorsqu'il s'adresse à Calypso : « Je cours, avec les mêmes dangers que lui, pour apprendre où il est » (*op. cit.*, p. 5).

- Pourtant, et c'est peut-être ce qui justifie l'intérêt des psychiatres, le jeune héros se déprime. Il est à plusieurs reprises traversé par des velléités suicidaires. Dans le Livre IV par exemple, Télémaque préfère mourir plutôt que de se retrouver seul, séparé de Mentor, lequel entre temps a été livré comme esclave au syrien Hasaël : « Mon cher Mentor, je me ferai esclave avec vous ; je lui offrirai de me donner à lui ; s'il me refuse, c'est fait de moi, je me délivrerai de la vie » (*op. cit.*, p.92).

Mais Mentor-Minerve l'éloigne par des conseils qui prennent l'allure d'une psychothérapie de soutien. Il serait même possible de dire que le voyage de Télémaque est le récit d'une psychothérapie fantastique. Prudemment, Fénelon n'insiste pas sur ces flottements d'humeur : l'Église condamnait très durement le suicide à l'époque.

En fait deux ombres planent sur Télémaque : celle d'Ulysse, l'absent-absent, et celle de Minerve, absente (car divinité) mais présente sous l'aspect de Mentor. Faut-il en conclure qu'il existe plusieurs formes d'absences, ou de présences ? Très probablement ; de même qu'une femme, ou des

« inspirations spirituelles », peuvent parfois permettre à un fils de se rapprocher de – sinon de « retrouver » – son père.

Nos pratiques respectives nous ont fait connaître des présences qui étaient en fait des absences, et des absences qui pesaient par leurs présences.

## Cas clinique

Illustrons notre description du « syndrome de Télémaque » par une situation familiale que nous avons eue à soigner.

Cyril est né en Amérique du Sud, il y a une trentaine d'années. Benjamin de sa fratrie de cinq, il est le seul garçon. Jusqu'à l'âge de dix ans, il vit dans un des pays où la guérilla était active, son père travaillant en tant qu'ingénieur et chef de projets dans une grande compagnie de pétrochimie. Puis ses sœurs et lui sont venus dans le Vaucluse, accueillis par les grands-parents maternels, avant que les parents ne les rejoignent deux ans après. Cyril était donc le seul fils de celui qui était considéré là-bas comme le personnage le plus puissant de l'entreprise, étant respecté pour ses stupéfiantes qualités intellectuelles ainsi que pour ses qualités de meneur d'hommes, à la limite de l'autoritarisme.

Les souvenirs d'enfance de Cyril sont axés sur la guerre civile : il revoit des adultes armés, un camp entouré de barbelés, des brimades subies à l'école. Dououreusement, il évoque cette ambiance pesante et menaçante de la guerre. Ses souvenirs, bien que restant flous, font état du climat général d'insécurité, ainsi que du risque d'agression sexuelle des enfants dès qu'ils sortaient du camp. Son père semblait absent, travaillant beaucoup. Son choix éducatif consistait toujours à minimiser les résultats de ses enfants, en particulier de son fils. Peut-être croyait-il ainsi l'aider à ne pas se reposer sur ses lauriers ? En tout cas, le mot de « dévalorisation » a été employé par Cyril à ce propos.

La mère restait au foyer. Elle était présente mais, débordée par l'aspect matériel, se trouvait dans l'impossibilité de se concentrer sur les préoccupations de chacun. Elle a toujours voué à son mari une admiration sans borne.

C'est dans ce contexte que la représentation du danger par l'enfant fut nommée l'« Amok », sorte de monstre invisible mi-humain mi-animal, prêt à fondre à l'improviste sur n'importe quelle proie. Il personnifiait tous les dangers, autour du petit garçon<sup>27</sup>.

27 Cyril nous parle d'un « grand Amok », qui nous évoque immédiatement cette image biblique du grand « Moloch » dévoreur d'enfants, comme le Grec Xronos dévorait ses propres enfants au fur et à mesure de leur naissance. Pourtant, il nous a parlé d'Amok et non de Moloch, et sa grande culture nous fait penser qu'il ne s'est point trompé. En ethnopsychiatrie, la crise d'Amok ou « Parang Sabilh » renvoie dans les cultures de Malaisie à un passage à l'acte d'une violence inouïe, qui propulse le sujet, armes à la main, dans un lieu fréquenté, une agora. Là, il tue ce qu'il peut jusqu'à ce qu'il soit lui-même tué. De l'Amok au Moloch, il y a comme par condensation une réalisation de ce fantôme cruel de Moloch-Amok, une image de toute-puissance virile et démoniaque, de tout ce qu'il peut y avoir d'agressif-menaçant, démesuré dans le père pour le petit enfant, une hallucination qui tend à faire apparaître un tiers pesant par son absence, mais à quel prix ! Est-ce que l'Amok ne serait pas ici, condensé en une scène éperdue, une tentative de libération-identification vis-à-vis de ce tiers pesant, ce raptus agressif adolescent, commençant par un parricide, débouchant sur le néant (Didier Bourgeois, 1998) ?

▷ Cyril se souvient de mystérieuses disparitions de poupées dans la maison familiale : ses sœurs se disputaient pour trouver le ou la responsable de ces « délits ». Lui, poussé par la curiosité, arriva à percer ce mystère : en fouillant dans la chambre de ses parents, il trouva par hasard plusieurs poupées dont les jambes avaient été arrachées. Leur ventre était enduit d'une couleur rouge, qu'il pensa être du mercurochrome. Ce fut une de ses sœurs qui parvint à obtenir de leur père une confidence ô combien douloureuse pour toute la famille : le père avait des fantasmes sexuels très particuliers, s'excitant à la vision de femmes mutilées (ce qui pouvait réellement arriver, vu le contexte de guerre civile). Les poupées lui servaient également de modèles, semble-t-il, dans ses besoins artistiques picturaux.

Un tel secret fut aussitôt recouvert du plus profond mutisme. Tout se passa ensuite comme si rien de cet épisode n'avait existé, autrement que dans un mauvais rêve... tel un cauchemar qui plane, reste ineffable, mais arrive à être dessiné... En effet, le père a un don reconnu pour la peinture, don hérité semble-t-il de père en fils depuis plusieurs générations, et transmis à Cyril. Il reprend dans ses tableaux des couleurs vives et des formes bizarres, évoquant des fantasmes agressifs.

Un jour, ses enfants, après une brève séparation des parents, espérant par là combler le père comme l'on faisait des sacrifices offerts à qui l'on vénérât, lui présentèrent une jeune femme, charmante, recrutée par petites annonces, mais par ailleurs amputée d'une jambe. Ce fut la jeune femme, objet sexuel, qui ne consentit pas au rapport et rompit la relation. Avait-elle pressenti le danger ? Ce renversement générationnel, cette immixtion morbide de la génération des enfants dans la sexualité du père, pose question.

Or Cyril à l'adolescence choisit de se réfugier dans un monde d'artiste : le rôle et le mode de vie de rêveur, de dessinateur et de peintre lui conviennent bien. Il cherchera sa muse par des expériences psychédéliques, « voyages » utilisant les psychodysleptiques à sa disposition. Ses créations sont originales et variées : tableaux, bijoux, dessins de bandes dessinées. Là, il projette un univers de science fiction dans lequel il est facile de retrouver sa problématique d'identité sexuelle, l'ambivalence amour-haine de sa relation avec son père, son angoisse de morcellement, et son vécu de l'« Amok » l'épiant constamment.

« Je crois que l'Amok est mon père », livrera-t-il en entretien individuel, alors qu'un de ses tableaux l'avait aidé à personnifier son drôle de Mentor... Il traverse alors des phases de dépression, puis d'excitation dans lesquelles il n'a de cesse de concrétiser un projet. S'il semble surestimer son véritable talent, n'étant pas vraiment dans la réalité, c'est un peu grâce à ce courant de filiation artistique qu'il reste fidèle à son père, et communique avec lui. Mais lorsqu'ils sont face à face, l'échange verbal est très pauvre. Ce qu'ils semblent échanger, ce sont leurs angoisses mutuelles, issues de deux mondes psychotiques hantés de fantasmes très agressifs. Cyril est, encore actuellement, à la recherche de son père, à travers l'appréhension de son imaginaire.

En entretien, le père ne paraît pas comprendre son fils : qu'il ne soit pas comme lui, qu'il ne travaille pas, qu'il ne cherche pas à se marier, etc. Il le décrit plus comme un « fruit sec », un bon à rien, un profiteur (ne vit-il pas ▷

- ▷ encore chez ses parents à plus de trente ans ?) que comme un malade : il ne peut se résoudre à imaginer avoir engendré un schizophrène... De son côté, Cyril fomente régulièrement des idées de parricide. Prise entre deux feux (comme elle le fut lors de la guerre civile), la mère tente d'amortir les rapports de forces, mais se montre rapidement débordée, d'autant qu'il lui arrive parfois de craindre le pire...

Comme Télémaque, Cyril cherche son père. Mais à la différence d'Ulysse, ce père est bien présent, tout près de lui, dans la même maison. Mais ils ne se reconnaissent pas mutuellement. Cyril a l'étrange impression que ce père-ci n'est qu'une sorte de « père de substitution », son « père véritable » étant tellement idéalisé différemment...

Conter le voyage de Télémaque et associer le travail artistique de Cyril à ce but commun de retrouver un père devenu quasi mythique par ses exploits inégalables, a permis une opération de changement de vision du monde. Envisagé de manière plus positive, le sens donné à leurs rôles et à leurs relations réciproques de filiation, a permis au père et au fils de sortir d'une situation particulièrement critique. Cyril a ainsi réussi à s'autonomiser grâce à la vente de ses œuvres d'art sur les marchés ; l'équipe psychiatrique de secteur fait désormais partie intégrante de son réseau, comme un relais du fameux Mentor. La présence de l'absent est peu à peu devenue nettement moins pesante, pour Cyril ainsi que pour sa famille. Mais d'autres épisodes peuvent venir enrichir leur histoire commune, de même qu'une suite pourrait être envisagée aux aventures du fils d'Ulysse...

## Niveau du réseau

L'étymologie nous enseigne que le mot *réseau* est de la même famille que celui de *rets*, orthographe savante de *rei*, *roi* et *rez*, formes archaïques issues du latin *rete* (au pluriel *retia*) ; le mot français a été féminin jusqu'au <sup>xviii</sup> siècle ; il a désigné au sens propre un filet pour capturer des animaux, et au sens figuré les « artifices par lesquels on s'empare de quelqu'un ou de son esprit ». Le terme réseau provient de *resel* dans le français du <sup>xiii</sup> siècle, puis de *roisel* et *raysiau* au <sup>xiii</sup> siècle, avant d'adopter sa forme actuelle à partir du <sup>xiv</sup> siècle. Il est voisin des mots *résille* (filet à mailles serrées, par exemple un bas *résille* pour une jambe de femme), *rétiaire* (gladiateur romain cherchant à envelopper son adversaire, le mirmillon, dans son filet) et *réticule* (provenant de *reticulum*, pensons à la « substance réticulée » du système nerveux central).

Le mot *réseau* a été employé dans plusieurs sens : un petit filet pour piéger du menu gibier, un moyen de description d'images enchevêtrées comme par exemple les filets nerveux du corps humain, un ensemble de canalisations (le réseau fluvial), un ensemble de voies de communication reliant un territoire (le réseau routier, le réseau aérien), et de nos jours un ensemble de circuits de communication (le réseau Internet), de circuits

marchands (réseau marchand des concessionnaires, réseau de distribution, etc.). Le sens figuré d'« ensemble de choses abstraites emprisonnant peu à peu l'individu » date en France du XIII<sup>e</sup> siècle. En systémique, il aurait été employé pour la première fois par Gregory Bateson et son équipe, à partir des travaux de Norbert Wiener sur ce qui allait devenir la cybernétique.

## Origines de la pratique de réseau

L'idée consistant à éloigner un patient présentant des troubles psychiques – sans pour autant l'hospitaliser – du milieu qui les a vu naître (ce qui ne veut pas dire qu'il les a créés), est loin d'être nouvelle. L'ensemble des placements de patients en familles d'accueil, en « pensions » ou en « colonies », ressort d'une telle volonté. Quel en était le soubassement idéologique ? Essentiellement l'hypothèse – trop volontiers prise pour une certitude – que la maladie mentale était la conséquence de contradictions ou d'injustices sociales, d'excès éducatifs et occasionnellement de dysfonctionnements familiaux. Dans une telle optique, la maladie mentale serait le résultat d'une sociogenèse particulièrement « aliénante ». La vision marxiste de la folie que proposa dans les années 1970 le psychiatre italien Franco Basaglia développait cette thèse politique. Parallèlement, la naissance de la psychiatrie transculturelle, par les travaux de Georges Devereux en particulier, montrait l'importance des facteurs sociaux, économiques et culturels dans l'expression des divers troubles mentaux. La mouvance antipsychiatrique anglaise des années 1960 renforçait à son tour de telles thèses, si bien que nombre de travailleurs en santé mentale se posaient de plus en plus de questions sur le rôle de « normalisateurs sociaux » qu'ils se voyaient contraints de jouer, à leur corps défendant. Jean-François Reverzy (1991) écrit : « Les procédures accrues de contrôle médical et social face à l'explosion, parfois exponentielle, des déviances, de la criminalité, l'accroissement des marginalisations et de leurs conséquences économiques ont [...] accru démesurément le poids des "malaises à vivre" qui trouvaient auparavant leur solution dans les systèmes de croyance et les réseaux de solidarité naturelle des sujets ». C'est dans ce contexte qu'émergea la panoplie des thérapies parascientifiques dites « humanistes », allant de la bioénergie aux techniques de méditation transcendantale, en passant par toutes sortes de « médecines douces » et de pratiques ésotériques orientalistes qui séduisirent des personnes en recherche d'identité et en situation de mal-être existentiel. Mais les excès de certaines de ces pratiques les rendirent suspectes à beaucoup. La mission du psychiatre n'est pas de résoudre le « malaise dans la civilisation »...

En France, le vaste courant de « désaliénation » basé sur les *thérapies institutionnelles* avait pris naissance à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole, en Lozère, sous l'impulsion de Tosquelles, et à celui de Fleury-les-Aubrais grâce à Daumezon. Des personnalités de premier plan, comme Bonnafé, Gentis, Oury, ainsi que Paul Sivadon, pousseront très loin l'étude du « collectif signifiant » et du « cadre thérapeutique », notamment



pour prendre en charge les patients psychotiques, dans une optique psychanalytique et non systémique<sup>28</sup>. Arthur Tatossian disait que « l'affrontement des psychiatres et des familles [datait] de ces années 1940 ou 1950 où les premiers ont commencé à organiser leur soin des psychotiques d'une façon *collective* et *quasi familiale*. Délaissant le modèle médical *stricto versu* et les principes d'une intervention proprement et purement technique, les psychiatres ont alors conçu leur action en termes d'équipes soignantes, de communauté thérapeutique, de psychothérapie institutionnelle et plus globalement de prise en charge sectorielle » (Tatossian, 1984). C'est l'époque où l'on cherche à développer les pratiques d'hospitalisation à domicile, afin de séparer le malade le moins possible de son milieu familial et d'impliquer ce dernier dans la prise en charge ; c'est aussi celle où l'on s'efforce de développer toutes les « alternatives à l'hospitalisation » à temps plein, car cette dernière est de plus en plus considérée comme un facteur de chronicisation de pathologies déjà chroniques en elles-mêmes (la chronicisation étant la chronicité institutionnelle iatrogène, pouvant conduire à ce que Erving Goffman appelait une « carrière » de malade mental).

Ce que l'on a appelé la « politique de secteur » – initiée à partir d'expériences pilotes comme celle mise en œuvre par l'Association du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris<sup>29</sup>, ou celle du « club thérapeutique » créé par Gérard Amphoux à Nîmes (Amphoux et al., 1991) –, relève de la même volonté de traitement des patients et de leurs familles « dans la cité », c'est-à-dire au plus près de leur milieu de vie habituel, en privilégiant les aspects préventifs, en amont d'une éventuelle hospitalisation, considérée alors comme étant un dernier recours.

L'idéologie du secteur est issue du « désir des psychiatres des services publics, prenant conscience des différents progrès cliniques et thérapeutiques réalisés dans leur domaine, de participer à l'effort de désaliénation de leur structure de soins et le souhait de travailler dans des conditions plus satisfaisantes sur le plan des techniques mises en œuvre » (Bargues et al.). Ainsi que le relève Jean-Louis Griguer (1995), « le secteur psychiatrique, au-delà d'une entité géographique, [...] est un champ de rencontre entre l'individu et le social : cadre institutionnel unifié où peut être pris en charge le sujet dans le lien social, mais aussi lieu de recherche, de pratique et d'éthique. L'originalité du cadre sectoriel permet de retrouver les différents éléments du collectif social : l'individu et son groupe social, les

28 Déjà en 1954, A. H. Stanton et M. S. Schwartz, à la clinique de Chestnut Lodge, s'étaient longuement interrogés sur les phénomènes de violence institutionnelle, et avaient publié leurs conclusions sous forme d'un livre *The Mental Hospital* (Basic Books Ed., New York). Ils y décrivaient l'importance des *scissions* au sein des équipes soignantes, en tant que génératrices de violence. Les patients psychotiques arrivaient à faire vivre aux équipes les mêmes clivages que ceux qu'ils vivaient eux-mêmes intérieurement ; les conflits institutionnels cachés diffusaient et s'en trouvaient d'autant plus amplifiés.

29 Déjà, dès 1967, Paumelle et Champion avaient créé une unité de Placement familial psychothérapeutique pour adultes du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

groupes sociaux (familles), le cadre culturel (linguistique, juridique), mais aussi ce qui détermine et identifie les générations, une société donnée ». Un tel changement de pratique amenait donc les psychiatres à s'interroger sur leur identité professionnelle : « Lorsque nous nous décidons à abandonner le confort d'une institution matérialisée par des murs, des horaires, un programme, et plongeons, sans protections particulières, dans le milieu social pour y rencontrer nos patients, lorsque parallèlement nous nous efforçons de déhiérarchiser les rapports entre les différents membres de l'équipe et entre soignants et soignés, nous nous trouvons placés dans une situation de grande vulnérabilité où nous risquons de perdre notre identité » (Hochmann, 1982). « Le passage de l'asile au secteur représente typiquement un passage de l'organisation de masse, concentrée en un seul endroit, vers une organisation en réseau » (Orgogozo, 1997). La pratique sectorielle ne saurait toutefois être synonyme d'une pratique de réseau : le secteur permet le réseau, mais il est possible de faire du secteur sans faire du réseau au sens systémique et réciproquement.

Au Royaume-Uni, l'anthropologue John Barnes avait « inventé » le concept de « réseau social » en 1954, que plus tard Elisabeth Bott (1957) utilisera dans son étude d'une vingtaine de familles britanniques urbaines moyennes<sup>30</sup>. Aux États-Unis, le psychiatre Ross V. Speck, l'anthropologue Joan Lincoln Speck et le psychologue Uri Ruevini peuvent être considérés comme les héritiers, dans le placement hors institution des patients schizophrènes, de Meyer et Sullivan, tous deux psychanalystes de formation, et qui avaient déjà imaginé une conception interpersonnelle de la relation thérapeutique. Sullivan avait mis en place des communautés thérapeutiques de patients psychotiques, encadrés par des soignants sensibilisés à l'approche analytique. Ross Speck en est arrivé à la pratique de réseau – sur le modèle *Family Networks* – en s'interrogeant sur les difficultés que rencontrent souvent les thérapeutes familiaux lorsqu'ils se trouvent confrontés à l'absence d'un ou plusieurs membres actifs dans la dynamique familiale. Carolyn L. Attneave l'aida beaucoup dans cette tâche (Speck et Attneave, 1973). Ross Speck et Carolyn Attneave s'étaient rendu compte que de nombreux patients psychotiques (en particulier schizophrènes) s'amélioreraient lorsqu'ils étaient séparés de leur famille. Mais pour cela, encore fallait-il qu'ils se retrouvent dans un milieu propice, accueillant (des amis, une famille d'accueil, etc.). Ce fut ce milieu-là, plus ou moins « bricolé », qui constitua ce que l'on appellera ensuite le « réseau » (au sens d'un réseau de soutien, d'un étayage du patient).

L'originalité de cette approche consistait à relier plus étroitement le patient à un réseau composé de parents et d'amis, plutôt que de le relier à d'autres patients ou à des soignants, ou à des faisant fonction de soignants (personnel d'encadrement d'une communauté thérapeutique, familles d'accueil, etc.).

30 Barnes comparait les réseaux individuels à des toiles tissées de fils (les relations) reliant des points (les individus et les groupes d'individus).

## Philosophie de la pratique de réseau

Dans une perspective anthropologique, la pratique de Speck et de son équipe évoque « l'influence qui guérit » (pour reprendre une expression de Tobie Nathan) dans le cadre d'une sorte de « guérison tribale ». C'est pourquoi l'intervention en réseau débute par ce qu'il appelle une « retribalisation », un « raccrochage » du sujet « largué », à la dérive. Cette « réinsertion » sociale se fait ici à deux niveaux : celui du *réseau primaire*, qui est celui de l'entourage proche du patient, et celui du *réseau secondaire*, correspondant à l'éventail relationnel institutionnel. Les postulats de telles interventions sont les suivants :

- nos comportements individuels sont naturellement rationnels et adéquats par rapport au système dans lequel ils s'inscrivent ; et s'ils ne le sont plus, c'est que le système dysfonctionne, et non les individus que nous sommes. Cela suppose donc un *a priori* individuel optimiste, basé sur la responsabilité des acteurs du système ;
- le réseau qui s'organise avec nous, et autour de nous, façonne l'expérience psychologique individuelle. Il ne s'agit pas d'un simple « réseau relationnel », mais plutôt d'un *réseau de sociabilité*, c'est-à-dire, pour reprendre une expression de Winnicott, d'une « aire d'expérience culturelle » qui permettra la construction de l'identité, du « je » à partir du « jeu social » ;
- chacun de nous, et raison de plus un patient identifié comme porteur, par son symptôme, d'un dysfonctionnement familial, a besoin d'une vie collective, sociale, qui le « connecte », le « relie » aux autres, le « politise » (au sens d'inclusion dans la *polis*, la cité). Ces connexions et ces liens se situent à plusieurs niveaux : famille, travail, sport, loisirs, organismes associatifs, religion (étymologiquement : ce qui relie les hommes entre eux)<sup>31</sup> ;
- de tels liens, au lieu d'« enchaîner » le sujet – le « fou » étant le « déchaîné », celui qui a rompu ses amarres d'avec la réalité, celui qui « délire » en étant « sorti des sillons » de la norme, celui qui a « déraillé du symbolique », comme l'exprimait Jacques Lacan –, le libèrent car ils augmentent son autonomie. Ainsi, « l'homme libre » n'est pas l'ermite, le sage retiré du monde dans une attitude méditative quasi autistique, mais « l'honnête homme » curieux de tout, des plaisirs de la vie, avide de relations, acteur des affaires qui le concernent et capable d'initiatives personnelles ;
- ainsi, la pratique de réseau, parce qu'elle tisse des liens horizontaux entre le patient désigné et d'autres acteurs du système, contredit d'une certaine façon la pensée traditionnelle, dominante, qui « sacrifie » le patient sur l'autel de la maladie. « Dans cette perspective, la fonction essentielle de l'équipe est l'interprétation (*inter pretare* : lier ensemble), dans le sens de lier

31 C'est cet aspect politique du réseau qui faisait dire à [Silvana Montagano \(1991\)](#) que « le réseau est pour ou contre quelqu'un ou quelque chose. C'est à cause de cela qu'il prend une valeur par rapport au contexte dans lequel il trouve sa place. Une valeur qui est à la fois thérapeutique et politique », ou encore : « La dimension du réseau se retrouve plus facilement là où il y a une minorité opprimée, là où il y a un danger commun, un intérêt commun, un ennemi commun ».

ce que l'idéologie dominante a dissocié dans l'analyse des problèmes référés à la psychiatrie » (Desmarais et al., 1987) ;

- un réseau efficace est *résilient*, en ce sens qu'il absorbe les événements vitaux facteurs de stress ; il diminue les troubles qui lui sont liés à court, moyen ou long terme, d'où une amélioration de la *qualité de vie* du patient. Cette résilience se fait plus particulièrement sentir dans les situations de crise, au cours desquelles le patient a besoin de partager émotionnellement son vécu, et de trouver une écoute attentive. On estime donc que la restauration d'un réseau de bonne qualité a un effet thérapeutique individuel rapide (parfois, dans le cas de patients psychotiques, il s'agit davantage d'une création que d'une restauration, dans la mesure où les liens n'ont pratiquement jamais été établis de manière solide et durable).

On conçoit aisément que, dans une telle conception réticulaire, le patient soit compris comme un « nœud de relations » interindividuelles, et que le réseau soit plutôt considéré comme interindividuel que collectif à proprement parler.

## Les différentes caractéristiques des réseaux

Le réseau, au sens d'ensemble de relations, évoque plutôt le concept de champ social de Lewin, ou encore la définition de Bott, que celle de Speck. Lucien Millet propose pour sa part les distinctions suivantes, en ce qui concerne les structures des groupes : la caractéristique du *clan* est la symbiose des membres d'un groupe ; le but idéal caractérise le *collectif* ; la *communauté* « permet d'associer une bonne distance interpersonnelle, à une sorte de compréhension, de communion plus profonde » (Millet, 1988). Ainsi que le fait remarquer Patrick Bantman (1995) : « la notion de réseau pour le psychiatre renvoie à deux aspects qui ont parfois tendance à se superposer : les divers lieux et personnes au sein desquels gravitent le patient et l'équipe soignante, le soutien qu'une personne peut trouver à travers les relations sociales avec d'autres groupes ou associations ».

Ross Speck reste l'auteur qui a le plus développé le concept de réseau. Pour lui, le réseau est constitué par un ensemble d'unités, considérées comme équivalentes entre elles (c'est-à-dire sans hiérarchie ni centre de commandement) et reliées par un certain type de relations. Il définit le réseau comme étant « le vaste domaine des relations d'un individu ou d'un plexus dans sa représentation spatiotemporelle ».

Le *plexus* est lui-même défini comme « un individu ou un petit nexus qui représente le centre focal (ou le noyau) des relations d'un groupe, d'un clan ou d'un réseau », le *nexus* étant à son tour l'ensemble des « relations humaines relativement durables qui se traduisent par un contact visuel et tangible » (Speck, 1987).

Le réseau social est, pour Speck, « un groupe de gens, membres de la famille, voisins, amis et autres personnes, susceptibles d'apporter à un individu ou une famille une aide et un appui à la fois réels et durables. C'est en somme un cocon autour d'une unité familiale qui sert de tampon entre cette unité et la société ». Il appelle les liens ou chaînons entre personnes du terme de *vinculum* (au pluriel : *vincula*).

Les groupes sont « des rapports humains aux vincula plus ou moins lâches, mais qui fonctionnent dans un cadre étroitement formel » et le clan (*cluster*) est « une interface entre le nexus et le groupe ».

Pour Félix Guattari (1987) : « Les réseaux peuvent fonctionner d'une autre façon que par des connexions interindividuelles ». Il existe d'après lui « des réseaux inconscients, des réseaux écologiques, des réseaux biologiques de toute nature qui ne se présentent pas sous forme de groupe », ce qui le conduit à dire qu'« il faudrait soigneusement dissocier les notions de groupes des notions de réseaux. Un effet de réseau n'est pas nécessairement un effet de groupe. Un effet de groupe, ça ne prouve pas qu'il existe un réseau. D'autres dimensions, qui ne sont pas des dimensions groupales, peuvent entrer en ligne de compte dans des problèmes de réseau, par exemple des dimensions socioéconomiques ».

### Structure générale de base du réseau

S'inspirant des travaux génériques de Christian (1994), Orgogozo (1997) a proposé cinq formes de réseaux, qu'elle décrit ainsi :

- le *réseau en étoile*, caractérisé par une irradiation stellaire à partir d'un point central (par exemple les liaisons ferroviaires concentrées sur une capitale) ; c'est le type même du réseau monocentré ;
- le *réseau distributeur*, dans lequel une ou plusieurs sources alimentent un grand nombre de destinataires (distribution de l'eau, du courrier, etc.) ; c'est le type même du réseau hiérarchique ;
- le *réseau arbre*, reliant de nombreuses petites unités étanches entre elles (par exemple les réseaux mafieux, dans lesquels il est très difficile de remonter à la « tête ») ;
- le *réseau maille*, enchevêtré (par exemple sur le modèle d'Internet) ;
- le *réseau pôle*, avec une voie finale commune (par exemple, les différents chemins menant à Rome...).

Notons aussi que certaines de ces configurations peuvent se combiner entre elles, comme dans l'image au microscope d'une coupe histologique de tissu nerveux.

### Taille et importance du réseau

Là où un patient psychotique aura un réseau relationnel extrêmement pauvre, réduit aux quelques personnes qui lui sont utiles – tel le misanthrope de Molière, même si lui ne semblait pas psychotique... – un adulte autonome arrivera à constituer autour de lui un réseau formé d'une poignée d'amis intimes, et d'une dizaine à une trentaine d'amis et de connaissances proches. Il semblerait qu'il existe une relation de proportionnalité inversée entre la taille du réseau qu'a réussi à tisser un patient schizophrène et le nombre de journées d'hospitalisation : plus son réseau est dense, moins le malade aurait besoin d'être hospitalisé.

Mais tout résumer à une question de taille serait une vision trop masculine... La consistance (affective), la persistance (relationnelle), la souplesse (interactive) correspondent à des paramètres tout aussi importants. L'implication émotionnelle des membres du réseau et leur volonté d'aider

le malade comptent également beaucoup. Le concept d'« expression émotionnelle » – d'inspiration essentiellement comportementaliste – cherche d'ailleurs à rendre compte de ce phénomène, constaté depuis des décennies par les thérapeutes de psychotiques.

### Composition et aspect directionnel

Les différents groupes d'appartenance du réseau peuvent être très variables (famille, amis, collègues de travail, partenaires sportifs, etc. sans compter les multiples combinaisons dues aux assemblages possibles). Ils sont fonction de nombreux facteurs, tels que l'âge, le sexe, la profession et le niveau culturel, la religion, etc. Le point commun aux réseaux des malades mentaux est leur relative pauvreté, à la fois quantitative (numérique) et qualitative (souvent unidirectionnelle : ici, le réseau de soutien sera constitué essentiellement de professionnels en santé mentale). Par aspect directionnel, on entend le sens de l'aide apportée au patient (une mise sous tutelle pour un soutien financier, une aide à domicile pour un sujet handicapé moteur, etc.).

### Richesse et diversité du réseau

La richesse d'un réseau est, en fait, une résultante de plusieurs facteurs, dont bien sûr la taille, la composition, l'aspect directionnel, mais aussi la longévité (persistance du lien dans le temps), la densité (degré de relation intermembres) et le caractère multiplexe du lien (c'est-à-dire le nombre de connexions, à différents niveaux, sur le même lien : par exemple lorsque l'on peut compter sur une même personne mais à plusieurs niveaux : pour un prêt d'argent, des commissions, etc.). Les patients présentant des troubles mentaux ont en général des relations uniplexes et pauvres.

Il est particulièrement important de bien évaluer ce que nous appellerions la *relation d'appui* (anaclitique, et parfois réciproquement anaclitique), c'est-à-dire les personnes sur lesquelles on peut véritablement compter, tant en cas de problèmes d'ordre pratique qu'émotionnel. Cette relation d'appui est souvent inversement proportionnelle à la taille du réseau, car des relations trop distendues empêchent l'entraide proximale. Elle peut d'ailleurs varier au gré des grands événements existentiels que traverse le « chemin de vie » du sujet : ce ne sont pas forcément les mêmes types de réseau social qui sont nécessaires aux différents âges de la vie ; par exemple si l'appartenance à une famille connaît en général une relative stabilité temporelle, interrompte toutefois par la mort, le divorce et autres situations de ruptures existentielles, l'appartenance à un réseau est beaucoup plus flottante, au gré des aléas de la vie (un changement professionnel ou un déménagement par exemple conduiront à d'importants réaménagements du réseau relationnel).

Cependant, dans le travail institutionnel, on prendra garde à ne pas complètement substituer au « mauvais » réseau primaire d'un patient, le « bon » réseau secondaire de l'institution ; faute de quoi on substituerait une dépendance par une autre. Cela est particulièrement vrai en pédopsychiatrie

avec des adolescents en recherche affective car victimes de carences éducatives familiales graves, que l'on place dans des structures d'hébergement dont ils n'arrivent plus à se défaire, ou encore des adultes schizophrènes trop « attachés » à la structure qui les prend en charge. Dans ce dernier cas, André Lafont (1989), dans une optique certes analytique mais non moins réaliste, écrivait que cette dépendance des schizophrènes chronicisés en institution débouchait sur « deux constatations paradoxales : la première est que le schizophrène noue en général un lien durable avec l'institution, la deuxième est que le schizophrène résiste aux règles de l'institution ».

L'élargissement du réseau d'un patient nécessite souvent l'« autorisation » de la part des principaux protagonistes de son réseau primaire, comme si la loyauté du patient à leur égard entravait l'établissement de nouveaux liens. Aussi le travail avec la famille d'origine du patient, ses amis proches, et d'une manière générale les relations qui comptent beaucoup pour lui, doit-il tenir compte de cette dimension essentielle. Relatant son expérience auprès de jeunes gens placés en foyer, Bénédicte de Bellefroid (1991) écrit : « Pousser le jeune à développer son réseau extrafamilial, à l'encontre des loyautés familiales, risque bien de faire échouer le travail. Il doit obtenir la permission d'élargir son réseau, et c'est cela qu'il faut d'abord travailler avec lui ».

### En résumé, que faut-il retenir ?

Tout système que l'on étudie nous englobe dans un ensemble dans lequel nous sommes acteurs et par lequel nous sommes agis. Pour nous en différencier et prendre du recul, nous devons être à la bonne distance. La métaphore du tableau est ici évocatrice : pour mieux en distinguer la composition – à l'instar d'un personnage sorti du tableau dont il fait partie –, il convient d'avoir différents méta-points de vue, ou moyens d'approche : structure, via place, liens, frontières ; ou bien si l'approche est l'absurde, caricaturer les traits, faire des liens chimériques, etc. Ce travail permet en effet de regarder et faire se regarder différemment l'ensemble (comme approcher une loupe sur le tableau ou zoomer, pour sortir de nouveaux plans, ou mettre une lentille particulière, un filtre spécial, ou déplacer l'angle de vue d'une image que l'on ne voyait plus, autant par habitude que par lassitude : tout paraissait connu, naturel, commun et banal, au point de devenir transparent et invisible, comme une tache aveugle à son inexistence) ; d'où également les effets qui stimulent et relancent les questionnements ; d'où la surprise du recadrage permettant de découvrir de nouvelles perspectives, portes ouvertes à de nouveaux questionnements, donc de nouveaux sens. Une autre vision de la même chose s'offre à chacun, qui peut sans danger (car l'ancienne est contenue dans la nouvelle), ensemble ou à tour de rôle, « sortir du tableau », le regarder de l'extérieur, de sa place au milieu de celle des autres.

Un mot pourrait résumer cela : « l'extase ». Car l'extase c'est sortir de soi-même, ainsi que nous l'apprend l'étymologie grecque du terme<sup>1</sup>. Irait-on jusqu'à parler d'« extase familiale » ? Faire sortir d'elle-même, ou de lui-même, le couple de parents, ou la fratrie, chacun, l'un après l'autre, pour qu'il puisse reconnaître et faire reconnaître son « soi » en tant que partie intégrante, et intégrée à l'image de l'ensemble ? Faire sortir d'elle-même la famille entière pour observer de cet état d'extériorité à soi-même, de formes, de contours, et de figure de l'ensemble, pour qu'en poly-scopie ressorte de l'image (c'est-à-dire ce qui sort de soi-même : la valeur du contenu que, positivement, de l'intérieur, on ne voyait plus et que soudain tous reconnaissent, surpris de se retrouver compris dans un hologramme inattendu) ? Tout cela en prenant la mesure du temps : il y a un rythme, un tempo, une fréquence à respecter pour nourrir la réflexion. Il faut « donner le temps au temps » pour permettre de cueillir, d'aborder, d'intégrer les informations qui servent le mouvement thérapeutique (sans parler du fait que les soignants doivent donner beaucoup de leur temps et de leur énergie pour mener à bien ce genre de thérapie...). Ainsi les graines semées au cours des séances deviendront-elles, grâce à la dynamique auto-résolutive du système au travail, de productifs arbres fruitiers. Il conviendra d'apprendre à questionner les liens pour les assouplir et leur donner des degrés de liberté supplémentaires, désapprendre la tentation de soulager trop rapidement, éviter le piège de renforcer le symptôme en doublant ces liens et en les rigidifiant dans une volonté égotropique de réussir à tout prix pour soi-disant « sauver le système », dans un besoin de réussir à être « le bon Thérapeute », « le Sauveur » : être thérapeute est avant tout ne pas avoir besoin de l'être pour pouvoir y croire soi-même et être reconnu comme tel. Le livre *Applications en thérapie familiale systémique* traite concrètement de tout ce qui permet au thérapeute de pouvoir dépasser les théories et en faire son miel, pour nourrir sa créativité thérapeutique.

1 Le mot français *extase* provient du latin *extasis* (lui-même issu du grec *ekstasis*) signifiant « sortir de soi », « être hors de soi » et par extension « être en transe » (cf. la drogue *ecstasy*) au sens d'être « ravi », c'est-à-dire d'avoir l'esprit égaré...

## Bibliographie

- ALBERNHE T., ALBERNHE K. *Les infanticides et les filicides*. In : T. Albernhe (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997.
- AMPHOUX G., SUREL D., SUREL B., COURTIET P. Prise en charge des schizophrènes dans une structure intermédiaire : le club thérapeutique. *Psychol. Méd.*, 23, 5, 481-484, 1991.
- ANDOLFI M. Famille/individu : un modèle trigénérationnel. In : M. Elkaïm (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- ANDOLFI M., ANGELO C. *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Boringhieri, Torino, 1985.
- ANDOLFI M., MENGHI P., NICOLO A.-M., SACCU C. L'interaction dans les systèmes rigides. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 15, 37-65, 1993.
- AUSLOOS G. Secrets de famille. In : BENOÏT J.C. (dir.), *Changements systémiques en thérapie familiale*, ESE, Paris, 1979.



- AUSLOOS G. Individu, symptôme, famille. *Thérapie familiale*, 11, 3, 273-279, 1990.
- AUSLOOS G. Nouvelles formes de la famille. *Thérapie familiale*, 19, 2, 8594, 1998.
- BANTMAN P. Mise en place de réseaux et psychiatrie. *Synapse*, 113, 39-42, 1995.
- BATESON G. *Vers une écologie de l'esprit*. Tomes I et II, Le Seuil, Paris, 1977-1980.
- BENOIT J.-C. Violence dans un jardin français. *Thérapie familiale*, 18, 3, 215-228, 1997.
- BOTT E. *Family and social network*. Tavistock Publications, London, 1957.
- BOURDIEU P. *La domination masculine*. Le Seuil, Paris, 1998.
- BYNG-HALL J. Symptom bearer as marital distance regulator : Clinical implications. *Family Process*, 19, 355-365, 1980.
- CHALTIEL P. Illusion du choix mutuel, revendication d'identité... et autres « petites inventions » du couple. *Génération*, 1, 14-20, 1994.
- COMBRINCK-GRAHAM L.A. A developmental model for family systems. *Fam. Proc.*, 24, 139-150, 1985.
- COMPERNOLLE T. Éco-psychomatique : influence de la famille sur l'enfant malade et vice-versa. *Thérapie familiale*, 2, 3, 221-228, 1981.
- DE BELLEFROID B. La « carte de réseau » dans le travail éducatif. *Résonances*, 1, 2, 27-34, 1991.
- DE BOUCAUD M. Approche clinique et prise en charge des familles : limites du savoir et de l'action. *Psy. Franç.*, 26, 116-120, 1995.
- DEFRANCK-LYNCH B. *Thérapie familiale structurale*. Trad. ESF, Paris, 1985, 1986.
- DESMARIS D., LAVIGUEUR H., ROY L., BLANCHET L., et al: Patient identifié, réseau primaire et idéologie dominante : le champ d'intervention en santé mentale. In : M. Elkaïm (dir.), *Les pratiques de réseau*, ESF, Paris, 1987.
- DIGONNET C., MIRIBEL J.-A. De la modélisation du système familial à celle du système thérapeute-famille en thérapie familiale. *Psychol. Méd.*, 18, 7, 1049-1051, 1986.
- EIGUER A. *La parenté fantasmatique*. Bordas, Paris, 1987.
- FAYE K. *Le Couple face au deuil*. Mémoire de Sexologie, Fac. de Médecine, Marseille, 1991.
- FERREIRA A.J. Family myth and homeostasis. *Arch. General Psychiatry*, 9, 457-461, 1963.
- FERREIRA A.J. Psychosis and family myth. *Am. J. Psychiatry*, 21, 186-197, 1966.
- FERREIRA A.J. (1977). *Les mythes familiaux*. In : Watzlawick P., Weakland J.H. (dir.), *Sur l'interaction*, Le Seuil, 1981.
- FONTEROSE J. *The ritual theory of myth*. University of California Press, Berkeley, 1966.
- FRAMO J.L. La famille d'origine : une ressource thérapeutique pour les adultes en thérapie de couple et de famille. *Thérapie familiale*, 17, 3, 367-390, 1976.
- GOFFINET S. Mythe, rituel et autoréférence en thérapie familiale. *Thérapie familiale*, 11, 1, 73-89, 1990.
- GRANER M. Humanisme et motivation. *Rev. de psychol. de la motivation*, 15, 33-49, 1994.
- GRIS A. Utilisation de prescriptions invariables avec des couples asymptomatiques : le rituel de séparation. *Thérapie familiale*, 18, 3, 229-240, 1997.
- BEAVERS W.R. *Successful Marriage. A Family System Approach to Couples Therapy*, W.W. Norton & Company, 1985.
- GUATTARI F. Échanges. In : M. Elkaïm (dir.), *Les pratiques de réseau*, ESF, Paris, 1987.
- HALEY J. *Uncommon Therapy. Trad. : Un thérapeute hors du commun*. Desclée de Brouwer, Paris, 1973, 1984.
- HARPER J.M. The logical levels of complementary, symmetrical and parallel interaction classes in family dyads. *Fam. Proc.*, 16, 199-218, 1977.
- HAVET J.-M. Le symptôme en thérapie familiale. *Act. Méd. Int. Psy.*, 16, 1, 20-23, 1999.
- HEFEZ S. Sida, désaveu social et secret familial. *Thérapie familiale*, 17, 217-223, 1996.
- HOCHMANN J. L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés. *L'Inform. Psy.*, 58, 8, 985-991, 1982.
- JACKSON D.D. (1965) L'étude de la famille. In : P. Watzlawick, J.H. Weakland, *Sur l'interaction*, Le Seuil, Paris, 1977.

- KNOX J. *Myth and Truth*. University of Virginia ed., Charlottesville, 1964.
- LAFONT A. La dépendance à l'institution. *Psychol. Méd.*, 21, 9, 1307-1310, 1989.
- LAXENAIRE M. Guérir par la psychothérapie. *Psychol. Médicale*, 19, 14, 2539-2542, 1987, Survol du Colloque *Le symptôme en psychiatrie*, Marseille, 12-13 janvier 1979.
- LEMAIRE J.-G. *Les conflits conjugaux*. ESF, Paris, 1966.
- LEMAIRE J.-G. *Les thérapies de couple*. Payot, Paris, 1971.
- LEMAIRE J.-G. *Le couple, sa vie, sa mort*. Payot, Paris, 1979.
- LEMAIRE J.-G. Thérapie du couple. *Encycl. Méd. Chir.*, 37-819 F 05, Paris, 1995.
- LOVELL J. L'impact des rôles masculins et féminins dans les communications familiales et professionnelles. *Thérapie familiale*, 17, 3, 445-459, 1996.
- MALAREWICZ J.-A. *La stratégie en thérapie*. ESF, Paris, 1992.
- MILLET L., PON J.-R., MILLET-BARTOLI F. Crise du milieu de vie : aspects psychopathologiques. *Encycl. Méd. Chir*, 37-345 A 10, Paris, 1994.
- MINUCHIN S. (1974) *Familles en thérapie*. Trad. : M. du Ranquet et M. Wajeman, Éditions Universitaires, Paris, 1983.
- MINUCHIN S. *Familles en thérapie*. Éditions Universitaires, Paris, 1983.
- MONTAGANO S. Mais où sont les réseaux d'antan ? *Résonances*, 1, 2, 45-48, 1991.
- MUCCHIELLI R. *La dynamique des groupes*. ESF, Paris, 1977.
- NAPIER A., WHITAKER C. *Le creuset familial*. Trad. : D. Hélie, Robert Laffont, Paris, 1978.
- NEUBURGER R. *L'autre demande*. ESF, Paris, 1984.
- NEUBURGER R. *Le mythe familial*. ESF, Paris, 1995.
- ONNIS L. *Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*. Trad. : L. Cabanel, ESF, Paris, 1989.
- ONNIS L., DENTALE R.C., LAURENT M., BENEDETTI P., SQUITIERI A. L'histoire de Caliméro. *Thérapie familiale*, 18, 3, 253-264, 1997.
- ONNIS L., LAURENT M., BENEDETTI P., CESPA G., DI GENNARO A., DENTALE R.C., DE TIBERIS F., FORATO F., MAURELLI F. Le mythe familial. Concepts théoriques et implications thérapeutiques. *Thérapie familiale*, 16, 4, 331-349, 1995.
- ORGOGOZO I. Les réseaux, une nouvelle représentation de l'espace social. *Thérapie familiale*, 18, 4, 329-347, 1997.
- PAPERO D.V. La théorie bowenienne des systèmes familiaux. In : M. Elkaïm (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- PARIN P. De l'importance des mythes, rites et coutumes pour la psychiatrie comparative. *Confront. Psychiatriques*, 21, 241-261, 1982.
- PENN P. Violence et identité sexuelle. In : M. Elkaïm (dir.), *La thérapie familiale en changement*, Synthélabo éd., Le Plessis-Robinson, 1994.
- PRATA G. Jeux familiaux : amour et haine dans un couple. *Thérapie familiale*, 14, 1, 17-29, 1993.
- RAMPAGE C., MYERS-AVIS J. Identité sexuelle, féminisme et thérapie familiale. In : M. Elkaïm (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- REISS D. *The family's construction of reality*. Harvard University Press Ed., Cambridge, 1981.
- REY A. *Dictionnaire historique de la langue française*. Le Robert, Paris, 1992.
- ROMANO E., DESTAL D. Les couples du couple. *Génération*, 1, 29-32, 1994.
- SELTZER W.J., SELTZER M.R. Le matériel, le mythique et le magique : une approche culturelle de la thérapie familiale. *Dialogues*, 1, 62-76, 1986.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G. *Paradosso e contro-paradosso*. Feltrinelli ed., Milano, 1975.
- SELVINI-PALAZZOLI M. Le racisme dans la famille. *Thérapie familiale*, 1, 1, 5-16, 1980.
- SEYWERT F. *L'évaluation systémique de la famille*. PUF, Paris, 1990.
- SOLOMON N. Homeostasis and family myth : an overview of the literature. *Family Therapy*, 3, 75-86, 1976.

- SPECK R.V. L'intervention en réseau social : les thérapies de réseau, théorie et développement. In : M. Elkaïm (dir.), *Les pratiques de réseau*, ESF, Paris, 1987.
- SPECK R.V., ATTNEAVE C.L. *Family Networks*. Pantheon Books ed., New York, 1973.
- STIERLIN H., et al: Médecine de la famille et cancer. *Thérapie familiale*, 7, 1, 41-59, 1986.
- TATOSSIAN A. Famille et institution : le sujet comme enjeu. *Psychiatrie phénoménologique*, chap. 10 Etim éd., Paris, 1984.
- TOTAH M. La notion de guérison dans la pensée de Freud. *L'Inform. Psy*, 67, 7, 627-631, 1991.
- VAN HEUSDEN A., VAN DEN EERENBEEMT E. *Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy*. Collection Nodules, PUF, Paris, 1994.
- WALSH F. *Normal family process*. Guilford Press ed., New York, 1982.
- WITKOWSKI P., KAHN J.-P., LAXENAIRE M. Psychose, famille, institution : une lecture systémique. *Psychol. Méd*, 19, 13, 2437-2439, 1987.

## 4 Le traitement du modèle

*Le cœur a des raisons que la raison ne connaît point.*

Blaise Pascal, *Pensées* (éd. Havet, XXIV, 5)

Ce quatrième chapitre est consacré aux *techniques de base en thérapie familiale systémique* et à certaines de leurs *applications cliniques*. De ces dernières, nous étudierons cinq archétypes correspondant à des situations qui se jouent à des *niveaux* différents, imbriqués les uns aux autres, et que nous illustrerons chaque fois par un exemple significatif. Voici ces cinq niveaux :

- *médico-psycho-social*, avec ici l'exemple d'interventions en contexte de crise ;
- *institutionnel*, comme c'est le cas dans la prise en charge d'une personne âgée démente ;
- *métaphorique*, lorsqu'une équipe utilise un conte systémique pour un enfant maltraité ;
- *historique*, si les chercheurs s'intéressent à l'origine des théories sur la schizophrénie ;
- *psychopathologique*, en se mettant sous la dent l'exemple de l'anorexie mentale...

La pensée systémique ne se réduit pas, loin s'en faut, à ces cinq applications ; mais l'intérêt de cette présentation, outre son caractère didactique, est de montrer que l'angle d'attaque d'un problème (crise, maltraitance d'une personne âgée ou d'un enfant, etc.) peut soit résoudre ce dernier, soit au contraire bloquer, voire même aggraver, la situation. Tout l'art consistera à trouver le bon angle d'attaque pour le problème posé, en sachant que la famille cherchera inconsciemment à faire épouser sa vision des choses aux thérapeutes, les privant ainsi du précieux recul de leur différence. La distance doit être précisément mesurée : comme le rapport au temps et le rapport à l'espace, le rapport à l'affectif doit, pour un thérapeute, rester sujet de réflexion. En effet, seule une bonne distance affective permet de garder une liberté d'action, de mouvement et d'exploration. Ne faut-il pas un minimum de recul pour avoir de la perspective ? Il convient également d'être conscient de la difficulté à garder ce recul, d'autant qu'il y a lieu de le faire évoluer, de le modifier pour mieux servir l'évolution du processus thérapeutique qui le justifie. Le travail du thérapeute est de bousculer les « évidences naturelles » de la famille, tout en prenant soin de les respecter : il n'est jamais évident de trouver un point d'équilibre et de percevoir les dérives et les décalages entraînés par les vagues du système dans lequel les thérapeutes tentent de surnager. Or ce sont justement ces perceptions-là, liées à la finesse d'écoute et à la sensibilité particulière développées par le travail et l'entraînement des thérapeutes, qui guident la psychothérapie ;

d'où la difficulté : d'un côté le thérapeute doit s'entraîner régulièrement en pratiquant autant sur lui-même que sur les autres des exercices appropriés, cependant que de l'autre il doit savoir se relâcher régulièrement, en vidant son « sac de vécu » auprès d'un superviseur, d'un groupe de travail ou d'une autre partie de son équipe placée en « position méta- » pour accueillir ses réflexions comme des portes ouvertes sur d'autres champs de réflexion à faire fructifier (cf. l'ouvrage *Applications en thérapie familiale systémique*).

Il est évident que l'adhésion et le ralliement à une même vision des choses ne permet que d'entretenir cette dernière : faire du pareil au même conduit souvent à faire même du pire...

Pourquoi irait-on se mêler de problèmes qui évolueraient aussi bien tout seuls, si ce n'est pour mettre en lumière qu'ils peuvent justement évoluer, et ce quelle que soit la direction qu'ils choisissent de prendre ?

## **Techniques de base en thérapie familiale systémique**

La thérapie familiale systémique se devait, à ses débuts, d'inventer un cadre de travail clinique spécifique ainsi que des outils originaux lui permettant de vérifier les hypothèses heuristiques de fonctionnement de son objet d'étude principal, c'est-à-dire la famille.

C'est donc dans ce contexte de construction d'une nouvelle approche de la souffrance mentale, dans tous les milieux où il était possible de l'observer (famille bien sûr, mais aussi hôpital psychiatrique, milieu scolaire et éducatif, prison, caserne, différents lieux de travail et de loisirs, etc.), que furent mises au point des techniques très particulières, dont certaines étaient directement inspirées de la psychanalyse, d'autres du béhaviorisme, d'autres de la psychothérapie de Carl Rogers, d'autres des psychothérapies de créativité, d'autres enfin de la psychologie sociale.

La très riche méthodologie qui s'en est suivie n'est évidemment pas une fin en soi. Ses outils permettent simplement de réfléchir à la manière de définir des problèmes rencontrés de façon à les rendre solubles pour la famille et l'équipe thérapeutique, et ce au travers d'hypothèses de travail dont l'important n'est pas d'établir la « vérité » – si tant est qu'il y en ait une – mais d'utiliser la fonctionnalité.

## **Cadre de travail**

### **Problème de la normalisation sociale**

Le courant antipsychiatrique a montré l'importance du rôle de normalisateurs sociaux joué par les professionnels en santé mentale, qu'ils le veuillent ou non.

Les intervenants sont en effet eux-mêmes porteurs de leurs propres histoires familiales, avec leurs mythes et leurs systèmes de valeurs, leurs constructions du monde, ce qui ne manque pas d'interférer avec les histoires

de celles et ceux qu'il s'agit de « traiter » (au sens de : prendre en charge pour normaliser). Le mythe social, dont est porteur chaque professionnel, est donc « un modèle d'autant plus efficace qu'il n'est pas conscient », d'où le risque d'une « collision entre deux systèmes, celui d'aide interne à la famille et celui du réseau professionnel, provoquant ainsi un réflexe défensif qui se traduit par une plus grande fermeture et rigidité du système familial. Or un système qui augmente sa rigidité et sa fermeture ne peut qu'augmenter l'isolement et la marginalisation » (Samaniego et Schürmann, 1999).

Dans le champ criminologique par exemple, il arrive que des professionnels, pourtant expérimentés, se trouvent en proie à des affects agressifs importants lorsqu'ils ont à s'occuper de pervers sexuels (Albernhé T. et Albernhé K., 1998). De même en matière de toxicomanie ou de soins palliatifs en fin de vie, le soignant peut être confronté à un dilemme, entre ses conceptions personnelle et familiale d'un côté, et sa déontologie et son éthique professionnelle de l'autre, d'où l'intérêt de travailler en équipe pour avoir au moins un collègue à qui se référer en cas de difficulté.

## Émergence des demandes

Face aux multiples formes de demande, illustrant autant de contextes différents, n'est-il pas préférable de parler de demandes, au pluriel, plutôt que de demande, au singulier ? Une situation d'injonction judiciaire de soins dans un contexte de toxicomanie, de maltraitance ou d'abus sexuel, imposant des entretiens réguliers et contraints, effectués dans un cadre très précis, conduira à une prise en charge nécessairement différente de celle d'une famille consultant librement pour l'énurésie d'un enfant, ou les bizarreries comportementales d'un sujet présénescant à l'orée de sa retraite professionnelle. De plus, la demande émanant d'une famille, c'est-à-dire d'un groupe de membres dont les intérêts ne sont pas nécessairement identiques, n'est pas à mettre sur le même plan que la demande individuelle de changement ou de connaissance de soi d'un adulte névrosé demandeur d'une psychanalyse par exemple...

Dans le cas des demandes d'aide spontanées, heureusement les plus fréquentes en consultations cliniques de secteur, il est possible de souscrire à l'affirmation de Paul Watzlawick (1978) lorsqu'il écrit : « Tous ceux qui viennent nous demander de l'aide souffrent de leur relation au monde, quelle qu'elle soit ». Cette souffrance d'« être-au-monde », pour reprendre une terminologie phénoménologique, exprime des *problèmes*, traduits par des *symptômes*. Or la demande, lorsqu'elle est explicite, concerne le symptôme, et non le problème implicite qui l'a généré et qui correspond à des dysfonctionnements sinon directement intrafamiliaux, au moins interrelationnels, et de toute façon toujours contextuels. Virginia Satir (1964) exprimait clairement cette différence entre le niveau individuel (celui du symptôme, porté par le « malade ») et le niveau collectif (celui du problème, lié au dysfonctionnement familial) lorsqu'elle écrivait, à propos des appels téléphoniques qu'elle recevait : « Au fur et à mesure que je commençais à comprendre le sens de ces appels téléphoniques, je vis au moins deux

messages qu'ils transmettaient : l'un sur la souffrance et le trouble que la famille observait sur le patient, et l'autre sur la souffrance et le trouble qu'elle ressentait elle-même ». Seule une action conjointe sur ces deux niveaux de la demande a quelque chance d'efficacité thérapeutique.

On ne tombera donc pas dans le piège de la « demande intransitive » qui, ainsi que le rappelle Robert Neuburger (1992), « est également demande "pour demander", demande d'amour », ce qui l'amène à écrire que « le travail psychiatrique, à quelque niveau que ce soit, n'est pas de combler des besoins, mais de susciter, autoriser, faciliter l'émergence d'une demande. C'est un travail de désaliénation, qu'il soit institutionnel, familial ou individuel », et l'auteur conclut que « le but de la thérapie familiale est aussi de permettre l'émergence d'une demande ». D'où des questions circulaires, du style : « Quel est, d'après vous, celui (ou celle) qui se fait le plus de soucis ? Qui souffre le plus ? Qui pose le plus de problèmes ? Qui a le plus besoin d'aide ? Qui supporte le moins ce qui arrive ? etc. ».

On évitera donc de répondre à la demande sur le même plan que celle-ci, car cela signifierait qu'elle n'aurait pas été entendue au niveau qu'elle méritait. Aussi le systémicien peut-il faire siens ces propos de psychanalystes : « Quand le patient arrive en demandant quelque chose de précis, soit la réduction d'un symptôme, soit une intervention dans la situation où il se trouve, tout ce que nous savons, c'est que nous ne pouvons ni ne devons y répondre directement : autre chose est de savoir le lui expliquer et nous l'expliquer à nous-même afin de ne pas appliquer une fois de plus une recette et de ne pas rompre dès le départ la relation thérapeutique » (Court et Robert, 1983).

La manière dont sont formulées les demandes renseigne souvent tout autant que le contenu explicite du message. Aussi le premier contact avec le (ou les) demandeur(s) revêt-il la plus grande importance : qui appelle qui, sous quelle forme, avec ou sans insistance, avec ou sans caractère d'urgence, qui vient au premier entretien et qui ne vient pas, qui aurait pu venir, comment se fait-il que la demande de consultation émerge maintenant ? Voilà autant de questions qui peuvent concourir à l'émergence d'une demande authentique, c'est-à-dire d'une volonté de changement, miroir de la volonté thérapeutique des soignants. En effet, lorsqu'une famille vient consulter, le thérapeute doit se demander en priorité ce qu'il en est réellement de la volonté de changement exprimée explicitement, car le message implicite peut être celui du non-changement ; d'où la question princeps : est-ce que cette famille veut vraiment changer, ou plutôt retendre vers un ancien état d'équilibre idéalisé (qui n'a jamais été vraiment atteint) ?

Mais déjà, bien avant cette première prise de contact, la famille, ou le membre appelant, avaient pensé à effectuer une démarche thérapeutique, avaient parfois hésité, pesant le pour et le contre, s'interrogeant avec anxiété sur où cela pourrait les entraîner, mis en place des défenses pour retarder l'échéance de l'événement, etc. Autrement dit, ce qui, pour le thérapeute, n'est parfois qu'un appel téléphonique de routine, a déjà une histoire, parfois fort ancienne, dans la famille qui se décide à l'appeler à l'aide.

Il s'établit ainsi d'emblée une asymétrie entre, d'un côté, l'appelant – qui est rarement le patient-désigné – et de l'autre le thérapeute. Ce décalage permettra le mariage de l'histoire de la famille demandeuse avec l'histoire du thérapeute, sous forme des « ponts relationnels » (transférentiels et contre-transférentiels) qui instaureront ultérieurement les phénomènes de résonance, dont le repérage est si important pour la conduite de la thérapie.

### De l'alibi du symptôme à la créativité de la famille

Le symptôme est un cache-misère qui légitimise la rencontre avec le thérapeute. Philippe Caillé (1991) écrit à ce propos que « le symptôme n'est pas seulement au départ le seul champ de négociations accepté par la famille dans son contact avec le thérapeute, mais a aussi intérêt comme résultat concret des capacités créatives de la famille. Il doit donc au cours des premières séances lui être consacré une grande place en tant que thème commun d'intérêt pour la famille et le thérapeute ».

Déplacer le symptôme de manière abrupte pour « entrer dans le vif du sujet » serait un abord chirurgical voué à l'échec et traumatisant pour la famille, qui d'ailleurs ne reviendrait plus. Bien au contraire, chaque membre de la famille doit avoir le sentiment d'avoir été entendu et compris dans les efforts qu'il a fournis pour tenter de résoudre ce symptôme. Jay Haley (1994), entre autres théoriciens, a toujours insisté sur cet aspect adaptatif du symptôme ; il est catégorique lorsqu'il écrit que « le symptôme est approprié : il est le comportement adapté au contexte social de la personne, et nullement un comportement inadapté qui provient du passé sans aucune fonction dans le présent ».

C'est pourquoi la *connotation positive du symptôme*, dans la lignée des travaux de Mara Selvini Palazzoli, permet non seulement de déculpabiliser certains membres de la famille qui auraient pu l'être, relativement à l'histoire qu'ils ont eux-mêmes de la genèse du symptôme, mais surtout de donner un sens et une fonction à ce dernier, et donc d'amener progressivement la famille à penser à la fois que « ce n'est pas pour rien si les choses en sont arrivées là », et que « ce n'est la faute de personne en particulier ».

Lorsque cette connotation positive du symptôme a été « inventée » par l'École milanaise, il s'agissait à l'époque d'une technique d'entretien originale, dont l'expérience a montré par la suite qu'elle portait ses fruits. Progressivement, un glissement s'est opéré, qui a fait que la technique est devenue à elle seule un véritable « état d'esprit », une manière positive de voir les familles, vision initiée par Giuliana Prata et rapidement suivie par de nombreux systémiciens.

Guy Ausloos (1990) par exemple insiste sur la *compétence organisationnelle de la famille* ; cette compétence est pour lui la clé de voûte de l'ensemble de l'édifice thérapeutique. Il a développé la pratique d'interventions non directives, obligeant la famille à trouver en elle-même la solution à ses problèmes. Il estime en effet qu'il n'appartient pas au thérapeute « d'avancer les solutions : il ne peut être que l'activateur d'un processus dont la famille a la responsabilité ».



Maurizio Andolfi (1995) de son côté recourt à ce qu'il appelle la *provocation thérapeutique* qui « vise à repousser les limites tracées par la famille en faisant accepter l'idée que ce qu'elle présente comme le maximum de ressources disponibles est en fait toujours trop peu ».

L'important nous semble être de conserver un *a priori* positif envers la famille, considérant par exemple des parents comme étant « spécialistes » de leurs enfants, et leur redonnant ainsi confiance en eux, parce que l'équipe thérapeutique croit vraiment en leurs potentialités autocuratives. La famille ressentira alors une bienveillance empathique avec les thérapeutes et l'alliance thérapeutique pourra se mettre en place, initiant les changements attendus.

### **Alliance thérapeutique et nature de la relation soignant-soigné**

Il est essentiel que la famille soit respectée dans ses choix, qu'il s'agisse de respect du « choix » du symptôme – même s'il ne s'agit évidemment pas là d'un véritable choix, au sens d'une alternative consciente volontaire – ou qu'il s'agisse des prescriptions stratégiques proposées. D'où l'importance, dès les premiers entretiens, qu'il y a pour l'équipe thérapeutique d'arriver à un consensus clair avec la famille sur les grands objectifs et les principaux axes de travail en commun. Un auteur comme Robert-Jay Green (1990) par exemple propose ici l'expression de *consensus opérationnel*, c'est-à-dire d'« un accord négocié explicitement ou implicitement à propos de la définition du problème et des objectifs ; on parlera de ceux-ci en séances et ils seront donc considérés comme pertinents au cours de la thérapie ». Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille aborder le problème « de front », mais plutôt « de biais », tangentiellement, afin de tenir compte au mieux des résistances de la famille, mais aussi de celles de l'équipe soignante...

De toute façon, toute tentative de « forcing » de la part du thérapeute rigidifierait le système et amoindrirait les chances de changement. Ainsi que l'a relevé Jacques-Antoine Malarewicz (1992) à juste titre, « le patient est son propre et principal ennemi sur le chemin qui mène au changement. Le thérapeute n'est donc véritablement dangereux que lorsqu'il se trouve en situation de provoquer ce changement. Le patient ne peut donc changer que malgré lui ».

Or ces processus de changement dépendent tout autant des thérapeutes que de la famille ! C'est pourquoi il convient d'abord de s'interroger sur les ressorts de la relation thérapeutique et sur l'implication personnelle des thérapeutes au sein de celle-ci, car si l'on en croit Jay Haley (1979), « quand le thérapeute ne fait pas partie de la solution, c'est qu'il fait partie du problème ».

### **Rôle du thérapeute**

En médecine somatique, la masse considérable de travaux d'inspiration psychanalytique des Balint (1966 et 1972), puis de Schneider (1971), relatifs à la « compréhension » de la relation médecin-malade, a pour une large part fondé la discipline aujourd'hui appelée *psychologie médicale*. Schneider, par exemple, a très clairement dégagé l'importance des mécanismes de défense,

individuels et collectifs, devant la maladie : régression, dénégation et déni, formation réactionnelle, isolation affective, sont autant de réactions défensives face à l'atteinte narcissique. Il a proposé un *modèle analytico-synthétique* de la relation médecin-malade, qui se déclinerait en une dizaine de configurations relationnelles possibles (qu'il dénomme : scientifique, service de réparation, service d'entretien, du consultant, d'expert, d'aide, pédagogique, suggestive, de soutien, interpersonnelle subjective) ; pour lui, la « relation d'aide » est « héritière de siècles de charité religieuse et laïque » et « a occupé une place primordiale dans les soins médicaux hospitaliers et à domicile ». Il la décrit comme une fuite en avant dans une relation d'assistance et de bienfaisance, souvent en rapport avec une culpabilité inconsciente : « L'aide consiste à donner au patient ce dont on estime qu'il a besoin et à faire à sa place ce qu'on pense lui être utile. Ce modèle a influencé les services sociaux à leurs débuts, puis a été remplacé par d'autres modèles, mais il subsiste encore et le médecin est souvent tenté d'agir à la place de son patient, de faire par exemple telle ou telle démarche auprès d'un service administratif ou d'une autorité, même sans obtenir l'accord de l'intéressé ». Il définit la relation de soutien comme ayant « heureusement remplacé le plus souvent la relation d'aide qui maintient le patient dans une situation d'inférieur et d'obligé ».

C'est probablement pour éviter de sombrer dans de tels excès que Murray Bowen usait du terme d'entraîneur (*coach*) plutôt que de celui de thérapeute. Pour lui en effet, le processus thérapeutique peut s'assimiler à un entraînement (*coaching*), à l'instar de l'entraîneur sportif dont le rôle est à la fois de développer au maximum les performances des athlètes et de les aider à trouver leur véritable voie<sup>1</sup>. La métaphore du ruisseau peut également être utilisée : le thérapeute creuse le lit d'un ruisseau, dans lequel s'écouleront les paroles des patients ; ce ne sera peut-être pas lui qui verra l'eau couler, mais il saura qu'il a contribué à sa libre circulation. Nous avons vu que pour Guy Ausloos également, le thérapeute devait développer les compétences des familles à trouver en elles-mêmes leurs propres solutions. En aucun cas donc, il ne s'agit de résoudre un problème à la place de la famille ou d'un membre de celle-ci. Mais pour « repotentialiser » un patient et sa famille, encore faut-il suffisamment d'énergie et de recul sur ce que l'on est en train de faire... La première prise de recul sur soi doit faire s'effondrer l'illusion de la neutralité, pourtant prônée par les psychanalystes (mais, il est vrai, dans un autre cadre que celui-ci). Mais attention ici au contresens possible : la neutralité du thérapeute désigne en systémique, non sa disposition intrapsychique, mais l'effet qu'il fait à la famille : « L'effet pragmatique spécifique que [le] comportement total [du thérapeute] pendant la séance produit sur la famille » (Selvini et al., 1980) : un thérapeute est « neutre » lorsque la famille le considère comme tel, par exemple lorsqu'il n'a pas été possible de savoir à qui s'est allié (le thérapeute ayant alors réussi une alliance avec chacun des membres de la famille lors de l'entretien).

1 On pense à l'expression de Ross Ashby pour qui la cybernétique était l'art de trouver son chemin.

### Transfert d'affects et problème de la bonne distance relationnelle

Pour de nombreux systémiciens, en particulier ceux se réclamant de l'approche expérientielle, la neutralité est une naïve ambition de jeunesse à laquelle il convient de renoncer dès l'immersion quotidienne réelle dans le travail familial ou de réseau. Lynn Hoffman (1991), par exemple, estime que le thérapeute doit parler à partir de ce qu'elle dénomme une « position authentique » : « La "neutralité" au sens milanais (signifiant que le thérapeute ne prend pas parti) véhicule une connotation malheureuse. [...] Des termes tels que "multipartialité" (contribution de Harry Goolishian du *Galveston Family Institute*) ou "pluralité" (Laura Fruggeri du *Centre milanais*) paraissent plus corrects. La théorie est que le thérapeute doit soutenir chacun dans un effort pour trouver le sens derrière les actions ou événements, même les plus répugnants ».

« Un certain nombre de facteurs liés à l'attitude et au comportement du thérapeute ont été longtemps considérés comme thérapeutiques. Ainsi, la force de persuasion, la possibilité de créer une atmosphère amicale, l'action anti-démoralisatrice, la chaleur, l'empathie, l'authenticité des sentiments, la possibilité de parler de soi, et la considération positive inconditionnelle du patient, ont été invoquées. Il faut leur ajouter la compétence, le statut socioprofessionnel et la crédibilité [...]. Ce recueil des qualités générales représente moins un idéal vers lequel devrait tendre la formation des thérapeutes, qu'un bréviaire des vertus théologales, ou qu'une énumération des "musts" du charisme médiatique », a également écrit le cognitiviste comportementaliste Jean Cottraux (1988).

Là où Salvador Minuchin parle d'*affiliation* pour rendre compte de la nature intime très particulière de la relation thérapeutique, d'autres auteurs emploieront le terme de *collaboration* (pour Grégoire Evequoz [1984], par exemple, le thérapeute doit donner au « client » l'espace de collaboration « pour se sentir accepté et valorisé dans la relation ») ; tous insisteront sur l'importance primordiale de l'*empathie* comme moteur thérapeutique. Dans la pensée de Murray Bowen, « le clinicien s'emploiera plutôt à minimiser le transfert en ramenant systématiquement les individus aux relations qui auront exercé une influence déterminante sur leur évolution personnelle ou sur le fonctionnement de leur famille » (Papero, 1995).

L'abandon de l'illusion de la neutralité pose le problème de l'*empathie*, véritable bouteille à encre de la psychologie clinique, et qui s'entend ici au sens d'un partage bienveillant d'informations entre les soignants et les soignés. Il s'agit évidemment d'un important ressort de la *relation soignant-soigné*, particulièrement étudié dans le domaine de la *psychologie médicale* classique par M. Balint, dans celui des thérapies non directives par C. Rogers, et dans celui des thérapies systémiques par Norman L. Paul ; ce dernier distingue l'*empathie intellectuelle* de l'*empathie affective*, car il est évident qu'il existe plusieurs formes d'empathie.

Jacques Cosnier (1996) de son côté a distingué trois grands types d'empathie, à partir de ses travaux sur la communication :

- *L'empathie de représentation*, qui consiste en l'établissement d'une communauté de représentations imagées et conceptuelles servant de base à l'intercompréhension ;

- *L'empathie d'affect*, communauté d'affects responsable des phénomènes dits de « contagion émotionnelle » ;
- *L'empathie d'action*, reflétant en écho les expressions gestuelles.

Pour Nikola Jovic (1989), l'empathie évoque le partage, « c'est-à-dire la faculté de se mettre à la place d'une autre personne. Le mécanisme principal repose sur une identification partielle et limitée dans le temps avec le patient. L'empathie est la méthode de l'élaboration de contacts étroits dans le sens des émotions et des impulsions. L'intuition signifie la même chose dans le domaine des idées. L'empathie est la fonction du moi qui apprend, tandis que l'intuition semble être la fonction du moi qui observe ».

Mais c'est peut-être Carl R. Rogers qui a le mieux perçu intuitivement – car la thérapie rogérianne est totalement anti-intellectualiste – en quoi consistait vraiment ce « pont relationnel » entre un soigné et un soignant. Rappelons que Rogers avait dégagé quatre conditions essentielles au processus thérapeutique : la congruence du thérapeute dans sa relation avec le patient (engagement personnel authentique du thérapeute), la valorisation positive inconditionnelle du patient dans sa totalité (évoquant la connotation positive de Mara Selvini Palazzoli), l'empathie, et la communication au patient de quelque chose de sa compréhension empathique (le « retour » au patient des émotions que l'empathie a fait vivre au soignant, ce dernier ayant essayé de s'approcher au plus près de ce que pouvait ressentir le malade et des significations qui s'y attachaient). La reformulation, par le soignant, des sentiments perçus par empathie chez le patient, devenait alors le principal ressort de ce genre de thérapie très spéciale, dans laquelle les dérapages affectifs sont bien sûr à redouter.

S'interroger sur l'empathie revient donc à se questionner, à un niveau non seulement théorique mais aussi éthique, sur les limites à ne pas franchir dans la relation avec un patient ou une famille. Il n'en demeure pas moins vrai que les thérapies centrées uniquement sur l'intellectualisation, l'abstraction et l'interprétation, ont elles aussi montré leurs limites, ce qui a amené par exemple un praticien comme Philippe Bourgeois, s'interrogeant sur les relations entre émotion et guérison, à aller voir du côté de Davanloo (1978, 1980), au Département de psychiatrie du *Montreal General Hospital*, où les défenses de certains patients névrotiques, soigneusement sélectionnées, étaient « forcées » pour « accélérer » la cure, ce qui était à l'origine de décharges émotionnelles intenses, quasi cathartiques<sup>2</sup> : « Davanloo

2 Il faut toutefois préciser que Davanloo prenait le plus grand soin à sélectionner les patients qu'il entraînait dans ses psychothérapies très particulières. François Ferrero écrit que, pour Davanloo, « des critères tels que la sévérité des symptômes ou la durée de l'affection n'ont aucune valeur. Certains patients avec une pathologie apparemment minime et récente ne vont pas se révéler de bonnes indications pour sa technique de psychothérapie brève, alors que d'autres dont la pathologie est ancienne et plus grave, pourront en bénéficier. Ces critères de sélection ne peuvent être obtenus qu'au moyen d'une *trial therapy*, et comportent en particulier la qualité des relations humaines, la capacité à tolérer et à faire l'expérience de l'anxiété, de la culpabilité et de la dépression, une préoccupation psychologique, la motivation, et la capacité à répondre à une interprétation » (Ferrero F., 1989).

s'attaque aux défenses et résistances du patient. Mais ce faisant, il l'irrite, le provoque, fait monter la tension émotionnelle. Dans cette situation très structurée de ses premiers entretiens, qui peuvent durer de deux à cinq heures, il met le patient en crise. Une fois cette crise obtenue, une foule de choses se passent : atténuation massive des défenses avec émergence de l'inconscient, des pulsions, des sentiments douloureux, parallèlement à une très forte alliance thérapeutique. Mais aussi expérience émotionnelle correctrice, acceptation des interprétations, impact des suggestions, etc. » (Bourgeois, 1989). Nous ne sommes pas très loin du « cri primal » de Janov ou de la bioénergie de Lowen – pratiques basées sur l'encouragement de l'émergence de réactions affectives archaïques tout en tentant de catalyser la régression – qui ont donné lieu à des controverses passionnelles très importantes, d'autant que la difficulté n'est pas ici de « détruire » (mettre en crise) mais de « reconstruire » (re-édifier sainement).

Tout cela nous amène au concept de *résonance*, dégagé par Mony Elkaïm : les mouvements affectifs – transférentiels et contre-transférentiels dans un cadre analytique, et d'autre nature dans d'autres cadres thérapeutiques – doivent non seulement être pris en compte par le thérapeute mais aussi réutilisés de manière thérapeutique. Il faut être aussi à l'écoute de soi pour vraiment écouter les autres. Or cette écoute de soi peut révéler bien des surprises, tant de nature somatique que psychologique. C'est ainsi que face à une telle situation, le thérapeute repèrera en lui-même des phénomènes qu'il mettra sur le compte des concomitants physiologiques de l'anxiété (tachycardie, sueurs, sécheresse buccale, etc.) ou qu'il aura du mal à expliquer (douleurs diverses, crampes, etc.). Ces manifestations somatiques sont en général bien mieux étudiées par les adeptes des thérapies à médiation corporelle, leur servant d'indications diagnostiques, voire pronostiques. Sous l'impulsion de Mony Elkaïm, un courant est en train de se développer parmi les thérapeutes systémiciens, qui prennent désormais plus facilement en compte leurs modifications psychophysiologiques et leur vécu (sentiment d'impuissance, de nullité, etc.), et de moins en moins frileusement leurs manifestations corporelles intimes. Le postulat théorique d'une telle démarche est en effet que ce que ressent le thérapeute en entretien, au niveau cognitif ou viscéral par exemple, est utile au patient ou à la famille pour faire entrer le soignant dans la pièce en train d'être jouée, dans le but de renforcer les rôles attribués et non de les changer. De même, ce que ressentent entre eux les membres d'une famille est utile à confirmer une coconstruction du monde, commune et génératrice de dysfonctionnements à l'origine de l'émergence de symptômes cliniques. La résonance exprime alors l'accrochage relationnel, comme si une longueur d'onde commune avait été trouvée, permettant ainsi l'instauration d'une communication à un autre niveau, probablement analogique.

Pour conclure, nous dirons que la séance de psychothérapie est traditionnellement considérée comme un espace-temps privilégié dans lequel peuvent être « contenues » les émotions des patients, et de ce fait permettre à ces derniers d'accéder à d'autres choix existentiels possibles (supposés

« bloqués » émotionnellement). Bowen, probablement grâce à sa formation psychanalytique, a particulièrement mis en évidence les dangers d'une absence de neutralité émotionnelle de la part du thérapeute. Non seulement ce dernier prend des risques pour lui-même, mais il en fait encourir à la famille, puisqu'il risque de bloquer sans le vouloir la résolution des problèmes. D'où finalement le danger d'un altruisme sauvage, incontrôlé. Ce dont il est question en effet, c'est bien de la gestion des mouvements affectifs en jeu dans une relation thérapeutique. Bowen (1978) explique que, à partir du moment où un thérapeute envoie un message implicite du type : « Croyez en moi, faites-moi confiance », il y a risque de dérapage, par exemple sous la forme d'une érotisation de la relation. Parlant de la relation très particulière patient-guérisseur, il dit que « ce type de relation ne marche que s'il existe un très haut niveau d'émotivité et un rapport minime avec la réalité ». À l'opposé, une relation extrêmement technique, froide – telle qu'une relation entre un patient et un radiologue, par exemple, encore qu'il existe des radiologues soucieux de mettre à l'aise le patient – n'est basée que sur des éléments de réalité (ici le savoir-faire du radiologue et les résultats techniques qu'il obtient). La relation soignant-soigné en thérapie systémique pourrait alors se concevoir comme se situant à mi-distance entre ces deux extrêmes, dans une zone de « médiocrité » au sens étymologique du terme : les critères d'un juste milieu.

### Techniques de supervision

L'idée d'une supervision d'un thérapeute par un autre, d'un thérapeute par un groupe de thérapeutes, ou d'un groupe de thérapeutes par un autre groupe de thérapeutes, est rapidement apparue comme une nécessité en thérapie familiale, et pas seulement en thérapie familiale systémique. L'idée de base est d'ailleurs empruntée aux psychanalystes, qui avaient su en pointer les limites : « La supervision comporte un risque tôt repéré au sein des sociétés de psychanalyse [...], qui consiste en la tentation de l'ainé d'inciter son élève à lui ressembler plutôt qu'à se développer soi-même, de l'induire à participer à une croyance collective ou à reproduire en lui-même une façon de penser propre à une école » (Bonard, 1989).

Mais la supervision de type systémique est d'une autre nature que celle analytique : non pas tant parce qu'elle présuppose un travail d'équipe (lequel est d'ailleurs né bien avant les thérapies familiales...), mais parce que ce travail d'équipe en direct (c'est-à-dire non différé) transforme radicalement la façon dont les thérapeutes interagissent avec leurs patients : « Non seulement on a élargi le champ d'observation, non seulement une vision "binoculaire" de la famille est devenue possible grâce à la vision simultanée du thérapeute et du superviseur, mais les observateurs eux-mêmes ont été "multipliés" et chargés de s'observer entre eux. On en arrive à une grande complexité ; l'observateur s'observe lui-même en train de s'observer. [...] C'est la grande révolution de la supervision directe : la création d'un double niveau simultané d'observation (et d'interaction) qui permet de produire un système autocorrectif bien plus efficace que celui d'un thérapeute isolé

ou même de la dyade thérapeute-superviseur indirect, utilisés depuis toujours dans le travail psychothérapique » (Selvini-Palazzoli, 1971).

Le but de la supervision est thérapeutique : il s'agit d'empêcher la famille de recréer avec le thérapeute, par isomorphisme<sup>3</sup>, ce qu'elle est habituée à vivre au quotidien dans ses interrelations. Paolo Menghi (1981) a bien décrit la « phagocytose » du thérapeute par certaines familles : « De telles familles tendent rapidement à former dans l'échange avec le thérapeute des systèmes thérapeutiques rigides, parce qu'incapables de faire évoluer le rapport homéostasie-transformation et donc de modifier ses propres équilibres au cours de la thérapie. Le thérapeute peut alors aboutir au renforcement des modalités transactionnelles mêmes qui ont amené la famille en thérapie ».

À ce terme de *supervision*, Mara Selvini-Palazzoli et son équipe préfèrent utiliser l'expression de *consultation d'observation*, qui présente à leurs yeux l'avantage de supprimer la différenciation hiérarchique, non entre le supervisé et le superviseur – ce serait une ineptie – mais entre le groupe supervisé et le groupe supervisant : le postulat est ici qu'il existe une structure égalitaire des groupes entre eux.

Dans les années 1970, le mérite revient probablement à Montalvo (1973) d'avoir insisté, un des premiers, sur l'importance capitale de la supervision directe et du travail d'équipe dans la formation des jeunes thérapeutes ; ce fut sa collaboration avec Minuchin qui le convainquit de cela<sup>4</sup>. Puis dans les années 1980, les techniques de supervision se sont largement développées, pour finalement revêtir un peu moins d'importance de nos jours, peut-être à cause de la lourdeur du processus à mettre en place, peut-être aussi parce que l'étude du vécu des thérapeutes au contact direct des patients paraît plus intéressante que celle des dysfonctions des familles, observées de manière clinique et aseptisée, comme Cuvier décrivait en son temps ses « espèces » animales.

Carl Whitaker avait une conception originale de la supervision, laquelle impliquait la mise en œuvre de quatre niveaux en interaction :

- « 1 – la dynamique personnelle du thérapeute ;
- 2 – le fonctionnement professionnel du thérapeute ;
- 3 – le processus de la psychothérapie, qui se caractérise par deux aspects principaux : a) le processus de l'entretien (ce qui se passe pendant la séance) ; b) le processus administratif (comment faire venir les familles, les rapports avec les professionnels d'autres disciplines, ainsi qu'avec d'autres administrations et d'autres types de travail thérapeutique) ;
- 4 – la compréhension de la dynamique de la famille (à quoi ressemble cette famille ? comment fonctionne-t-elle ?) » (Connell et al., 1995).

3 Par isomorphisme, ou par « contamination » (*mirroring*), dans un souci homéostatique : parce qu'il se retrouve « englué » dans la reproduction inconsciente des jeux – et enjeux – relationnels familiaux, le thérapeute n'est plus en mesure d'aider la famille à avancer dans un quelconque processus thérapeutique.

4 Minuchin avait déjà ressenti l'importance de la supervision en travaillant avec Auerswald et Montalvo à l'école Wiltwyck pour jeunes délinquants, à New York.



En pratique, les supervisions peuvent concerner :

- soit des demandes d'approfondissement de *situations cliniques*, avec étude détaillée des antécédents familiaux et du contexte actuel, analyse des difficultés ressenties par les thérapeutes, élaboration d'hypothèses de travail ; ces supervisions sont elles-mêmes à répartir en deux groupes :
  - la supervision dans laquelle un soignant présente au superviseur une situation clinique qu'il a personnellement vécue et pour laquelle il a éprouvé une certaine difficulté (d'où sa demande d'avis technique). Dans ce cas, la supervision est de type duel. Il n'existe pas d'autre personne dans la pièce que le supervisant et le superviseur, l'échange restant confidentiel ;
  - la supervision dans laquelle un soignant rend compte, en public, à un superviseur, de son propre travail. Le public est constitué le plus souvent de collègues participant au même groupe de travail et acceptant d'être supervisés chacun à tour de rôle selon ce même procédé groupal.
- soit des demandes d'approfondissement de *l'organisation institutionnelle*, avec étude des places et des rôles de chacun, de la manière dont circule l'information, de l'état d'avancement du projet thérapeutique institutionnel ; la supervision met en évidence non seulement les failles liées à l'approche parfois maladroite d'une situation familiale complexe, mais aussi – et peut-être surtout si l'on en croit Charles Heim (1996)<sup>5</sup> – les failles du fonctionnement institutionnel. La règle de la confidentialité s'applique ici au groupe ;
- soit des demandes d'approfondissement des *inter-relations personnelles entre les membres de l'équipe*, avec ici la nécessité d'une « mise à plat » des griefs et rancœurs jusqu'alors contenus.

Reprenant une distinction lacanienne édifiante, Philippe Kinoo (1998) en est arrivé à la conclusion intéressante que la supervision de clinique avait à voir avec le réel et la décision, la supervision d'organisation relevait du symbolique et de l'autorité, et la supervision des relations était du domaine de l'imaginaire et du pouvoir.

Quelle que soit la formule choisie, il convient de respecter l'esprit d'une supervision, à savoir : quels sont les problèmes que pose l'intervention dans une famille à tel ou tel soignant, ou à telle ou telle équipe. Chaque supervisant doit en effet se demander : Pourquoi ai-je tel ou tel problème avec cette famille ? Quel en est le sens ? Quelle en est la fonction ? Vers quoi tout cela peut-il déboucher ?

Dans le cadre d'une supervision intra-institutionnelle – laquelle est souvent demandée lors d'une situation de crise institutionnelle –, la recherche de dysfonctionnements d'équipe aboutira souvent à la mise en évidence d'alliances délétères. Inspiré par la théorie des triangles de Murray Bowen,

5 Charles Heim écrit à ce propos : « L'analyse du travail révèle trop souvent que la majeure partie des difficultés que les équipes rencontrent relève de la gestion du travail, des relations au sein des groupes, au sein des services, et avec les partenaires des autres institutions, plutôt que de la situation des clients ».



Jay Haley a décrit des *triangles pervers* ou collusion consistant en l'alliance entre deux individus de générations différentes ou de niveaux hiérarchiques différents sur le dos d'un troisième (de la même génération ou du même niveau hiérarchique que le premier individu)<sup>6</sup>. Ces triangles ont toujours une histoire complexe. Pour avoir quelque chance de les assouplir, et d'amener prudemment les protagonistes à des changements dans leur propre fonctionnement, le superviseur a la tâche délicate d'établir un espace de paroles dans lequel chacun se sente entendu. Pour cela, le superviseur adopte généralement à la fois une « position basse » de « non-décideur » (la seule qui permette vraiment l'émergence d'une demande) et une position de « catalyseur » de l'information et de la charge affective qui lui est liée. Ce genre d'évaluation pourra s'avérer aidante à l'approche thérapeutique du patient, dans la mesure où non seulement elle clarifie les places des intervenants, mais aussi redonne du sens au travail clinique de chacun, et encore permet à l'équipe de s'interroger sur ce que la famille arrive à faire reproduire au niveau institutionnel, par un phénomène d'isomorphisme.

## Grands principes d'interventions systémiques familiales

### Principe de la « marge de manœuvre »

Le thérapeute familial systémicien – mais ceci est valable pour tous les thérapeutes rompus à la psychothérapie – s'efforce de garder une « marge de manœuvre » dans les réponses qu'il renvoie à ses patients. Il garde ainsi plusieurs possibilités stratégiques (de repli, d'attente, etc.) et ne bloque pas le patient dans sa propre vision du monde. Il lui fait comprendre qu'il l'a compris donc, mais qu'il ne pense pas forcément comme lui : il peut expliquer, dans une démarche rogérienne, que peut-être penserait-il comme lui, si lui aussi se trouvait à la place du patient. Cette attitude évite au thérapeute de prendre position (pour, ou contre un tel ou une telle...) et préserve donc tous ses choix.

De même, lorsqu'il décide de faire une injonction, doit-il préciser qu'il n'est pas certain du résultat, puisque ce dernier dépendra non de la pertinence de la tactique employée, mais de la compétence du patient à la mettre en application. Autrement dit, le thérapeute ne s'attribue pas l'insuccès de l'opération, renvoyant le patient au fait que ce dernier n'était pas encore totalement prêt à mener à bien la consigne qu'il avait reçue.

On a alors reproché aux systémiciens de ne jamais vouloir se « mouiller », adoptant des positions non engagées, mouvantes, de « surfer » habilement

6 S. Minuchin décrira à son tour les *triades rigides*. M. Selvini (1984) parlera de *coalition niée* pour rendre compte des phénomènes d'alliance secrète de deux individus (A et B) contre un troisième (C). À son tour, T. Caplow (1984) a décrit, dans une relation hiérarchique où A est supérieur à B lequel est supérieur à C, trois types d'alliance : *conservatrice* (A et B s'allient contre C pour un *statu quo* hiérarchique), *révolutionnaire* (A est déchu de son pouvoir car B et C s'allient contre lui), et *illégitime* (B est disqualifié par l'alliance des extrêmes A et C).

sur la relation ; si leur réserve est calculée, et indispensable lors des premiers entretiens avec une famille, au fur à mesure que le travail psychothérapeutique progresse, les thérapeutes systémiciens arrivent à mieux cerner les constructions du monde de chaque protagoniste, et ainsi à comprendre dans quelle direction il est possible d'aller ; ce n'est qu'à ce moment-là de la thérapie qu'ils pourront, s'ils l'estiment utile, devenir directifs, tout en restant humbles ; en effet, ils ne peuvent prévoir la façon dont la famille gèrera l'injonction : le résultat est nécessairement incertain. D'ailleurs, le thérapeute n'a pas à préjuger d'un éventuel « bon chemin » que la famille aurait à prendre ; il doit révéler aux membres de la famille les compétences qu'ils possèdent – et méconnaissent – pour sortir d'une crise, d'une impasse, ou d'un jeu relationnel très inconfortable : ce sont eux qui trouveront un nouvel équilibre, s'ils sont aidés dans leur recherche.

### Position basse

Une « position haute », liée à un « savoir supposé » du thérapeute<sup>7</sup>, à cause de la sélection explicative réductrice (et parfois erronée !) qu'elle induit, fait encourir un grave risque de blocage de l'émergence des solutions que pourrait avancer la famille.

Le thérapeute évite donc d'occuper la place d'« expert », pour adopter plutôt une « position basse », modeste mais ferme, laquelle pourra d'ailleurs évoluer au fur et à mesure de la prise en charge. La connaissance de la famille qu'aura ainsi le thérapeute évoluera parallèlement à la connaissance qu'acquerra la famille d'elle-même. Tout se passe comme si le thérapeute amorçait une sorte de processus d'apprentissage, dans une démarche commune de recherche de solution avec la famille. Cette *position de non-savoir apparent* est donc savamment calculée : elle est destinée à faire le lit de l'écoulement d'associations d'idées permettant ensuite l'éclosion de nouvelles possibilités, et parmi elles, de « la » solution que finira par trouver la famille.

Cette « position basse », parce qu'elle suppose la collaboration active des interlocuteurs, a reçu l'appellation de *thérapie en collaboration* (*collaborative therapy*).

### Recadrage

Pour paraphraser Épictète, il serait possible de dire que ce sont finalement moins les choses elles-mêmes qui nous dérangent ou nous font souffrir, que l'opinion que nous avons d'elles. Le thérapeute s'efforce donc de travailler en priorité avec le patient la vision qu'a ce dernier de son problème, la

7 Et non à un « sujet supposé savoir », car dans la théorie analytique lacanienne, le patient sait, mais ne sait pas qu'il sait. Il est un « ignorant sachant », en ce sens que c'est par l'aide du thérapeute qu'il découvrira, en lui, sa propre vérité. Pour accéder à cette démarche, et arriver à formuler les choses ainsi, le patient place le thérapeute en position haute de « sujet supposé savoir ». Le thérapeute systémicien, bien que placé en position haute par le patient et la famille, du fait de son statut, se place lui-même en position basse, dans une optique stratégique.

façon dont il l'aborde, le combat ou au contraire s'y soumet, ainsi que les répercussions familiales et environnementales de ce problème. Il cherchera à modifier le point de vue conceptuel et/ou émotionnel de la personne sur son problème, en le replaçant dans un autre cadre afin d'en changer la signification et la portée.

Deux grands types de métaphores peuvent être utilisés, renvoyant chacun à deux démarches thérapeutiques sensiblement différentes :

- celle de la bouteille à moitié vide : au lieu de se lamenter sur ce qui n'est plus (aspect négatif), il est possible d'espérer sur ce qui reste (aspect positif) : une bouteille, si elle est à moitié vide, est donc à moitié pleine. On amène le patient à considérer une même réalité différemment, mais son angle de vue reste le même : ici, assis face à une bouteille posée sur une table, c'est uniquement la manière intellectuelle, abstraite, dont il voit la chose qui colore son humeur (tristesse du vide, ou joie du plein...) ;
- celle du sommet de la montagne : on conduit le patient au sommet de la montagne afin qu'il contemple d'en haut la vallée ; il s'apercevra ainsi de l'existence d'autres chemins que celui qu'il empruntait jusqu'alors et qu'un éboulement avait obstrué. La démarche est donc différente : le thérapeute fait gravir des étapes au patient, au cours desquelles peu à peu émerge l'idée d'autres solutions possibles à son problème. Le thérapeute ne lui dit pas quelle est la meilleure voie ; simplement, lui permettant de prendre de la hauteur sur son problème, il lui ouvre d'autres possibilités ; il « augmente le champ de ses possibles » selon la formule de Mony Elkaïm. De ce fait, il relativise la gravité du problème et le rend plus supportable.

Lorsqu'un thérapeute demande à un patient, ou à une famille, de renoncer à persévérer dans des voies qui lui semblent inadéquates, pour en envisager d'autres plus opérantes, il contraint ses interlocuteurs à modifier leur rapport avec la situation problématique qui les bloquait jusqu'alors. Les théoriciens de l'École de Palo Alto appelaient cette prise de recul une opération de changement de type 2, car elle permet de dissocier deux niveaux : celui comportemental (ici, les efforts concrets entrepris pour résoudre le problème dans la réalité), et celui cognitif (ici, la représentation mentale nécessaire pour construire une autre solution au problème). On retrouvera ces deux niveaux dans la technique des injonctions comportementales (pour le premier) et dans celle du recadrage (pour le second).

Au total le recadrage, grâce à la redéfinition, permet d'expliquer un comportement inapproprié, symptomatique, comme une conduite qui pourra être modifiée ; ainsi disparaît l'implication d'immuabilité du symptôme.

## Gestion temporelle des séances

Les thérapeutes familiaux peuvent se situer entre deux grandes attitudes :

- celle de la régularité incontournable des séances (à l'instar des psychanalystes exigeant le paiement d'une séance à laquelle n'a pas assisté l'analysant) ; le cadre est strict, basé sur le modèle légal de l'engagement réciproque synallagmatique de deux parties qui se lient contractuellement.

Le suivi judiciaire sous contrainte de familles incestueuses en représente une illustration : la famille, mais aussi indirectement les thérapeutes, ont là des comptes à rendre à l'autorité judiciaire ;

- celle, plus souple, de l'absence de régularité entre les séances. Ce peut être la famille qui demande un rapprochement des rendez-vous, ou un espacement ; mais ce peut être aussi le thérapeute, dans un souci justement thérapeutique : pour travailler indirectement le paramètre de la relation au temps, lorsqu'il apparaît perturbé dans certaines familles (temps arrêté avec tendance à l'immuabilité, ou au contraire temps agité avec crises permanentes), ainsi que l'a décrit Ausloos. En ajoutant des séances supplémentaires, en variant leur durée, il est possible d'assouplir le rapport au temps des familles à la montre immobile, tandis qu'en espaçant les séances, on apprend la patience aux familles vivant en accéléré. Ce qui advient dans le cabinet d'un thérapeute ne doit pas être au centre de la vie des patients et de leurs familles. Ainsi, le thérapeute ne se rend pas indispensable ; il oblige les familles à trouver en elles-mêmes leurs propres solutions, faisant appel à leur compétence pour cela. Plus la famille saura puiser dans ses propres ressources, plus pourront s'espaçer les séances.

L'existence d'une situation de crise peut entraîner des modifications dans les habitudes de suivi d'une famille, lorsque celle-ci émerge en plein milieu d'une prise en charge. Tout le monde a alors la désagréable impression que le temps se précipite et qu'« il faut faire quelque chose » rapidement. En fait, de plus en plus de thérapeutes s'accordent à dire que la crise peut représenter, certes un risque de déstabilisation, mais aussi une chance pour un nouveau départ : la réorganisation ne va pas sans une désorganisation initiale.

Quelle que soit la technique utilisée, un bilan de fin de prise en charge s'impose, non seulement « pour bien se quitter » mais pour ponctuer un travail accompli, quitte à repartir sur un nouveau contrat, lequel permettra de cadrer temporellement l'intervention thérapeutique.

Il arrive également que les membres de la famille demandent s'ils pourront revenir consulter, au cas où ils auraient à nouveau un problème. Si d'un côté il convient de leur laisser la porte ouverte, d'un autre il faut prendre garde à ce que le recours au thérapeute ne constitue une solution de facilité. Aussi une réponse du style : « Oui, vous pourrez revenir. Mais donnez-vous encore une semaine de réflexion », indique à la famille qu'elle possède ses propres ressources pour tenter de résoudre elle-même le problème, au moins dans un premier temps.

Pour Bowen, l'essentiel n'est pas ce qui se joue pendant les séances, mais entre elles : le thérapeute accordera bien plus d'importance à ce qu'auront pu faire les membres de la famille, en dehors de lui-même, qu'à la verbalisation qu'ils lui en feront. « La séance devient donc un intermède où l'on parle de ce sur quoi on a travaillé, des succès éventuels qu'on a remportés et des informations nouvelles qu'on a recueillies sur soi-même – les relations réelles et quotidiennes, et non celle entretenue avec le clinicien, deviennent ainsi le principal laboratoire où s'affine la différenciation du soi » (Papero, 1995).

Le fait de prédire, avec un certain pessimisme calculé, la survenue de rechutes qui amèneront la famille à reprendre contact avec l'équipe peut, à la manière d'un défi, inciter les membres de la famille à prouver aux soignants qu'ils ont pu, ensemble et par eux-mêmes, gérer certains remous malgré les prédictions...

L'arrêt de la thérapie est également un grand problème, surtout lorsqu'il s'agit d'une problématique liée à une situation de maltraitance, à des troubles des conduites alimentaires ou à un fonctionnement psychotisant. « Il est toujours difficile de dire si une thérapie de famille est terminée. La famille, en tant que système vivant, continue sa route marquée de nouvelles divergences d'intérêts et de nouveaux conflits qui peuvent parfois menacer son existence même », écrivent Philippe Caillé et al. (1993).

Il faut savoir résister à la curiosité malsaine consistant à poursuivre indéfiniment un traitement, pour « en savoir toujours plus » sur une famille. « Cela doit être considéré comme dangereux lorsque l'on sait que la plupart des familles vont heureusement sans aide extérieure à travers leurs crises et leurs phases de séparation. Un traitement considéré comme utile par les thérapeutes, mais non par la famille, risque de causer plus de dommages que de bien. En mettant les choses au mieux, ce type de relation thérapeutique mettra bientôt la famille en fuite et compromettra définitivement les chances de rétablir un contact ultérieur » (Caillé et al., 1993).

## Panorama des différentes techniques systémiques

Construisant sa propre méthodologie de travail, l'intervention systémique se devait de créer aussi ses outils propres, d'où la naissance d'une « technologie systémique » si l'on peut dire, devenue de plus en plus interventionniste au fil du temps ; car il y a eu beaucoup de chemin parcouru, en passant de l'intimité des confidences d'un cabinet de consultations feutré comme un sanctuaire, à la technique du *reflecting team* par exemple. Certes, les mêmes principes éthiques de secret professionnel demeurent, ainsi que le respect de chaque membre de la famille. Pour faire le lien avec ce qui précède, nous allons dans un premier temps envisager les différentes techniques d'entretien, avant d'étudier, un par un, les outils thérapeutiques qui leur sont spécifiques.

### Importance du confort relationnel

Le « confort » du thérapeute et des patients en entretien est une question souvent négligée, voire occultée<sup>8</sup>. Elle nous apparaît pourtant primordiale. Lorsque Sigmund Freud installait confortablement ses analysants sur un divan et se soustrayait à leur vue, ne jetait-il pas ainsi les bases d'une technique fondée sur la libre association d'idées, dont on a un peu vite oublié qu'elle reposait d'abord sur la confiance envers le thérapeute et ensuite sur une forme de relaxation psycho-corporelle ? Ce second aspect, créateur

8 Par confort, nous voulons dire *aisance*, à la fois relationnelle (se sentir bien dans la relation avec l'interlocuteur), et matérielle (être confortablement assis, disposer d'un laps de temps suffisant pour parler des problèmes, etc.).

d'intimité relationnelle, est pourtant un ressort essentiel de la psychothérapie analytique, et par extension des autres techniques qui en sont dérivées.

En dehors du cas particulier d'une intervention imposée en situation d'urgence ou de crise, les thérapeutes s'efforceront donc de prendre leur temps, de veiller à ne pas être bousculés par d'autres entretiens à venir, de ne se consacrer qu'à l'entretien en cours (en pensant à débrancher le téléphone pour ne pas être parasités par quelque appel intempestif, par exemple), d'installer confortablement les patients et les autres soignants sur des sièges adéquats, etc. Autant de détails très concrets, dérisoires pour certains, mais qui ont chacun leur importance, surtout dans des techniques très sensibles au cadre dans lequel se déroulent les entretiens.

Il arrive même à des thérapeutes particulièrement créatifs de « rebondir » sur un détail matériel qui, de ce fait même, revêt une importance toute particulière : « Ah ! Vous vous asseyez sur la chaise qui a un coussin rouge, et vous avez une chemise rouge. Est-ce que vous pourriez me dire ce que vous évoque cette couleur rouge ? » (couleur du bonheur et du mariage dans la culture chinoise) peut parfois être un mode quasi ludique d'entrée en matière pour déridier une tension anxieuse.

Il n'est pas rare de ressentir en entretien un certain malaise, face à des patients psychotiques (le malaise alors ressenti étant parfois utilisé par le thérapeute comme un véritable indice en faveur de la psychose). De même, l'envie soudaine de terminer un entretien dans les plus brefs délais, signant presque toujours des velléités de rejet – voire une authentique volonté de rejet – du malade par le thérapeute, est utile à confirmer au patient qu'il ne peut être que rejeté. Nous avons vu précédemment que le soignant devait toujours s'interroger sur ce que lui faisait vivre la situation particulière d'entretien clinique (ou, sur un autre plan, de supervision). Le vécu particulier du soignant sert, d'une certaine façon, à l'interlocuteur, ou du moins, il remplit une fonction que le thérapeute se doit de décrypter.

## La question des places

L'agencement spatial choisi par le groupe constitué par le(s) thérapeute(s) et les membres de la famille peut être lui-même objet d'étude, en s'inspirant par exemple des travaux de sociométrie de Moreno sur les échanges interrelationnels, travaux qui furent à la base de l'élaboration de sa technique du psychodrame. Le thérapeute pourra ainsi être amené à commenter et recadrer une disposition spatiale émergente, car insolite ou au contraire itérative (par exemple celle bien classique en pédopsychiatrie, de l'enfant restant « collé » à sa mère tout au long de la séance d'entretien, le père restant assis à l'écart, à quelques mètres de la dyade).

## Disposition spatiale des places en entretien

Trois règles d'or président à la mise en place de tout entretien systémique, qu'il s'agisse d'entretiens familiaux ou de réunions de travail entre professionnels :

- d'abord celle de la libre circulation de l'information et de la possibilité d'échange des différents points de vue. Cette circulation de l'information

entre le soignant et le patient ou entre tous les membres d'un collectif soignants-soignés est indissociable de la compétence de chacun à parler de la place qu'il occupe et qui lui est reconnue par les autres<sup>9</sup>. La disposition circulaire des places demeure un schéma d'organisation idéal, dans la mesure où le nivellement qu'il induit *de facto* fait qu'il ne peut plus y être question de préséance<sup>10</sup> ;

- la deuxième règle consiste à laisser chacun choisir sa propre place, en tenant compte évidemment de l'ordre d'arrivée des intervenants. Le thérapeute devra s'installer en dernier, ce qui fait que ce sera la famille qui lui désignera en quelque sorte sa place. Il peut également demander à la famille à quel endroit il peut s'asseoir, et pourquoi, ce qui peut tout à fait constituer une entrée en matière ;
- la troisième règle est de disposer devant la famille davantage de sièges vides qu'il y a de participants attendus pour l'entretien ; au moins une place restera donc vacante. Ce principe, établi en dogme par Minuchin, non seulement permet au thérapeute de se faire une idée des distances émotionnelles existant dans la famille, mais aussi évite à ce dernier de combler le vide laissé par la famille.

Si certains thérapeutes prévoient un ou plusieurs sièges particuliers (par exemple une petite chaise d'enfant, un tabouret, un confortable fauteuil, une chaise un peu vieillie, etc.), ce qui permet d'étudier qui se mettra à cette place et dans quelles circonstances, la majorité des cliniciens utilisent des sièges identiques, uniformes, sans singularité distinctive apparente au premier coup d'œil.

### Places laissées vides

L'existence d'une ou plusieurs chaises surnuméraires par rapport au nombre de participants lors de l'entretien, et donc laissées volontairement vides, du fait de l'absence d'un ou plusieurs protagonistes, peut être l'occasion d'une discussion intéressante sur la place et la fonction de chacun. À la suite de Salvador Minuchin, Edith Goldbeter-Merinfeld a exploité cette idée fructueuse en conceptualisant ce qu'elle a appelé le « tiers absent ». Ainsi désigne-t-elle celui dont on ressent le plus spécifiquement l'absence (toutes les personnes disparues ne sont pas nécessairement des tiers absents). Son expérience de psychologue systémicienne lui a appris que bien souvent les familles attribuaient inconsciemment au thérapeute la place d'un des leurs qui, absent lors des séances (car invalide, décédé, etc.), jouait un rôle de

9 Il est habituel de disposer les sièges en rond, autour d'un centre laissé vide ou occupé par un petit meuble. Toutefois, certains thérapeutes se sentent plus à l'aise en étant assis derrière un bureau, ce qui leur facilite la prise de notes, mais établit une sorte de rempart entre eux et les membres de la famille. Là encore, il est important de faire comme on le ressent, de manière à préserver un maximum de confort relationnel.

10 La légende raconte que le roi Arthur avait eu l'idée de la *table ronde* pour disposer ses Chevaliers de manière à ce qu'aucun d'eux ne pût dominer quiconque, afin d'éviter tout litige lié à des questions protocolaires sensibles. Jean Miribel et son équipe (1989) ont cependant opté pour « une disposition en U ouvert sur le mur comportant la glace sans tain et la caméra, un tel espace "normé" par la présence des cothérapeutes réintroduisant par la disposition spatiale la cohérence du dispositif thérapeutique ».

premier plan dans l'équilibre émotionnel du système. Ce personnage clé, totalement incontournable et irremplaçable, pèse sur tous les autres membres de la famille, d'où l'expression de « tiers pesant ».

Elle explique que le fait de placer le thérapeute en position de tiers absent est nécessaire au misonéisme familial : « Je tends à considérer la rencontre thérapeutique comme l'étape d'une recherche par la famille d'un nouveau tiers pesant en la personne du thérapeute. La famille ne demande pas un changement, mais le retour à l'état antérieur au sein duquel le tiers maintenant absent, permettait un fonctionnement particulier. Elle se tourne vers le passé alors que le thérapeute voudrait susciter un changement qui dynamiserait la famille vers le futur. Il peut se sentir lié, limité dans ses actions, encombré par les oripeaux du tiers absent dont il s'est laissé vêtir puisque tout se passe comme si la famille lui offrait cette place restée vacante » (Goldbeter, 1994). Le thérapeute se trouverait donc face à un double message, du style : « Remplacez notre absent... Mais sachez qu'il est irremplaçable ! » S'il est mis ainsi par la famille à la place du tiers absent, le thérapeute ne peut que se poser la question : « Est-ce qu'il y avait avant moi quelqu'un qui occupait cette même place dans la famille ? » Dans un contexte de travail sur lui-même, il peut également se demander s'il n'a pas occupé cette place au sein de sa propre famille.

Le tiers pesant peut être n'importe quel membre du système ayant réussi à établir une relation d'emprise particulière : « Le tiers pesant peut avoir été un enfant jouant un rôle particulier dans la gestion des relations au sein du couple de ses parents, une belle-mère "à cause" de qui des partenaires se disputent à tous propos, grâce à laquelle (parfois à son insu) une proximité inconfortable est évitée, un amant ou une maîtresse qui contribue à maintenir l'atmosphère "neutre" au sein du mariage, ou qui au contraire concourt à y perpétuer un climat passionnel, et enfin un thérapeute individuel » lequel, écrit-elle, est « toujours au milieu du lit conjugal, intensifiant les échanges entre conjoints ou les anesthésiant »<sup>11</sup>. Au fil de la thérapie, le thérapeute passera d'une place de tiers pesant vers une place de tiers léger, c'est-à-dire sortira progressivement de la vie de la famille, dont il aura stimulé la compétence à résoudre elle-même ses problèmes.

### Changement de place lors de l'entretien familial

Deux techniques sont ici possibles : dans l'une, classique, chaque intervenant reste à la même place, au fil des séances (par exemple, l'enfant sera face au thérapeute et les parents de chaque côté de l'enfant). Si un protagoniste vient à manquer, sa chaise est laissée vide, volontairement, ce qui souligne l'importance de ce tiers absent.

11 Toute cette étude sur la place des uns et des autres en entretien n'a d'intérêt que dans la mesure où elle permet d'inférer des stratégies thérapeutiques particulières liées au postulat selon lequel, en dehors des entretiens, les protagonistes occupent ces mêmes places. Tout se passe en effet comme si l'entretien systémique servait de révélateur à ce qui se passait au dehors. Cela permet ainsi aux thérapeutes de comprendre à quelle place ils sont mis en fonction de ce qu'attend d'eux la famille : un rôle d'arbitre, de juge, d'exclu, d'incompétent, etc. Le plus souvent, quelqu'un au sein de la famille jouait déjà ce rôle, et la place, devenue vacante, se trouve attribuée à un soignant.



Dans l'autre technique, qui combat le misonéisme des places, la disposition des protagonistes est aléatoire. Il arrive aussi que le thérapeute change volontairement de place, de séance en séance, pour faire « tourner » les membres de la famille et éviter que rien ne se fige. Parfois même, au cours de la séance, le thérapeute induit des permutations, en changeant de place lui-même (par exemple : « Je ne vous entends pas bien, alors permettez-moi de m'approcher un peu de vous... »), ou en demandant aux protagonistes eux-mêmes d'en changer, afin de donner une autre tournure signifiante à l'entretien. Carl Whitaker raconte que face à une famille dont les membres avaient « inconsciemment projeté l'image de la structure familiale dans la façon dont ils s'étaient assis, en les laissant changer de place, [il] avait effectué un changement symbolique dans la structure de la famille » (Napier et Whitaker, 1978).

Il appartiendra à chaque thérapeute de faire selon ce qu'il ressent ; ici comme ailleurs il est impossible de calquer une technique apprise auprès d'un formateur, puisque tout est affaire de contexte. En revanche, il est toujours possible d'interrompre l'entretien à tout moment, en expliquant que l'on a besoin d'un petit temps de réflexion ; la reprise de l'entretien peut alors s'effectuer dans des conditions différentes.

### Différents types d'interventions systémiques

Selon l'approche théorique de l'intervenant (structurale, stratégique, contextuelle, etc.), le cadre de l'intervention, le contenu et les objectifs varieront substantiellement. De même, selon la mission initialement fixée (aider un jeune toxicomane à se sevrer de son addiction et à prendre ses distances par rapport au milieu délétère de ses fournisseurs, instaurer une médiation pénale dans le cas d'une famille à transactions incestueuses, permettre à un couple de traverser leur « second mariage », etc.), la démarche sera complètement différente, voire ne s'inscrira pas dans une logique thérapeutique (cas d'un travail de supervision relationnelle d'entreprise, par exemple). Enfin, ce qui se jouera dans une consultation privée, en exercice libéral, sera bien différent d'une visite à domicile ou d'une pratique de réseau. La pratique systémique est donc multiple, à l'image des grands courants qui la traversent, des fortes personnalités de cliniciens éminents qui l'utilisent, et des objectifs qu'elle se fixe.

### Travail d'équipe

La pratique de la thérapie familiale systémique est un *travail d'équipe*. Ce travail, représenté *a minima* par la *cothérapie* (sous forme d'un « tandem thérapeutique »), est intéressant non seulement dans un souci d'apprentissage (d'ailleurs jamais achevé...), mais aussi pour développer le style personnel de chacun des membres de l'équipe thérapeutique. Dans l'idéal, « une équipe qui fonctionne sans compétition, ni division, aide ses membres, avec le temps, à apprendre à mieux se connaître en tant que thérapeute et donc en tant que personne » (Selvini et Selvini-Palazzoli, 1993). Fernand Seywert (1997) estime que « c'est surtout avec les familles à transaction psychotique que la présence de deux cothérapeutes se portant mutuellement peut être nécessaire ».

Matteo Selvini et Mara Selvini-Palazzoli ont probablement écrit les choses les plus pertinentes sur la cothérapie et le travail d'équipe. Pour eux, l'équilibre au sein de l'équipe dépend de plusieurs critères précis :

- l'égalité parmi les divers membres et une division correcte des responsabilités cognitives et émotionnelles dans chaque cas ; la compétitivité narcissique, paranoïaque ou perverse est ainsi évitée ;
- la sauvegarde de l'espace psychologique individuel, afin que chaque thérapeute puisse se faire valoir et qu'aucun ne se retrouve marginalisé, victime d'alliances qui pourraient reproduire de manière isomorphique celles qu'a instaurées la famille qui vient consulter ;
- la défense loyale des opinions indépendantes, ainsi que la subjectivité personnelle et professionnelle ;
- l'existence d'objectifs communs et/ou complémentaires clairs, précis, mais aussi suffisamment souples pour pouvoir en changer si besoin.

Enfin, une équipe doit pouvoir s'ouvrir sur l'extérieur, par exemple sous forme d'une supervision régulière afin de prendre conscience de ses propres dysfonctionnements et tenter d'y remédier.

Le travail d'équipe permet au thérapeute de prendre du recul sur sa triple fonction d'*observateur*, de *participant* et d'*individu* inclus dans un système médicosocial. Seywert (1990) écrit que ces trois fonctions « sont reliées entre elles selon un principe d'emboîtement hiérarchique, la fonction médico-sociale fournit le contexte dans lequel s'exerce la fonction d'observation qui, à son tour, représente le contexte dans lequel s'exerce la fonction de participant. En contrepartie, cette dernière fournit des informations pour l'exercice des deux premières, de même pour la fonction d'observateur par rapport à la fonction médicosociale ».

### Entretien familial classique

Bien qu'il n'existe pas de véritable modèle d'entretien familial systémique – ou en tout cas de technique systémique érigée en modèle, excepté, peut-être, ce qu'a pratiqué Mara Selvini-Palazzoli à Milan –, il est possible de dégager un certain nombre de dénominateurs communs, sinon de règles admises par l'ensemble de la communauté des thérapeutes familiaux systémiciens. Leur finalité est bien sûr la création d'une *alliance thérapeutique*. En complément de tout ce qui a déjà été écrit sur le cadre thérapeutique, sur la disposition des places des différents participants, et sur la technique du face-à-face, le consensus porte sur les points suivants.

- L'entretien prend la forme d'une *conversation* vivante et non d'un *discours* figé<sup>12</sup>. Le thérapeute doit justement veiller à ce qu'aucun protagoniste ne monopolise la parole, comme pourrait le faire par exemple un homme

12 Cet aspect conversationnel de l'entretien psychothérapeutique est essentiel pour les adeptes du constructionnisme social. Harry Goolishian par exemple définit le rôle du thérapeute comme celui d'un « artiste de la conversation ». Il ne s'agit évidemment pas de « parler pour parler », mais d'amener peu à peu l'interlocuteur à coconstruire avec le thérapeute une histoire moins saturée en problèmes, et de ce fait ouverte sur d'autres possibilités existentielles.

politique lors d'un débat télévisé, au détriment des autres interlocuteurs, lorsqu'on le laisse se lancer dans du prosélytisme en exposant ses idées à l'envi. Lynn Hoffman définit la thérapie comme un ensemble de « conversations thérapeutiques » au cours desquelles les thérapeutes partagent avec la famille ce qu'ils vivent pendant la thérapie, et « déconstruisent » ce qui ne va pas. Pour les adeptes du constructionnisme social, c'est la narration qui donne sens à l'expérience vécue : tant que je n'ai pu parler de ce que j'ai vécu, cela n'a pas vraiment de sens pour moi, et encore moins pour les autres ; selon ce que j'en dirai, la façon dont je le dirai et à qui je le dirai, ce sens sera différent ; et en en parlant, je modifie à mesure l'expérience que j'ai eue et la trace qui en restera. « Les individus sont réellement façonnés par les histoires à travers lesquelles ils vivent leur vie ; elles ont des effets réels sur eux. Bien qu'ils ne se connaissent pas à travers la totalité de leur expérience, souvent une histoire, qui saisit une partie de leur expérience, devient "dominante" et représente la façon dont ils se voient eux-mêmes ; cette narration a pour effet de les constituer en tant que personnes », écrivent Jeffrey L. Zimmerman et Victoria C. Dickerson (1995).

- L'information doit donc circuler librement entre les différents participants, et le thérapeute est là pour veiller à faire s'exprimer l'éventuel silencieux, afin que son point de vue puisse être entendu. Il utilise le langage de ses interlocuteurs, avec ses tournures et ses expressions propres, quitte à reformuler par la suite tout ou partie du discours. La famille est considérée davantage comme collaboratrice pour aider au traitement du membre qui présente un problème psychologique que comme objet d'étude, voire de soins. Il importe en effet de réduire au maximum l'anxiété présentée par les membres de la famille lors de l'entretien, afin d'amener chacun à s'exprimer librement dans son vécu par rapport aux autres. Le thérapeute explique en général, dès les premiers entretiens, qu'il a besoin de tous les membres de la famille pour solutionner le problème, ce qui le situe en position basse et donne à chaque membre de la famille un rôle essentiel. Chacun est donc important, à la place qu'il occupe, et peut, de ce fait, faire quelque chose pour améliorer la situation (ce qui ne signifie cependant pas qu'il existe une équipotentialité des membres du système).
- Le thérapeute peut poser des questions, directement à chacun des participants, ou alors émettre des réflexions personnelles, faire part de ses spéculations et user de métaphores, pour induire le plus d'échanges possible et la confrontation de tous les points de vue. C'est pourquoi les questions circulaires sont préférées aux questions linéaires, ces dernières sous-tendant trop l'idée d'une causalité. Harry Goolishian dit que le thérapeute doit « tenir ouvert le discours », justement pour permettre le maximum d'ouvertures, donc de recherches de solutions narratives.
- Chaque participant doit ressortir de la séance en ayant le sentiment d'avoir été entendu et écouté. Toutefois, le thérapeute essaiera, sauf stratégie particulière de sa part, de faire en sorte qu'aucun discours dominant ne prévale (sauf celui relatif au mythe familial) et surtout ne contribue à disqualifier quiconque dans la famille.

- L'effet de surprise joue un grand rôle en thérapie, parce qu'il renvoie à la famille un message inattendu. « Toute donnée relative au système étudié n'est pas nécessairement utile. Seul l'élément qui introduit une "différence" par rapport au précédent état de connaissance est précieux. Il peut être utilisé alors pour faire apparaître une "différence" dans le système de relation thérapeute-famille, par exemple nouvelle hypothèse de travail, connotations positive ou négative d'un comportement » (Caillé, 1991).
- Lorsque deux thérapeutes sont face à une famille, il est habituel que l'un parle cependant que l'autre observe et prend quelques notes<sup>13</sup> ; cela ne les place pas sur le même plan et leur attribue des fonctions différentes : tel est le principe de la *cothérapie*. M. Selvini-Palazzoli, et dans son sillage de nombreux autres thérapeutes familiaux, ont défendu le principe de la cothérapie. Elle écrit qu'un thérapeute unique, face à une famille, devient rapidement « l'unique objet d'une série compliquée de projections transférentielles avec, parallèlement, des réactions contre-transférentielles fort difficiles à discerner et à éclairer. Tandis que le couple thérapeutique permet [...] des projections profondes plus différenciées ainsi qu'un jeu interactif relativement plus facile à définir » (Rusconi et Selvini-Palazzoli, 1970).

### Thérapie familiale scindée

Cette forme particulière de *cothérapie* a pour principe l'implication personnelle conjointe de deux thérapeutes, dont l'un mène librement l'entretien, cependant que l'autre essaie de percevoir ce que peut justement ressentir le patient face à eux. Le premier thérapeute joue un rôle d'*inducteur* et le second d'*analyseur*. La « sympathie » ainsi créée entre l'analyseur et le patient peut aider ce dernier à une meilleure verbalisation de ses problèmes et surtout de ses affects.

Cependant si le patient a ainsi l'impression « qu'il y a au moins quelqu'un qui le comprend en se mettant à sa place », le clivage ainsi créé entre un « bon thérapeute » (l'analyseur, bienveillant) et un « mauvais thérapeute » (l'inducteur, intrusif) représente un risque non négligeable de dérive de cette technique ; cela est à craindre en particulier chez les adolescents ou les patients psychotiques, sujets à la mise en place de ce genre de mécanisme de défense lors d'une situation de stress (ce que peut représenter une situation d'entretien psychothérapeutique).

13 La psychiatrie a toujours eu un rapport très particulier avec l'écrit, la trace (pensons aux observations principes de Pinel, d'Esquirol, aux certificats de Gatian de Clérambault, etc.). La prise de notes en entretien est un moment important, insuffisamment étudié par les systémiciens, et qui peut être à l'origine de quiproquo. Pensons à ce patient s'exclamant : « Je ne vous intéresse plus ! » lorsque le thérapeute s'était arrêté d'écrire, tout simplement parce que le patient, après avoir raconté ses difficultés au cours d'autres séances, disait maintenant qu'il allait bien et qu'il avait réussi à les surmonter ; heureux, le thérapeute le regardait, et effectivement n'écrivait plus rien sur son dossier...

Les systémiciens rompus à la technique arrivent à maîtriser cette éventualité, d'autant qu'il semble apparaître ici plus d'avantages que d'inconvénients :

- le patient a le sentiment d'avoir un allié important en la personne de l'analyseur. Ce dernier s'efforce de le considérer sous un angle positif, c'est-à-dire qu'il souligne ce qui va au lieu de ce qui ne va pas ;
- lorsque les deux thérapeutes ne sont plus face à un patient mais face à une famille, dont un des membres est le patient-désigné, cette technique a l'avantage de prendre en compte à la fois la dimension individuelle du patient et celle de l'ensemble du groupe familial.

### Technique du texte participant

Probablement inspirées par les « ateliers d'écriture » mis en place par les psychanalystes dans le cadre de thérapies individuelles ou institutionnelles, Peggy Penn et Marilyn Frankfurt (1994) incitent leurs patients à développer leur créativité littéraire et l'expression scripturale de leur vécu en rédigeant une lettre ou une poésie à une personne de leur entourage, vivante ou décédée, ou encore en tenant un « journal intime ». Il s'agit donc là d'une *technique narrative*, basée sur le principe du *participant text*, et qui peut ouvrir de nouvelles perspectives en fonction du retour qui est fait de ces textes par les thérapeutes aux patients.

## Principaux outils de travail

### Glace sans tain

Ackerman et les membres de l'équipe du *Jewish Family Services* ont proposé, à partir des années 1950, une technique originale de supervision fondée sur le principe de la *glace sans tain*, c'est-à-dire du *miroir unidirectionnel*. L'expérience fit florès, au point que de nombreux thérapeutes familiaux en firent le paradigme de toute technique psychothérapique systémique<sup>14</sup>.

Le principe technique est relativement simple : l'entretien familial se déroule dans un cadre particulier, la *salle de thérapie familiale*, reliée par un miroir et un système de sonorisation à une salle adjacente, la *salle de supervision* (également appelée salle d'observation ou de cothérapie). Un système d'interphone ou de téléphone peut permettre à un superviseur d'intervenir en séance, de manière à être entendu de tous ou des seuls thérapeutes. La famille est prévenue et doit être évidemment consentante à la technique ; lors de la première séance, il est d'ailleurs possible de lui faire visiter les deux salles, pour mieux lui faire comprendre ce dont il s'agit. Ainsi, « il ne peut être question de laisser à la famille l'impression d'être filmée "à la sauvette" » ; il faut au contraire expliciter le mode de travail de l'équipe

14 La paternité de la technique est cependant parfois attribuée à Charles Fulweiler, psychologue à Berkeley, qui l'utilisa en 1953. Cloé Madanes (1988) a écrit sur le sujet un ouvrage de référence : *Derrière la glace sans tain. L'art du superviseur en thérapie familiale stratégique*, ESF, Paris. L'ouvrage de Gérard Bléandou est également très intéressant : *La vidéo en thérapie. Le choc de l'image de soi dans les soins psychologiques*, ESF, Paris.

(thérapeutes en situation, cothérapeutes derrière la glace sans tain, travail d'équipe *a posteriori* sur les enregistrements) » (Miribel et al., 1989).

### **Protocole classique**

Le *protocole thérapeutique classique*, celui par exemple mis au point par Mara Selvini-Palazzoli et son équipe à Milan, nécessite quatre thérapeutes pour effectuer des entretiens familiaux : un couple de thérapeutes (un homme et une femme) face à la famille, observés derrière la glace sans tain par un autre couple de thérapeutes (à nouveau mixte). La régularité des séances dépend bien sûr des situations rencontrées ; dans de nombreux cas, un laps de temps de trois semaines sépare deux rencontres. En général, les familles sont vues une fois par semaine au début, puis l'intervalle s'allonge progressivement. Chaque séance se déroule en trois phases : d'abord un entretien, entre la famille et les deux cothérapeutes, puis une discussion interne entre les quatre membres de l'équipe soignante, et enfin un « retour » à la famille des conclusions et consignes mises au point dans la phase précédente, par les deux thérapeutes ayant mené l'entretien avec la famille. Il peut être parfois intéressant de proposer à des membres de se déplacer dans la salle de supervision pour observer leur famille, à un autre niveau.

### **Techniques dérivées**

La glace sans tain a donné lieu à des techniques dérivées, très intéressantes non seulement pour les équipes elles-mêmes, les psychothérapeutes désireux d'acquérir une formation clinique, mais aussi pour les patients et leurs familles, à qui elles s'adressent indirectement. L'intérêt de ces différents aménagements techniques est d'agir *in vivo*, *hic et nunc*, et non de manière différée comme cela se fait avec un enregistrement magnétoscopique ou télévisuel classique. Ces personnes filmées doivent être évidemment consentantes à l'utilisation qui est faite de l'enregistrement (la réglementation sur l'utilisation des enregistrements audio et vidéo ayant pour but de protéger l'intimité de la personne).

### **Les enregistrements audio et vidéo**

L'informatique permet maintenant toutes formes de montages-vidéo, de « couper-coller », de surimpression de « bande-son », de distorsions d'images, autant de moyens modernes dont toutes les possibilités thérapeutiques n'ont pas encore été exploitées. À condition de ne pas en faire une fin en soi, ces techniques peuvent rendre les plus grands services aux systémiciens.

Yves Colas et al. (1981) rappelaient que « la technique de la vidéo est intimement liée à celle des thérapies systémiques. Elle en est *le langage* seul capable de rendre la conjonction de l'analogique et du digital. Surtout par ce qu'elle donne à voir, l'accent est remis sur l'action, sur ce qui est fait. Seul aspect compatible avec l'exigence théorique du travail systémique : la primauté de l'action sur l'interprétation ».

Ian Alger (1973), par exemple, avait développé une technique originale de *double vidéo*, consistant à filmer simultanément les deux profils du visage d'un sujet et à projeter les images obtenues sur deux écrans contigus.

Le sujet était ensuite invité à se visionner. Ses mimiques étaient analysées comme si un côté parlait à l'autre. Le sujet se rendait alors compte qu'il pouvait y avoir (au moins) deux façons de voir les choses, ce qui modifiait peu à peu sa perception du problème.

### *Le reflecting team*

Le psychiatre norvégien d'orientation psychosociale Tom Andersen et son équipe de l'Université de Tromsø, ont développé le principe dit de *l'équipe réfléchissante* : la famille entend les commentaires dits à voix haute par le groupe de thérapeutes situé derrière la glace sans tain, et donne à son tour ses impressions. « L'idée originale est née d'un concours de circonstances. Au lieu d'utiliser constamment le téléphone (situé derrière le miroir sans tain) pour superviser la séance en interrompant le processus thérapeutique, Tom Andersen eut l'idée (simple et géniale) d'échanger le sens des microphones. Ce mouvement permit à la famille d'assister à une discussion à propos de la séance en présence du psychothérapeute » (Kuenzli-Monard et Kuenzli, 1999).

Pour Lynn Hoffman, le va-et-vient conversationnel entre le groupe devant la glace et celui derrière elle, constituait « une autre manière de travailler, qui allait bouleverser la hiérarchie habituelle » et lui apparaissait comme « un développement particulièrement intéressant après l'évolution extrémiste du modèle systémique milanais qui élevait l'équipe derrière le miroir à des altitudes quasiment inaccessibles » (Elkaïm, 1996).

La technique du *reflecting team* permet à la famille de prendre conscience de l'existence possible d'un discours sur leur propre discours (un métadiscours, une métacommunication), d'où l'incitation à une position réflexive dans laquelle chaque membre de la famille voit qu'il est capable d'influencer autrui et réciproquement.

Faute de glace sans tain, un système vidéo peut être utilisé, et pour les équipes plus démunies encore, il est possible d'aménager un coin d'une grande pièce, à l'écart.

Fabienne Kuenzli-Monard et André Kuenzli (1999) ont mis au point un aménagement de la technique de Tom Andersen, laquelle devient une sorte d'« audience télévisée », les patients ayant la possibilité d'écouter ou d'ignorer le *reflecting team*, comme par « zapping » : « Comme devant le poste, ils peuvent changer de programme, n'écouter que partiellement, s'émouvoir d'une histoire, se regarder à travers les yeux des autres. À la différence de la télévision, l'histoire observée est la leur. Ils peuvent apprécier l'impact qu'ils ont sur les autres. Cette histoire projetée est mise en dialogue par d'autres ». Les auteurs pensent qu'une telle technique « ouvre des possibilités pour de nouvelles narrations, de nouvelles constructions de leurs réalités ».

Il est également possible de combiner le *reflecting team* au *doublage*, technique inspirée du *psychodrame*, dans laquelle un second soignant exprime les idées non dites du sujet dans un drame familial (ce qui représente une forme de développement de la thérapie scindée).

## Génogramme

Le génogramme est, avec l'historiogramme, un des instruments de travail favoris des thérapeutes familiaux. Il laisse la trace écrite et dessinée de la manière dont patient, famille et thérapeute construisent leur réalité. La valeur projective d'un tel document-papier est évidente ; elle peut clarifier certains points d'interrogation importants sur la filiation, mettre à jour d'éventuels « secrets de famille », et donc permettre l'élaboration d'hypothèses de travail.

### *Génogramme traditionnel*

C'est essentiellement Murray Bowen qui, à partir de 1978, a attiré l'attention sur l'importance du génogramme en thérapie familiale systémique, à partir de son propre canevas conceptuel transgénérationnel ; c'est aussi lui qui a insisté sur la nécessité qu'avait un thérapeute en formation, de travailler les « histoires de famille » de sa propre famille<sup>15</sup>. Il n'a cependant pas toujours été suivi par les théoriciens des thérapies familiales structurales et stratégique, lesquels préféraient approfondir les relations émotionnelles immédiates de la famille plutôt que sa structuration biologique ou légale. Pourtant, le génogramme relie *l'ici et maintenant* au *passé* du sujet et de sa famille.

Le génogramme obéit à une critériologie précise.

- Il se doit d'être conçu et construit dans une *finalité thérapeutique*. Son but est en effet d'aider un patient, une famille, une équipe soignante ou encore un thérapeute en formation lorsqu'il s'agit pour ce dernier d'un travail personnel de recherche. Le génogramme purement informatif, dénué de l'impact émotionnel que génère son élaboration, n'a pas un grand intérêt thérapeutique : contrairement aux génogrammes des épidémiologistes, destinés à identifier des familles à risque par exemple, le génogramme systémique permet non seulement au thérapeute d'avoir accès, en direct, à des informations capitales, mais surtout de se faire une idée du vécu du malade par rapport à ce que peut dire ce dernier des moments forts de son existence ou de celle d'autres membres de sa famille.
- Sa conception est celle d'un graphique symbolique, en général manuscrit, représentant une *carte des membres de la famille* liés par un lien du sang ou de parenté. Le document-papier qui en résulte est donc une *carte de la structure familiale*.
- Il doit être établi sur *plusieurs générations* successives (au moins trois). Lorsque le patient ne se rappelle pas, ni ne connaît, certains personnages ou les articulations entre eux, le recours à d'autres membres de la famille est nécessaire pour aboutir à une vision d'ensemble, d'où la stimulation de certains échanges.

15 Bowen utilisait cependant le génogramme davantage comme un outil permettant un recueil d'informations dans un souci diagnostique (pour évaluer le degré de différenciation des membres d'une famille, par exemple), que comme une véritable technique thérapeutique destinée à faire réfléchir la famille sur ce qui lui était arrivé.



- Son contenu doit schématiser les grands événements de l'histoire de la famille (naissances, décès, mariages, séparations, etc.) ; il rejoint alors l'*historiogramme*.

Toutefois, ce génogramme traditionnel ne tient pas vraiment compte de l'« imaginaire familial ». Son principal intérêt est de nommer certains membres de la famille que l'on avait parfois quelque peu laissés à l'écart, ainsi que de visualiser graphiquement des morceaux de vie parfois maintenus dans l'ombre.

En tant que « starter thérapeutique » si l'on peut dire, le génogramme « permet au thérapeute de construire un rapport avec la famille sur la base de solutions aux problèmes spécifiques de celle-ci. C'est un fait très important. Les questions du génogramme vont au cœur des expériences familiales : naissances, maladies, mort et relations chargées émotionnellement. Sa structure fournit un canevas précis pour discuter de toute la gamme des expériences familiales, dépister et soumettre à l'esprit des situations difficiles comme une maladie familiale, des pertes et des conflits », écrivent [Monica McGoldrick et Randy Gerson \(1985\)](#).

### ***Génogramme projectif***

Wachtel (1982) a développé l'utilisation du génogramme comme technique quasi projective en thérapie familiale. À un couple par exemple, elle demande que chaque conjoint énumère une liste d'adjectifs qualifiant les qualités et les défauts de l'autre, puis les illustre par une histoire vécue. « Elle recherche les images que les époux ont de chaque membre de la famille, et comment ces conceptions se sont transmises d'une génération à l'autre. Elle pose alors des questions relatives à la vision des conjoints quant aux relations entre les gens, en les commentant au fur et à mesure de la séance pour faire émerger les solutions familiales, les modèles, les choix ainsi que leur incidence possible sur la situation actuelle » ([McGoldrick et Gerson, 1985](#)). Entre les séances, les conjoints ont la tâche de rechercher les informations manquantes à la poursuite de la construction du génogramme.

### ***Génogramme paysager***

[Jacques Pluymaekers et Chantal Nève \(1992\)](#) ont inventé le concept de *génogramme paysager*.

Il s'agit d'une technique voisine de celle des sculptures de Virginia Satir, initialement conçue dans le cadre de groupes de thérapeutes en formation, dont chacun « joue le jeu » d'écrire ou de dessiner spontanément son propre génogramme familial, puis de présenter verbalement au groupe en quelques minutes ce qu'il a créé, c'est-à-dire son propre « paysage » transgénérationnel. Les deux superviseurs colligent le matériel qui leur est ainsi offert, en repèrent les assemblages, les intersections et les phénomènes de résonance.

Ainsi élaboré collectivement, le génogramme paysager devient « une technique consistant à permettre à des personnes de retracer dans le moment présent l'histoire de leur famille ou du moins d'en dire quelque chose, en privilégiant l'aspect émotionnel et métaphorique par rapport à la dimension généalogique. Le génogramme paysager n'est donc pas simplement

le fait de noter sur un papier les différentes générations et dire qu'on les reconnaît... mais bien la confrontation émotionnelle et métaphorique à telle histoire familiale et à sa propre histoire à l'intérieur de cette histoire familiale ».

La consigne donnée n'est en effet pas celle de l'exhaustivité (remonter le plus loin possible dans l'arbre généalogique sans oublier personne), mais celle de la liberté : « ce sont les gens eux-mêmes qui décident des frontières de leur système familial », d'où parfois des manques, des ancêtres « oubliés », des frontières insolites. « Interpellés sur le choix même qu'ils ont fait de leur représentation (nucléaire, à partir de leur couple actuel, du temps de leur enfance...) plusieurs se décident à préciser règles, mythes ou secrets ».

Les auteurs résumant les objectifs généraux du génogramme paysager ainsi : « Relire une histoire familiale sous un jour nouveau ; permettre que s'éclairent les reconstructions que nous faisons toujours à nouveau de notre histoire ; favoriser le fait que le contexte créé ouvre des possibles non seulement de relecture mais de redéfinition relationnelle ; plus spécifiquement en thérapie, le génogramme paysager est aussi utilisé dans le but que les conjoints et enfants échangent, découvrent, mutuellement l'histoire de leur famille ; qu'ils se la réapproprient pour la transmettre autrement qu'à travers les secrets et leur élision ».

L'association de la technique du génogramme paysager au psychodrame permet un travail en profondeur sur l'histoire des familles d'origine. Il en résulte une exploitation actualisante et édifiante de ce que vit l'étudiant ou le patient face à son propre génogramme, en corollaire de ce que ressentent les thérapeutes face au patient (et réciproquement, dans une boucle interactive). Le modèle du génogramme paysager actualisé par des jeux psychodramatiques permet donc de topographier et de spatialiser des conflits latents ou manifestes, à l'instar des sculptures familiales dont Virginia Satir s'était fait en son temps la championne.

### Historiogramme

L'historiogramme, investigation des grands événements existentiels familiaux (mais aussi individuels) en séquence chronologique, complète utilement le génogramme. Il représente une sorte de chronologie de la famille, un « chemin de vie » retraçant tout ce qui peut faire effet de sens dans une biographie. Son élaboration soignée était capitale pour [Virginia Satir \(1964\)](#) qui écrivait : « Nous commençons toujours la thérapie familiale (ou même la thérapie conjugale) avec ce que nous appelons la chronologie de la famille, ou processus de l'histoire de cette famille ».

Il est habituel de dresser une chronologie particulière pour une période critique, par exemple celle correspondant à l'émergence d'un symptôme.

En pédopsychiatrie, l'établissement combiné du génogramme et de l'historiogramme peut aider un enfant vivant jusqu'alors dans une sorte de confusion des générations et des places, à clarifier qui il est, qui sont ses parents, quelle est son histoire, quelle est l'histoire de chacun de ses parents et celle de la famille, quels sont les éventuels demi-frères ou demi-sœurs, qui a été éventuellement adopté, etc., d'autant plus si l'enfant est placé

en famille d'accueil, ou est à l'âge du « roman familial » où il recompose imaginativement sa propre ascendance.

Les résultats du génogramme, combinés à ceux de l'historiogramme, permettent de mettre au jour :

- la *structure de la famille* : famille nucléaire intacte (parents mariés ou concubins vivant réunis avec leurs enfants sous le même toit), foyer uni-parental (un des parents élevant les enfants), famille recomposée, foyer trigénérationnel (et parfois quadrigénérationnel), constellation fraternelle (importance du sexe, du rang de naissance et de la distance en âge entre les enfants, demi-frères et demi-sœurs, etc.), « maisonnée » (amis intimes ou domestiques vivant avec la famille sous le même toit) ;
- le *cycle vital familial*, dont on comprend mieux alors les événements cruciaux, et la datation des symptômes. Les indications concernant l'âge du mariage des parents, leurs fiançailles, les séparations éventuelles, le « second mariage » sont très précieuses ;
- les *patterns répétitifs à travers les générations* (en négatif : divorces, addictions, maltraitance, etc., mais aussi en positif : couples heureux, réussite sociale, etc.), ou alors les modèles répétitifs à l'opposé (conduite d'échec des enfants de parents célèbres, par exemple).

Afin de faire surgir de l'information pour tout le monde, il est intéressant de demander à celui qui n'est qu'indirectement concerné par un événement (l'enfant par exemple) ce qu'il sait de l'histoire de celui-ci (la rencontre de ses parents, dans cet exemple).

### Carte des réseaux

En complément du génogramme et de l'historiogramme, l'élaboration de la *carte des réseaux* donne aux thérapeutes une idée de l'éventail relationnel du patient et de sa famille, dans sa structure, sa richesse, sa directionnalité, etc.

Concrètement, on propose au patient, ou à d'autres membres de l'entourage, de dessiner sur une feuille de papier un canevas relationnel, la distance graphique, à l'échelle du dessin, étant proportionnelle à la distance affective supposée dans la vie. Le graphisme ainsi obtenu du réseau primaire fournit de précieuses indications sur la manière dont un patient considère comme étant proches de lui des amis intimes, et met à distance certains membres pourtant importants de sa famille ; la façon dont il voit les intervenants qui gravitent autour de lui (réseau secondaire, institutionnel) renseigne aussi beaucoup sur ce qu'il pense en attendre. Le dessin de plusieurs cartes des réseaux, à différents moments de la thérapie, peut également donner une idée de la manière dont se sentent soutenus le patient ou la famille. Les thérapeutes peuvent comparer les cartes des réseaux qu'ils ont eux-mêmes dessinées aux cartes de leurs patients, étudier les ressemblances et les différences, suivre leur évolution temporelle, etc.

### Jeu de rôle et psychodrame familial

À partir des années 1930, J.-L. Moreno a développé les notions de *rôle* et de *jeu de rôle* en psychothérapie. La méthode psychodramatique mise en place

par Moreno a eu un succès considérable, au point qu'ayant pris des formes multiples, « l'on ne sait plus bien où est le psychodrame dans les activités de groupe qui gagnent tous les domaines » (Lemoine G. et Lemoine P., 1972).

À la différence du psychodrame analytique, le jeu de rôle systémique ou *simulation* correspond à la mise en scène actualisante d'une situation précise, limitée dans le temps et l'espace, avec une distribution des rôles entre professionnels, dont certains jouent le rôle d'observateurs ; il permet la création d'« un de ces contextes où peut apparaître le changement ». Combiné par exemple au génogramme paysager, il peut aboutir à « mettre le système à l'écart de l'équilibre et être ainsi l'espace-temps où peut émerger l'un ou l'autre élément inattendu. Au départ souvent a-signifiant, l'élément imprévu va connaître une amplification à travers les résonances propres aux thérapeutes et aux autres participants donnant consistance au contexte. Celui-ci est alors le lieu d'émergence de quelque chose de radicalement différent, l'espace de redéfinition où ceux qui sont en travail reconstruisent leur histoire, renaisent à leur histoire », écrivent Jacques Pluymaekers et Chantal Nève (1992).

Dans le cadre d'un travail institutionnel, Raymond Traube a utilisé cette technique pour venir en aide à un thérapeute en difficulté car se considérant en situation d'impasse avec une famille. Ce dernier fait le récit de l'état actuel de sa prise en charge familiale à ses collègues, dont certains, pour l'aider, acceptent de simuler un entretien familial avec cette famille dont ils ne connaissent que ce que le thérapeute leur en a dit. Traube explique que les intérêts de cette technique se situent à plusieurs niveaux :

- celui des objectifs cliniques déclarés (par exemple, introduire un membre absent du système familial) ;
- celui de l'utilité explicite du jeu de rôle (par exemple, préparer le thérapeute à l'entretien qu'il redoute) ;
- celui des motivations implicites du thérapeute (par exemple, éviter la rupture relationnelle du thérapeute avec tel membre de la famille) ;
- celui de l'analyse des identifications multiples du thérapeute (par exemple, alliance avec le membre de la famille qui signale, ou le membre de la famille délaissé) ;
- celui de la place de l'éthique personnelle du thérapeute (par exemple, parti pris pour un patient contre sa famille ou contre l'institution) ;
- celui du biais du contexte institutionnel (par exemple, la règle de présentation au groupe peut primer sur l'urgence de l'impasse dans laquelle se trouve le thérapeute).

Il s'agit d'une technique particulièrement intéressante pour la formation d'un thérapeute. « Le groupe, en tant que tel, nous apparaît certainement comme un instrument idoine de supervision pour la thérapie de famille, du fait que le thérapeute se trouve engagé dans des relations transférentielles multiples auprès des différents membres d'une famille, comme entre les différents collaborateurs d'un réseau » (Traube, 1989).

Par la suite, R. Traube et P. Steffen (1990) ont proposé, dans une version systémique très influencée par les théorisations analytiques de la

fantasmatisation, une forme particulière de thérapie familiale symbolique de l'enfant. Les membres de la famille sont ici coacteurs de la scène qui se joue, comme le sont les enfants dans un psychodrame analytique. L'objectif de cette technique est de permettre à l'enfant de développer ses propres capacités de symbolisation et de se différencier en parallèle des autres membres de la famille.

### **Technique de la sculpture familiale et intérêt de la spatialisation des conflits**

Les historiens des thérapies systémiques pensent que c'est David Kantor, lorsqu'il exerçait au *Boston Family Institute*, qui inventa la technique. Fred et Bunny Duhl la développèrent. Par la suite, Peggy Papp l'utilisa à son tour et en affina encore la pratique. Tous l'utilisèrent dans l'espoir d'aboutir à une « spatialisation des conflits ». Satir en a fait sa technique psychothérapique d'élection, parce qu'elle pensait qu'elle permettait d'arriver à une « reconstruction familiale » trigénérationnelle.

En pratique, la technique initialement imaginée par Satir consistait en une sorte de psychodrame au cours duquel le patient établissait de nouveaux liens, avec les personnes présentes, en fonction des liens qu'il avait déjà créés avec d'autres personnes dans son passé. Le « sculpteur » demande aux participants de prendre certaines poses, joue avec leurs mimiques, met les protagonistes qu'il souhaite en mouvement, créant un véritable tableau dynamique de la manière dont il projette ce qu'est la famille ainsi mise en scène. Il est proposé à chaque membre de la famille de devenir sculpteur à son tour.

Dans une première phase, on fait faire le tableau de la famille telle qu'elle est perçue par le sculpteur actuellement : il place chacun des membres dans une unité de lieu (par exemple en imaginant une pièce de la maison) en train de faire une activité avec une certaine mimique. Un des thérapeutes prend alors la place du sculpteur. Chacun est ensuite invité à dire ce qu'il a ressenti à la place où il a été mis.

Dans la seconde phase, chacun réalise le tableau de la famille telle qu'il aimerait qu'elle soit, en précisant toujours les mêmes éléments (lieu, activités, mimiques, etc.). Le thérapeute joue le rôle dans lequel le sculpteur se voit. Les protagonistes sont ensuite invités, après chaque tableau, à exprimer leurs vécus, leurs sensations, voire leurs découvertes.

Pour [Jacqueline Prud'homme \(1981\)](#), « un des principes sous-jacents à l'utilisation de cette technique est de faciliter des prises de conscience par l'action et, par la suite, de transformer ces prises de conscience en action atteignant ainsi le changement. Un deuxième principe sous-jacent est d'aider chaque membre de la famille à prendre la responsabilité de changer plutôt que de projeter sur les autres cette responsabilité ».

Il est également possible d'utiliser la photographie pour fixer les tableaux successivement constitués, et pouvoir ainsi les reprendre, ensemble, imaginer et mettre en mémoire la thérapie.

Le thérapeute, après avoir recueilli les informations nécessaires pour se faire une idée du mythe familial, de la construction du monde de chacun, et

de la circulation des émotions au sein de la famille, peut proposer à chaque membre de réaliser une « sculpture mythique » (un « tableau de rêve »), où le merveilleux sera tout-puissant, combinant ainsi la sculpture au conte. Philippe Caillé (1990) explique à ce propos combien s'est avérée utile l'utilisation des techniques et des modes d'expression analogiques (sculpturations, contes et métaphores), et sépare clairement :

- d'une part, « une sculpturation du niveau du comportement attendu dans la relation, ou niveau rituel ("ce que vous faites les uns avec les autres, comment vous vous traitez les uns les autres") ». Il s'agit ici de « la mise en évidence, sous forme symbolique, du comportement attendu, adéquat à l'intérieur de la définition de la relation ». Dans ce cas, « l'exercice de sculpturation est encore appelé "sculptures vivantes" car il sera demandé aussi aux sculpteurs une animation mettant en évidence la danse rituelle des comportements » ;
- et, d'autre part, « une sculpturation du niveau du mythe, c'est-à-dire de la "finalité" supposée de la relation ("montrez-vous comment vous concevez votre relation comme spéciale, singulière, différente de toutes les autres relations") ». Il s'agit là des « tableaux de rêve » car « la consigne précise [...] que, comme il arrive dans les rêves, les différents acteurs de la relation doivent apparaître transformés en animaux, plantes ou matière inanimée ».

### Conte de la famille

L'utilisation du conte en tant que technique psychothérapique est ancienne. Elle est liée à jamais au nom de Bettelheim, pour la psychanalyse des contes de fées. Pour Jacques Hochmann (1982), le conte peut fournir une sorte de contenant de pensées au patient : « Le soignant a pour rôle de prêter son préconscient – ses capacités à rêver et à imaginer – au patient. Il construit, à l'aide de son modèle théorique, véritable matrice à histoires, ce que je propose d'appeler un "conte", c'est-à-dire une construction mythique qui relie ce qui est délié et donne un statut psychique à la réalité externe et interne du patient. Raconté au patient, le conte – qui a été fabriqué avec son matériel – institue un espace potentiel de mentalisation et, par une sorte de manœuvre de séduction, ou si l'on préfère d'induction à imaginer, aide le patient à rêver à son tour sur les choses et à leur retrouver grâce et attrait, à travers sa rêverie même ».

Philippe Caillé et Yveline Rey (1988) ont clairement énoncé les différences entre le conte systémique et le conte traditionnel.

- Le conte systémique est du « sur mesure » qui va du particulier à l'universel : « La différence essentielle est que le conte systémique conduit non de l'universel au particulier comme le conte traditionnel, mais au contraire du particulier à l'universel. Le conte systémique est un message cryptique, mais il s'adresse spécifiquement aux membres d'une famille ».
- Le conte systémique est une sorte de commentaire recadré sur une relation familiale : « Pour que le conte soit utile, il faut que la famille puisse s'y reconnaître. Le conte systémique met donc en scène la permanence dans la famille de certains rôles et l'aspect redondant de schémas relationnels spécifiques, et pose indirectement la question du pourquoi. Il extrait le dilemme

familial du quotidien. Il le résume et le connote positivement en montrant la généralité du problème, voire son inéluctabilité », écrivent-ils encore.

- Le conte systémique est un message complexe, symbolique, qui fera son chemin dans l'imaginaire de la famille (comme par l'« effet taupe », dénommé ainsi par Silvana-Montagano, car il fait son petit bonhomme de chemin, sous terre et sans bruit, pour mieux refaire surface plus loin et plus tard), et qui instaure une relation chaleureuse empathique particulière entre le thérapeute-conteur et la famille.

On pourrait ajouter que le conte systémique s'adresse à l'ensemble de la famille, dans son « imaginaire collectif », et non aux seuls enfants ; son action n'en est donc que plus grande.

Bernard Andrey (1987) a mis au point une technique de recadrage métaphorique originale destinée à prévenir les blocages dus à des règles ou à des mythes trop prégnants et rigidificateurs.

La créativité du thérapeute y est pour beaucoup dans la réussite de ce genre de technique ; il doit appliquer ici la réflexion que faisait Maurizio Andolfi à propos du jeu avec les objets : « Plus le comportement du thérapeute sera mystérieux et imprévisible, plus la famille devra s'efforcer de se poser de nouvelles questions. En revanche, si le thérapeute éprouve le besoin d'expliquer, de faire comprendre, il accroîtra la passivité du groupe familial qui perdra la curiosité d'une recherche autonome, se contentant d'une autre explication et s'enracinant dans le contexte thérapeutique ».

Le conte s'arrête là où en est justement la famille, c'est-à-dire à un problème qui fait blocage. Le thérapeute ne résout pas le problème, mais invite chacun à imaginer une solution, en achevant son conte par un dessin par exemple, ou par un écrit personnalisé. Il collige ensuite l'ensemble des documents ; la synthèse qu'il en fait met à jour les convergences et les divergences des membres de la famille, ce qui fournit un matériel substantiel pour les entretiens à venir.

Le conte systémique est donc pour Philippe Caillé (1990) ainsi que Yveline Rey « un récit qui condense sous forme d'un conte, donc sous une forme intemporelle et imagée, les éléments essentiels du modèle organisant de l'appartenance tels qu'ils apparaissent au thérapeute. Ce récit est laissé sans fin et doit être complété par écrit par chacun des membres de la famille ». Le conte est alors envisagé comme un « objet intermédiaire », métaphorique, flottant. L'usage de la métaphore est en effet à la base du conte : « Contrairement au symbole, signe qui renvoie à un signifié spécifique pour le sujet, la métaphore (qui signifie : transposition) est un signe plurivoque qui renvoie à plusieurs signifiés : c'est pour cette raison que chacun peut trouver dans la métaphore ses propres symboles, c'est ce qui permet à la métaphore d'être le pont entre la symbolique individuelle et le langage commun, autrement dit d'être ce ciment unificateur entre un membre et les autres membres d'un système, entre le thérapeute et la famille » (Souetret et al., 1986).

### **Jeu de l'oie (loi) systémique**

Philippe Caillé et Yveline Rey (1994) ont mis au point cette technique particulière consistant en « un parcours de dix cases auxquelles s'ajoutent

une case de départ et une case d'arrivée. Les participants font un premier parcours des dix cases en sélectionnant pour chacune un événement important de leur histoire familiale. Ils répètent ensuite le parcours en qualifiant les événements par le choix entre cinq cartes symboliques dérivées du jeu traditionnel : l'oie, le puits, l'hôtel, la prison et le pont. Ils terminent le jeu en écrivant individuellement quelques lignes sur les origines de la saga qu'ils viennent de définir en commun (la case de départ) et sur ses suites prévisibles (la case d'arrivée) ».

Le jeu comprend donc douze cases dont dix vides, et le dessin d'une oie sur celles du départ et de l'arrivée ; le jeu se joue sans dés. Les cartes blanches permettent d'inscrire les grands événements de l'histoire de la famille et/ou des thérapeutes. On démarre à case numéro un, qui représente en général la date de la vie commune du couple, puis grâce au jeu des cartes symboliques bipolaires, chacun attribue un sens différent aux événements des fiches (le pont est ce qui relie, l'hôtel ce qui permet de se reposer, le puits l'abîme ou le ressourcement, la prison la stagnation, et l'oie l'élément dynamique qui va de l'avant). Ensuite les membres de la famille écrivent ou dessinent ce qu'ils souhaiteraient mettre au départ et à l'arrivée. Le but du jeu est ainsi d'arriver à faire accomplir à la famille un véritable « parcours initiatique » symbolique vers le problème qui fait blocage dans son fonctionnement actuel. Chemin faisant, le thérapeute a pu se faire une idée du cycle vital familial, des règles du jeu familial, de la construction du monde, etc.

### Tests et questionnaires

Le recours à des tests, des questionnaires, ou des échelles d'auto-évaluation n'est pas une pratique courante en thérapie systémique pour les Européens ; elle l'est en revanche aux États-Unis. Citons par exemple les travaux de D.H. Olson et de son équipe (1983) de l'université du Minnesota, ayant conduit à l'élaboration des FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) I et II, et dont la conclusion a été le descriptif de seize types de systèmes familiaux ou maritaux, à partir des deux dimensions qu'ils ont jugées fondamentales : la cohésion et l'adaptabilité.

De même, l'échelle FES (*Family Environment Scale*) élaborée par R. Moos et A.G. Billings (1982) à l'université de Stanford, étudie une dizaine de dimensions jugées prépondérantes (cohésion familiale, conflits, loisirs, etc.), et aboutit à décrire sept types de familles.

Les travaux de A.J. Ferreira ont donné l'idée à D.A. Bagarozzi et S.A. Anderson (1982) d'inventer une méthodologie de recherche destinée à utiliser la connaissance d'un mythe familial comme instrument d'intervention stratégique thérapeutique. Pour ce faire, ils ont eu recours à des *critères de base* ainsi qu'à un *questionnaire informatif*. Les critères de base (étude des métaphores, des symboles, du climat affectif, des redondances) permettent déjà de dégager les mythes de (relativement) peu d'importance (dits *mythes mineurs*) des *mythes majeurs*, cachés par les premiers. Ce questionnaire informatif renseigne sur les générations précédentes, et surtout sur le vécu qu'a développé la génération actuelle par rapport à la transmission des mythes parentaux.



D'autres auteurs ont également utilisé un questionnaire destiné à une échelle standardisée d'évaluation cognitive des « attributions », c'est-à-dire des explications des individus ou des groupes d'appartenance d'individus relatives aux phénomènes qu'ils observent (Heather-Ingston et al., 1998). Le questionnaire comprend vingt-sept items et sa passation demande une quinzaine de minutes.

Dans un tout autre domaine, Robert Neuburger a inventé ce qu'il appelle le *test de liberté* pour procéder à une évaluation de la norme de couple de deux adultes. Le thérapeute peut lui-même se soumettre à cette évaluation, afin de mieux repérer sa propre empathie avec le partenaire du couple consultant qu'il ressentira comme le plus proche de son système de valeur. C'est ainsi que le thérapeute est invité à évaluer sa norme personnelle de couple (le couple « pour les autres ») en la différenciant du couple idéal (le couple « pour soi »). Le couple « pour les autres » est ce que le thérapeute est censé souhaiter aux familles qui le consultent, et le couple « pour soi » est ce qu'il se souhaite pour lui-même dans sa vie privée. Le thérapeute est alors invité à classer quatre aspects de la vie du couple, dans l'ordre qui lui paraît le plus important : le choix du partenaire, la qualité des relations, la stabilité du couple, le développement personnel dans le couple. L'auteur observe la prévalence du deuxième critère (la qualité de la communication et des relations dans le couple) chez les thérapeutes et les étudiants. L'intérêt de la passation de ce test réside surtout dans l'autoréférence qui lui est liée : puisque chacun des quatre items correspond à une vision particulière, « chacun pourra repérer son "appétence" pour telle ou telle lecture, objectivante, communicationnelle, évolutionniste, auto-organisationnelle » (Neuburger, 1995). En effet, le premier item (choix du partenaire) correspond à une vision linéaire du monde (l'observateur est « objectif » en ce sens qu'il détaille les objets, compare leurs qualités et leurs défauts, etc.) ; le deuxième item (qualité des relations) correspond à une vision circulaire, « échangiste » (le mot est peut-être ici ambigu...) ; le troisième critère (stabilité du couple) évoque l'homéostasie pérenne émaillée de ses crises ; le quatrième critère (épanouissement personnel) correspond à une vision auto-organisationnelle.

### Thérapie vidéo-systémique

Parmi les techniques systémiques postmodernes, l'une d'elles est le fruit de nos recherches personnelles : l'utilisation de l'image pour que la famille revoie le film de son scénario de vie dans une dichotomie réursive qui a un pouvoir gnoséologique (en tant que conditions et limites de la connaissance qu'une famille peut avoir d'elle-même) : cela élargit le champ de perception de chacun à la vision de l'ensemble, permet de relier les vécus du moment au contexte, et favorise le méta-point de vue à partir du visionnage du support DVD constitué par les soignants. Cela introduit un pont entre le vécu d'un instant et les faits qui l'ont généré, tels que virtuellement reproduits sur l'image à l'écran. Les prises font vite leur effet : chacun est surpris de se voir acteur à l'écran, et tous s'autocritiquent d'abord muettement, revoient depuis le début la situation, et échangent par la suite avec les thérapeutes pour trouver du sens. Cette technique dite de *thérapie*

*vidéo-systémique* a pour spécificité de travailler avec les familles sur l'image turbulente de cette restitution.

### Résultats obtenus au niveau des familles

Par la restitution aux familles de tout ou partie des enjeux transactionnels vécus en séance ou filmés dans un autre contexte – et synthétisés sous forme d'un montage vidéo par des thérapeutes rompus à ce genre d'approche – se trouve ainsi donné aux familles un formidable outil de travail sur elles-mêmes, levier de leurs compétences auto-curatives. Visionner tranquillement, en famille, certaines séquences du film, à distance des événements qui se sont joués, facilite en effet une prise de recul nécessaire à une conscientisation de problèmes souvent occultés, et de ce fait facteurs de dysfonctionnements intrafamiliaux. Car ce nouvel outil de communication présente l'avantage d'être « parlant » par lui-même, sous forme d'une rétroaction immédiate et incontestable, qui ne peut que favoriser l'insight. L'habileté du vidéo-montage permet en effet de mettre à jour des schèmes répétitifs, de les souligner, voire de les amplifier, afin que des membres de la famille s'exclament : « Je fais comme ça, moi ! », et se modifient peu à peu d'eux-mêmes en conséquence<sup>16</sup>.

Cette technique met en évidence des schémas relationnels récurrents, permet de recadrer des échanges, parvient à donner du sens à des comportements inexplicables sans une prise de recul sur le contexte plus global de leur émergence. Car le film facilite une double mise à distance des événements : à la fois temporelle (fin de séance ou fin d'un cycle de séances, articulations entre séances, etc.) et spatiale (distance de l'écran, globalité de la double prise de vue avec une caméra fixe en champ large et une caméra mobile pour plans serrés). D'où l'émergence d'informations nouvelles et riches : vision neuve et surprenante d'une même situation que l'on croyait à jamais bloquée, réflexions constructives sur l'image que l'on renvoie aux autres et sur celle que l'on se forge sur les autres, tout cela aboutissant à des interrogations collectives sur des visions partagées de soi et d'autrui, des places et des fonctions de chacun, donc des possibilités évolutives réciproques de chaque protagoniste. Il s'en suit des va-et-vient récursifs et parfois très rapides – comme des « illuminations » ou des « fulgurances » – sur de nouvelles visions partagées de soi et des autres, ouvrant la voie à une dynamique de changement thérapeutique.

Ce changement du système {famille-thérapeutes} est permis grâce à la prise de conscience, par chacun des protagonistes, d'une vision partagée de soi-même et des autres. C'est cette vision partagée – mais pas nécessairement identique – qui ouvre des possibilités individuelles et collectives d'évolution interpersonnelle : le changement de la famille se trouve potentialisé par l'expérience vécue du décalage existant entre, d'un côté

16 Ailleurs, on a vu de nombreuses familles d'enfants qui présentaient des *troubles envahissants du développement* se rendre compte, grâce à cette technique originale, combien ces enfants captaient tout ce qui se disait ou se passait autour d'eux : là où ils étaient considérés, par leur entourage, comme passifs et dans leur « bulle », ces enfants étaient au contraire très interactifs – mais à leur façon – et se montraient capables de mémoriser des événements ou des situations parfois étonnamment complexes.

les visions internes construites et retenues par chacun sur ses relations aux autres, et de l'autre leur restitution globale, via les images du film, en tant que témoins virtuels d'une réalité qui s'est néanmoins passée le jour de ces séances et que l'on n'avait pas forcément vue sous cet angle...

Car l'angle d'attaque d'un problème conditionne la manière de solutionner ce dernier. Ainsi, la perception réfléchie – et réfléchissante – des images fait découvrir aux membres de la famille l'existence de filtres perceptifs et interprétatifs propres à chacun : elle leur restitue l'effet de leurs modalités de communication personnelle sur les autres membres du système, et réciproquement, en permettant de voir ces derniers d'une position différente, relativement plus « extérieure » : la circularité des réactions en chaîne devient alors souvent évidente, et suffit à déconstruire naturellement les lectures dysfonctionnelles pour en coconstruire d'autres avec de nouveaux sens, beaucoup plus fonctionnels pour l'ensemble du système.

### Résultats obtenus au niveau des soignants

Les résultats obtenus au niveau de l'équipe sont également fort intéressants : le dynamisme ainsi créé par une technique innovante stimule certains membres de l'équipe, lesquels peuvent se spécialiser dans cette nouvelle approche. La créativité des soignants est ici indispensable : à chaque nouvelle séance, l'équipe thérapeutique doit proposer des mises en situation spécifiquement choisies pour la famille, élaborées en fonction des hypothèses formulées par l'analyse systémique de la séance précédente, c'est-à-dire en suivant un raisonnement systémique conçu à cet effet. Car il s'agit ici de « sur mesure » : chaque mise en situation est singulière ; elle constitue une sorte d'« exercice surprise » pour la famille (c'est l'aspect surprenant de chaque séance qui permet à la fois de faire surgir de l'information en direct utile au système et de lui faire souhaiter la possibilité de revoir l'ensemble, et de se rendre compte des résultats obtenus en bénéficiant de la production du montage avec les soignants).

Des séances spécifiques, thématiques, peuvent être réalisées grâce à ce support d'images vidéo, sous forme :

- de séances confiées à la famille (c'est-à-dire à réaliser par les membres de la famille eux-mêmes, ensemble et à leur domicile) : les parents par exemple peuvent ramener aux thérapeutes un train d'images qu'ils estiment significatives et dont ils souhaitent débattre lors d'une séance de thérapie ; ailleurs, ces images serviront, après montage, à mettre en valeur le résultat du travail sur elle-même de la famille, gravé sur DVD et témoin du chemin parcouru ;
- de reconstruction de l'histoire d'un enfant, ou de tout ou partie de la famille, par l'intermédiaire d'images spécialement ressorties d'archives de la vidéothèque familiale (pouvant ainsi compléter un travail sur l'historiogramme) ;
- de séances intitulées « Point de vue », au cours desquelles le caméscope servant à filmer un exercice en séance peut être confié à tour de rôle à l'un ou l'autre membre de la famille, ou des soignants, dans le but explicite de s'intéresser au point de vue spécifique de ce membre, et d'en informer ainsi

les autres membres du système, en projetant sur écran l'angle d'attaque qui a servi à visionner, et la manière dont a été utilisée la caméra<sup>17</sup>.

Souvent même, l'équipe est étonnée par la pertinence de certaines réflexions des membres de la famille, lorsqu'ils visionnent le film : chacun se surprend à découvrir l'autre sous un nouvel angle. Chaque nouvelle mise en situation est un enrichissement mutuel des thérapeutes et des familles.

### **Théâtre-thérapie et exercice du psychodrame systémique**

En complément des séances classiques de *simulation* et des *jeux de rôles systémiques* est proposée ici une réflexion sur un système d'exercices physiques, de jeux esthétiques, de techniques, d'images, d'improvisations spéciales dont le but est de sauvegarder, développer, redimensionner les liens pour la compréhension et l'étude des problèmes personnels et interpersonnels. Comment aider à analyser, en les mettant en scène comme on le fait par exemple en séances didactiques de simulation, les couleurs du désir et les combiner dans d'autres proportions, formes et cadres ? Le théâtre-thérapie peut-il aider à ce genre de mise en perspective ? Certainement, puisque l'essence du théâtre est l'être humain qui s'observe en action et en relation. C'est l'être humain qui découvre qu'il peut s'observer lui-même, qu'il peut se voir en situation, qu'il perçoit ce qu'il est et découvre ce qu'il n'est pas, et imagine où il lui serait possible d'aller dans la triade : moi observateur, moi en situation et non-moi, c'est-à-dire l'autre (cf. l'auto-connaissance permettant au sujet d'être sujet, celui qui observe d'un autre sujet, celui qui agit). À l'origine, acteurs et spectateurs coexistent en une même personne, l'acteur agissant en « spectre-acteur » sur l'objet du sujet qu'il est, pour le guider, le modifier ; le « spectre-acteur » en acteur réagissant sur le sujet de l'acteur qui agit sur l'objet.

La capacité humaine de dichotomie (se voir en train de se voir, se placer en dedans et en dehors d'une situation) permet tout à la fois de symboliser la distance qui sépare l'espace et divise le temps de l'être, de pouvoir être au présent au futur, de symboliser la puissance : de créer des symboles représentant, dans un langage symbolique entre peinture, musique et verbe, autant ce qui est mais n'existe pas concrètement que ce qui est un possible ou un impossible qui pourra peut-être ou non exister un jour dans un espace dit « esthétique », car ouvert aux dimensions symboliques, affectives, oniriques et mnésiques, aux aléas de la réalité physique et à la créativité irrationnelle de l'immatérielle intelligence libre hors la prison qui la détruit à force de rationalisation. Cet espace esthétique est le lieu où peuvent se jouer sans danger pour eux toutes formes de conflits entre êtres humains, combat passionné de contradictions présidant à l'action puisque c'est de leur confrontation que va naître leur affrontement. Cet espace théâtral a trois dimensions :

- une *dimension objective*, physique, rigide (longueur, largeur, hauteur), à la mesure de son volume solide ;

17 Porter une « caméra au poing » et « faire le point » permet une « mise au point » à bien des niveaux...

- une *dimension subjective*, plastique, faisant intervenir la mémoire et l'imagination (l'une n'existant pas sans l'autre, la mémoire faisant partie du processus d'imagination) : toutes deux projettent sur et dans l'espace esthétique les dimensions subjectives absentes de l'espace physique, d'où sa qualité plastique (plasticité qui permet et encourage une totale créativité). Ces dimensions subjectives sont de deux ordres, chaque ordre ayant des qualités singulièrement utiles au niveau thérapeutique : l'ordre affectif et l'ordre onirique. L'ordre affectif renvoie à la mémoire qui, tout en étant aussi rétrospective, s'imagine en partie. Le sujet observe à travers elle l'espace physique et y projette souvenirs et sensibilité, le peuplant de signifiés, qui réveillent des émotions, sensations, pensées d'intensités diverses. Il s'y maintient ainsi sujet, séparé de son objet, en y étant à la fois observateur qui l'observe, et spectateur qui, le voyant, imagine, par exemple, ce qu'il est ; et ce qu'il a été ; et ce qu'il pourrait avoir été ; et ce qu'il pourrait devenir. Il est donc au présent, mais aussi au passé qu'il se rappelle et au futur qu'il s'imagine. L'espace ainsi créé dans cette dimension affective qui se mémorise devient et dichotomique et synchrone, puisque l'observateur au présent peut y voir aussi bien le passé que s'y projeter au futur tout en y juxtaposant ses perceptions actuelles. La deuxième dimension est d'ordre onirique, avec l'imagination, qui est prospective, et qui crée, avec les rêves, une dimension dans laquelle l'observateur est entraîné par lui-même dans le vertige de ses rêves et perd le contact avec l'espace physique concret et réel. Il pénètre dans ses propres projections, virtuelles, traverse le miroir et n'observe pas véritablement. L'espace onirique n'est donc pas dichotomique puisqu'il y a perte de conscience de l'espace physique à l'intérieur duquel le rêveur rêve ;

- une *dimension symbolique*, représentant l'espace vide entouré de choses qui sont en elles-mêmes des espaces vides à se représenter.

Au total, l'idée d'aménager, par le théâtre, un espace esthétique permet d'en combiner les propriétés gnoséologiques (c'est-à-dire de savoir et de découverte, de connaissance et de reconnaissance d'apprentissage) : on peut y être sans y être, les morts sont vivants, le passé devient présent, le futur est aujourd'hui, la durée se dissocie du temps, tout est possible ici et maintenant. La fiction est pure réalité et la réalité fiction, parce que l'espace esthétique est, mais n'existe pas, contrairement à l'espace physique qui, lui, existe. Et la scène théâtrale peut être ainsi scène thérapeutique : elle existe en tant que scène pour une durée définie ; le lieu est changeant. Elle est le royaume du Danemark ou de la maison familiale. Une croix deviendra cathédrale le temps voulu. Le temps coule en avant comme en arrière et ne se mesure pas ; seule la durée compte. Le temps et l'espace peuvent y être condensés ou déployés. Les objets comme les personnes peuvent s'y fondre, s'y dissocier, se diviser ou se multiplier. Le protagoniste patient peut y reproduire ses pensées et y libérer à nouveau ses propres émotions et sentiments ; il peut y faire vivre une scène de sa propre vie où il va essayer de concrétiser ses désirs, déclarer son amour ou sa haine, tenter d'agir ou de réagir différemment, de défendre, d'attaquer, de fuir, mais quand il le revit

dans un espace esthétique, théâtral ou thérapeutique, son désir devient dichotomique. Il veut simultanément montrer la scène et se montrer en scène. Désirer devient une chose en vivant la scène. Il essaie de concrétiser un désir en la revivant. Il réifie le désir parce qu'esthétique et le transforme en objet observable, et par lui-même et par les autres. Il élargit la personnalité et le personnage.

Une autre propriété de l'espace esthétique est d'être télé-microscopique (c'est-à-dire qu'une scène se voit près de nous, même si elle est loin). Sur scène, on voit près de nous ce qui est loin, grand ce qui est petit. Ainsi rapprochées et agrandies, les actions humaines peuvent être mieux observées. La fonction thérapeutique du langage, de voir et d'entendre en voyant et en écoutant, en se voyant et en s'écoutant, permet de dédoubler le jeu entre maintenant, avant et un possible futur (pouvoir gnoséologique, donc, de cet espace esthétique, c'est-à-dire sensoriel, dont la plasticité induit le libre exercice de mémoire et d'imagination entre présent, passé et futur). Le caractère dichotomique et dichotomisant rend possible l'auto-observation par le dédoublement du sujet qui rentre en scène. Le télé-microscopisme permet de voir en l'agrandissant et en le rendant présent ce qui est absent, ou ce qui d'apparence plus petite et plus lointaine échapperait sinon au regard.

Un ensemble de connaissances peuvent y être ainsi acquises à travers non seulement la raison, les pensées, mais aussi les sens, les sensations et les émotions. L'être humain a cinq sens (tactile, auditif, visuel, olfactif, gustatif) qui sont en rapport entre eux et dont le corps enregistre les perceptions, que le cerveau traduit et engrange, et le corps humain y réagit en conséquence au niveau sensitif, émotif, relationnel, rationnel. Le corps humain est émotif. Plaisir et douleur amènent émotion. Sensations, émotions, pensées ont entre elles des communications libres et des échanges constants, sur des chemins bi-directifs qui vont de la raison à la sensation, ou de la sensation à la raison. L'être humain rationnel sait et est capable de raisonner, c'est-à-dire qu'il pense comprendre et qu'il peut se tromper.

L'osmose, la métaxis, l'induction analogique sont les trois mécanismes qui aident le spectateur en protagoniste de l'action dramatique à extrapoler dans sa vie réelle les actions qu'il a répétées dans la pratique théâtrale.

L'osmose se produit de façon intransitive de la scène vers la salle et, bien qu'immobiliste et prédéterminé, le rituel théâtral peut transmettre intransitivement des idées mobilisatrices, via le symbolisme, où tous les éléments singuliers et uniques perdent leurs restrictions à la particularité. De la généralisation à la singularisation émerge un terrain d'étude des psychothérapies liées à l'art théâtral. Avec l'analogie du rituel thérapeute/patient, la scène peut essayer de transformer la salle qui peut tout essayer pour transformer la relation sujet/objet (personne ne peut être réduit à la condition d'objet absolu). L'acteur essaie de renverser l'immobilisme, de rendre le dialogue salle/scène totalement transitif.

La métaxis est l'appartenance totale et simultanée à deux mondes différents autonomes. Dans un spectacle traditionnel, la relation spectateur/personnage ou acteur passe à travers l'empathie en dedans (*pathos* = émotion). L'émotion

du personnage nous pénètre ; le monde moral du spectacle osmotiquement nous envahit. Dans ce premier cas, la scène qui bouge me fait bouger avec elle. Dans le psychodrame, la relation observateur actif et personnage est sympathie. Dans ce deuxième cas, « je fais bouger la scène dont je suis le sujet où l'émotion est celle que je projette et non celle que projettent les autres, à travers moi, sur quelqu'un comme moi ». Le patient devient là artiste par identification. Le patient artiste fait un monde d'art avec les images de sa vie réelle qui contiennent esthétiquement les mêmes oppressions que celles du monde réel qui les a inspirées. Il appartient à ces deux mondes, scène et salle, pas seulement de manière vicariale. Il est capable d'être créateur d'un monde autonome de sa propre réalité ; il peut extrapoler dans sa propre vie ce qu'il aura accompli dans la fiction. La réalité est l'image de la réalité qu'il a créée lui-même, image qui doit avoir sa propre dimension esthétique, ni simple reproduction réaliste, ni simple illustration symbolique de l'oppression réelle. Les images ne se traduisent pas dans un langage idiomatique verbal, pas plus que des accords de musique ou une peinture abstraite. Par identification au sujet au travers de la sympathie, la métaxis qui se produit en lui se produira en celui qui s'y est identifié. La solidarité n'est pas suffisante : ce que vit le sujet doit être ce que peuvent vivre aussi d'autres que lui ; et l'image du réel doit être réelle, en tant qu'image. Il faut créer des images de la réalité, puis jouer avec la réalité de ces images (première extrapolation de la réalité conjugale ou familiale ou sociale ou professionnelle vers celle dite fiction théâtrale). L'image vient d'une deuxième extrapolation dans le sens inverse, vers la réalité conjugale ou familiale, ou sociale, ou professionnelle, celle de notre réalité dans le deuxième monde esthétique sensoriel pour modifier le premier, transsubstantiation faite par le patient lui-même qui crée l'image comme bon lui semble et sur laquelle les autres doivent travailler sans faire référence au monde générateur en chemin, pour maintenir la cohérence de ce nouveau monde ainsi créé, en croyant à son organicité.

Questionnons-nous sur l'*induction analogique* : qu'est-ce que cela signifie ? Qu'en fonction de notre milieu socioculturel, de notre niveau d'étude, de notre groupe d'appartenance, de notre mode de vie, de nos milieux d'origine, et de ceux que nous fréquentons, nous finissons tous par parler la même langue : la réponse individuelle se pluralise, la particularité étant négligeable par rapport à la similarité. Là, la sympathie est immédiate. Si les particularités sont extrêmement singulières, nous devenons observateurs de la personne qui fait son récit en prise avec l'empathie pour la personne et non pour tous ceux qui pourraient parler comme elle. Le théâtre de la première personne du pluriel commence donc par le récit individuel qui est ensuite dépassé à travers l'induction analogique pour pouvoir se pluraliser et être étudié par tous les participants. La fonction de l'induction analogique est qu'elle permet l'analyse distanciée, l'offre de plusieurs perspectives, la multiplication des points de vue possibles au travers desquels s'analyse la situation : pas d'interprétation ni d'explication, juste des points de repère, une aide à réfléchir sur sa propre action en regard des alternatives proposées par les autres qui pensent avec leurs propres singularités. Au total, on observe un décalage entre l'action et la réflexion sur l'action ; le protagoniste se voit



lui-même en tant que protagoniste et en tant qu'objet ; il est l'observateur de la personne observée. Si, à partir d'un point d'une image ou d'une scène, on procède par analogie et on crée d'autres images produites par d'autres participants sur leur vécu similaire, et si à partir de là, par induction, on reconstruit un modèle dégagé des circonstances singulières de chaque cas spécifique, le modèle contiendra les mécanismes généraux à travers lesquels la construction qui génère ce vécu s'opère, et pourront alors sympathiquement être étudiées les différentes possibilités de briser cette construction. Si le patient lui-même réalise une action dans la réalité, l'action est réalisée en tant que patient et non en tant qu'artiste ; mais de l'art de la transposer dans une fiction théâtrale, l'action sera réalisée cette fois par l'artiste du rôle de patient, transposé à sa propre place de patient, et auto-activera le pouvoir de la réaliser, en tant que patient. En reconstruisant la scène avec le vécu propre à sa construction du monde, le patient déconstruit tout de lui-même et s'ouvre des possibilités nouvelles en élargissant sa vision de la scène par lui-même scénarisée, aux rôles mis en scène, et distribués par lui-même, sous le regard du thérapeute qui mène l'exercice du psychodrame (comme devant une psyché, miroir mobile au socle fixe dont l'inclinaison variable permet de voir le corps entier). Voir et écouter permet d'entendre et de comprendre (*cf.* vécu et vie, ressenti et idée) : corps et âme, soma et psyché, au sens de miroir mobile à socle fixe où l'on voit son corps, et dans son corps ainsi miré, sa psyché au sens de l'ensemble des phénomènes psychiques qui composent l'unité personnelle (c'est la psyché miroir où l'on se voit comme on se voit soi-même dans l'autre) : « Le théâtre est miroir où la nature se reflète », disait Shakespeare. Nous sommes ce que nous sommes, mais aussi ce que nous devenons et, si nous ne sommes pas fatalistes, nous pouvons essayer d'autres façons d'être en relation...

Selon Kuhn, tout progrès important de la connaissance s'opère nécessairement par la rupture des systèmes clos qui n'ont pas en eux l'aptitude au dépassement : dès qu'une théorie se révèle incapable d'intégrer des observations de plus en plus centrales, une révolution brise dans le système ce qui faisait sa cohérence et sa fermeture et une nouvelle théorie émerge à sa place et l'intégrant parfois en elle.

La formation à l'intervention est une formation où l'on apprend à analyser son vécu et à l'utiliser dans la relation thérapeutique comme un atout et non un handicap. Si l'on renonce à l'objectivité et au déterminisme pour accepter le fait d'être partie prenante, en toute incertitude et indécidabilité, de s'ouvrir aux aléas, aux assemblages et à toute une série de choses qui échappent à notre connaissance et sont soumises aux aléas, il faut, au cœur de ce désordre, s'auto-éco-organiser une boucle récursive de questionnements auto-critiques de nos vécus et ponctuée de prises de méta-point de vue, par l'intermédiaire de ces jeux dialectiques rationnels pour éviter que nos raisonnements glissent vers la rationalisation savamment aveuglante. Car alors il n'y a d'analyse et de connaissance que là où il y a distance, ouverture et solidarité récursive ; dès qu'on rentre dans la réalité, ou croit la voir, et l'avoir, il n'y a plus d'analyse ni de conscience mais, comme le dit Edgar Morin, de l'intelligence aveugle.



## Principales indications cliniques

### Un angle d'attaque médico-psycho-social : les interventions en contexte de crise

Les interventions en contexte de crise ont toujours beaucoup attiré les thérapeutes familiaux systémiciens, peut-être parce que les crises sont inhérentes à la vie familiale et par là même intéressantes dans la dynamique qu'elles suscitent, mais peut-être aussi parce que la société post-moderne démocratique actuelle est une « société-écran », une société du virtuel et des images de synthèse, dont le fragile équilibre redoute les déstabilisations critiques. Peut-être aussi parce que notre société occidentale actuelle est en crise, d'où le rôle tout particulier de « ciment social » des travailleurs sociaux formés à l'approche systémique et intervenant dans des contextes socioculturels défavorisés.

Tout cela nous amène à tenter une *définition de la crise*. Le concept peut se décomposer en plusieurs idées clés.

- L'idée de *perturbation* : la crise rompt un équilibre, un ordre préétabli. D'une certaine façon, elle crée du désordre. Son terme ultime est la catastrophe liée au chaos, dont les conséquences sont imprévisibles, destructrices. Mais pour que cette catastrophe arrive, il faut que la perturbation se soit amplifiée, jusqu'à la dangereuse déstabilisation du système.
- L'idée d'une *déstabilisation* : par le changement rapide qu'elle engendre, la crise déstabilise donc l'édifice, l'ébranle, et surtout le fragilise. L'instabilité qui en résulte concerne en général plusieurs niveaux logiques à la fois. C'est d'ailleurs ce caractère de simultanéité qui représente le risque majeur et crée un véritable état d'urgence. C'est donc le dérèglement simultané de plusieurs niveaux logiques qui crée l'accélération, l'aggravation des événements.
- L'idée d'*urgence* : une crise nécessite une réponse adaptée rapide. Qui dit urgence dit priorité d'action. Faute d'adéquation entre la réponse et la perturbation initiale, la crise s'amplifie. L'urgence, par l'anxiété qu'elle génère et la confusion qu'elle augmente, prive du temps nécessaire à la réflexion. Or chacun de nous sait, par expérience, qu'une prise de décision dans un contexte mal maîtrisé est souvent source d'échec. Ici, la confusion qui règne au niveau cognitif empêche d'anticiper une solution intelligente : pris de vitesse, le décideur ne fait plus forcément appel à des choix rationnels ; il peut avoir recours à des choix affectifs, à diverses formes de « pensée magique », etc. Ces choix maladroits, inadaptés, créent eux-mêmes d'autres problèmes, qui aggravent les précédents, non seulement comme une réaction en chaîne, mais encore sur des plans différents. La crise fait tache d'huile<sup>18</sup>. C'est donc l'ensemble du réseau qui se trouve à réorganiser, en un minimum de temps.

<sup>18</sup> L'« effet Roquéplo » – en référence aux travaux de l'auteur homonyme qui a décrit les effets néfastes, de voisinage, de courants électriques vagabonds qui détériorent des conduites, des canalisations – correspond, d'après G.Y. Kervern, à un cercle vicieux qui surajoute sans cesse des petits problèmes connexes au problème principal. Lire : Kervern G.Y., Rubise, *L'archipel du danger*, Economica, Paris, 1991. Kervern G.Y. *Éléments fondamentaux des cindyniques*, Economica, Paris, 1995.

• L'idée de *danger* : si une crise génère du changement, elle évoque habituellement d'emblée le danger. Le néologisme « cindynique » (du grec *kindunos*, danger) s'applique aux études des situations à risque, de quelque nature qu'il soit (lié à des troubles sociaux, à un cataclysme tellurique, etc.). Les « sciences du risque » sont cindyniques. Elles étudient particulièrement les situations liées aux crises, mais aussi les possibilités d'y faire face et donc les chances de surmonter l'obstacle, dans une dynamique de résilience (or en chinois, le mot « crise » a le double sens de danger et de chance). De plus, le mot a été emprunté au grec *krisis* (décision, jugement), dérivé de *krinein* (juger, d'où passer au crible, utiliser des critères) dans sa spécialisation médicale. Une crise peut donc permettre de juger ce qui est bon en le sélectionnant de ce qui est mauvais ; elle impose des décisions et peut donc être autant synonyme d'aggravation que d'amélioration.

Les interventions en contexte de crise peuvent concerner de multiples domaines, en particulier :

- le *domaine conjugal*, les relations conjugales étant nécessairement émaillées d'importants moments de tension et de crises, pouvant conduire à une demande de thérapie de couple ;
- le *domaine familial* également, la crise peut faire des ravages, mais aussi permettre de nouveaux départs : « la désorganisation familiale et les crises disloquent les points de vues privilégiés, décentrent les modes antérieurs de construire la réalité, les prémisses de base et la manière de fonctionner ensemble, et amènent la famille à reconsidérer la « culture familiale » de référence » (Fried-Schmitman et Fuks, 1995). L'adolescence des enfants en particulier, par son caractère réactualisant celle des parents, ainsi que le « second mariage » de ces derniers lors du départ des premiers, constituent deux moments pourtant essentiels du « cycle vital de la famille » mais très déstabilisants ;
- le *champ institutionnel*, lorsqu'apparaissent par exemple des phénomènes de violence ; une démarche de supervision est alors nécessaire ;
- le *champ criminologique et victimologique* : situations de maltraitance d'enfants, de femmes, de vieillards, parfois aussi d'hommes, multiples formes d'abus sexuels, phénomènes de délinquance juvénile, etc. ;
- le *champ de l'urgence* en particulier, lorsque des enjeux *médicolégaux* sont à la clé (hospitalisation sous contrainte par exemple), d'autant que « l'urgence psychiatrique est associée à folie, violence, imprévisibilité et drame, et donc à irréalité, agressivité, incontrôlabilité et danger » (Mauriac, 1997).

Sur un plan théorico-historique, rappelons que c'est en 1957, à Galveston (Texas), que fut lancé un ambitieux programme de recherches : le *multiple impact therapy project* (projet de thérapie à impact multiple). Les maîtres d'œuvre étaient Harry Goolishian et Eugene McDonald (McGregor et al., 1964). Les bases théoriques du projet reposaient essentiellement sur la théorie des crises de Gerald Caplan (1956). Pour cet auteur, la négociation institutionnelle rapide d'une crise évite l'attachement excessif du patient ou de sa famille à l'équipe soignante, et oblige donc les membres du système

familial à trouver par eux-mêmes une solution en dehors de l'institution. Parce qu'elles limitent les phénomènes de dépendance iatrogène, les interventions brèves poussent les familles à développer leurs propres compétences.

## Un angle d'attaque institutionnel : la prise en charge systémique des personnes âgées dites « démentes » et de leurs familles

La gérontopsychiatrie ne peut qu'être un domaine en pleine expansion, eu égard à l'accroissement de l'espérance de vie, à peu près partout dans le monde. On peut même postuler que la montée en puissance de certaines affections dégénératives et leur impact sur le fonctionnement de la collectivité, directement liées à l'augmentation de l'âge moyen des populations, fait que par certains côtés le terme de gérontopsychiatrie devient un pléonasme. L'évolution harmonieuse d'un sujet âgé dans un environnement psychosocial qui lui convient apparaît comme l'exception. Il est possible d'aborder le phénomène par une lecture systémique de ces deux pôles : comment fonctionnent les systèmes dysharmonieux et comment fonctionnent les systèmes harmonieux. Face à ce que certains ont appelé un *Papy boom*, il est possible de décrire, selon le contexte culturel, deux attitudes sociales extrêmes envers les personnes âgées : soit elles sont connotées positivement et demeurent intégrées dans la famille, étant respectées pour leur savoir, leur expérience et leur sagesse, comme c'est le cas, par exemple, en Afrique avec la notion d'ancêtre sacralisé<sup>19</sup> (Haley, 1973) ; soit elles sont, à l'opposé, connotées négativement, rejetées de la société de consommation parce que non productives, considérées comme étant à la charge des plus jeunes, oubliées dans des maisons de retraite et autres endroits de relégation ; au total, dans ce second cas de figure (de loin le plus fréquent dans notre société actuelle), elles se retrouvent, d'une manière ou d'une autre, exclues de la famille qu'elles ont créée lors de leur jeunesse et de leur maturité. Il est certain que tous les degrés existent entre ces deux positions extrêmes ; comme il existe des familles en décalage culturel, sur ce plan-là, avec le reste de la société, pour des raisons morales : cela est, par exemple, le cas des familles qui s'interdisent de placer leurs parents âgés en maison de retraite, par loyauté transgénérationnelle. Quoi qu'il en soit, ici peut-être davantage qu'ailleurs, la vision portée sur autrui conditionne le mode de vie qui lui est attribué.

19 La notion d'ancêtre sacralisé renvoie bien évidemment à celle du disparu. Le travail de deuil a été fait selon un mode spécifique et l'ancêtre (avec le souvenir objectif ou mythifié que l'on a de lui) a été incorporé au cursus familial. Il en va autrement lorsque l'ancêtre à venir est toujours là. La cohabitation des générations s'avère parfois difficile. Se rejouent de façon ultime (ultime chance ?) des conflits de pouvoir, des enchevêtrements de non-dits filiaux ou parentaux. C'est dans ces moments critiques, terminaux que se figent les dysfonctionnements qui empoisonneront peut-être la vie des générations futures. C'est tout l'intérêt de la préservation de ce travail d'accompagnement qui est la co-construction d'un deuil à venir (deuil avenir).

L'évolution très (trop, diront certains) rapide des mœurs du <sup>xx</sup>e siècle a considérablement bouleversé le rapport à la personne âgée. « Lorsque la société prône la valeur de la jeunesse et dévalorise la vieillesse, les problèmes des gens âgés augmentent. Au lieu d'être appréciés en raison de la sagesse que leur longue existence leur a conférée, les personnes âgées ont l'impression très nette, en cette époque où tout change si vite, d'être démodées et considérées comme quantité négligeable. Souvent aussi, les problèmes et les symptômes familiaux bien tolérés jusque-là deviennent plus difficiles à supporter avec l'âge » (Haley, 1973).

Dans notre société post-industrielle ultra-capitaliste, la gestion (terme économique) de la personne âgée s'évalue (encore un terme économique) en des termes économiques. « Il y a dans le cycle des échanges familiaux, si l'on retranche à la dimension économique la dimension psychique, un moment critique où le "coût", pour les enfants, du maintien de la relation avec les parents tend à l'emporter sur les "profits". Il y a conflit entre le désir de se conformer au modèle dominant qui veut que les enfants s'occupent de leurs parents vieillissants et le coût de plus en plus élevé que représente cette prise en charge » (Bauza E., 1998)<sup>20</sup>.

L'organisation de la famille occidentale, comme celle d'outre-Atlantique, est en effet de plus en plus dépendante des contingences économiques. Pour ne citer qu'un exemple, comment peut s'organiser un couple parental, ayant deux ou trois enfants, et dont chaque conjoint exerce une activité professionnelle, pour garder avec eux un, voire deux, parents âgés devenus dépendants ? Un des membres du couple – l'épouse dans l'immense majorité des cas – renonce à son « travail extérieur » pour un « travail intérieur », domestique pour la maison, éducatif pour les enfants et d'accompagnement – *nursing* pour la personne âgée handicapée<sup>21</sup>. Lorsque le problème « prend de l'âge », car les systèmes vieillissent aussi, c'est parfois deux générations de « vieux » qui s'étayent tant bien que mal l'une l'autre sous le regard aveugle ou éloigné des générations plus jeunes, prises dans le tourbillon de la vie.

L'approche systémique peut s'avérer intéressante pour appréhender, et si possible améliorer, les interrelations entre la famille d'une personne âgée placée en établissement sanitaire et l'équipe soignante qui l'a en charge. Les thérapies familiales systémiques « sont applicables notamment lors

20 Ces termes de coût et de profit peuvent ici être entendus à la fois au sens économique et aussi au sens psychologique : selon le contexte, un enfant peut avoir « intérêt » (encore un terme polysémique) à s'éloigner de ses parents ou au contraire à rester proche d'eux.

21 Une telle décision, souvent objet d'importantes tensions au sein du couple, est en fait surdéterminée par le contexte culturel, lequel, ainsi que l'a montré Pierre Bourdieu dans *La dénomination masculine*, incite la femme, et non l'homme, à renoncer à sa profession. L'épouse se voit alors contrainte d'assurer quatre rôles, chacun bien distincts et ayant son lot de stress tout à fait spécifique : le rôle d'épouse, celui de femme d'entretien de la maison, celui d'éducatrice des enfants, et celui de garde-malade des parents. Bien que les féministes aient largement débattu de cette question, celle-ci n'est pas réglée pour autant, ni au niveau familial, ni à un plus large niveau, social, et encore moins au niveau culturel...

de l'hospitalisation du vieillard qui traduit une situation de crise pour la famille obligée de réorganiser brutalement son système relationnel et parfois économique. La prise en soin du groupe familial peut alors permettre une restructuration donnant à chacun, patient, conjoint, enfant, la place qui lui revient » (Tessier et al., 1989).

Le principal enjeu d'une telle démarche sera de comprendre les interactions entre les différents protagonistes. Il faut apprendre à y repérer les blocages relationnels éventuels, sources de souffrances psychologiques, peut-être ainsi évitées. Nous allons d'abord nous intéresser aux acteurs du système, et dans un second temps analyser les principaux outils thérapeutiques permettant de travailler au sein de ce système. Nous nous centrerons cependant sur les possibilités d'un travail familial, dans le cadre de l'hospitalisation du sujet âgé présentant une démence sénile, délaissant donc volontairement la problématique liée au maintien à domicile. Le maintien ou le retour à domicile apparaît souvent, dans ce cadre, comme une alternative mythifiée, un idéal pour les équipes soignantes et les familles dans la mesure où il concrétise un arrêt ou une inversion du déroulement du temps.

## Les acteurs du système thérapeutique

### La personne âgée

Quelques remarques introductives permettront de mieux cerner la question. Étudions-en les principaux aspects sémantiques. L'expression même de « personne âgée », par l'emploi du féminin, évoque d'une certaine façon une appartenance à une catégorie « faible » (pensons au « sexe faible »). L'expression de « sujet âgé », par sa masculinisation sémantique, évoquerait en revanche un certain caractère « neutre », a-sexualisé si l'on peut dire, reflet social du fréquent déni de la sexualité attribuée aux vieillards. Ce dernier terme, enfin, est souvent connoté négativement. Il n'est donc pas simple de parler des « ancêtres » d'une manière totalement dépourvue de jugement de valeur. Nous sommes bien là au cœur du problème. L'ancêtre, tel qu'il est présent dans beaucoup de cultures est « dévitalisé ». Il peut être minéral (un peu de cendre dans une urne, quelques ossements dans un reliquaire), immatériel (le fantôme), symbolique (la persistance d'un prénom dans le lignage).

De plus, le mot de « personne », issu du latin *persona*, désignant à l'origine le masque d'un acteur de théâtre, n'est pas sans évoquer l'idée d'un « rôle » attribué à ce « masque », joué par un personnage. Le visage parfois impassible, buriné par les ans, de certaines personnes âgées, peut susciter chez l'interlocuteur un sentiment d'étrangeté et une impression d'anxiété rapidement refoulée et fortement culpabilisée. Derrière ce masque, n'est-ce pas la Mort qui semble attendre son heure ? Le regard d'un moribond est évocateur. Il s'y mêle habituellement un effroi naturel devant la mort et une lueur de colère. Les soignants travaillant en soins palliatifs apprennent vite à le repérer. « Il a le regard de quelqu'un qui ne passera pas la nuit. » Les derniers mots sont souvent teintés d'agressivité et même si leur

souvenir, heureusement, est vite refoulé, au profit des bons souvenirs, il s'agit de prendre en compte ce fonctionnement naturel d'un point de vue systémique. Comme les ravages de la sénescence constituent peut-être le meilleur moyen (paradoxal) que la nature a trouvé pour faire accepter leur mort aux humains qui sont les seuls êtres dotés de la compréhension mentale du phénomène, le fardeau mental que constitue pour ses proches le tête à tête avec un mourrant contribue à faire accepter cette mort comme une délivrance. Le sentiment d'injustice que tout sujet vivant ses dernières heures a devant le spectacle des vivants plus ou moins concernés par sa mort engendre ce transfert agressif qui, intenable s'il dure, prépare le travail de deuil. La mort est aussi un soulagement dans la mesure où elle clôt ce face à face terrifiant.

L'étymologie nous permet également de mieux goûter les glissements de sens relatifs à ce mot de « personne ». D'abord expression de prestance, de taille au sens anatomique du terme (le « corps » d'un être humain), reflétant un sens qui perdure de nos jours (pensons à des formules du style « bien fait de sa personne », « content de sa personne »), le mot a cédé au XII<sup>e</sup> siècle ce sens au mot de « personnage » (cf. « un grand personnage »). C'est à cette époque que le mot de « personne » n'a plus représenté l'idée d'une prestance sociale. En revanche, dans le vocabulaire juridique, il est resté attaché à l'idée d'une certaine dignité (cf. « les droits de la personne », celle-là même qui est reconnue en tant que sujet de droit)<sup>22</sup>.

Cette capacité, inhérente à un état – celui de sujet de droit, membre d'un État de droit –, exprime le respect dû à la personne, dans son humanité et quelque soit son âge (pensons à Brazelton proclamant « Le bébé est une personne ! »). Un auteur comme Philippe Ariès a cependant montré que l'enfant ne devenait une « grande personne » qu'après une sorte de rituel initiatique, et non simplement du fait de son âge. En faisant l'impasse sur l'adolescence (qui n'existe pas dans toutes les cultures) la vie pourrait-elle alors se résumer à trois grandes étapes : celles de l'enfant, de la « grande personne » puis de la « personne âgée » ? (solution de la fameuse énigme du sphinx : ce repérage du lien évolutif entre trois tableaux, définissant chacun en quelques mots, des sujets apparemment très différents).

Cette expression de « personne âgée » est, comme le sujet qu'elle désigne, lourde de sens et de passé : la juxtaposition de ces deux termes fait-elle davantage ressortir l'idée de dignité liée à l'ancienneté, ou bien celle de l'usure du corps et de l'esprit ? Les cultures traditionnelles privilégient la sagesse et l'expérience puisqu'elles se basent sur les concepts d'effets positivement renforcés par l'action du temps : enrichissement par l'expérience, renforcement par les épreuves, progression en terme de fiabilité indispensable pour s'inscrire dans la durée ; elles s'opposent ainsi radicalement à notre culture post-moderne, privilégiant l'éphémère, l'instantané

22 Il est à noter que jusqu'au XVI<sup>e</sup> siècle, en France, l'expression « être âgé » signifiait « avoir la majorité », avant de prendre l'acception actuelle de vieillissement.

et le jetable puisqu'elles ressentent les effets du temps comme destructeurs, c'est-à-dire mortifères.

Au-delà de ces banalités, il est intéressant de relever que, finalement, derrière tout signifiant, chacun possède sa propre représentation du signifié, laquelle colore sa façon d'être au monde, donc son contact avec la réalité. Le sujet lui-même peut ne pas se reconnaître devant un tel énoncé : « Ma grand-mère, âgée de 85 ans, a toujours refusé de participer aux activités du foyer du troisième âge, car, dit-elle, "il n'y a que des personnes âgées" ». Ce discours, fréquemment énoncé, montre bien que se sentir âgé est pure subjectivité. Pourtant les faits sont là, dans leur plus cruelle objectivité. Deux approches, d'ailleurs complémentaires, permettent d'appréhender la personne âgée dans ce qu'elle est, et dans ce qu'elle a été avant d'être âgée. Dans certains pays (par exemple, dans l'état de Californie), les personnes âgées riches se regroupent parfois dans des sortes de « ghettos pour vieux », dans lesquels, par exemple, il est interdit à un jeune (même à un livreur) de pénétrer. Outre l'aspect sécuritaire, ce *modus vivendi* est de nature à laisser perdurer l'illusion d'un arrêt du temps : entre vieux, on n'est pas vieux...

### ***Du point de vue des soignants***

*Première approche : la « dissection neurofonctionnelle » et l'analyse synchronique*

Lorsque l'on s'intéresse à l'aspect organique, purement médical, qui « met à nu » le corps du sujet, comme cela peut se passer dans une unité hospitalière de géro-psycho-geriatrie, la vision que l'on a du sujet âgé est celle de ses différents déficits. La plupart des sujets s'y trouvent en effet admis pour des pertes de compétences touchant la sphère cognitive, avec divers troubles du comportement témoignant d'une atteinte neurologique cortico-sous-corticale, d'origine dégénérative, vasculaire ou mixte, responsable de lésions anatomopathologiques souvent irréversibles. Des zones entières du cerveau se trouvent alors irrémédiablement lésées, malgré une certaine plasticité neuronale ou gliale. Des circuits, qui ont mis à peu près trois ans à se développer (les neuf mois intra-utérins et au moins les deux premières années de la vie), puis une vingtaine d'années à se perfectionner pour créer les réseaux neuronaux les plus adaptés aux besoins du sujet, et enfin bien une quarantaine d'années à se sélectionner en fonction de l'utilisation qu'en fait le sujet, s'éteignent. Certains comparent les résultats de cette régression aux premières périodes de la vie, d'où le fameux aphorisme « retomber en enfance ».

S'il est vrai que l'atteinte des aires associatives, en particulier temporelles, et (du) système limbique, fait disparaître certaines expressions de la mémoire, ce n'est pas pour autant qu'il s'agit d'une « remise à zéro du compteur ».

Les connaissances neuro-anatomiques et neuro-physiologiques modernes ont permis d'établir avec précision l'implication des structures corticales et sous-corticales dans la vie relationnelle et dans la vie végétative. Pour ne citer ici que quelques exemples, rappelons que le lobe temporal est essentiellement responsable des échanges auditifs, langagiers et émotionnels, que



le lobe pariétal contrôle la reconnaissance du corps et l'ajustement gestuel, et que le cortex frontal exerce une grande influence sur l'action motrice, l'attention sélective et la concentration intellectuelle (ses lésions génèrent inhibitions du geste et de la parole, stéréotypies verbales et gestuelles, incapacité à la programmation d'actions, etc.). Il est donc possible d'établir un panorama neuro-psychologique précis des atteintes lésionnelles d'une personne âgée. C'est d'ailleurs cet état des lieux, opéré en pratique sous forme du classique bilan neurologique ou du bilan neuropsychologique, qui établira le futur cadre global de la prise en charge du patient, dans les atteintes fonctionnelles qu'il présentera : amnésie, aphasie, apraxie, agnosie, tout cela à des degrés divers, et auxquelles s'ajouteront en général des troubles psychiatriques (réactions anxieuses et dépressives, troubles du comportement avec agressivité, boulimie, etc.). Dans presque tous les cas, le sommeil est troublé. Quant à la sexualité, il est rare que la question soit évoquée, sauf à se plaindre d'un comportement exhibitionniste d'un sujet désinhibé par des lésions frontales, trop entreprenant envers le personnel féminin...

*Deuxième approche : le rappel de l'histoire et l'analyse diachronique*

D'un point de vue systémique, la question que l'on se pose est donc de savoir en quoi cela procède d'une démarche soignante (psychologiquement, il s'entend, et non seulement somatiquement) de « décortiquer » ainsi les lésions cortico-sous-corticales. Un soignant peut en effet assez facilement pratiquer unilatéralement ce genre de « déshabillage », de repérage des « pannes », mais qu'en fait-il par la suite ? Sans l'analyse, tout aussi méthodique, des capacités physiologiques restantes, la vision que l'on aura du malade serait uniquement en négatif ; message qui « passera », hélas, auprès de la famille plus facilement que l'espoir d'une récupération fonctionnelle, même minime, ou du constat du maintien de certaines grandes fonctions vitales. Tout se passe en effet souvent comme si les troubles, c'est-à-dire le négatif, le vide de la perte, l'« emportaient » (est-ce par un pouvoir d'attraction-fascination un peu comparable au phénomène d'un « trou noir » ?) sur les capacités restantes, le positif. La fascination pour le dysharmonieux l'emporte sur l'appréhension de l'harmonieux (pensons à « la fascination pour l'inorganique », de Mario Perniola).

À la phase de « destruction » du malade, en tant qu'objet d'étude, par le repérage des différents déficits, doit donc impérativement succéder une phase de « construction », de réhabilitation du malade en tant que sujet souffrant mais capable d'aller encore de l'avant avec ses potentialités restantes, voire ce qu'il lui sera possible de récupérer.

Cette seconde phase, de reconstruction, accorde une place principale à l'entourage, puisque c'est de la qualité de son *nursing* que dépendra pour une large part la récupération. Au plan psychologique, il importerait donc de rechercher, avec l'aide de la famille, ce qu'a été le sujet, quels ont été ses goûts, ses désirs, son style de vie, ce qu'il n'aime pas et continue de ne pas supporter, etc. Cette recherche de ce qu'est véritablement la personne au travers de son histoire souffre cependant d'une dérive à connaître : il ne faut pas se laisser obnubiler par ce qu'a été la personne, et qu'elle n'est donc plus ;



il convient au contraire de garder à l'esprit le fait qu'elle continue d'être, mais en ayant perdu la plupart de ses capacités à s'y référer consciemment (la vie psychique inconsciente d'un sujet très âgé, dit « dément », reste toujours mystérieuse, et peut-être un jour aura-t-on bien des surprises à se rendre compte qu'il persiste là une vie analogique intense, infra-verbale, et absolument pas « privée de raison », sauf à donner à cette définition étymologique le sens plus général d'une rupture avec la vie relationnelle consciente adaptée).

La connaissance de l'état somatique d'une personne âgée ne suffisant pas à se représenter la personne, dans ce qu'elle fut mais aussi continue à être, le recours à la dimension historique, diachronique, s'impose donc. Il serait alors intéressant de constituer un livret individuel par patient, lequel contiendrait le résumé des principaux actes sociaux, des grands événements vitaux, ceci afin de restituer le lignage, la dignité et l'identité, éléments d'une importance primordiale pour le sujet, mais également pour la famille et ceux qui le côtoient. La construction d'un génogramme et d'un historiogramme à la fois familial et socio-professionnel, ainsi que l'établissement de la carte des réseaux, s'avèreront ici d'une aide précieuse pour avoir une vision globale du patient, dans son interrelation avec son entourage.

### *Du point de vue de la famille*

Nous avons vu que le deuxième niveau d'analyse de la personne âgée, dans sa globalité et son humanité, était de nature psychodynamique et devait nécessairement être axé sur l'histoire personnelle, mais aussi familiale, du sujet, « revue et corrigée », si l'on peut dire, par ses proches. Le sujet n'est pas en effet forcément le meilleur « juge » en la matière, et la confrontation de ce qu'il peut dire de lui-même et de ce que l'entourage peut dire de lui, peut réserver bien des surprises.

Lorsque le sujet présente un état de démence avancé, ou ne peut plus communiquer avec lui de manière cohérente, les renseignements fournis par l'entourage sont évidemment les seuls dont il est possible de tenir compte. La démarche soignante s'apparente alors à celle que les médecins légistes décrivent sous l'appellation imagée d'« autopsie psychologique ».

L'objectif de la démarche d'investigations consiste à relier l'enfance, l'adolescence, les années de maturité, la parentalité, puis le statut de grand-parent. Chaque membre de la famille aura d'ailleurs son opinion sur la personne âgée, sur ses traits de caractère, ses mouvements psychologiques, etc.

Mais une telle démarche de connaissance du sujet âgé serait stérile si elle se limitait à cela : son sens thérapeutique n'atteint sa dimension véritable que dans la mesure où l'enquête d'informations obtenues permet l'amorçage d'une meilleure relation des soignants avec la famille du patient. Le recueil des confidences, qui s'est échelonné sur plusieurs heures, aura ici créé des liens de confiance, dont bénéficiera indirectement le patient. L'historiogramme du patient restitue l'état d'avancement d'un cycle vital à mettre en perspective avec les cycles vitaux des autres membres du système familial.

L'objectif n'est pas de « soutirer » au patient un maximum d'informations, pour le simple profit de satisfaire la curiosité des soignants et de remplir le dossier patient. Ces anecdotes, cent fois répétées et bien rodées pour les uns, deviennent un piège marécageux pour les autres, si aucune grille de lecture n'est prête, pour sortir quelque hypothèse de beaucoup d'efforts unilatéraux d'analyse et de synthèse. Il faut stimuler la réflexion de chacun, la participation active, l'intérêt, la surprise, « faire surgir de l'information pour tous », selon l'expression consacrée, et auprès de chaque membre du système thérapeutique. Apprendre que l'on peut toujours apprendre quelque chose de quelqu'un, même après des dizaines d'années de commune répétition d'une apparente même partition, peut être l'embryon de futur grand changement ; voir les choses autrement, découvrir qu'il y a déjà un doute sur l'uniformité supposée, et rassurante, des épopées familiales, même (et surtout ?) les plus récitées. Le « but du jeu », si l'on peut dire, est d'amener chaque membre du système à modifier sa propre vision du malade (et de soi-même) ; cette autre vision (personnelle à chacun, répétons-le), veut ouvrir, sur un « ailleurs », des passerelles libératrices : réagir aux surprises des autres devenus siens et des siens devenus autres ; réviser ses données dans un nouveau temps ; dessiner avec une autre technique, dans un espace différent. Tout cela peut diminuer les souffrances et conduire à susciter des réactions positives d'engagement au soutien, plutôt que d'accroître la tendance défensive à se protéger par la fuite, la dénégation ou encore l'amplification (justificatrice de pensées culpabilisantes ou souhaits de mort libératrice) des troubles.

### ***La reconstruction du réseau relationnel***

Démarche systémique s'il en est, la reconstitution du réseau relationnel que la personne âgée a développé jusqu'à maintenant, représente un objectif princeps de la prise en charge globale. Le travail avec la famille s'avère évidemment ici incontournable.

Les soignants s'intéresseront donc non seulement au réseau primaire, socio-familial, mais aussi au réseau secondaire, institutionnel. C'est toutefois le réseau primaire qui définit le mieux le sujet dans ses relations sociales, professionnelles, associatives, sportives, etc. C'est lui qui relie véritablement la personne âgée au reste de la collectivité. Un historiogramme des divers placements institutionnels peut aider l'établissement de ce que l'on pourrait appeler une « carte des rencontres » (ou une carte des rencontres manquées !), à l'instar des cartes de communication établies par Moreno dans ses études sur le psychodrame.

Le point d'orgue de cette technique est donc l'élaboration de l'historiogramme et du génogramme, qui permettent de coconstruire avec le patient et son entourage l'histoire relationnelle de la personne âgée. Lorsque cette technique est maîtrisée, elle permet non seulement de replacer la personne âgée dans la filiation, sa descendance, son réseau d'amitiés, etc., mais encore d'amener chaque membre de la famille à s'interroger sur ce que lui-même est capable de tisser comme réseau relationnel autour de lui.

C'est donc ici la personne âgée qui, par les questions dont elle est l'objet, permet aux siens de se re-situer (de se restituer), de se retrouver, et donc de participer à la conservation de l'harmonie de l'ensemble du système.

### **La famille**

Déjà les précédentes phases l'ont largement mise à contribution. Nous avons finalement assisté à une demande d'aide inversée, indirecte : celle émanant de l'équipe soignante pour mieux comprendre l'intervention la plus appropriée auprès de la personne âgée. L'équipe fera insensiblement évoluer les choses, par un glissement subtil, vers une demande d'aide qui, cette fois-ci, sera directe.

### **Les situations de demandes**

Les situations de demandes sont aussi diverses que particulières : Qui adresse qui, à qui ? (un frère par exemple qui demande un placement en maison de retraite pour sa vieille sœur, et sollicite par la même occasion auprès du juge des tutelles la protection de sa sœur). À qui est formulée la demande ? Au médecin, à une assistante sociale, à un service de psychiatrie, de gérontologie, à l'hôpital général ? Pourquoi ? Quels sont les véritables motifs de la demande de placement ? Depuis quand date-t-elle ? Quel a été son contexte d'émergence ? Par quels événements a-t-elle été précédée ? Quels changements éventuels lui ont succédé ? Comment ? Quel a été le parcours du (des) demandeur(s) ? Comment a-t-il obtenu les coordonnées de l'institution ? Quels obstacles a-t-il dû surmonter ? Combien de temps ? Le placement est-il définitif, dans l'esprit du demandeur (et dans celui de la personne âgée) ? Qu'attend la famille du placement ?

Le but bien sûr est d'aider la famille à se situer par ce jeu de questions, un peu à l'instar de Socrate qui aidait son interlocuteur en répondant à une de ses questions par une autre, afin que ce soit l'interlocuteur qui découvre lui-même la solution. On pourrait faire l'analogie du dialogue avec un dément (ou un jargonaphasique), avec le syndrome de Ganser qui contribue à construire un univers relationnel surréaliste, par entrecroisement de pensées ne se rencontrant pas. Dans ce cas, le dialogue avec la famille serait de nature à conserver la poésie, c'est-à-dire la liberté de l'échange, mais à trouver une syntaxe partagée.

En pratique, les deux situations les plus fréquemment rencontrées sont celles qui impliquent un enfant ou un conjoint ; ensuite viennent celles dans lesquelles c'est un membre de la fratrie qui est à l'origine du placement. Dans les cas, fort nombreux, où existent des conflits liés à des divergences d'intérêts, une analyse systémique fine permet de repérer les enjeux latents. Il sera alors possible d'avoir recours à des hypothèses stratégiques (axées sur les jeux de pouvoir) ou structurales (étudiant l'organisation de la famille). Dans tous les cas, le sens et la fonction du placement seront systématiquement analysés. Toutes ces démarches permettront le recadrage thérapeutique.

### **Les différents cas de figure**

Dans les cas des familles dites « à transaction démentielle », tout se passe ici comme si la transmission du pouvoir du chef de famille à un représentant

de la génération suivante ne pouvait se faire que si l'aïeul était déclaré « dément ». Lorsque les règles familiales et culturelles obligent les descendants à se référer en permanence à l'ancien, à limiter leur autonomie par le jugement de cet ancien, seule l'invalidation du jugement de cet ancien, complètement tutélaire et totipotent, permet l'émancipation, donc la liberté. D'une certaine façon, n'est-il pas possible de considérer cette « démence » de l'ancien comme un ultime sacrifice envers la descendance ? Il laisse en quelque sorte le champ libre aux suivants en renonçant à la lutte, en se laissant aller, en sombrant dans le déficit : tout se passe alors comme si, ce qu'il ne cherchait plus à garder, il le laissait aux autres (c'est-à-dire à ses descendants), dans une construction du monde du type : « il n'y en a pas assez pour tout le monde », ou encore : « c'est mon corps qui a donné la vie ; c'est mon esprit qui donne, en l'abandonnant, le pouvoir ».

Un cas particulier est celui des enfants déjà âgés (la soixantaine), qui deviennent déments avant leurs propres parents (octogénaires bien portants). Dans ce type de situations, contraire à toute logique temporelle, l'enfant semble perdre ses capacités cognitives, praxiques, gnosiques et mnésiques dès l'apparition des premiers signes de démence sénile de son (ou ses) parent(s). Tout se passe comme si la démence de l'enfant avait pour fonction d'obliger les parents à « rester dans le coup » ou « dans la course », pour s'occuper de lui ; donc à les maintenir dans la stimulation, en les empêchant de sombrer dans la dépendance. C'est à nouveau l'enfant (devenu parent entre-temps) qui demande l'aide de ses propres parents (alors que ces derniers s'attendaient à recevoir un soutien inverse, le moment venu). C'est un peu comme si une génération bloquait la roue du jeu (en espérant peut-être arrêter le temps) de ce que nous pourrions appeler la révolution de l'« anaclitisme générationnel physiologique ».

Le processus de demande d'aide semble revenir aux règles du point de départ, donné par la naissance, l'enfant régressant dans la dépendance, comme pour terminer un cycle dans la relation avec son parent, au lieu d'accepter les lois de la nature, qui l'obligeraient à inverser les positions. La fonction de ce phénomène est donc ici de maintenir, coûte que coûte, le parent dans sa place de parent, en le surstimulant, voire en le rajeunissant symboliquement ; d'où un sens très particulier de protection, par l'auto-sacrifice, à cette démarche apparemment surprenante, mais compréhensible lorsque l'on envisage la dynamique sous cet angle.

Mais il serait possible d'élargir cette hypothèse séduisante à toutes les familles d'enfants handicapés, lesquels enfants contraignent leurs parents à une mission éternelle de protection envers eux.

Quant aux enfants (eux-mêmes devenus parents d'une troisième génération), face à l'épreuve redoutée à différents niveaux, de découvrir l'évolution vers la démence de ses parents, ils plongent dans un ensemble de facteurs stressants particulièrement intenses (fort score de *life events* : événements vitaux). Ils en subissent d'importants remaniements narcissiques, ainsi qu'un remodelage relationnel substantiel. Dans ce processus, plusieurs mouvements alternent, se relaient, ou se croisent : une nécessité de

repérage, de distanciation, de solidification des repères internalisés, sculptés en partie par l'image identificatoire des parents (avec un retour massif de souvenirs particulièrement émouvants) ; un accompagnement de l'évolution déficitaire (mobilisant tour à tour angoisse, découragement et dépression, agressivité et révolte, idées d'injustice, anticipation culpabilisante du deuil à venir, etc.) ; une anticipation particulièrement pessimiste de l'avenir, le parent dément étant en quelque sorte l'« éclaireur », montrant le chemin à parcourir mais aussi le terme de ce chemin : l'effondrement déficitaire ! Être le prochain sur la liste, le premier à suivre.

Le passage progressif, mais parfois rapide, d'une position de « deuxième ligne » (en retrait) vers une position de « première ligne » (où tout est à faire, et où l'on ne peut compter que sur soi-même), s'avère d'autant plus coûteuse et stressante que le rôle parental était antérieurement très marqué.

Les enfants-parents des parents-grands-parents devenus déments, sont placés, de fait, dans un rôle de « métaparents » ; et les parents démentifiés, en « retombant en enfance », deviennent plus enfants que leurs propres petits-enfants. Il y a une redistribution des rôles pouvant favoriser aussi bien l'émergence de nouvelles homéostasies fécondes et apaisantes que raviver des déséquilibres anciens et plonger le système familial dans un cataclysme (catacrise).

### *Les phases clés du processus évolutif*

Certaines phases clés de l'évolution personnelle de la personne âgée posent des problèmes particulièrement douloureux aux membres de la famille (pensons à l'incontinence urinaire ou fécale, et à tous les troubles liés aux fonctions gnosiques, de reconnaissance). Il est en effet important de repérer clairement les différents moments de la crise de démentification : la « crise d'initiation » (période d'installation de la maladie), les périodes d'aggravation, et la phase terminale, également appelée parfois « crise sacrificielle » (Lombertie et al., 1981)<sup>23</sup>.

L'incontinence renvoie en fait à une détérioration somatopsychique bien plus globale que ce que l'on pourrait penser de prime abord, parce qu'elle s'accompagne souvent d'anosognosie. L'enfant voit son parent se détériorer à la fois au plan physique et au plan psychique. La souillure renvoie à d'importants symboles qui ont été à la base du *nursing* des premières années de la vie : odeurs, humidité, contact particulier, etc. L'intégration de la propreté a permis la socialisation ; ici, cette « dés-intégration », si l'on peut dire ainsi, est aussi celle de l'individu spectateur, comme celle de l'individu malade.

L'incontinence de la personne âgée oblige les enfants à un *coping* très particulier : ils doivent « faire face » non seulement au maternage physique

23 Les auteurs écrivent : « Nous pensons que la crise initiatique est une phase capitale pour les réaménagements relationnels ultérieurs. De la qualité de la résolution, dépend l'évolution du dément et la facilité de recourir aux mesures d'aide et de prise en charge, et d'en bénéficier ».

(soins de toilette, etc.) mais aussi, souvent, au déni des troubles par la personne âgée ; laquelle se laisse volontiers « glisser » (pensons au « syndrome de glissement » décrit par Vignalou). Il s'agit là d'une période au potentiel sociopsychobiologique très destructeur, pour l'enfant, de l'image qu'il avait précédemment de son parent. L'enfant devient ici parentifié, et peut s'imaginer devenant lui-même incontinent à son tour (« je ne supporterai jamais que cela m'arrive »). De son côté, le parent, s'il est lucide, peut souffrir de la peine qu'il procure à l'entourage, et souhaiter une mort rapide (« je n'aurais jamais voulu qu'ils me voient comme ça. Mais quand est-ce que ça va finir ? »). Au total, quels souvenirs l'enfant gardera-t-il de son parent dément ? Arrivera-t-il à opérer psychiquement le clivage salutaire : (avant la démence) *versus* (après la démence) ? Il appartiendra, en tout cas, aux soignants de l'aider dans cette démarche. Colas et Maisondieu ont d'ailleurs montré que la mort était d'autant mieux acceptée par l'entourage que le cas était devenu particulièrement « lourd ».

Une autre étape importante est celle de la perte de reconnaissance de l'enfant par son parent, comme s'il y avait là une inversion du classique « roman familial » – décrit à l'origine par les psychanalystes – puisque c'est, ici, le parent qui réfute en quelque sorte sa filiation. Une construction de pensée habituelle, mélangeant tout niveau de raisonnement sous les coups de fourchette du narcissisme, aboutit à relier positivement sa présence dans la pensée de quelqu'un, à son degré d'amour pour nous (comme si l'on occupait un « espace psychique » proportionnel à une charge affective). Que devient un tel raisonnement dans le cas où l'on n'est plus reconnu par celui, ou celle, que l'on aime (et qui est censé(e) nous aimer) ? Cette agnosie morbide renvoie encore à la notion de « persona » ; le masque a perdu sa signification psychoaffective puisqu'on n'est plus dans la même pièce de théâtre. C'est comme si des acteurs jouaient simultanément pour deux publics différents deux pièces différentes à l'aide des mêmes costumes et masques. Peut-on complètement disparaître de la pensée de quelqu'un pour qui on a tant compté ? La réponse nous est donnée par la neurologie : de profondes lésions intra-cérébrales peuvent complètement bouleverser les souvenirs et l'affectivité d'un sujet, au point de lui rendre ses proches étrangers, voire hostiles. Certains enfants s'étonnent, et ne se remettent pas de l'agressivité que leur portent ces parents, devenus déments. Ils croient à une sorte de règlement de comptes à leur égard, quand ils ne se culpabilisent pas d'avoir été de mauvais enfants. Certains peuvent persécuter leur parents à coups de questions répétitives, du style : « Qui suis-je ? Tu me reconnais ? » Leurs réactions peuvent alors aller de la dépression au rejet en miroir, en passant par l'effondrement narcissique psychotisant.

D'une certaine façon, on assiste à une sorte de vengeance de l'enfant dans la non-reconnaissance envers son parent (« il n'est plus ce qu'il était : je ne le reconnais plus »), source d'une grande souffrance (« j'aurais préféré qu'il meure avant : au moins, je n'aurais eu de lui que des bons souvenirs », comme si ces mauvais souvenirs allaient éclipser et noircir les bons). Ce n'est donc plus seulement l'image idéalisée du parent qui se noircit dans le

nauffrage présent ; c'est aussi l'image de soi, celle que l'on s'est construite dans ce que l'on percevait de soi à travers le regard de l'autre, qui s'effondre sur une faille narcissique devenue béante.

D'autres espèrent lire les pensées de leur parent, en cours de démentification, comme si ce processus destructeur détruisait aussi en partie certaines défenses ; ils s'attendent alors à recueillir des confidences, des secrets de famille, en particulier sur leur place réelle dans l'affectivité de leur parent (« maintenant qu'il parle à livre ouvert, et dit tout ce qui lui passe par la tête, il me dira si c'était moi son préféré, ou mon frère »). On dirait que l'enfant, comme rendu ivre dans sa quête affective dérisoire et immature, attend de la démente du parent une révélation rassurante sur sa place, un peu à l'instar du jeune enfant qui brode son « roman familial » sur une filiation adoptive imaginaire (de la mythomanie compensatoire à la mythoplastie à visée réparatrice). Mais les réactions à de telles « révélations », trop souvent prises au premier degré comme étant une vérité, peuvent s'avérer très destructrices pour l'entourage ; lequel peut, en miroir, rejeter agressivement le sujet dément ; d'où parfois l'explosion, comme par implosion psychique, de l'enfant qui s'entend dire (par exemple) qu'il n'a jamais été aimé, et qui le croit ; cela confirme justement la construction du monde qu'il avait, et qu'il renforçait inconsciemment dans son réseau relationnel, au fil de ses interprétations sélectives.

Dans d'autres familles, le parent dément est mis à une place de bourreau domestique, en ce sens qu'il détruit, à son insu et à son corps défendant, une partie de l'identité du questionneur, par ses erreurs cognitives et ses distorsions logiques, prises malencontreusement pour des vérités ; d'où des réactions de rejet du type : « ce n'est plus la peine que je vienne, puisqu'elle ne me reconnaît plus, elle ne se rend plus compte, elle ne voit pas tout ce que je fais pour elle ». L'enfant se vexe, ne reconnaît plus à son tour son parent, et parfois s'allie à l'équipe soignante pour ne plus y voir qu'une personne démente, objectivée car subjectivée. L'enfant a alors démissionné de son rôle d'enfant ; il s'en remet aux soignants, ce qui le protège de ses conflits narcissiques profonds : une solution lâche, ou le résultat d'un travail d'équipe à reprendre ?

## **L'équipe**

### ***Plusieurs dans le même***

De par sa constitution même, l'équipe est un ensemble relativement indifférencié. Le principal objectif du travail thérapeutique ne serait-il pas de différencier les « je » – et les jeux relationnels ! – de ce « on » global ? D'où la nécessité de repérer sa composition, les places et les rôles de chacun, les processus en jeu. Ce qui se passe en effet, dans l'interaction avec les familles, au sein des systèmes thérapeutiques, implique des perturbations (d'où des changements possibles) à tous les niveaux. En aucun cas il ne s'agit d'un processus linéaire, dans lequel, seule, la famille change, grâce aux actions de l'équipe : nous avons affaire à un processus circulaire, dans lequel chaque protagoniste joue un rôle – tout en étant lui-même joué, simultanément – dans une pièce enrôlant tous les partenaires relationnels.

Il n'est pas simple de comprendre comment se répartissent les tâches, au sein d'une équipe, eu égard aux fréquentes délégations de fonctions : X, qui devait normalement effectuer la toilette de Y, délègue Z, la stagiaire, pour cette tâche qu'il juge pénible mais formatrice pour sa jeune collègue. Du coup, le regard de Y sur X ne sera plus tout à fait le même (angoisses d'abandon, idées sensitives et/ou dépressives, rancœur, etc.), modifiant ainsi celui de X sur Y (ce qui influencera les interactions X-Y, X-Z, Y-Z).

Les diverses prises en charge antérieures, et celles en cours ou à venir, façonnent le fonctionnement de l'équipe. D'où l'intérêt de connaître les grandes lignes de l'histoire institutionnelle, les événements marquants, les crises et la manière dont elles ont été traversées ; tout cela témoignera des aspects dynamiques, de la souplesse du fonctionnement, de la flexibilité du système et des capacités de *coping* (ensemble des stratégies adaptatives à l'adversité ; en d'autres termes : faire face à un problème).

D'un point de vue systémique, on étudiera plus particulièrement les points d'achoppement liés à une plus grande rigidité, les phénomènes de répétition, ainsi que les points de bifurcation vers d'autres changements institutionnels (perturbations, crises, changements).

Le réseau dans lequel s'inscrit l'équipe soignante est également à définir : quelles sont les structures en amont ? Quelles sont celles en aval ? Quels sont les rapports de proximité avec les autres structures institutionnelles ? Cette démarche est d'ailleurs isomorphique avec les interrogations qui concernent la famille : quels sont les modes de vie avant, pendant et après une démence ?

Toutes ces questions semblent être un préalable nécessaire au niveau d'une réflexion globale de l'équipe sur elle-même, dans une démarche auto-réflexive dont la finalité est d'évaluer l'interaction entre l'équipe et la famille.

### ***Du pareil au même ?***

Pour étudier les interactions entre l'équipe thérapeutique et la famille, il convient d'être conscient du fait suivant : la lecture de ce qui se passe dans le système thérapeutique dépend d'au moins trois éléments ; il s'agit de nos propres grilles explicatives, des phénomènes complexes de résonance propres à chacun, ainsi que des multiples éléments hétérogènes du système. Les objectifs généraux sont d'aider les membres de la famille à s'adapter aux changements d'état imposés par les effets du temps ; de participer à développer autour d'eux un réseau sur lequel s'appuyer, afin d'améliorer le confort de chacun.

En se référant aux théories s'inscrivant dans le mouvement de la cybernétique (plus précisément à la cybernétique de deuxième ordre), l'équipe peut apprendre à repérer ce qui se passe à son niveau. En effet, partie prenante du système thérapeutique, elle entre souvent dans des phénomènes d'isomorphie, c'est-à-dire d'identité et de reproduction, semblables à ceux qui ont cours dans la famille. Ces phénomènes, tout à fait naturels, mais dont il convient d'être conscients, peuvent perturber la relation entre l'équipe et la famille. Les repérer, à un niveau de supervision, permet en revanche



d'éviter d'éventuels blocages, d'autant que le misonéisme institutionnel fait que ces blocages ont une utilité certaine : ils participent eux-mêmes à leur propre maintien, donc à l'absence de changement.

Certaines personnes âgées arrivent d'ailleurs très bien à repérer cet isomorphisme entre leur famille et l'institution : « Ici je suis très bien. C'est comme chez moi. C'est du pareil au même... ». Mais parfois la ressemblance se situe dans le rejet, lorsque plus personne ne peut supporter la personne âgée. L'institution fait revivre à la personne âgée ce qu'elle a déjà vécu dans sa propre famille, et qu'elle a bien sûr induit. À l'extrême, l'institution « recrée » la famille, dans ses bons mais aussi dans ses mauvais côtés.

La recherche des résonances, au sens de Mony Elkaïm, est basée sur le même principe. On comprendra mieux de quoi il s'agit en étudiant les principales grilles explicatives permettant de formuler des hypothèses de travail.

### *Toujours les mêmes pièges...*

L'isomorphisme institution-famille pose d'importants problèmes, non seulement dans la prise en charge de la personne âgée, mais aussi dans le travail institutionnel de l'équipe elle-même. Il fournit cependant de précieuses indications sur ce qui se produit déjà au sein de la famille. De manière certainement caricaturale, il serait possible de dire qu'en regardant ce qui se passe au sein de l'institution, on a un aperçu de ce qui se passait à la maison, puisque le malade reproduit, sans s'en rendre compte, certains de ses modes relationnels, où qu'il soit : c'est sa façon à lui de communiquer.

Diverses approches permettent de prendre du recul par rapport à cette problématique. C'est ainsi que, suivant la sensibilité de chacun, il sera possible d'utiliser une grille de lecture basée sur :

- les théories stratégiques : en étudiant les pièges du pouvoir, et en particulier les différents systèmes d'alliance : famille et institution contre la personne âgée ; ou l'inverse alliance à la personne âgée contre la famille ;
- les théories structurales : en étudiant les phénomènes de distorsion de frontière, par exemple ;
- les théories intergénérationnelles : en étudiant les phénomènes de loyauté invisible, les délégation en jeu, etc.

Ces trois grandes approches théoriques entrent dans le cadre des théories cybernétiques dites de premier ordre, parce qu'elles sont fondées sur la thèse selon laquelle le système observé peut être considéré comme séparé de l'observateur (la première vague de théoriciens s'est intéressée à la façon dont les systèmes se maintiennent en homéostasie ; la deuxième vague s'est centrée sur la façon dont les systèmes changent leur organisation).

Les théories systémiques de la cybernétique dite de deuxième ordre (ou d'ordre 2, ou encore *nouvelle cybernétique*) mettent en revanche l'accent sur l'implication personnelle de chaque membre de l'équipe dans la relation avec la personne âgée : ici, il n'y a plus d'observateur « neutre » ; chacun a un rôle actif de participant, et l'observateur coconstruit la relation qu'il

est censé observer au fur et à mesure, dans une dynamique interactive dont il est acteur, à part entière (*cf.* constructivisme, constructionnisme social).

Pour prendre un exemple, imaginons une jeune stagiaire travaillant pendant quelques semaines en maison de retraite ; croire qu'elle est totalement extérieure au système, que sa présence passe inaperçue, qu'elle est « transparente », serait naïf. Bien au contraire, sa présence modifie imperceptiblement l'attitude de ses collègues de travail, sans parler des répercussions sur les malades. En tant que personne, elle aura des mouvements affectifs, sympathisera avec certains, se fera rejeter par d'autres, etc. Elle deviendra, même pour une courte période, partie prenante dans les échanges relationnels, et fera donc partie à part entière de l'équipe. Elle pourra susciter des confidences, de la part des personnes âgées, confidences parfois très précieuses pour comprendre la façon-d'être-au-monde du patient. D'où la nécessité de supervisions régulières (en général hebdomadaires) et d'une régulation d'équipe pratiquement quotidienne.

Grâce au système thérapeutique mis en place autour de la personne âgée, la famille sera amenée à vivre des expériences nouvelles. Elle sera immergée dans d'autres repères, parfois surprise par les techniques de circulation de l'information, par les phénomènes d'amplification ou de recadrage effectués volontairement par l'équipe. Tout cela sera générateur de changements, ce qui pourra, selon les auteurs, « aider à oser exister » (pour Virginia Satir), « contaminer les systèmes de pensées » (selon Carl Whitaker), « amorcer la création d'un réseau » (selon Ross Speck et Carolyn Attneave).

En complément de ces approches, les modèles constructivistes cherchent à mettre en place un cadre de travail dans lequel le thérapeute et la famille tentent ensemble de coconstruire une interprétation (non une vérité !) de ce qui est en train de se passer. Ce modèle éclairera plus particulièrement les points de flexibilité du système, et cherchera à proposer à la famille des interprétations surprenantes, inattendues, seules capables d'ouvrir un autre angle de vue et donc de faire un changement. Pour cela, le thérapeute doit, dans un premier temps, accepter l'invitation – tout à fait tacite et le plus souvent inconsciente – des membres de la famille, de voir les choses par leur jeu de lentilles focales actuelles. Autrement dit, il doit se laisser guider, tout en s'en pénétrant, par la construction du monde des interlocuteurs. Ce n'est qu'une fois qu'il aura compris, analysé, cette construction du monde, qu'il pourra, dans un second temps, proposer des petits glissements ou au contraire oser une interprétation surprenante. Il devra rester particulièrement vigilant sur ses propres phénomènes de résonance : il étudiera systématiquement les sens et fonctions de ses mouvements affectifs, au cours de cette immersion interactionnelle spécifique. Il pourra alors faire se découvrir des alternatives, pour l'instant encore projetées en pleine tache aveugle familiale. Parfois, et soudainement le plus souvent (comme le virage de couleur d'un fruit signale aussi par sa rapidité, son arrivée à maturité succédant aux plus lentes étapes de la vie végétale) surgit des mêmes bases comme un autre savoir. Une synchronisation interactive des alliances joue le rôle catalyseur de l'alchimie ; il semble pouvoir s'opérer une adhésion collective à de

nouveaux liens. Pour s'aider d'une image, celle d'une participation active à une sorte de visite groupée, dans une engageante galerie des glaces : chaque miroir renvoie simultanément au groupe de nouvelles images individuelles. Celles-ci respectent les détails mais déforment l'ensemble, la forme, dans toutes ses dimensions et axes de flexibilité. Exit, le vieux cadre. Mais il faut cheminer très prudemment, en allant pas à pas, en recueillant avec empathie les vécus de chacun : les interprétations ne devront être proposées à la famille que sous une forme respectueuse des défenses de chacun, et avec modestie ; ses interprétations ne sont que des hypothèses de travail : il s'agit toujours de coconstructions de la réalité, et non plus d'une idéologie péremptoire (le but étant toujours de laisser des ouvertures, non de figer les choses dans une vision unique, impérialiste).

Nous avons vu que le thérapeute ne pouvait être séparé du système. Ce qu'il y vit et ce qu'il en ressent devient donc un indicateur indirect de ce qui s'y joue. De plus, cela a une utilité certaine pour le système, qu'il convient alors de repérer et de comprendre : « À quoi (à qui) cela sert-il que je ressente ceci ou cela ? » est une question de base que se posent les thérapeutes familiaux. La réponse est, en général, que cela sert à renforcer le système dans son fonctionnement, donc à éviter les changements généralement vécus comme dangereux.

Pour tenter de modifier les choses, le thérapeute se mettra volontairement et d'emblée en position basse, de non-savoir, de perplexité attentive et attentionnée. D'ailleurs, *a priori*, il n'est pas possible de savoir ce qui est bon, et ce qui ne l'est pas, pour une famille. Il ne faut pas avoir d'*a priori*, puisque c'est la famille elle-même qui trouvera sa voie (sa voix), sa solution (en saisissant une forme adaptée pour elle, et pour l'instant, au fonds générateur potentiel de changement). Le soignant n'a donc, au départ, aucune idée préconçue, si ce n'est celui de l'expression, par le(s) symptôme(s) émergent, d'une souffrance partagée et nuisible (justifiant la démarche familiale initiale). Pour un joueur de pétanque de base, si l'on veut changer une boule de place parce qu'elle gêne, il faut la « tirer » : tirer pour dégager le terrain, ouvrir toutes sortes de voies vers le changement de fonctionnement de la famille, puisque celui-ci est source de souffrance. Cela ne signifie-t-il pas, comme le savent les boulistes, que l'on ne peut pointer en même temps, avec la même boule ? Sauf à être un génie exceptionnel de la théorie mécanique des chocs (ou de sa pratique elle-même), c'est se révéler inconscient de la complexité des phénomènes en interaction que de penser pouvoir savoir et envoyer les boules à la meilleure place qui soit pour eux ! Penser que l'on doit s'entraîner à contrôler force et effet mis dans la même boule, pour obtenir la réalisation, selon schéma préétabli, de sûres trajectoires d'après impact pour chaque protagoniste du choc, c'est s'attribuer une position vraiment très haute : chute, vertige, ou inaccessible ambition pour nourrir un échec plus sûr. Alors qu'une position basse, de joueur maladroit comptant sur sa chance, laisse la place à chacun de tenter le tir sur la boule enfin repérée. Que tous s'unissent dans cette direction, ils gagneront beaucoup de confiance en l'atteignant, avec leurs propres outils.

La pétanque est un jeu et comprend donc des règles explicites. Néanmoins, il ne faut pas être dupe du fait que le but du jeu de pétanque n'est pas de gagner, ou de « faire embrasser Fanny » aux adversaires, mais bien de réunir les gens. Une semaine plus tard, lorsque deux joueurs se rencontrent, ils ne se souviennent pas forcément du score, ils se souviendront qu'ils ont passé un bon moment ensemble (but implicite du jeu). La mise hors champ de jeu des boules gênant la progression est nécessaire et suffisante pour la victoire de l'épreuve. Il faut garder en tête le fait que la famille a résolu toute seule auparavant de nombreuses crises : elle a ses propres compétences (tout comme une équipe a les siennes).

Tout cela passe par un important travail de réflexion, d'auto-réflexion, des thérapeutes sur eux-mêmes. Sans cela, l'équipe soignante ne sera pas suffisamment sensible à son rôle de thérapeute. Sensible à son rôle, signifie être apte à sentir ce qui l'influence dans telle ou telle lecture de situation, ce qu'elle renvoie par sa structure, ce qui peut changer en son sein pendant la prise en charge au niveau des interactions et au niveau individuel.

### Les grands principes thérapeutiques – L'alliance

Il est intéressant de découvrir que le *coaching* d'entreprise utilise un fonctionnement isomorphe de celui opérant dans les processus thérapeutiques. En effet, les grandes fonctions dans « la mise en mouvement des gens », selon l'expression consacrée, sont, pour un *coach* : le « contrat » (qui, plus techniquement que notre empathie de soignant, définit la nature de l'alliance et les objectifs choisis), le « miroir » (interface réfléchissante pour maintenir une distance, indispensable aussi pour rester thérapeutique) ; un « rythme », ou une « dynamique » (impulsés, dans le cas du processus thérapeutique, par les mouvements alternant alliance empathique, décalage, recadrage ou autre coconstruction).

L'écoute de chacun, dans ses demandes et ses représentations psychiques intimes, permet de percevoir et de comprendre sa construction du monde personnelle, ainsi que les mythes familiaux. L'important est que, lors des entretiens, chacun ait le sentiment d'avoir été écouté jusqu'au bout, respecté, et entendu. L'« alliance thérapeutique » est donc à la fois une empathie, réciproque – puisque interactive – entre le thérapeute et son interlocuteur, et une prise de recul par le thérapeute de la situation que vit ce patient.

Sans cette « distance thérapeutique » adéquate, la vision du problème qu'aurait le thérapeute serait identique à celle qu'aurait le patient, et il ne serait donc pas possible d'aider ce dernier à voir les choses différemment. D'où la création dynamique, permanente et interactive, d'un double mouvement, d'un ensemble de va-et-vient, de la part du thérapeute, entre une proximité et un éloignement des représentations psychiques du patient. Tout l'art de la relation thérapeutique est donc de trouver la bonne distance, le juste équilibre, permettant d'assouplir la construction du monde du patient, source de souffrance. La distance thérapeutique est l'un des éléments du contenu de l'espace thérapeutique ; et la création ainsi que la maîtrise de cet espace thérapeutique s'affirment de plus en plus comme un

enjeu fort. L'espace thérapeutique est la résultante évolutive des pressions exogènes (contexte politico-économique du soin, évolution des mentalités, etc.) et endogènes (l'évolution personnelle du soignant ou du thérapeute).

La grande difficulté rencontrée avec les personnes âgées est liée à leur peur du changement : en face de l'évolution en « peau de chagrin » du répit temporel les séparant du dernier grand voyage, un simple bouclier devient une armure intégrale, leur psychorigidité. Ils ont alors tendance à fixer les représentations psychiques, à ne proposer qu'une – et une seule – vision des choses, le plus souvent pessimiste, péjorative, car sub-dépressive et anxieuse. Ils se sentent en danger dès qu'un élément extérieur, non reconnu, leur est soumis de trop près, alors qu'ils n'ont plus à leur disposition l'usage plein des sens (vision, audition, etc.), ni les circuits (praxie, gnosie, etc.) pour le situer de novo. Les acquis anciens servent à grossièrement masquer, à combler le déficit, à leurrer le patient autant que le soignant en venant faire interface ou fausse reconnaissance.

Pour le thérapeute systémicien, la construction d'hypothèses de travail, en fonction de ses choix d'utiliser ici telle grille de lecture plutôt que telle autre, peut être d'ordre circonstanciel ou habituel selon l'assemblage constitutif et/ou les éléments hétérogènes relatifs à cette construction. Celle-ci a l'intérêt thérapeutique d'apporter aux points de vue initiaux un angle de méta-vision qui, au bout du compte (comme dans un conte...), imprévisiblement, les relie ; ce qui flexibilise, au lieu de consolider, les positions initiales. Contrairement à la démarche psychanalytique, il ne s'agit pas ici d'une soi-disant « vérité cachée » que l'on devrait faire émerger, mais d'une coconstruction (une sorte de co-plastie : l'image de la co-plastie peut évoquer l'adaptation réciproque de chacun des acteurs de cette scène) avec des vécus ayant fonctions et liens pour maintenir le système face aux situations de vie dites « réalités incontournables ». Une construction mutuelle, tissée sur un métier improvisé, avec des fils sélectionnés ensemble, par les membres du système thérapeutique (associant thérapeute, famille et patient désigné) peut contenir bien plus confortablement ce « réel » : construction en commun d'un nouveau sens commun ! Le choix d'une hypothèse de travail est donc auto-référencé, puisqu'il dépend de la propre construction du monde du thérapeute. Il en va de même avec le phénomène de résonance tel que l'a décrit Mony Elkaim : la résonance représente le point commun repéré dans les intersections entre les différents systèmes, entre les différentes constructions du réel, des membres en jeu. Rappelons que, en physique, c'est le terme de résonance qui définit le phénomène consécutif à l'apparition en simultané de vibrations d'au moins deux éléments différents sur la même fréquence vibratoire. Qui n'a expérimenté l'effet résultant d'un mauvais équilibrage des pneus d'une voiture, équilibrage qui est censé parer à toute dissymétrie bancale (donc branlante) du véhicule ? Il semblerait que, dans certaines situations d'entretiens familiaux, avec des éléments apparemment anodins, se mette en place une sorte de « couplage », une articulation qui, à partir d'un certain seuil, devient ressort d'émergences nouvelles (ressort praxique d'une situation dans laquelle familles d'origine

des soignants, système institutionnel et système familial du patient sont en jeu et vibrent ensemble à l'instar de notes harmoniques).

### Les personnes âgées sont... des personnes

Pour simplifier, l'approche soignante d'une personne âgée sera dépendante à la fois de ce qu'aura personnellement vécu le soignant dans sa propre famille, et de sa formation professionnelle. Il s'agira donc de repérer, pour le travailler, le point de résonance le plus proche pour le soignant, point qui semble aussi concerner tous les membres du système thérapeutique, tout en sachant que de multiples autres possibilités existent.

Pour « élargir le champ des possibles », selon l'expression consacrée, l'équipe ne s'interroge pas sur la direction des « bons » circuits de relation que la famille se devrait d'emprunter ; elle doit renoncer à « savoir ce qui est bon », excluant la compétence à trouver par soi-même de nouveaux fonctionnements au risque de renforcer le *misonéisme*, c'est-à-dire leur résistance aux changements. L'appropriation de ce que l'on construit soi-même est en effet bien meilleure que celle d'un montage imposé, du style « clef en main ». Il importe donc que les soignants découvrent les solutions en même temps que les familles, grâce à elles, à travers elles. Les soignants changent aussi, au fur et à mesure qu'ils aident les familles à changer. La construction d'une hypothèse consiste donc en une invention originale, parfois un peu insolite voire surprenante, mais plausible et admissible par la famille. Ici, l'effet de surprise peut jouer le rôle d'un puissant levier thérapeutique. L'intervenant s'utilise lui-même, en tant qu'outil thérapeutique. Dans une situation spécifique, si nous éprouvons un sentiment particulier, le sens et la fonction de la vibration de cette « corde sensible » doivent être recherchés ; et cela non seulement dans notre économie psychique personnelle, mais aussi dans l'ensemble du système où je me découvre, en tant que sujet interactif, en train d'éprouver ce sentiment-là : « À qui et à quoi cela sert-il que je ressente cela ? » (On pourrait d'ailleurs faire un parallèle avec le « patient désigné ».)

La plupart du temps, ces séquences autoréflexives se déroulent sans être perçues et de manière intuitive et d'autant plus performante que l'intervenant aura de l'expérience. Il ne s'agit pas de s'arrêter systématiquement pour se regarder marcher (comme le mille-pattes...) mais de pouvoir de temps en temps prendre de la distance avec son propre fonctionnement. Ces sentiments indiquent les points d'intersection et les ponts spécifiques qui sont en train de se constituer entre les membres de la famille et nous. Une conscience aiguë des enjeux en cours – enjeux que nous venons d'évoquer dans cette réflexion sur les principaux acteurs du système – permettra d'éviter de conforter les dys-constructions du monde de la famille, ainsi que les nôtres. Selon Mony Elkaïm, « aider à voir ce que l'on ne voit pas seul, découvrir le lien surprenant entre limites et possibilités, entre contrainte et autonomie, tels sont les objectifs recherchés ». Il s'agit donc de composer avec les limites humaines, de transformer des destins subis en destins agis (pensons à Sisyphé – le célèbre mythe revu par Albert Camus – qui joue avec sa peine, au lieu d'être agi par Zeus). Dans cette démarche, il convient

pendant d'être prudent, d'aller lentement, de respecter les étapes et les résistances de la famille (aller pas à pas avec la famille, en faisant bien attention de prendre en considération chaque vécu individuel). Si nos recadrages sont trop éloignés des possibilités actuelles de perception des membres du système, on risque d'être ramené à des normes préétablies, ce qui peut concourir au blocage de toute évolution : « Au pays des aveugles, les borgnes vont à l'asile » ironisait Von Foerster ! On pourrait ajouter par syllogisme que si « les borgnes sont rois », « les rois sont borgnes » et donc à tout prendre, peut-être vaut-il mieux ne pas tout voir...

Il faut donc sentir, derrière les « programmes officiels », quelles sont les demandes latentes et leurs difficultés à émerger, ainsi que les convictions intimes et mythiques. Or certaines constructions du monde contiennent une contradiction foncière : c'est le cas lorsque, derrière une demande d'aide, transparait un vécu narcissique du type « il est impossible de m'aider ». C'est aussi le cas lorsque, derrière la demande de rapprochement, existe un vécu d'être un conjoint ou un enfant ne méritant que cet éloignement ; ou qu'une crainte de souffrir envahissante se développe si la distance affective se raccourcit, par la peur de ne pas supporter l'absence, seule alternative envisagée après le rapprochement. Qu'y a-t-il (qui est-il) donc vraiment derrière une demande ? Et quelle réponse le demandeur est-il vraiment prêt à entendre ? Dis-moi ce que tu répondras, je te dirai ce que je te demande ! Dans l'énoncé des demandes de la famille lors de l'hospitalisation par exemple, il est possible de relever des « thèmes sensibles », qu'il conviendra d'explorer pas à pas. C'est au fil des échanges que des évidences émergent, et peuvent même se passer de commentaires superflus (ce qui ne signifie pas qu'il ne faille pas verbaliser certaines évidences). Le choix d'un soignant-référent, les rencontres régulières avec la famille, les échanges fondés sur une véritable écoute respectant chacun et permettant l'exploration prudente des vécus individuels au-delà des « programmes officiels » assurent un véritable cheminement intellectuel et affectif de l'ensemble des intervenants, dans cette étape difficile.

Voici quelques exemples de questions que l'on peut se poser, selon la grille de lecture de chacun :

- Au niveau psychodynamique : que représente la personne âgée pour son enfant, pour son conjoint, etc. ?
- Au niveau structurel : comment paraissent les liens entre la personne âgée, son conjoint, ses enfants ? Les frontières sont-elles claires et respectées ? Où se situent-elles ?
- Au niveau stratégique : quelles solutions ont été envisagées ? Ou à l'inverse : étudier comment la famille a déjà essayé de surmonter une crise ; qu'est-ce qui fait alors blocage ?
- Au niveau fonctionnel : que dit le symptôme au niveau symbolique ? Quel est l'aspect adaptatif du symptôme présenté dans un contexte donné ? À quoi sert le symptôme pour le système ? (Nous savons qu'au sein de l'économie individuelle et de l'économie générale, ce questionnement aboutit à ce que l'on pourrait appeler un « travail de tisserand ».)

- Au niveau des phénomènes de résonance : qu'est-ce qui nous touche dans cette situation-ci, sur le thème que l'on a choisi d'explorer ? Quelle est la situation de notre histoire personnelle dans laquelle émerge une telle thématique ? On se posera les mêmes questions au niveau de l'histoire institutionnelle.

Le but d'un tel questionnement est de nous aider, en tant que soignants, à différencier la situation que l'on vit avec une famille donnée, dans un contexte donné, avec ce qui s'est déjà passé autrefois dans un autre contexte : nous éviterons ainsi la répétition, dont nous ne sommes pas toujours conscients.

Finalement, cela revient à savoir lire tous ces indicateurs, comme un chimiste qui se servirait d'un papier pH ; les changements, dans les gradients de coloration, révèlent par une grille de lecture (propre à chaque type de papier-révéléateur) l'état du rapport acido-basique dans le milieu d'immersion. D'où, par extension de cet exemple au thérapeute sortant du système thérapeutique, l'importance de trouver des repères éprouvés, pour évaluer ses propres modifications émotionnelles (avant, pendant, après), ou ses ressentis profonds. D'où un questionnement du style : « Quelle est l'utilité, pour l'interlocuteur, que l'on pense ce que l'on est présentement en train de penser (de soi-même, de lui, de la situation) ? » Cette démarche intellectuelle est très différente de celle pouvant évoquer la projection ; dans cette dernière, on procède à un clivage de quelque chose chez l'autre, en y voyant ce qui nous arrange d'y voir, mais en attribuant à l'autre une pensée, ou un sentiment, que nous avons nous-mêmes. Dans la projection, on met quelque chose dans autrui, tandis que dans la résonance on perçoit quelque chose d'autrui qui, en quelque sorte, nous remplit de signification ! La résonance, restant fidèle à la circularité des interactions, montre que pouvoir voir quelque chose chez l'autre signifie aussi que l'autre nous autorise à voir cela : ce que nous percevons, il le montre, participe à le rendre perceptible ; c'est avec les réactions d'autrui aux vraies/fausses informations recueillies sur son apparent programme d'attentes qu'il reçoit d'utiles et rassurantes redondances interactives ; il les intègre, pour conforter sa construction du monde ; celle-ci se sculpte, depuis la naissance, par les échanges d'impacts multiples et variés ; chaque membre de l'entourage (familial ou élargi), dispose comme de petits burins ; les sillons ont des formes communes, signes d'appartenance ou de référence à une technique commune (par analogies avec les empreintes digitales, on pourrait dire que chaque empreinte est unique et caractérise son possesseur, mais qu'existent des conformations analogues ou des modèles fractals qui se ressemblent... de l'empreinte digitale à l'empreinte analogique !). Mais on repère des parties qui s'emboîtent, complémentaires ou interdépendantes. Ces espèces d'articulations ont joué si souvent l'une sur l'autre qu'elles paraissent irremplaçables, indispensables au maintien de la structure fondamentale. Pourtant, elles font extrêmement mal dans la moindre mobilisation comme deux dermes brûlés qui se sont retrouvés accolés ! On voudrait que cela soit différent ; mais on se débrouille toujours pour les reformer, à l'identique. Chaque reproduction renforce la



certitude qu'il n'y a que ce type-là de chaîne interactive pour soi-même, et qu'au moins on peut tout prévoir avec cela, même si l'on semble en souffrir par ailleurs. Autant de preuves que les vécus d'enfants, issus des épopées familiales, gardent pour chacun un pouvoir inégalable d'attraction. Consolider leur permanence, c'est ériger un repère rassurant, inaccessible sous les remparts des programmes officiels. Elle paraît protectrice, malgré ses conséquences contradictoires, ses cercles vicieux, ses impasses douloureuses.

Dans une démarche thérapeutique, il est donc très important de rester allié avec les interlocuteurs, afin de faire avancer les choses. Si l'on commence à penser « Mais comment font-ils pour se supporter ? » ou « Quel lâche ! », ou « Quel mauvais parent ! », on devient inutile, voire dangereux, dans la mesure où l'on bloque les choses et où l'on risque d'aggraver les problèmes que l'on est censé résoudre (« Ne jugez point pour ne pas être jugés ») ! Il ne faut donc pas porter de jugement de valeur sur les familles ; par exemple, une expression comme celle de « mère mortifère » est déjà en elle-même une condamnation lourde de conséquences. En effet, en thérapie systémique, comme en management, la forme compte autant que le fond. Le processus compte autant, sinon plus, que le contenu, un peu comme dans une pièce de théâtre, avec des acteurs complètement pris dans leurs rôles respectifs. Il faut différencier leur jeu de leur être si l'on veut les aider à incarner d'autres rôles. On retrouve la *persona* de la dramaturgie étrusque ou le masque-résumé du personnage du Nô japonais...

### Le recadrage

Nous avons vu que formuler des hypothèses, et en parler à la famille, permettait de ne pas s'engouffrer dans la place désignée par la famille ; « mise en place » qui avait pour but, inconscient, de ne pas changer le fonctionnement familial. Le recadrage permet d'éviter cela.

Le recadrage est en quelque sorte pour Mony Elkaïm une « poignée métaphorique » de l'utilisation d'une hypothèse et de sa vérification, pour ouvrir la porte d'une vision différente du problème (par exemple, voir une bouteille à moitié vide comme étant à moitié pleine : ne pas prioriser ce qui manque, mais ce qui reste, est déjà tout un programme en matière de déficit sénile). Au sens de l'École de Palo Alto, recadrer signifiait modifier le contexte d'une situation, pour en changer radicalement le sens.

Pour qu'un recadrage soit accepté, il doit paraître plausible à celui à qui il est proposé ; d'où la difficulté pour l'élaborer mentalement. Il n'a cependant qu'une valeur opératoire, et ne représente pas nécessairement la vérité. Ici, les recadrages les plus fréquemment usités sont ceux qui présentent les membres d'une famille comme cherchant à se protéger les uns les autres ; le symptôme présenté par le « patient désigné » viserait alors à protéger les siens.

Il convient d'assortir tout recadrage positif d'un commentaire paradoxal (ou de prescription de tâches paradoxales) qui montre directement (ou indirectement) comment un tel comportement est utile pour protéger la construction du monde de la famille. Le recadrage linéaire, qui ne ferait que renforcer le vécu misonéiste des membres de la famille et figerait les

choses dans le non-changement, est à proscrire (sauf dans le cas particulier des pseudo-recadrages linéaires trans-générationnels, générant et réactivant l'ouverture des questions).

Connaître suffisamment bien les membres de la famille, se servir de ce qu'ils vivent entre eux, permet de ne pas perdre leur alliance ; au contraire de l'utilisation d'éléments plaqués, sans impact personnel puisque vidés de codes émotionnels communs, qui n'entrent pas en résonance avec leurs vécus. Il ne s'agit pas d'en être nous-mêmes convaincus, en tant que thérapeutes : l'essentiel est que les membres du système eux-mêmes le soient, et que cette croyance leur soit utile pour un changement familial positif.

Des outils tels que le génogramme ou l'historiogramme s'avèrent particulièrement précieux pour replacer la personne âgée dans son histoire familiale, et la voir sous un autre angle. Grâce à l'analyse des différents acteurs et des processus en jeu dans les situations où une famille a recours à l'hospitalisation d'un de ses parents âgés, nous avons vu les pièges d'une lecture linéaire, d'une absence de recul sur des jugements hâtifs, d'un raisonnement primaire basé sur des expériences antérieures, lesquels amènent à la répétition, aux blocages de situations, aux rejets ou aux conflits, au maintien de la souffrance et de l'incompréhension mutuelle.

L'approche systémique, par son questionnement circulaire (associant systématiquement à une direction linéaire, son équivalent dans le sens opposé) a pour effet d'assouplir les jeux – et les enjeux – institutionnels, familiaux et individuels. Elle travaille pour cela sur l'utilisation du degré de liberté permis par les systèmes thérapeutiques ainsi formés. Elle rejoint ainsi de ce point de vue la position théorique de Henri Ey, pour qui la maladie mentale était la « pathologie de la liberté » (liberté psychique, bien entendu). La thérapie a ici pour but d'« augmenter le champ des possibles » (selon la formule de Mony Elkäim), donc de permettre au patient, et à sa famille, de retrouver des degrés de liberté apparemment perdus. On retrouve un objectif universel des jeux stratégiques (*cf.* le « jeu de go » chinois).

Au total, pour les soignants, que retenir de cette approche ? La coexistence de cinq composantes en parallèle semble pouvoir être relevée sous forme d'illustration synthétique : c'est à la fois, un climat (le terreau), adapté aux cultures des affects ; une histoire (ses traces), canalisant l'intellect pour en faire un solide et indispensable tuteur ; un rythme (avec cycles récurrents comme pour les saisons), dans une dimension mécanique (quand les réunions servent de révisions) pour parfaire les réglages de l'ensemble ; une technique thérapeutique, mêlant, avec soin et précision, tous les ingrédients précités pour obtenir le composant central du changement fructueux. Afin de fixer ce volet ouvert sur une des fenêtres de la pratique systémique, un résumé plus concret peut servir d'attache :

- la prise de contact avec l'équipe s'inscrit dans une histoire familiale, toujours différente, spécifique, et indissociable de cette histoire (mais aussi indissociable de l'histoire institutionnelle de l'équipe-hôte) ;
- il est nécessaire, et même indispensable, que l'équipe soignante effectue, en amont, un travail de réflexion sur elle-même, basé en pratique sur des

réunions de fonctionnement institutionnel et de supervision de cas cliniques ;

- le système thérapeutique formé par l'association *personne âgée + famille + équipe* doit se constituer dès les premières rencontres, et ne doit jamais être abandonné ou délaissé par la suite. D'où la nécessité de réunions régulières, avec des soignants-référents, faisant participer la famille la plus élargie possible. Le recours à des outils spécifiques, tels le génogramme et l'historiogramme, s'avère particulièrement utile ;
- ce qui se passe au sein de ce système, pour chacun des membres, doit faire l'objet de réflexions à différents niveaux, pour suivre la démarche d'alliance, effectuer de nouvelles formulations d'hypothèse, travailler les différentes alternatives, vérifier les hypothèses de travail, etc. Tout cela peut déboucher sur un recadrage thérapeutique (tout en évitant de renforcer les problèmes, évidemment). Là encore, les réunions de fonctionnement et les séances de supervisions s'avèrent indispensables ;
- il faut savoir rester un repère accessible, en aval des prises en charge, afin de s'inscrire dans le réseau relationnel du patient et de sa famille (par une prise régulière de nouvelles, par exemple). Le maintien d'un lien, même ténu, pourra éviter certains retours catastrophiques, en prévenant – et en prévoyant – des évolutions par l'aide à la recherche de solutions adéquates ; il faut en effet toujours se poser la question de savoir quelle est la meilleure adéquation entre le patient et la structure de soins.

## Un angle d'attaque métaphorique : l'exemple d'enfants maltraités, ou les bons petits diables déguisés en vilains petits canards

Deux visions se rejoignent ici : celle du « patient désigné » en tant que « vilain petit canard » (vision de la bouteille à moitié vide)<sup>24</sup> ; et celle du « bon petit diable » (vision de la bouteille à moitié pleine)<sup>25</sup>. Dans les deux cas, la place est particulière, puisqu'à l'écart des autres membres du système, lesquels se coalisent contre lui (phénomène du bouc émissaire sacrificiel).

### Une petite histoire... pour une grande métaphore !

Un adulte qui raconte à un enfant l'histoire, devenue mythique, du « vilain petit canard » s'interroge-t-il sur la manière dont ce récit est reçu par l'enfant,

24 Rappelons que le conte du *Vilain petit canard* fut écrit par Hans Christian Andersen en 1842, après son échec mal vécu d'une de ses pièces de théâtre. Certains y ont vu la métaphore autobiographique de l'auteur danois : rejeté par un public ignare et rigide (la vulgaire bande des canards), le poète prendra un jour son envol vers la gloire littéraire (il est en réalité un cygne qui s'ignorait, d'une autre espèce d'Homme : celle des créateurs de génie, souvent parias car diseurs de vérités trop dérangeantes pour l'époque). En pédopsychiatrie toutefois, prenons garde à ne pas donner l'illusion à un enfant ou à un adolescent qu'il est d'une autre « espèce » que celle de ses pairs, car cela le marginaliserait par rapport à son entourage et majorerait sa souffrance psychique.

25 En référence à l'histoire écrite en 1865 par la Comtesse de Ségur sous le titre : *Un bon petit diable*.

et d'une manière plus générale sur ce qu'un conte participe à faire entendre et à transmettre ? En référence au principe physique universel de la relativité, tout enfant est unique, singulier, différent des autres parce qu'il est un, lui-même unique et singulier en tant qu'être aux compétences plurielles et singulières. Or, rapportées à la reconnaissance de ses semblables, il est des différences qui portent au différend, générateur de processus d'exclusion. Une rétroaction positive de non-reconnaissance d'égalité, « cercle vicieux » de la désespérance, de la frustration et du suicide symbolique d'un côté ; de l'indifférence, de la forclusion, et du meurtre symbolique de l'autre : dans le récit métaphorique du « vilain petit canard », un poussin naît tout noir au milieu d'autres poussins, eux tous jaunes, sous le regard attentif de leur « maman poule ». C'est elle qui voit l'enfant en premier, et porte le premier « jugement de couleur », au caractère terriblement définitif (cf. le complexe de Calimero). Elle note et souligne la différence ; s'ensuivent en cortège les moqueries, dénigrements, interprétations (plus malveillantes que bienveillantes) et projections en tout genre, procès d'intentions, et condamnations sans appel : des phénomènes qui ordonnent le rejet de l'individu par sa famille et de la famille de l'individu par la société. Il semble plus facile de faire bloc « contre » les différences, que de faire « avec » elles. Le salut de tous s'obtient dans l'union à l'exclusion d'un seul... tous contre un, ainsi que l'a bien montré René Girard. Le clivage manichéen (en « bien » d'un côté, et « mal » de l'autre, les uns excluant définitivement l'autre) remplace ici l'osmose bienveillante. Pour le poussin né tout noir sans le savoir, aucune notion prénatale d'avoir, ou d'être, ne peut donner de sens à ce qu'il perçoit dans le regard des autres. Il a moins encore accès au « comment » des informations qu'il reçoit, et qu'il ne comprend donc pas (cf. la réflexion de Fernandel dans un de ses films où il est bossu : « la bosse, c'est sournois, ça vous vient dans le dos sans qu'on la voie ». C'est dans le regard de l'autre qu'il s'est su bossu...).

Dans ce contexte familial souvent marqué par l'absentéisme du père – c'est-à-dire de la fonction tierce permettant de défusionner la relation symbiotique mère nourricière-nourrisson –, les premières interactions entre la mère et les membres de sa fratrie vont apprendre au « canard différent » à poser la sempiternelle question que se pose toute victime convaincue de subir une injustice fatale : « pourquoi moi ? » ; et comme il ne peut bien sûr y répondre par sa seule analyse personnelle de la situation, il en vient à se taire ; ce qui revient, pour lui, à « faire le canard », à « se faire clouer le bec »...

Quelle réponse peut-il en effet apporter d'emblée, sinon celle de sa triste destinée : « parce que c'est moi » ? Et voilà la place prise, définitivement : le « vilain » pour les autres l'est aussi pour lui-même. Il a intégré, au sens d'identifier comme étant à l'intérieur de lui, ce que lui renvoyait massivement le processus interactif entre lui-même et les membres de son entourage.

Ce conte célèbre, mythe fondateur de tolérance, est toutefois porteur d'espoir et de résilience, au sens de Boris Cyrulnik : la magie des rencontres ultérieures dues au hasard permet à ce « canard manqué » (et « laqué »

de rejet...) de découvrir l'existence d'autres êtres, aussi étranges qu'il se vit lui-même (rappelons qu'en latin *alienus*, qui donnera « aliéné », signifie étymologiquement « étranger »). Il commence alors par les admirer, à les investir comme modèle identificatoire. Il les introjecte, pour peupler ainsi son imaginaire. Plus tard, il découvrira que lui-même, jusqu'alors toujours aussi seul dans cette réalité, leur ressemble étrangement ! Il renaît alors par cette révélation à lui-même, qui tout à la fois le surprend et le rassure (une sorte d'*insight*) ; il s'agit donc d'un phénomène de reconnaissance et de découverte jubilatoire d'appartenance groupale : le cauchemar se transforme en rêve heureux, puis devient réalité sous l'effet de l'intégration naturellement consentie par son nouveau groupe de pairs, qui l'adopte (un peu comme certains adolescents en crise qui, fuyant leur famille naturelle, en trouvent une, de substitution groupale, parmi des égaux en âges ou des aînés, à quelques années près, dans une sorte de « compagnonnage médiéval » des temps modernes). Le voici donc, partant à la découverte d'un nouveau monde, fascinant, pour rejoindre ses fantasmes les plus secrets ; ceux dont il se servait pour échapper, en rêves audacieux, à cet univers (« unis vers »), organisateur de son rejet. Il avait eu la malchance d'y ouvrir les yeux, sans autre choix de perception dans le monde du concret. Il fallait que la chance, gentiment provoquée, acceptât de tourner. Il découvre alors qu'il pouvait changer sa propre perception, en sortant du cadre imposé. C'est dans cet espoir de changement positif que les professionnels de l'enfance puisent énergie et motivation pour aller de l'avant et continuer à travailler, dans un contexte de pénurie sanitaire alarmante.

### **Le « bon petit diable » déguisé en « vilain canard » au sein de sa famille**

Parmi les troubles qui font « mouche » à tous les coups pour réussir à être « vilain petit canard », citons :

- les *troubles du langage* de celui qui « fait le canard » pour bien tenir son rôle : absence, retard, déformation, brouillage par babillage, incohérence, voire délire, placage de pans entiers de dialogues de dessins animés. Que ressent l'enfant, qu'est-ce qu'il dit, qu'est-ce qu'il veut ? Pourquoi s'interdit-il d'être compris, c'est-à-dire de donner accès à ce qu'il pense ? Les parents peuvent se poser des questions du style : comment savoir si notre enfant nous comprend ? Quand il ne nous répond pas, est-ce qu'il nous entend et fait exprès de ne pas réagir ou est-ce qu'il ne comprend pas ? Comment faut-il faire ? Le plaindre ou le secouer ? Ainsi les parents sont-ils partagés entre la confusion, l'angoisse de la référence à la folie, le rejet de ce que l'on ne comprend pas et n'accepte pas ;
- les *crises de colère* et de frustration, violentes, clastiques, avec passages à l'acte agressif envers autrui ou, pire, contre lui-même (mise en danger spectaculaire, auto-sacrificielle). Leur aspect incontrôlable, inaccessible au contrôle de l'adulte, génère l'angoisse ainsi que l'impuissance, et à terme, la culpabilité. Ne pas arriver à décoder le message, à saisir le pourquoi du comment, voir échapper la clef qu'on devrait avoir en tant qu'adulte parent

(ou intervenant) pour calmer la détresse de l'enfant, se sentir un parent coupable et défaillant, à cause de cet enfant, pourrait être le vécu linéaire alimentant le cercle vicieux de la violence puisque capté, intégré comme tel en miroir, par l'enfant (coupable et défaillant face à ce parent) ;

- les *troubles des conduites alimentaires*, s'exprimant par exemple par de l'anorexie, ou de la sélectivité excessive, avec ou sans vomissements provoqués. Comment mieux remettre en question la compétence d'une mère qu'en lui refusant sa compétence nourricière ?

- les *troubles du sommeil* ou des rythmes nyctéméraux : endormissement impossible sans rituels interminables, épuisants pour le parent ou sans présence d'une main qui ne doit surtout pas s'en aller avant l'inconscience complète du sommeil de l'enfant, par exemple. Comment ressentir de la haine devant une telle preuve de dépendance affective ? Cela serait être coupable pour un parent. Mais alors comment résister à la fatigue accumulée si le parent pense que c'est prouver son amour que d'affronter l'épreuve et se soumettre ainsi au cadre de vie imposé par l'enfant, acceptant comme une fatalité de cultiver cette toute-puissance par crainte et angoisse de le frustrer, c'est-à-dire d'être ce mauvais parent dont la crainte sommeille en chaque parent ? C'est un peu le paradoxe que suggère le titre d'un livre de Wazlawick : *Comment réussir à échouer*, le processus semblant générer un monde proche de l'enfer, cet enfer qui est pavé de bonnes volontés... ;

- les *troubles sphinctériens* : toujours stressants, imprévisibles, difficiles à admettre ; même un animal apprend tout seul le contrôle de ses sphincters ! Le parent peut ainsi se questionner : « est-ce une agression passive ou un signe de mon intolérance coupable, de mon manque de savoir-faire avec mon enfant ? » ; « pourquoi de tels rappels malodorants, désagréables, de la dépendance ? ». La dépendance est source d'attachement : on s'attache d'autant plus à celui qu'on a sauvé que celui-ci se souvient de son sauveur... La dépendance du tout-petit est située en miroir de la dépendance du sujet âgé mais alors que celle du petit stimule, chez ses parents, un désir d'évolution, un espoir de voir le temps passer, celle du sujet âgé angoisse, car non seulement elle anticipe la mort de l'être aimé (et donc celle de l'enfant dont il est devenu dépendant) mais elle ne peut être « arrangée » par le temps ;

- les *troubles du comportement* en société, et en milieu scolaire en particulier : éviter les grands magasins, certaines réunions de famille, les sorties selon les lieux et le public ; calculer les issues possibles au cas où. Quand le regard des autres vient poignarder le parent dans sa faille narcissique... Comme un fait exprès, l'enfant choisit souvent ses lieux de mise en scène en fonction de l'intérêt du public, coinçant l'adulte parent, face à ses pairs, entre le marteau et l'enclume. Quoi qu'il fasse avec son fils, le résultat pour lui sera toujours perdant : passer pour un horrible maltraitant ou pour un laxiste incompetent. Des demandes incessantes, qu'il est impossible de satisfaire, en passant par la spectaculaire intolérance à la contrariété, pour en arriver aux explosions de frustrations mutuelles, sont fréquentes. « À cause de lui, je suis mal vu, j'ai honte devant tout le monde, je suis jugé, condamné par sa faute » pourrait être le vécu de la situation d'échec programmé... ;

- des *améliorations paradoxales*, qui sont tout autant déstabilisantes : à force, pour se prémunir de la surprise désagréable, on en vient à anticiper le pire. C'est là que tout se passe bien. « Il est adorable ce petit ! Qu'est-ce que tu m'avais dit ? Tout s'est très bien passé avec moi » ; « c'est donc à cause de moi ou contre moi », pense l'adulte « c'est donc avec lui, à cause de moi, contre moi » ressent aussi l'enfant. Et voilà la fameuse résonance de perception qui aboutit au blocage si elle n'est pas dénoncée ; ou encore à la crise si elle est amplifiée ; ou enfin, aux doubles contraintes réciproques, s'il n'y a pas moyen de méta-communiquer ou de trianguler dans cette relation parent-enfant.

On pourrait ajouter bien d'autres signes ou symptômes à la liste. Il ne s'agit pas d'être exhaustif mais de faire ressentir à travers ces exemples quelque chose d'essentiel et de commun : l'interprétation, la lecture de l'événement, sa mise en mémoire et sa reconstruction imaginaire ou narrative suivent un même courant de circulation énergétique, comme si elles étaient guidées par un même axe de polarité ou un même magnétisme (qui serait transmis et/ou capté dans la chaîne de transmission familiale de l'adulte vers l'enfant).

Tout semble ainsi alimenter un grand « bassin d'attraction » pour entretenir la construction du monde commune : « être incapable de satisfaire l'autre », quoi qu'on fasse. Il existe ainsi au moins un point commun : on ne se satisfait pas mutuellement.

Tout enfant pourrait se percevoir comme ayant des propriétés comparables à l'animal appelé éponge, qui vit au fond des océans : être vivant singulier et mal connu, qui capte, reçoit, se lie voire absorbe tout ou partie de ce à quoi sa structure lui permet d'être sensible. L'éponge est très hydrophile, elle va retenir l'eau. Les capacités sensorielles de l'enfant le relient à une multitude de sources d'information dont il développera les outils de capture, analyse, reconnaissance, tri sélectif, liens, en partie sous l'influence complexe des différents modèles d'interactions qui lui restituent aussi du sens. Le « bon petit diable » apprend progressivement le sens des attitudes et comportements d'autrui en relation avec lui. Il semble avoir une sensibilité importante, qui lui transmet bien le vécu fait de rejet dans tous les mouvements, sentiments, actions ou propos de l'entourage. Il fait le tour de la partition du rôle de « vilain canard ». Il a alors, peut-être plus qu'un autre enfant à sa place, tendance à les intégrer, à se les approprier après les avoir concentrés, jusqu'à en faire une « auto-sécrétion » par des phénomènes d'assimilation-adaptation. Il va s'identifier à ce personnage, pour mieux tenir sa place. Perméable, il internalise la vision d'autrui comme étant la sienne l'alimentant pour lui-même aussi, afin d'avoir ce solide repère dans sa future construction du monde.

Réfléchir en terme de feed-back pour se référer à la circularité des interactions, tenir compte de tous les contextes en interaction, veut dire que les questions linéaires du type « qui a commencé ? », « qui est fautif ? », « pourquoi et à cause de quoi est-il comme ça ? », sont sans réponse autre que l'élargissement de la question en retour.



En équipe pluridisciplinaire, un rapide recueil de ce que l'expression de « vilain petit canard » évoquait aux adultes présents, a fait ressortir les réponses suivantes : se taire (« faire le canard ») au sens figuré, la différence, la frustration, le rejet, la violence, la culpabilité.

Dans les systèmes concernés, on dirait que l'enfant reste particulièrement centré sur lui-même, prêt à croire qu'il a un « pouvoir » sur tout ce qui se passe. C'est d'ailleurs ce qui va pouvoir dans des cas extrêmes contribuer à faire éclore des culpabilisations archaïques lorsque par exemple un enfant va croire que ses parents se sont séparés à cause de lui. Il va développer, sélectionner des comportements qui accentuent les différences, insatisfactions, frustrations de part et d'autre. Il se sent l'inducteur et l'émetteur de tout ; il ne discerne pas, en tant que signal externe distinct des siens, les « mauvaises ondes » (le terme d'onde évoque un aspect ondulatoire, magnétique, cybernétique ; mais aussi un aspect d'écoulement : mauvais écoulement de la circulation d'informations : « nager en eaux troubles »).

Il se construit autour d'un monde où il se vit mauvais, au travers de feedback alentour dont il se fait le centre. Il s'adapte à ce contexte, se moule, se façonne, se sculpte dans la place qui lui est imposée ; de toute façon, il n'a pas d'alternative. D'ailleurs, comment peut-il appréhender l'existence, ou l'intérêt même, d'une alternative puisqu'il connaît exclusivement ce terrain-là et cette place-ci ? C'est dans un tel processus que naît sa construction d'un monde déjà bien figé.

Dans le cas des familles où un « bon petit diable » sert de « vilain canard », un aspect caricatural, exacerbé, des échanges affectifs est souvent perçu ; des mouvements intenses de rejet ou de fusion simultanés semblent des paroxysmes d'attentions négatives des uns envers les autres ; l'extrémisme dans les échanges serait alors la seule voie apparente pour être reconnu, ou ressenti, comme participant aux interrelations ; ce processus de communication, tel un code d'accès nécessaire et indispensable, leur paraîtrait fonctionnel pour sortir de l'indifférence, ou du refus de définition ; le déni actif ou passif, les doubles contraintes répétées ou les transactions schizophrénisantes aboutissant à l'anomie, sont bien plus pesants que des violences physiques ou verbales classiques.

Parfois, après un rejet de « l'enfant provocateur » par un « adulte sanctionneur », un autre adulte semble vouloir compenser en surprotégeant l'enfant.

Le résultat rapide de cette offrande affective décalée est le déplacement des provocations, éventuellement tyranniques, de l'enfant au tiers initialement bienveillant.

Tous auront été finalement disqualifiés par ce processus. Le résultat balaye l'émergence de la culpabilité qui naît souvent au point « zéro » (défini par un point de bascule sur une courbe, ou une image sur un papier, ou encore un « moment » au sens de force physique, et bien sûr un moment temporel).

Lors de la descente ou de la montée des pics d'émotions fortes, c'est l'amplitude, la répétition et le mauvais « tempo » de ces mouvements qui posent



problème par rapport à ceux existant dans les autres familles. La bonne distance affective au bon moment est introuvable dans ces familles-là.

La devise que semble partager un bon nombre de ces systèmes familiaux à « vilains petits canards » (lorsqu'ils deviennent adolescents, les canards deviendraient plutôt des « homards » selon l'heureuse expression de Françoise Dolto, à cause de leur recours à une carapace) nous semble pouvoir se résumer en la formule suivante : « Tous contre un et un pour tous ; mais aucun contre tous », formule encore simplifiable ainsi : « Tous contre un pour le maintien de tous », ou enfin : « Tous unis contre un bouc émissaire ».

Les transactions en jeu au sein de telles familles nous semblent caractérisées par l'absence, à la fois de rapprochement hors de la fusion (laquelle ne peut que déborder les capacités de tolérance mutuelle), et d'éloignement hors du rejet (l'enfant, s'il s'éloigne, encourt le risque d'être rejeté et de perdre tout amour). C'est soit la fusion symbiotique dévorante, soit le rejet brutal.

Tout se passe comme s'il n'y avait que deux réponses possibles, en mode binaire (1 ou 0) : soit « on », soit « off » : deux positions seulement sur le « commutateur relationnel », si l'on nous autorise cette formule ; cela a bien entendu pour fonction de simplifier les choix affectifs, en apparence seulement.

Les rôles de chacun sont clivés, « sur-joués », comme autrefois dans le cinéma muet où il fallait compenser l'absence de dialogues digitaux sonorisés. Les acteurs se répartissent des rôles extrêmes, caricaturaux et s'en retrouvent captifs.

Si cela est vrai à l'intérieur du système familial, cela s'étend également vers l'extérieur dès lors qu'un intrus vient élargir le système (par exemple, l'isomorphisme est clair, rapidement établi, dans le système thérapeutique).

## **L'importance de la prise en compte des oscillations affectives familiales**

Les oscillations affectives qui caractérisent ces familles ont une part d'imprévisibilité et une autre de prévisibilité, d'où une certaine « imprévisibilité prévisible ». Elles sont en effet imprévisibles dans leur forme, leur moment et leur intensité (bien que l'on s'attende à des fluctuations toujours extrêmes) ; en revanche les modifications de distance affective sont prévisibles dans leur inévitabilité ou leurs apparitions répétées dans la famille.

Peu d'indices, hélas, permettent d'anticiper de telles fluctuations afin d'en amortir la portée ; d'où le traumatisme particulier à ces chocs affectifs répétés, surtout sous leur forme aiguë, dans un processus qui échappe à la chronicité par sa forme aléatoire. Pour les thérapeutes attentifs, c'est souvent une régression marquée du « vilain petit canard » qui leur annonce que la fluctuation a eu lieu.

L'histoire suivante illustre une autre forme de communication dysfonctionnelle rencontrée dans ces familles : le lissage, la minimisation des troubles et le non-dit (défenses apparemment rassurantes si l'on s'arrête à

leur aspect superficiel et quantitatif, mais mortifères dès lors que l'on en analyse les aspects qualitatifs à long terme).

### *Cas clinique*

Tinou, six ans et demi, est l'aîné d'une fratrie de trois : un frère de dix-huit mois plus jeune, en train de devenir, à son tour, « vilain petit canard » ; une sœur qui aura bientôt un an lors du début de la prise en charge.

Tinou paraît toujours « dans la lune » ; il se retient puis se lâche complètement, dans ses comportements autant qu'avec ses sphincters ; il retient aussi des événements lointains, plus ou moins anodins et il les relâche dans un contexte adapté mais trop différé dans le temps pour que l'on en comprenne toujours le sens. Il parle mais déforme les mots, si bien qu'on ne le comprend pas toujours.

Sa famille est touchante : que ce soit la maman, jolie, fraîche, pétillante, parlant avec un mélange de fragilité et de gentillesse ; que ce soit le papa, avec ses yeux bleus toujours cernés et les traits du visage tirés, amaigris de fatigue et de soucis ; il a l'aspect doux, timide, sensible, effacé mais chaleureux aussi.

Lors des séances de thérapie familiale, tout semble aller bien malgré les lourds symptômes portés par les enfants. Le courant passe facilement avec les thérapeutes. Un aspect très policé de la communication retient pourtant notre attention.

Malgré les conflits familiaux portant sur des thèmes majeurs, évoqués dans les familles d'origine respectives, malgré une succession dramatique de maladies graves et de deuils concernant leur parentalité directe, tout paraît avoir pu se réduire, paraître soluble et être ainsi absorbé. Les parents essaient de s'adapter aux épreuves en systématisant le compactage, la réduction, le lissage des événements les plus graves pour les amener à une dimension microscopique, pensant plus facile de se protéger de l'infiniment petit. Mais lorsqu'on le place sous le « microscope psychothérapeutique », apparaissent des choses monstrueuses, très virulentes et destructrices derrière leur phase, actuelle mais transitoire, de mise en latence.

Dans la famille du père ont eu lieu des conflits graves, ainsi que des maladies à l'issue fatale : pour sa mère et sa tante, jumelles, il s'agit de cancers du sein ; son père vient également de mourir, laissant à la belle-mère un héritage contesté. Le thème majeur sous-tendant tous les conflits paraît celui de la loyauté opposé à la trahison. Le papa de Tinou s'est retenu de prendre position. Il veut rester neutre et médiateur. Pour cela, sa devise est « de ne pas écouter ce qui fâche et de ne pas parler de ce qui divise ».

Quant à la famille de la mère, sans entrer dans les détails, c'est une histoire confuse, autour d'un père incestueux avec ses deux filles, revenu « avec la bénédiction vigilante des trois femmes », après avoir purgé sa peine : il fallait maintenir, coûte que coûte, l'affaire familiale d'hôtel restaurant, créée avec sa femme. Récemment, la grand-mère de Tinou a consulté pour une grosseur apparue dans une des glandes mammaires : c'est un cancer du sein !

La résonance sur le thème loyauté/trahison est évidente entre les deux familles. La mère de Tinou, ayant connu son futur mari au moment du dévoilement de ▷

- ▷ l'affaire (par un petit voisin également abusé), a résolu de se calquer sur la position de celui-ci. Elle a choisi de calmer ses mouvements affectifs violents et contradictoires pour devenir médiateur, en adoptant l'attitude suscitée.

Si les choses, non dites jusqu'ici aux enfants, les atteignent quand même indirectement dans leur développement, c'est parce que les non-dits, les secrets au niveau verbal ressortent tôt ou tard au niveau non verbal : les expressions dans certaines situations, les réactions des parents à certains événements, tout est « épongé » par les enfants de la famille, pénétrant leur imaginaire en même temps qu'est capté l'interdit de visibilité (ou la volonté d'invisibilité).

Les parents voulaient des remparts pour protéger leurs enfants de leurs propres problèmes. Ils ont créé des blancs à combler par l'imagination, ou des ratures récupérées mais réinterprétées à cause de leur illisibilité.

Quels axes, directions, sens pourraient prendre nos interventions pour être aidantes ?

D'abord, interrogeons-nous : dans quelle mesure ce que ressentent les thérapeutes en termes de « refus d'aide extérieure vécue comme intrusive » est utile à ces familles d'autant plus sensibles à l'intervention qu'elles présentent comme vulnérable le fonctionnement actuel qui maintient leurs liens en l'état ? Rappelons la devise sous-jacente « tous unis contre un autre ». Cela va conduire à un déplacement de la fonction de mauvais objet, incarné jusqu'alors par l'enfant, sur le thérapeute : c'est ce qu'il faut obtenir pour libérer l'enfant. Alors seulement, le thérapeute pourra amplifier l'isomorphisme pour pouvoir le rendre évident aux yeux de tous les membres du système, en prenant soin de rester dans l'alliance avec chacun.

En effet, c'est ainsi que l'on pourra travailler sur la résonance autour d'un thème commun. Ce thème dépendra de la sensibilité personnelle du thérapeute ainsi que du recul qu'il sera arrivé à prendre sur sa propre histoire familiale, lors de sa formation en qualité de thérapeute systémicien. Un pont unique et singulier va alors se construire, s'établir entre tous les éléments du système, donnant un accès invisible aux mécanismes profonds évoqués.

On pourrait rétorquer qu'il paraît difficile de comprendre pourquoi le thérapeute a besoin d'un chemin d'accès si compliqué, qui peut lui prendre beaucoup de temps, alors que c'est la famille elle-même qui lui a demandé son aide.

Il faut comprendre que l'aide demandée au départ est une aide à maintenir les choses en l'état, une demande déguisée de non-changement. Le « bon petit diable » concentre toute l'attention, comme la tension ; il soulage ainsi les autres tout en les intronisant à une place de parents soucieux, demandeurs : à travers l'aide d'« adultes soignant les enfants », la place des adultes parents pourrait devenir symboliquement, par alliance partielle, celle d'adultes thérapeutes ; ils pourraient, *a priori*, trouver légitime de diriger les objectifs à viser pour leur enfant puisque c'est précisément leur enfant et qu'ils s'en désignent victimes. Le thérapeute est donc d'abord sollicité par la famille pour agir sur le « vilain canard » ; sa mission serait

de le faire rentrer dans le rang, convenable pour son intégration sociale et confortable pour sa famille.

Lorsque le système thérapeutique se constitue, le thérapeute peut ressentir les étapes du processus ci-dessus : une première phase où la place réservée est valorisante, avec une étiquette de « Zorro » tout-puissant et salvateur. Ce confort apparent dure autant que ses questions restent en surface. S'il veut approfondir, il est éjecté sans avertissement vers les rangs du fond, avec un mur de séparation sur lequel semble placardé « prière de ne pas déranger » ou bien du style « tout colporteur ou autre représentant est prié de ne pas dépasser cette limite » ou encore « au delà de ce mur, tout va pour le mieux et vous êtes indésirable ».

Il est évident que la supposée toute-puissance dont nous affublent certains patients n'est que la séquence initiale d'un processus défensif bien rodé. Mettre le thérapeute sur un piédestal le somme de réussir, ce qui est une injonction paradoxale. C'est alors le thérapeute qui subit le cadre puisque l'issue lui est dictée. S'il réussit, il n'aura fait que se soumettre à l'injonction de la famille ; s'il échoue, la famille n'aurait fait que rencontrer un charlatan ou un incompetent de plus. Seule la position basse d'emblée, ainsi que certaines techniques préventives (*cf.* Edith Goldbetter), peuvent redonner l'initiative au thérapeute et lui conférer quelques coups d'avance.

Bien sûr, l'expression galvaudée « résistance au changement » vient à l'esprit avec toutes les familles. Mais ici, ce qui semble particulier, est la puissance de cette résistance, et sa forme indirecte. Elle peut opérer par tensions, lisage, dénégation, ou éclats et passages à l'acte parfois très violents. Il ne s'agit pas de propos clairement exprimés. Presque à chaque fois, il est question de communication analogique, non verbale.

Soit un des membres de la famille va émettre des signaux « prêt à disjoncter », sans prodrome (d'ailleurs, chacun pourra tenir ce rôle de fusible à son tour, le cas échéant) : la surprise en résultant va brouiller la suite de l'entretien. Soit encore, l'enfant va se dépasser dans son rôle de « vilain » et, même si la thérapie scindée lui réserve un interlocuteur particulier, les parents paraîtront focalisés sur ses actions et l'accès aux autres voies de réflexion sera bloqué. Soit enfin, les pistes proposées paraissent absorbées, amorties, compactées, pour revenir sous une forme anodine, vidées de la « substantifique moelle » qui leur donnait leur sens, et donc devenant sans intérêt aucun, le tout dans l'apparente meilleure volonté du monde de partager les réflexions et de collaborer...

## Les recadrages thérapeutiques possibles

Quels grands axes du recadrage thérapeutique peut-on proposer ? Ceux qui sont nécessaires et indispensables d'étudier s'articulent autour du sens et de la fonction des symptômes désignant l'enfant comme étant « vilain ». L'objectif de l'intervention thérapeutique se résume à s'entendre avec la famille sur des mécanismes de fonctionnement plus respectueux de ce que l'on pourrait appeler « nourritures affectives de base » (si l'on s'autorise à parler de besoin affectif physiologique nourrissant un noyau élémentaire

de l'affect humain). Les témoins référents des résultats restent les développements harmonieux et stables de l'enfant et de sa famille, sans souffrance.

Le programme officiel de tant de familles désignant leur « vilain canard » est du style : « Changez-le, il est insupportable ! » Cela sous-entend des « sabotages » de la thérapie à attendre : car si on réussit à changer le « vilain petit canard », on disqualifie d'autant le parent. Donc, derrière le message officiel, il y a souvent l'implicite « échouez à votre tour », pour bien montrer que ce n'est pas une question de parent, mais bien le fait que ce petit canard est, définitivement, « vilain ».

Pour illustrer ce propos, nous parlerons des progrès spectaculaires de tous les membres de la famille de Tinou, dans le même mouvement que l'enfant, depuis que nous avons mis au point ensemble (pour les grandes lignes), le conte systémique intitulé : « Moi, Tinou, le héros ».

### *Exemple de conte systémique*

#### **« Moi, Tinou, le héros »**

« Moi, Tinou, six ans et demi, suis devenu un héros pour ma famille : voici comment j'ai pu la délivrer du masque maléfique qui nous emprisonnait...

Il était une fois une famille qui vivait dans la forêt. Il y avait un grand-père, qui était le meilleur bûcheron de tous les temps. Il avait d'ailleurs gagné de nombreuses médailles dans les concours. Il y avait une grand-mère, qui faisait, je le confirme, les meilleures soupes de légumes de la région. Il y avait deux filles : l'aînée qui est devenue ma maman ; la plus jeune qui sera ma "tata Zaza".

Un jour, au cours d'une de ses longues journées de travail dans la nature boisée, mon grand-père fait une étrange découverte sous les racines d'un arbre qu'il venait d'abattre. Il semble qu'un objet, ressemblant à ces petits coffres dans lesquels les mamans abritent leurs bijoux, attire son attention. Plus que cela, il devient comme un robot, magnétisé, ne pouvant plus résister à l'attraction d'une idée fixe : OUVRIRE CE COFFRE.

Ce fut facile car la serrure n'était sécurisée que par un vieux cadenas tout rouillé. Là, un petit masque de bois, à l'expression rieuse, presque innocente, semblait inviter à le prendre pour s'en parer le visage.

Lorsqu'il le fit : patatras ! Un changement profond s'opère en lui : il veut faire du mal aux autres ! Pour satisfaire ces pulsions malfaisantes, il est nécessaire qu'on ne puisse se douter de ses pensées si méchantes. À l'intérieur, il est envahi de très vilaines idées, surtout envers les enfants. À l'extérieur, il pourrait ressembler à un ange, si le sourire de sa fausse bouche avait trouvé un relais harmonieux dans l'expression émanant de son regard.

Bien que méconnaissable et insoupçonnable avec ce masque trompeur, il est devenu l'esprit du grand méchant loup. Cette parure, aux traits figés, semble rassurer tout observateur sans recul. Mais elle s'est pourtant bien emparée de celui qui l'a revêtu, enrobant par ses creux les plus infimes reliefs du visage, imprudemment offert à son maléfice.

Ce grand méchant loup-là est donc particulièrement attiré par les enfants ; il s'approche des petits garçons et des petites filles pour mieux les torturer. ▷

- ▷ Profitant de la gentillesse de la famille, il s'installe dans la maison de la forêt. Il entreprend de faire mal à chacun des enfants ; ceux qu'il croise à proximité comme ceux capturés à l'extérieur. Il sait les attirer par des jeux ou des bonbons ; puis il sait les terrifier par des menaces, pour qu'ils se taisent auprès des adultes.

Chacun ignorait tout cela. Personne, ni adulte ni enfant, ne comprenait ce qui se passait. Qui était ce grand méchant loup ? Où était passé le grand-père ? Que faire pour faire disparaître l'un, revenir l'autre ? Nul ne savait répondre à ces questions !

Les femmes et les enfants, bien qu'aucun mot ne soit partagé, avaient très peur, étaient très tristes. Les habitants du village (dont l'un deux était mon futur papa, le plus beau et le plus intelligent, bien sûr !) s'inquiétèrent de ne plus avoir de bois, à l'approche de l'hiver. Ils se rendirent, tous ensemble, vers la maison de la forêt ; ils parvinrent à s'emparer du grand méchant loup. Celui-ci a alors tenté de se faire passer pour un gentil ; il traitait, avec toute sa maléfique force de persuasion, les autres de menteurs.

Heureusement que les habitants sont restés unis, dans leur amitié respectueuse, avec la famille. Ils ont décidé de prendre le temps de vérifier après avoir enfermé ce beau parleur dans une cage en fer. Ils ont compris alors l'étendue de ce qu'il avait déjà fait.

Les visites pour le questionner étaient autorisées ; il était interrogé sur son identité, sur ce qu'il savait du grand-père, qui n'était toujours pas revenu. Certains pensaient qu'il l'avait peut-être mangé. Sinon, où pouvait-il être, ce grand-père, pour disparaître ainsi sans laisser de trace ?

Ma famille était, certes, soulagée de ne plus avoir le grand méchant loup à la maison. Mais, malgré cela, les manques de nourritures et de vêtements restaient pénibles au quotidien. Le travail de la grand-mère, qui n'arrêtait pas de produire ses fameuses soupes pour les vendre, rapportait bien moins d'argent que la production de bois. Cela devenait de plus en plus dur de faire vivre tout le monde sous le même toit. C'est là que papa et maman ont décidé de se marier ; ils ont trouvé un travail et un petit logement indépendant. Ils ont voulu, ensuite, avoir un enfant. Et me voilà qui apparaît dans cette histoire.

Papa et maman m'ont toujours dit que je suis né "comme un soleil dans leur vie". Toute la famille s'est illuminée et réchauffée au contact de mes rayons de bonheur, bienvenus après une telle tristesse. Mais moi, Tinou, je sentais une souffrance installée chez mes parents ; je ne pouvais pas mettre des mots dessus ; c'était comme des ondes qui rebroussaient mes poils ou comme des décharges électriques qui me transperçaient. Je me posais une foule de questions – souvent je parlais tout seul en déformant les mots et les phrases pour rester incompréhensible.

– Où est le grand-père, le papa de maman ? Personne ne le sait.

– Qui est le loup, méchant et dangereux ? Personne ne le sait.

Sachant que sa cage était à l'abri dans la prison du village, je me suis décidé, en suivant une sorte d'instinct, à aller le questionner directement, en face à face :

"Pourquoi ? Pourquoi tout ce mal à ma famille ? Pourquoi, pourquoi, pourquoi ?" ▷

▷ Mes parents m'ont dit qu'à l'époque j'étais redoutable, et redouté, lorsque je m'emparais de l'arme du "pourquoi ci, pourquoi ça ?". Aucun adulte ne résistait à mon harcèlement et j'obtenais plus ou moins vite des demandes de grâce. Le loup a été surpris, puis dérangé, par ma visite et mes questions. Il a d'abord essayé de me faire peur, espérant ma fuite. Mais je suis resté là, à répéter cent fois, mille fois la même question : "Pourquoi ?"

À la fin, plein de rage, il a explosé en me lançant : "Tu n'as qu'à trouver l'arbre magique dans la forêt et le lui demander !"

Il pensait sûrement que j'avais la trouille, seul, dans une grande forêt. Il pensait aussi que je n'avais que deux petites jambes pour me déplacer. Il ne pouvait pas savoir que j'avais tous les courages lorsqu'il s'agissait des miens et que j'avais découvert mieux que les bottes de sept lieux grâce à mon copain Harry Potter : je pouvais transformer le simple balai de la maison en un superbe balai volant, surpuissant. Il m'emmenait partout où je pensais vouloir aller. J'ai mis plusieurs jours à bien en faire, sans tomber ou me faire des frayeurs. Je m'entraînais en cachette. Dès cette époque, je pouvais réellement aller partout, explorer la forêt et plus encore. Je m'y employais, jours et nuits.

En fait, je ne pourrais pas vraiment dire comment je l'ai trouvé, cet arbre magique. Je me demande si ce n'est pas lui, qui m'a trouvé. En effet, je me rappelle juste que je commençais à me répéter, de façon un peu lancinante, que jamais, jamais, je n'y arriverais.

"Une aiguille dans une botte de foin", disent parfois mes parents, quand je hurle à la mort pour qu'ils retrouvent mon doudou dans le bazar que j'ai laissé dans ma chambre.

Je pleurais donc à chaudes larmes sur mon balai, le laissant faire des embardées aériennes incontrôlées. Je ne voyais plus rien, à travers ce rideau mouillé qui tapissait mes yeux.

C'est là que je l'ai heurté, qu'on s'est heurté. Bien sonné, je suis resté un moment à ses pieds, mon balai entre les jambes, mais sur le sol, jonché de feuilles.

En me relevant, j'ai aperçu un petit trou, sous une branche, qui le dérobaît à toute vue partant d'une autre position.

Je m'en suis approché ; j'y ai collé mon œil, redevenu sec. J'ai vu une petite lumière blanche, scintillante, douce et attirante comme celle d'une luciole ; elle mettait en valeur une clef minuscule. Alors, j'ai introduit ma main dans cette cachette. Je crois bien qu'une main plus grande, ou plus épaisse d'un seul millimètre, serait restée dehors.

L'anneau de tête, au sommet de la clef, s'est accroché à mon petit doigt (celui qui est appelé l'auriculaire puisqu'il sert à gratter son oreille). La clef ainsi suspendue comme par miracle, a pu sortir : jamais mon poing serré sur elle n'aurait pu réussir à l'extraire de là !

Ensuite, je l'ai placée dans une marque bizarre, juste au-dessus du lieu où je venais de l'extraire. Elle s'est adaptée facilement à cette empreinte ; je l'ai tournée sans réfléchir et l'arbre s'est ouvert en deux.

Quelle surprise à l'intérieur : une splendide petite fée, munie d'une grande baguette magique, entourée de belles étoiles scintillantes. Elle avait un grand sourire, un vrai sourire de fée, comme celui de ma maman.



▷ Elle me dit que je venais de la libérer car l'arbre magique s'était bloqué en l'enfermant à l'intérieur, quand mon grand-père avait mis le masque du mal.

Je l'interromps alors :

"Mon grand-père à moi ? ! Où est-il, maintenant, alors ? Quel masque du mal, à quoi ressemble-t-il ? Dis, qui est le grand méchant loup, celui de la prison du village ?"

Elle me raconte toute l'histoire, ajoutant que le grand-père, en forçant le cadenas du fragile coffrage, avait dérégulé tous les mécanismes protégeant des forces du mal !

Elle dit que je suis le seul et l'unique être humain capable d'accomplir la mission que j'ai commencé d'instinct à entreprendre : se laisser guider par mon hypersensibilité (pour une fois plus qu'utile) ; découvrir, tout seul, l'unique formule magique déclencheur de reprise du cycle de production d'énergie positive, énergie nécessaire et indispensable aux forces du bien pour engendrer un nouvel état d'équilibre et d'harmonie ; en faire bon usage, au bon moment, au bon endroit ; et surtout, surtout : ne rien dévoiler à personne de la mission qui vient de m'être confiée, ni de la découverte de l'arbre à fée ! Si j'oubliais, je rendrais irrémédiable l'évolution actuelle des maléfices.

J'ai tout de suite eu mal au dos, pendant que la fée expliquait.

Un poids nouveau sur mes épaules m'oblige à me courber ; c'est avec une allure de guerrier vaincu et cabossé que j'atteins enfin mes Pénates au petit matin, juste avant que la maisonnée ne commence à s'agiter !

Ouf, personne n'a remarqué mon escapade !

Mais tous remarqueront mon air absent, lunatique.

Ma famille s'inquiète et ne comprend pas ce qui m'arrive.

Un nouveau malheur semble les frapper !

Ils tentent tout pour m'aider, se culpabilisant de ne pas y arriver.

Moi, je ne devais pas trahir la fée pour pouvoir un jour résoudre le mystère et libérer les gens que j'aime.

Vers mes 6 ans, un beau matin, je me réveille soudain en sursaut, avec en tête une phrase bizarre : "GAGGAGGAGGAG".

Je la prononce à haute voix et je l'associe à la fameuse formule magique, celle que je cherchais si désespérément !

Je me précipite littéralement hors du lit, dans l'état où la nuit m'avait laissé, oubliant tout pour ne répéter que l'essentiel, en fonçant de toute la force de mes jambes, vers la cage du loup.

Échevelé, excité comme un fauve qui a bien affûté ses dents en courant vers sa proie, je lui lance le coup sonore au milieu de son visage, en pleine face, très fort, le plus fort que je pouvais : "gagougougag" !

Et je reprends l'assaut plusieurs fois, comme si je le martelais, sans même prendre le temps de respirer.

Enfin, un masque de bois se détache de son visage, pour tomber bruyamment par terre. Derrière lui, les traits de mon grand-père réapparurent. Ils étaient rouge écarlate : la chaleur, l'émotion, la honte ? Il m'a fait penser au visage d'un bébé, après la sortie du ventre de sa maman (j'ai vu les photos des albums de ma naissance, et celles, encore "plus pires", de mon frère et de ma sœur).

▷



- ▷ En soutien sur mes côtés, attirés d'abord par les hurlements étranges, les villageois avaient assisté, en direct eux aussi, à cette transformation.

Ils avaient vu, en même temps que moi, la réapparition du grand-père, quand le masque fut tombé.

Ils ont réagi alors très vite, avec courage et à-propos : se saisissant du bois sculpté en un éclair, ils ont, presque simultanément, allumé un grand feu, dans le champ, derrière l'église du village ; ils y ont jeté, au milieu de la sphère rougeoyante et crépitante, le masque maudit.

Il ne manqua personne pour assister au spectacle : un grand feu, emblème ici de la purification puisqu'on lui confie la destruction de cet objet dangereux.

Tous étaient fascinés devant ce pouvoir libérateur, chaud et lumineux. La fumée a retenu l'attention car, âcre et verdâtre, elle a paru représenter une forme avant de disparaître complètement.

C'est donc ainsi que je suis devenu un véritable héros pour ma famille et mon village.

Maintenant, tout le monde sait que mon grand-père n'avait pas vraiment disparu. C'était bien lui, le grand méchant loup, à cause du secret que j'ai finalement découvert : celui des pouvoirs diaboliques du masque magique.

Ma famille en a été, enfin, vraiment libérée.

Mon grand-père semble redevenu comme avant, gentil et travailleur. Il a repris la production du bois, pour le village. Certaines personnes, cependant, auront toujours peur de lui. Elles disent qu'il existe, peut-être, d'autres masques dans la forêt. Mais mon grand-père a promis, à tous, de ne jamais plus rouvrir de coffres et de brûler tous les masques qui pourraient s'en échapper malgré les cadenas. Il veut retrouver la confiance de tous.

Quant à moi, je deviens un grand et bon garçon, qui fait la fierté de ses parents (dont je ne fais que répéter les propos). Maintenant, je me consacre à une nouvelle mission, attribuée par la fée : celle d'être un modèle pour mon petit frère et pour ma petite sœur ; je dois les guider vers le bon chemin de la vie et combattre les forces du mal ».

## Pourquoi utiliser ici un conte systémique ?

Dans la famille de Tinou, la résonance familiale tourne autour d'une culpabilité partagée, pour soi et pour sa famille, suite aux exactions et délits commis par les autres ; c'est la famille entière qui porte le poids partagé d'une faute commise par un seul. C'est la faute de chacun si l'on en est arrivé là ! Quand l'un est coupable, la faute rejaillit sur tous ; mais un seul peut aussi se sacrifier pour les autres. C'est ainsi que les parents de Tinou semblent prêts à mettre dans les fonctions de médiateurs amortisseurs de conflits, toute leur énergie, voire leur dévouement sacrificiel.

Espérant contribuer à développer une partie d'arborescence familiale plus saine, pour compenser ces grosses branches pourries par les actions de vilains traîtres, et pour lutter contre cette vision malsaine offerte à l'extérieur d'un arbre familial (dominé par les torsions vicieuses, la gangrène

de la maladie ou la mort), il reste leur petite partie blanche, celle dont le tuteur essaie d'être aussi l'axe de développement de la tolérance et du pardon.

Pour essayer de trouver l'engrais capable de stimuler exponentiellement leur croissance (à l'image de celle du nénuphar<sup>26</sup>, étudié par Albert Jacquard dans *L'équation du nénuphar*), on peut penser utiliser l'impact d'une création littéraire unique et singulière.

Imaginons une petite voiture, comme les « coccinelles » héroïques de notre jeunesse cinéphile : pimpante des éclats du neuf, elle ronronnerait au milieu du rayonnement de ses couleurs chatoyantes. C'est le véhicule idéal pour accueillir notre petite famille, qui embarquerait alors sans réticence !

Elle pourrait les transférer dans un élan de vie, vers le sentiment d'être tous uniques et admirables ; ils seraient ainsi, peut-être, prêts à s'intégrer ensemble, dans un ailleurs spécifique, bien plus confortable que cet arbre souffreteux et dépressiogène, qu'ils pensaient avoir le pouvoir de détordre, et de soigner. Sinon, ils allaient rester rivés aux racines de leur mal, se sentant seulement devenir d'impuissantes mauvaises herbes !

Une histoire contée les fixerait à jamais comme des héros, aux titres de gloire mérités, après la victoire collective, dans une redoutable épreuve de leur Odyssée familiale.

C'est ainsi que l'idée du conte systémique retravaillé s'est imposée pour soutenir le processus ci-dessus, mis en hypothèses.

Il faut d'abord commencer par un travail sur la matière brute : elle est mise à jour ensemble, lors d'une ou plusieurs séances familiales dédiées spécifiquement à ce recueil d'idées de type *brainstorming* puis scénario écrit, car l'essentiel des thèmes, personnages et actions doit être apporté par la famille.

Puis suit un travail de mise en forme, susceptible d'être remanié autant de fois que le retour des commentaires en famille le nécessitera.

C'est une réussite de création collective, à déguster en connivence lorsqu'on la sent ensuite capable de capter une attention, de concentrer des énergies, de porter un souffle retenu.

Rappelons ce jeu où tout le monde gagne quand un joueur, accroché à une corde, se lâche, ou tombe, au milieu de son groupe : il a pour but de stimuler la cohésion adaptative de l'ensemble. Le groupe doit se rassurer sur ses compétences à secourir ou à parer une situation inattendue en retenant par tous les bras entrecroisés, dans un effort de tissage contenant, le joueur (trop ?) confiant.

Ainsi que le constate tout artisan moyen exposant ses créations d'atelier, celles qui retiennent l'attention sont bien rarement celles atteignant la perfection technique. Ce sont plutôt celles qui ont intégré dans leurs forme, mouvement, structure, ce qui touche de près à la passion, à l'émotion, aux surprises des sens, qui passeront avec succès les fourches caudines de l'œil

26 *L'équation du nénuphar. Les plaisirs de la science*, par Albert Jacquard, Calman Lévy, 1998.

critique. Tout cela est vécu collectivement puisque c'est le système thérapeutique qui tente de faire naître un support de cohésion plus fonctionnel, surprenant.

En fin de compte (ou du conte, pourrait-on dire ici), quel sens pourrait revêtir ces processus, déguisant un simple « bon petit diable » en véritable « vilain canard », ou un « vilain canard » accusé de se déguiser en « bon petit diable » ?

Le sens qui nous paraît vraiment déterminant est justement celui de « compter » : compter jusqu'à souffrir (souffrir pour compter, je souffre donc je suis), attirer l'attention à tout prix, sortir de l'indifférence et de la relégation maltraitante : mieux vaut être grondé qu'oublié. Plutôt que de ne pas exister et de ne pas avoir de place, mieux vaut en avoir une, quitte à ce qu'elle soit la mauvaise. D'ailleurs, même après la mort, si l'on se réfère à la religion chrétienne, nous avons tous une place : au paradis pour les bons ; en enfer pour les mauvais, au purgatoire pour ceux qui sont dans l'entre-deux (exception : les limbes, où allaient les morts-nés et les enfants décédés sans être baptisés, c'est-à-dire sans avoir été acceptés par la famille chrétienne). Ainsi n'est-il point envisagé d'être « nulle part ». Cela ne signifie-t-il pas qu'il vaille mieux avoir une place minable, infernale, que pas de place du tout ?

Dans le même ordre d'idées, psychose et névrose au-delà de leur conceptualisation psychanalytique pourraient se révéler des stratégies adaptatives de niveau logique différents : la psychose pourrait se concevoir comme une tentative désespérément vide de réponse à la question existentielle fondamentale sur l'être : « Qui suis-je ? », laquelle se poursuit en « Qui suis-je vraiment, au-delà des apparences et de ce que j'ai conscience d'être ? », d'où la quête d'un sens à la vie : « Pourquoi ou pour qui suis-je ? » On passe du « Qui suis-je ? » au « De qui suis-je ? » et au « Pour qui suis-je ? »

La névrose, quant à elle, constituerait un mode adaptatif social, pour « faire avec » le noyau psychotique fondamental et organisateur de la psyché, en posant la question du « comment être » dans sa relation avec les autres et le reste du monde ? (Le psychotique ne parvenant pas à trouver comment être avec lui-même, c'est-à-dire au fond de lui-même, son « inconscient »...)

Au-delà du vaste débat que susciterait l'approfondissement de tels concepts qui ont à voir avec les logiques issues de la psychanalyse et de l'exploration du fonctionnement intra-psychique et inter-individuel, retenons une fonction essentielle des tableaux évoqués : la recherche d'attention, quasi-sacrificielle, du « vilain petit canard », prêt à tout, même au pire, pour être là, présent au sein de sa famille, ou de l'institution qui l'a en charge. Les autres ont besoin de lui à cette place-ci : c'est une sorte de « figure imposée » (il avance ou il recule mais reste dans la même trace qui reprend, au fond, la trace d'autres souffrants, porteurs de symptômes dans les générations précédentes).

Le sens de ce jeu morbide paraît donc être, en priorité, celui d'alimenter, au fil du temps, la construction du monde de tous dans la famille :

l'incompétence à être satisfaisant pour l'autre s'avère dans ce modèle transactionnel la seule solution pour être quelqu'un.

Dans de nombreux cas, il semble que nous soyons dans des fonctionnements psychopathologiques de type *borderline*, vraiment limites avec ceux de la psychose.

Parfois, ces histoires familiales, alourdies de destins gâchés, se répondant ou s'interpellant dans une sinistre compétition du malheur, se traitent en pièces dignes du « théâtre antique », pour douloureuse et destructrice qu'elle soit ; le soignant doit rester soucieux de repérer les pièges de l'enrôlement, ceux qui lui feront pratiquer l'aide au non-changement, dans l'illusion agréable d'être acteur de changement quasi-instantané, puisque décrété réussi par tous les membres de la famille, d'une même voix enjouée, au contenu pourtant plaqué quand on revoit l'ensemble !

Il faut donc se rappeler au minimum les points suivants, en guise de repères de base au sein de ces systèmes thérapeutiques.

- La distance thérapeutique est indispensable pour rester lucide et elle est parfaitement compatible avec l'empathie, elle-même nécessaire à l'alliance. Elle permet au thérapeute, tout en respectant l'intensité émotionnelle dégagée par des événements familiaux clefs, de se distancier d'emblée du champ d'attraction voyeuriste (ou de la fascination morbide) propre aux plus horribles faits divers ! Pour les thérapeutes, ressentir des affects brutaux, sans le recours (technique) à une grille de lecture pour en tamiser les résonances et en acquérir un sens, diminue la possibilité de rester dans un champ de thérapie systémique à l'écoute des constructions du monde sous-jacentes.

On peut imaginer, comme lors d'interprétations de scenarii, qu'une dramatique familiale obéisse aussi à des règles classiques de mise en scène, enrichies de variantes spécifiques. Parmi les saynètes communément rencontrées, citons celles aboutissant à la sélection de l'interprète du jour de ce rôle, supposé régulateur des autres niveaux de tension : celui du bon déguisé en vilain (ou vice-versa), puis sa mise en scène en habit de parade (qu'il aura enrichi d'un nouveau morceau d'étoffe). Pour monter le costume exigé par le rôle principal, tous participent dans la famille : le déguisement est décomposé, tel un jeu de puzzle, en plusieurs pièces uniques, façonnées en attribuant à chacun des tâches complémentaires. Enfin, la pose coordonnée, simultanée, est indispensable pour figer dans l'habit complet, le dos et les épaules de leur acteur (*cf.* la métaphore de l'arlequin de la *commedia del arte* qui porte un costume fait de rapiéçage d'étoffes losangiques et qui pourrait en l'occurrence ajouter une pièce au puzzle de sa fonction). L'illusion est parfaite, entièrement partagée, de voir ensemble un revêtement aux origines inconnues, étranges, pourtant là depuis toujours, aussi loin qu'on s'en souvienne, expliquant d'une seule voix que « ceux qui croyaient voir un déguisement se faisaient prendre au piège des attributs de cet individu ».

Le thérapeute peut alors saisir un de ses leviers d'aide au changement ! Comment ? Par exemple, en posant, « naïvement », des questions sur les souvenirs (ceux de la grossesse, ceux de la naissance), événements qui suscitent souvent un engouement contagieux chez les amateurs photographes !

« Et l'album de naissance, vous vous en rappelez ? L'avez-vous toujours ? L'avez-vous regardé récemment ? »

À son origine, le poussin (cygne, canard ou autre volatile), était bien quelque part, lui aussi, dans le désir de ses parents (ou comblant déjà un manque de désir de ceux-ci !) ! Avant cet habit exposé au dehors, pourrait-on l'imaginer, ensemble, rayonnant autrement ? Sinon, un costume risque de lui être imposé comme une seconde peau, un manteau de coquille dur, juste au corps, trop juste, trop étroit. Rigidifié par des travées inadaptées de dépôts calcaires, incapable de s'adapter, de grandir, de s'assouplir, tout risque de se fissurer, en impliquant son contenu et l'environnement relationnel : l'amalgame, dans la violence du rejet, finirait en mille morceaux ! Il s'agit d'apprendre à identifier (donc à différencier), en termes très simples, la part du réel et celle du symbolique, pour que la carapace s'évapore pour laisser un simple voile ; celui-ci doit être destiné à disparaître insensiblement : place à la réalité de l'Autre, un enfant, différent de l'image qu'on lui collait ; une projection tenace peut devenir un exemple d'identité projective aboutie.

- Une stratégie souvent naturelle pour les familles, face à leurs angoisses du vide et de la perte de contrôle, sont des tentatives de monopolisation de l'espace temps, remplis avidement ou méticuleusement, par des récits logorrhéiques, envahissants, du style « déballage », cent fois remaniés dans leur version (jusqu'à s'arrêter sur celle qui renforce le mieux la place souhaitée par son conteur), ceux-ci n'ont aucun intérêt informatif puisque tous pourraient le réciter sans faute ; quand on espère un changement thérapeutique, il faut que ne circule que de la qualité avec un contenu transformé de diverses façons, en information pour tous les participants ; donc il devient susceptible de surprendre.

- Il est nécessaire et indispensable d'adapter au préalable la coconstruction du récit familial à la psychologie du développement de l'enfant (et des parents). Un peu à l'image d'une molécule active, qui doit être adaptée dans son dosage et sa forme galénique à l'âge, au poids, voire aux insuffisances fonctionnelles de la personne traitée). En effet, la reconstitution narrative, de type cathartique, réunissant toute la famille, après un traumatisme (accident, deuil, agression) a le grand défaut de ne pouvoir respecter les perceptions initiales de chacun, en particulier celles perceptibles à l'échelle de vie de chaque enfant (pour tenir compte de l'importance de l'acquis par les expériences rapportées au niveau global de développement). Elle est un prêt à porter plaqué qui correspond peut-être à un sauvetage d'urgence (comme un chantier de fouille de sauvetage sur un tracé d'autoroute qui risque d'irréremédiablement détruire des restes archéologiques précieux) mais pas à un travail minutieux. Les adultes parents se disent mobilisés par le souci de prévenir toute conséquence grave, après l'impact du choc affectif sur l'imaginaire de leurs enfants. Or le mieux est parfois l'ennemi malheureux du bien : l'arme de la parole, opposée au symptôme psychosomatique ou psycho-comportemental est toujours plus facile à utiliser pour des parents, d'autant qu'ils pensent aussi mieux protéger ainsi les enfants en cas d'inhibition, anxieuse et/ou timide, par leur veille aux avant-postes de la parole.

Des enfants peuvent être noyés par ce flot de perceptions parentales étranges, surprenantes (comme s'ils écoutaient une version en langue étrangère peu après avoir eu le même film aux dialogues alors compris, intégrés sans s'être posé de question). Livrée avec la force d'une leçon sur la vie, ce supposé infini savoir, ce savoir de « grandes personnes » peut devenir « parole d'Évangile » pour des enfants : « Mon papa à moi, il sait tout sur tout, pour de vrai ; t'as qu'à lui demander ! » La crise d'adolescence est d'autant plus difficile à canaliser qu'elle devra aider l'enfant à faire le deuil de ce supposé « tout savoir » parental...

C'est la référence, dont l'enfant voudrait se faire remarquer, reconnaître, voire aimer et admirer, intégrant, comme il peut, les idées qu'il capte : boire ses paroles, sans retenue ; être un bon disciple ; devenir un jour aussi intelligent que le parent grâce à la technique du calque, appliquée à ce modèle parental identificatoire. Là, il peut vivre un autre choc, un choc par identification aux modèles, amplifiant le sien propre. Avant et jusqu'alors, il pensait pouvoir attendre que ça passe, derrière les défenses qu'il avait érigées avec ses propres images, ses mots à lui, repères familiers des représentations bien identifiés et définies.

Devant les effractions faites par les coups plus ou moins répétés, de graves événements vitaux survenant dans une famille, il faudrait respecter la présence de l'enfant par l'utilisation exclusivement centrée sur les éléments de son propre récit, verbal ou dessiné, uniquement ceux qui viennent de lui (spontanément ou en réponse à des questions simples, sans suggestion de réponse de sa part).

Les parents, en échangeant dans une séance qui leur est consacrée, leurs récits d'adultes à adultes, pourront alors exprimer, expurger leur peine ou leur révolte, s'écouter ; il leur faut travailler d'abord sur eux-mêmes, pour digérer, métaboliser, détoxiquer, la version adulte primitive pour simplifier l'essentiel indispensable dans une version destinée à leurs « enfants ».

Au total, et pour synthétiser, le double sens repéré comme hypothèses soutenant, animant les oscillations dysharmoniques du « bon petit diable de vilain canard » peut être :

- au niveau de l'« avoir » : mieux vaut avoir quelque chose en commun, même douloureux plutôt que rien ;
- au niveau de l'« être » : mieux vaut être quelque chose pour quelqu'un des siens, même le mauvais objet, plutôt que rien...

## Approche systémique de la schizophrénie (aspects historiques)

Si nous avons choisi d'envisager ici l'approche thérapeutique de la schizophrénie sous son angle *historique*, c'est parce que cette étude a permis de faire émerger quelques travaux ayant joué un rôle phare dans la vision qu'avait la communauté scientifique de la psychose (Albernhé T. et Albernhé K., 1995). En effet, « les psychoses schizophréniques représentent historiquement le premier sujet d'études menées conjointement par des anthropologues et des psychiatres à partir de concepts issus de la théorie des types logiques de

Whitehead et Russell, et selon des méthodes d'observation et d'évaluation centrées sur les processus d'interaction » (Bridgman, 1987).

Il s'en est suivi d'innombrables travaux, dont le point commun, quelles que soient les approches (anthropologique, éthologique, génétique, biologique, psychodynamique, etc.), est la tentation, bien compréhensible, de trouver une « explication » à la genèse du trouble, et ainsi de mieux le traiter (Demangeat et Barges, 1972).

L'originalité de l'approche systémique est d'avoir exploré une autre direction : celle du « comment » (on devient schizophrène) et non plus celle du « pourquoi » on le devient : ce n'est pas parce que l'on conçoit la psychose comme liée à des tentatives inefficaces d'adaptation à un milieu, que ce milieu-là est responsable du trouble. D'un point de vue historique, il est important de souligner que ce sont ces premiers travaux sur les familles de schizophrènes qui ont impulsé le vaste mouvement d'étude des familles saines, et de toutes les autres formes de familles. Ainsi que le relève [Murray Bowen \(1978\)](#), « les résultats des premières études sur les familles normales peuvent être résumés en disant que les modèles qu'initialement on pensait caractéristiques de la schizophrénie sont en fait présents, d'une certaine manière et à certains moments, dans toutes les familles et, chez certaines d'entre elles, la plupart du temps ».

La thèse de l'incompétence parentale pour expliquer la psychose d'un enfant correspond à un modèle linéaire obsolète qui, ainsi que l'explique Matteo Selvini (1995), « ne suffit pas à expliquer clairement deux phénomènes très classiques et fondamentaux : 1. La présence dans une même famille d'enfants schizophrènes et d'enfants relativement sains. 2. Le fait que des parents apparemment normaux ont des enfants schizophrènes et que des parents présentant une pathologie manifeste ont des enfants normaux ». Certaines exceptions confirment des règles...

L'ouvrage princeps de David Levy (1943)<sup>27</sup>, publié pendant la Seconde Guerre mondiale, mettait en évidence certains traits de personnalité ainsi que certains comportements et attitudes d'un parent dont un enfant était psychotique. En l'occurrence, la pathologie en question de l'enfant était une schizophrénie, et le parent était la mère. Les travaux de cet auteur montraient clairement qu'il existait souvent ici une relation de type surprotecteur de la mère envers son enfant. Parallèlement, Levy établissait un lien entre cette relation, venant de la mère – bien qu'induite par l'enfant – et les carences affectives dont elle avait souffert dans son jeune âge. L'hypothèse était que, par un mécanisme de surcompensation, la mère cherchait inconsciemment à donner un maximum d'affection et de protection à son enfant, pour qu'au moins il ne vive pas ce qu'elle avait vécu. Le problème

27 Levy distinguait deux grands modes de surprotection maternelle : autoritaire et indulgente. Le premier mode s'observait chez des enfants casaniers, soumis chez eux, éprouvant des difficultés de socialisation (pauvreté des liens affectifs extrafamiliaux, comme si l'extérieur était vécu comme dangereux), et présentant volontiers des troubles alimentaires. Le deuxième mode concernait des enfants indisciplinés à la maison mais bien adaptés et même performants à l'école.

est qu'elle va trop loin, déborde ses capacités de réception, angoisse à la moindre occasion et empêche l'enfant d'accéder à une existence propre, c'est-à-dire séparée et autonome.

Des psychanalystes, devenus célèbres, comme M. Malher ou L. Kanner, avaient déjà attiré l'attention des cliniciens sur la nature très particulière du lien symbiotique entre un enfant psychotique et sa mère. L'article princeps de Frieda Fromm-Reichman (1948) sur la « mère schizophrénogène » (ou « schizophrénogénique »), aux conclusions excessives, eut au moins le mérite de souligner l'importance cruciale de l'environnement familial dans la psychogénèse d'une psychose<sup>28</sup>. Afin d'expliquer une telle connotation négative de nombreux parents d'enfants psychotiques, par certains thérapeutes, le psychanalyste Pierre Geissmann (1989) avait émis l'hypothèse intéressante d'un fonctionnement en identification projective au niveau groupal : le concept de « mère schizophrénogène » « résulterait de la confusion dans l'esprit de l'analyste, ou du psychiatre, entre imago maternelle et mère réelle. L'enfant projette dans le transfert sur le psychiatre ou sur l'analyste une image de mère mortifère, psychotisante, dont le caractère horrible et insupportable a tendance à venir occuper le champ de la relation entre l'enfant et celui qui le soigne. L'analyste, ou le psychiatre, se trouve amené malgré lui à une identification contre-transférentielle à l'enfant qui se bat avec ce fantasme de mauvaise mère. Tout naturellement, cette image va rejoindre et coïncider avec nos propres imagos inconscientes de mauvaise mère clivée intériorisée ».

C'est à partir des années 1950, avec le début de ce que l'on dénomme généralement le « mouvement familial » en psychiatrie, que plusieurs auteurs, d'horizons divers, s'intéressèrent aux familles dont un ou plusieurs membres étaient schizophrènes. Les premiers travaux avaient surtout mis l'accent sur certains traits de personnalité des parents d'enfants devenus schizophrènes à l'âge adulte, ou sur l'importance des traumatismes psychiques subis pendant l'enfance dans la genèse du processus schizophrénique à l'âge adulte (plus particulièrement dans la période de « post-adolescence »).

L'article qui eut peut-être le plus fort impact médiatique fut celui de l'équipe de Gregory Bateson (1956)<sup>29</sup> : les « prémisses d'une théorie de la schizophrénie » allaient finalement remettre en question le dogme de

28 Même si était fausse, de par son caractère dogmatique et causaliste, la conclusion selon laquelle la psychose de l'enfant résultait, en droite ligne, du comportement « nuisible » de la mère dans la petite enfance, l'article avait le mérite de montrer que la prise en charge psychanalytique d'un patient psychotique permettait l'instauration d'un transfert et d'une diminution des troubles (témoignage important, car contredisant ce qu'avait affirmé Sigmund Freud : la régression déclenchée par la cure psychanalytique d'un patient schizophrène, corollaire de la sévère fixation narcissique, empêche le transfert...).

29 Jean Maisondieu (1989) écrit : « Jamais jusqu'à ce jour de 1956 où est paru l'article de Bateson et de ses collaborateurs "Vers une théorie de la schizophrénie", jamais la notion de maladie mentale n'a été aussi malmenée. [...] L'approche systémique [...] observe respectueusement les traditions et les rites, les us et les coutumes de la tribu schizophrène comme l'a fait l'éthologue Bateson, mais s'interdit l'outrecuidance de poser le préalable que quelque chose ne va pas chez l'un ou l'autre des personnages en présence ».



l'incurabilité de la schizophrénie, dans la mesure où l'affection n'était plus considérée comme relevant d'une causalité organique mentale, mais liée à un contexte d'émergence très particulier au sein d'interrelations intrafamiliales dysfonctionnelles. Bateson était en fait très attaché à l'idée selon laquelle la *double contrainte* qu'il avait décrite n'était absolument pas pathognomonique de la schizophrénie : on la retrouvait ailleurs, non seulement dans d'autres maladies mais encore dans le rêve, l'humour<sup>30</sup>. Pour Bateson, la schizophrénie était le résultat d'un long processus de doubles contraintes aboutissant à faire continuellement subir l'expérience de la négation de soi à un sujet qui, à force, le faisait s'enliser dans un processus schizophrénique<sup>31</sup>.

Ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'avant cette période, très peu d'études effectuées sur des familles saines avaient été publiées ; si bien que lorsqu'ont été publiés les résultats obtenus chez des familles de schizophrènes (en décrivant la double contrainte, etc.), on a tout de suite cru que les phénomènes que l'on mettait à jour non seulement n'existaient que dans ces familles-là, mais encore étaient de nature à expliquer les dysfonctionnements communicationnels que l'on y avait observés. Double erreur ! Car à partir du moment où l'on s'est mis à étudier également des familles saines et des familles dysfonctionnant autrement (avec des problèmes d'anorexie, d'alcoolisme, etc.), on s'est rendu compte que les modèles de relation initialement décrits avec les familles de schizophrènes pouvaient aussi être présents dans ces autres familles. On aurait pu croire qu'un tel constat discréditerait les recherches initiales, il n'en fut rien : par le mouvement d'espoir thérapeutique qu'elle a suscitée, la découverte du *double bind* par l'équipe de Palo Alto en a entraîné bien d'autres, ouvrant la voie aux nouvelles théories de la communication.

En 1959, Jay Haley publie l'article historique *La famille du schizophrène : un système mis en modèle*, dans lequel il décrit pour la première fois la famille en tant que système, régi avec ses lois propres. Il y étudie la manière dont les membres de la famille qualifient leurs propres discours et ceux des autres membres, le leadership (que personne n'arrive à assumer en son nom propre), les alliances, et le problème de l'acceptation de la responsabilité.

30 « La seule différence que Bateson verra entre un schizophrène et un artiste est la relative prise de conscience de son acte par le second. Mais tous deux font preuve de créativité dans leur adaptation à une situation particulière. Bateson opère ainsi un renversement complet de la perspective : ce n'est plus la double contrainte au sein du système familial mais le système familial au sein de la double contrainte. Celle-ci ne désigne plus une relation pathogène mais un principe générateur de multiples comportements créatifs » (Bateson et al., 1981).

31 Les systémiciens ne peuvent se résoudre à une explication causaliste simpliste du type : « si l'enfant est ainsi, c'est parce que ses parents sont comme cela ». Aussi est-il préférable de parler d'*ajustements réciproques*, expression rendant mieux compte des répercussions des troubles d'un enfant psychotique sur le vécu de ses parents, et vice-versa. Ce terme d'ajustement avait été initialement proposé par Bateson, davantage comme une relation de complémentarité – comme pour l'emboîtement de cubes d'enfants – que comme une relation d'interactivité évolutive : le comportement d'un schizophrène paraissait « s'ajuster » dans un contexte de *double bind*. De nos jours, on considère que l'ajustement est le résultat non d'une causalité linéaire mais d'une causalité circulaire, mutuelle.

Il insistera dans ses écrits sur la notion de non-congruence entre les différents niveaux de communication, ainsi qu'au sein d'un même message verbal parmi les membres de la famille du schizophrène, d'où une disqualification de la communication.

En 1960, John Weakland remarqua les analogies existant entre les trios (père-mère-enfant) et (médecin-infirmier-patient), comme si l'institution reproduisait par cet isomorphisme ce qui se jouait dans la famille. Il s'en est suivi une conception triadique du double lien, plus complexe que celle initialement décrite par Bateson.

Sur un autre plan, Brown et al. (1958), dans une approche descriptive qui conduira ultérieurement au concept d'« expression émotionnelle », avaient noté qu'il existait une forte corrélation entre la survenue d'une rechute psychotique symptomatique et le retour du patient chez ses parents ou son conjoint ; ce concept évoluera ensuite pour son propre compte.

John E. Bell (1963), quant à lui, envisagea les choses sous l'angle de l'interface de la thérapie familiale et de groupe avec la schizophrénie.

En 1965, Theodore Lidz et son groupe à la Johns Hopkins et à Yale, dont en particulier Alice Cornelison, étudièrent plus particulièrement l'importance de l'environnement familial (Lidz et al., 1966)<sup>32</sup>. De ses travaux, se dégagèrent les notions de « distorsion conjugale » (*marital skew*) et surtout de « schisme conjugal » (*marital schism*), destinées à rendre compte du fait que les parents d'un enfant psychotique n'arrivent que très difficilement à se représenter les besoins et les désirs de l'autre, comme s'il existait une sorte d'« insensibilité entre parents » (observation également formulée par I. Boszormenyi-Nagy). Citant Lidz, John Weakland (1995) relève que « la « distorsion » est une situation où le père et la mère assument manifestement une vision très singulière du mariage et de la famille : « Les idées bizarres de l'un des partenaires sont acceptées ou assumées par l'autre, créant une atmosphère de folie à deux ». Cet accord est cependant plus apparent que réel, et des indications de désaccord et des messages discordants sont données à l'enfant de façon plus ou moins occulte ».

Au *National Institute of Mental Health* de Bethesda, Lyman C. Wynne à son tour constatera ce phénomène, le décrivant en termes de « pseudo-mutualité », et l'étendra non seulement aux relations entre parents mais entre parents et enfants<sup>33</sup>. Lidz en arrivera à la conclusion qu'il existe une

32 À partir de 1949, et jusqu'en 1973, Lidz s'attachera à décrire un statut familial particulier des psychotiques, « schismatique », « biaisé ». Il mit aussi en évidence l'importance de la pensée irrationnelle dans ces familles, ainsi que la tendance à l'effacement des barrières intergénérationnelles et parfois le non-respect des frontières entre les sexes.

33 La « pseudo-mutualité » rend compte de l'indistinction entre les conjoints-parents vis-à-vis de leur enfant psychotique : le duo parental parle en terme de « on » ou de « nous » comme si les deux parents n'en formaient qu'un, constituant ainsi un duo conjugal-parental fusionné (mais conflictuel) qui empêche l'enfant de se repérer clairement face à lui (à eux). La « bonne entente » parentale est donc une façade consensuelle, un cache-misère qui déforme la réalité car les conflits sont déniés ou projetés dans l'univers extrafamilial. Il en résulte une impossibilité pour l'enfant de construire clairement son identité psychique.

« transmission de l'irrationalité » entre les générations, pour aboutir à la « création » d'un individu schizophrène. Wynne reformulera les choses en utilisant l'expression de « chaos cognitif collectif ».

Parmi tous ces précurseurs, Murray Bowen (1960) occupe une place particulière, eu égard à la fécondité de sa pensée. Avec son groupe de collaborateurs à Bethesda, il s'intéressa à la transmission multigénérationnelle de la schizophrénie<sup>34</sup>. Il a raconté que déjà, en 1955, « le concept de processus de transmission multigénérationnelle [avait] commencé à apparaître en tant qu'hypothèse de recherche », tandis qu'il a fallu attendre 1957 pour définir le concept de triangle, mais sous la forme d'une « triade interdépendante ».

L'étude approfondie des familles dont un des membres est schizophrène lui a permis d'établir quatre grandes constatations, sources fécondes de travail psychothérapeutique à venir :

- d'abord l'idée qu'il faut au moins trois générations successives pour qu'apparaisse un patient schizophrène dans une famille ; ce qui renforçait l'utilité d'un travail psychothérapeutique d'inspiration transgénérationnelle ;
- l'existence d'un éventail de relations assez restreint non seulement pour le patient mais aussi pour l'ensemble de sa famille ; un travail de réseau était donc indiqué pour « remettre dans le circuit » le patient et sa famille ;
- l'existence d'une forte anxiété, facilement communicative d'un membre à l'autre, au sein de ces familles ; d'où l'intérêt de faire un travail très serré avec la famille, en particulier de soutien dans les moments critiques ;
- l'inexistence d'une véritable différenciation entre les divers protagonistes ; cette indifférenciation psychologique peut parfois se transmettre d'une génération à l'autre, finissant par devenir psychotisant ; ainsi émerge l'idée que la santé mentale d'un sujet dépend en grande partie de sa capacité à se différencier de ses proches. On comprend mieux l'origine clinique du concept de *différenciation du soi*.

Sa théorie de la *projection familiale* l'a convaincu que la schizophrénie était « le résultat de plusieurs générations où le handicap symptomatique s'accroît et présente des niveaux de plus en plus bas de différenciation, jusqu'à la génération la produisant » (Bowen, 1978).

Les recherches sur la schizophrénie, et les psychoses en général, semblent être allées un peu dans tous les sens, comme si elles reproduisaient l'éclatement de la maladie<sup>35</sup>.

En Europe, « les premiers pas vers un travail thérapeutique avec les parents de schizophrènes ont été faits par l'introduction de la thérapie de groupe bifocale (Raoul Schindler, en Autriche) : parallèlement à la thérapie du groupe des patients psychotiques, leurs parents sont également suivis dans un groupe thérapeutique » (Lai et al., 1967).

34 C'est en hospitalisant des familles entières que Bowen se rendit compte que la « fusion émotionnelle » qu'il observait dépassait la simple symbiose émotionnelle entre une mère et son enfant (ou plus rarement un père et son enfant), pour englober d'autres membres de la constellation familiale.

35 Il a cependant été relevé que la plupart des recherches portant sur l'étiopathogénie de la schizophrénie procédaient d'une logique binaire (cf. Albernhe T., Albernhe K., 1995).

Souvenons-nous aussi du fait que la découverte des neuroleptiques a permis une meilleure écoute des patients psychotiques ainsi que d'autres formes de prises en charge ; dans la mesure où l'ambiance institutionnelle s'apaisait, grâce à la résolution plus rapide des grandes crises d'agitation, et au caractère moins destructeur des angoisses de morcellement (Albernhé et Bernard, 1994) : les neuroleptiques « ont fait plus que calmer l'agitation : ils ont permis des guérisons définitives et des améliorations très significatives, sans compter un changement radical dans l'atmosphère des hôpitaux psychiatriques. Simultanément, pour ces raisons, la question du traitement ambulatoire (c'est-à-dire avec le patient dans sa famille) s'est trouvée de plus en plus posée. En même temps, le regard porté sur l'utilité des hôpitaux psychiatriques s'est modifié ; ses limites, ses aspects iatrogènes ont été davantage révélés » (Kannas, 1995).

Carl Whitaker (1953) a exploré la psychothérapie expérientielle avec les schizophrènes. Fritz Simon, à Heidelberg, a approfondi le thème de la construction de la réalité, au sein des familles dont un des membres est psychotique (schizophrène ou maniaco-dépressif) ou présente des troubles psychosomatiques graves. Avec Arnold Retzer, Gunther Schmidt, Helm Stierlin, Gunther Weber (1989), il a montré l'importance du *facteur temps* dans l'émergence des symptômes de type psychotique.

Mara Selvini-Palazzoli et l'École de Milan ont montré l'existence d'une interaction spécifique du couple parental de futurs enfants psychotiques, baptisée « situation de pat de couple ». Les conjoints se font face dans une situation de pat, mise en échec psychotisante car chacun s'abstient, comme par provocation, de faire ce que l'autre attend, d'où un vécu de perplexité très déroutante. Elle écrit (1993) : « En général, dans la situation de pat, alors qu'il est facile d'observer et de définir un provocateur actif, il est souvent difficile de définir un prétendu provocateur passif. En général, le provocateur passif est celui qui obtient chez le partenaire des effets d'exaspération en ne faisant pas les choses que l'autre désire, par incapacité, par des caractéristiques insurmontables de tempérament ou par un sort défavorable »<sup>36</sup>. Selvini-Palazzoli a décrit les phénomènes de disconfirmation et d'auto-disconfirmation, niant l'autre ou soi-même dans sa fonction d'identité.

Citons également les travaux très importants de Nagy, ainsi que ceux de J. Framo, et en France ceux de M. Demangeat et de J.-C. Benoit, en Suisse ceux de L. Kaufmann à Lausanne, ceux de R. Laing et A. Esterson au Royaume-Uni. En Italie, Maurizio Andolfi et l'« École de Rome » ont insisté sur l'importante rigidité dans les transactions relationnelles psychotiques.

Parallèlement à ces recherches, citons celles sur le concept d'expression émotionnelle (*expressed emotion*), et surtout celles sur la communication (*communication deviance, affective style*) ; ces dernières donnent pour l'instant des résultats non homogènes, mais qui « convergent néanmoins pour montrer que la communication y présente des particularités : difficultés de focaliser l'attention [...] et disconfirmations qui peuvent être intriquées à une implication émotionnelle importante [...]. Ces données réactualisent

36 Le *pat de couple* désigne le jeu spécifique du couple.

les observations de certains thérapeutes familiaux établies cliniquement, comme celles de Bateson et de Selvini » (Coen et al., 1997).

Toutes ces recherches ont abouti à un consensus établi pour affirmer que le traitement et le suivi d'un patient psychotique, individuellement ou dans le cadre d'une thérapie familiale, donne de meilleurs résultats si l'on arrive à combiner intelligemment plusieurs approches complémentaires et situées à des niveaux distincts (médicamenteuse, psychothérapeutique, sociale, etc.). Cependant, le médecin prescripteur peut difficilement être à la fois le psychothérapeute familial qui connote positivement les membres de la famille, puisqu'il stigmatise le porteur du symptôme comme étant un « patient » devant prendre une chimiothérapie. L'approche systémique, si intéressante soit-elle, ne constitue pas une panacée. Il lui arrive de s'« essouffler », dans des prises en charge au long cours, au même titre que d'autres modalités de suivi thérapeutique. La prise en charge d'un patient psychotique et de sa famille est en effet un travail de longue haleine, qui s'étale sur plusieurs années, voire jusqu'au décès du patient. Dans de telles conditions, il ne peut qu'être *institutionnel*.

À ce titre, un des principaux apports des systémiciens aux thérapies institutionnelles est d'avoir montré l'existence du phénomène d'*isomorphisme*, consistant à faire vivre à l'institution soignante, en miroir, ce que vit la famille avec le malade. Témoignant de son expérience de systémicienne dans le service de Jean Picat, Liliane Rivat-Peran (1987) écrivait : « Nous avons pu montrer la disqualification réciproque des familles et de l'équipe, les familles ne confirmant jamais l'équipe dans le rôle soignant qu'elle s'attribue, mais lui donnant un rôle de gardiennage, ou un rôle pédagogique. L'équipe elle, percevait la famille comme "mauvaise", incapable de s'occuper correctement de son malade. Elle seule "savait" ce qui était bien dans ce lieu privilégié qui, disait-elle, "est le lieu réservé au malade ; c'est peut-être le seul lieu où il peut s'exprimer" : si la famille vient, ce lieu ne lui "appartient" plus. Elles doivent être vues ailleurs. Nous observons que dans un tel contexte, parfois après une période de relations complémentaires, s'installe une rivalité symétrique bientôt en escalade, mettant le patient dans une situation de loyauté dont il ne peut sortir bien souvent que par le symptôme ». L'essentiel du travail de supervision d'équipe consistera dans ce cas à transformer cette disqualification réciproque en une confirmation positive du rôle de chacun. Pour cela, l'organisation d'entretiens réguliers familiaux est indispensable. Parallèlement à tout cela, les thérapeutes travailleront les questions, non spécifiques, des alliances et des coalitions, des chaînes rétroactives et des résistances, des relations circulaires, etc.

Le *travail de réseau* prolongera le travail institutionnel proprement dit, dans l'étayage indispensable lié à l'utilisation de diverses structures légères : « Restaurants, clubs, appartements protégés, centres développant des programmes préprofessionnels et de placement au travail..., constituent autant de structures portantes, protégées sans doute mais limitant la dimension assistantielle et permettant à chacun de quitter, de revenir, d'être consommateur, producteur, spectateur sans que la sécurité nécessaire ne se paye

d'une dépendance trop lourde. Ce nouveau réseau, utilisant les ressources de la vie quotidienne et de l'environnement, possède un potentiel inépuisable d'extension et de multiplication » (Vermeulen, 1982).

## Approche systémique de l'anorexie mentale (aspects psychopathologiques)

La variété des conduites anorexiques et des dynamiques familiales qui les sous-tendent rendrait ici prétentieuse toute tentative de systématisation. La multitude des travaux sur le sujet, avec les références historiques de Salvador Minuchin et de Mara Selvini Palazzoli, montre en tout cas que les conduites anorexiques d'un(e) adolescent(e) ne peuvent valablement se comprendre, et avoir quelque chance de réussir à s'amender, que si elles se trouvent placées dans leur contexte d'émergence, en particulier culturel.

### Poids du contexte culturel

Nous ne ferons ici que reprendre un certain nombre de notions connues, auxquelles l'approche systémique peut cependant apporter un éclairage intéressant car original.

Si l'on fait l'hypothèse selon laquelle une conduite anorexique est avant tout une *conduite de singularisation* d'un(e) adolescent(e) vis-à-vis d'un entourage, proche ou lointain, on est conduit à penser que plus l'entourage exercera une « pression » pour normaliser la nouvelle conduite alimentaire, plus le sujet rigidifiera ce comportement. Cette rigidification s'exprimera ici sous forme d'*opposition*. L'attitude face à la nourriture est donc essentiellement et avant tout un *refus*. On comprendra donc que ce dernier tire sa force dans l'insistance que mettra l'entourage à pousser l'adolescent(e) à la consommation. C'est peut-être pour cela que l'anorexie ne s'observe pratiquement pas dans un contexte de pénurie (disettes à l'échelle d'une région ou d'un pays, malnutrition chronique des personnes socialement désinsérées, etc.). L'anorexie se développe en revanche là où règne le luxe alimentaire, la surabondance<sup>37</sup>. Elle devient ainsi un « scandale oral », souvent vécu par l'entourage comme une intolérable conduite de provocation dans une société qui ne vit que par la surconsommation.

Cette conduite d'opposition intrafamiliale s'exprime aussi au niveau extrafamilial, sous forme de difficultés relationnelles importantes qu'ont presque toujours les anorexiques : sentiments d'infériorité, impression diffuse de « ne jamais y arriver », sensation d'insignifiance sociale, de « compter pour du beurre », etc. Ce vécu subdépressif chronique reflète un grave malaise existentiel qui conduit à l'isolement social, puis à la décompensation anorexique grave (et pourtant, d'un autre côté, l'hyperactivité souvent liée à la conduite anorexique peut faciliter la réussite sociale à des

37 Mara Selvini-Palazzoli (1991) témoigne à ce sujet que pendant la Seconde Guerre mondiale « il n'y avait pas de nourriture, donc pas d'anorexique : on peut refuser la nourriture et jouer avec quand on en donne, mais si l'on n'en donne pas, il n'y a pas d'anorexique » ; en revanche, de nouveaux cas d'anorexie apparurent avec le ravitaillement de l'Italie.

concours par exemple, ce qui montre toute la complexité d'un problème qui survit par les bénéfiques qu'il se crée à mesure). De nombreux auteurs pensent que si les adolescents se retrouvent finalement à subir très précocement la pression sociale pour montrer un corps mince, il est possible de considérer leur restriction alimentaire comme une conduite d'opposition non envers la société, mais envers leur famille, et plus particulièrement envers leur mère (dans sa fonction de mère nourricière, prenant du plaisir à voir ses enfants se régaler de ses « bons petits plats »...) <sup>38</sup>.

Parallèlement à cela, la société moderne valorise l'image des corps jeunes et sveltes, musclés et donc « dégraissés » : tout se passe comme si la graisse devenait l'ennemie de la beauté. Adolescents et adolescentes ont comme modèles identificatoires des mannequins, des stars et des acteurs, qui sont le plus souvent, sinon relativement minces, du moins toujours très soucieux de leur esthétique, donc à la fois de leur entraînement physique et sportif et de leur régime alimentaire. Les exigences de minceur liées à la pratique de certaines professions (pensons au monde de la danse) favorise le glissement d'une restriction de nourriture, volontaire et adaptée, vers le développement d'« équivalents anorexiques », sans compter que l'orientation personnelle de l'adolescent ou de l'adulte jeune vers ce type de profession peut être considérée comme une forme de sublimation de tendances anorexiques refoulées. Contrairement à ce qui se passait en Europe au Moyen Âge, où les canons de la beauté féminine étaient à un certain embonpoint, signe de bonne chère en temps de disette, le prestige social n'est plus associé, dans l'Europe actuelle, à l'obésité physique, mais à l'« obésité financière » : c'est l'accumulation de biens, parfois d'une manière complètement obsessionnelle, qui affiche l'image de la réussite sociale, et non l'accumulation corporelle de calories. De plus, il semble que, avec l'évolution du travail permise par les progrès technologiques, non seulement l'image et la fonction sociale de la femme se soient modifiées, mais également son corps lui-même : dans les pays développés, la taille moyenne des femmes augmente (ainsi que celle des hommes), l'allure générale devient plus longiligne, avec des jambes plus longues, un bassin plus étroit, une poitrine plus plate et un élargissement des épaules. Certains anthropologues voient dans de telles transformations morphologiques le signe d'une évolution, qui pourrait être due à une conjonction de facteurs : une meilleure alimentation, des études prolongées remplaçant les orientations vers des travaux physiques

38 Il faut évidemment nuancer de telles généralités : l'anorexie mentale existait bien avant que la mode soit à la minceur (on peut même se demander si ce n'est pas la fascination des hommes par les femmes anorexiques qui n'a pas créé cet effet de mode) ; peu d'adolescentes développent d'authentiques conduites anorexiques, alors que toutes sont bombardées par les slogans publicitaires vantant l'idéal de minceur. Si les conduites d'anorexie aboutissent rarement à des hospitalisations en milieu psychiatrique, c'est peut-être dû à une conduite d'évitement des patients, lesquels préfèrent être pris en charge dans des services de médecine interne ou d'endocrinologie, pour effectuer des « bilans » somatiques. Il existe en effet d'importantes résistances à se reconnaître anorexique, en tant que tel, et qui plus est, à attribuer l'origine du trouble à un dysfonctionnement psychique, individuel ou familial...



pénibles, ou des grossesses dès la puberté (d'où soudure des cartilages de conjugaison), etc. Quoiqu'il en soit, la question de savoir pourquoi, parmi les milliers d'adolescentes qui suivent la mode de la restriction alimentaire pour devenir aussi maigres que les mannequins professionnels, certaines seulement sombrent dans l'anorexie, n'est toujours pas élucidée...

### Importance des facteurs psychologiques

Un tel contexte culturel génère chez les adolescents un vécu particulièrement pénible, que l'on pourrait appeler le « syndrome du fruit défendu », en référence à la connotation sexuelle de la pomme croquée par Adam et Ève. La chaîne logique est en effet du type : manger est un plaisir, mais manger fait grossir, grossir enlaidit, donc manger est dangereux, et il y a finalement un risque de déplaisir à avoir du plaisir... Comment sortir du cercle vicieux ?

Qui plus est, le poids est finalement un paramètre physique relativement commode sur lequel chacun de nous peut tester le pouvoir de sa volonté sur son propre corps. Des mensurations anthropométriques de la taille et du poids, seules celles liées au volume, donc au poids, peuvent varier au gré du sujet, dans une certaine mesure (il n'est pas possible de diminuer sa taille ; tout au plus peut-on légèrement l'augmenter, non sans risque de handicap définitif, par des fractures provoquées avec étirement chirurgical des os des jambes, ou par certains traitements précoces aux hormones de croissance).

Arriver à gérer son poids, donc sa silhouette, participe à la maîtrise de son corps, donc indirectement de sa sexualité. Or s'il est une période de la vie au cours de laquelle ce problème se pose avec la plus extrême acuité, c'est bien l'adolescence.

Barbara DeFranck-Lynch (1985) souligne cette dimension du refus de la sexualité, et pose la question de l'identité – pas seulement de l'identité sexuelle – lorsqu'elle écrit : « l'anorexique tient les aliments pour ses ennemis et monte une garde continuelle. Le symbolisme est clair : permettre de se laisser pénétrer par de la nourriture, des soins attentifs ou un pénis, équivaldrait à une désintégration d'un soi trop fragile ».

La bouche – et métonymiquement ce qui y transite : la nourriture – devient un instrument de contrôle de la sexualité. La restriction alimentaire volontaire peut par exemple devenir un moyen de supprimer ses règles. Chez le garçon, comme d'ailleurs chez la fille, elle aboutit à une silhouette androgyne, incarnant la bisexualité fondamentale de chacun. Il semblerait en tout cas que les filles soient plus sensibles à ces tendances anorexiques que les garçons (lorsque ces derniers manifestent une anorexie, celle-ci est souvent liée à un vécu égodystonique d'homosexualité, encore socialement mal acceptée).

### Tableau clinique général

Bien qu'il existe autant de formes d'anorexie que d'anorexiques, il est possible de dégager quelques grands traits communs, tant au niveau individuel qu'au niveau familial, exploitables dans le champ des thérapies familiales. Le tableau clinique typique, de référence car le premier décrit et le plus



fréquent, est celui des *conduites anorexiques de l'adolescente*. Il va de soi qu'un tel tableau n'est jamais complet. Son dénominateur commun est cependant toujours celui d'une mauvaise préparation de l'enfant à l'adolescence.

### Au niveau individuel

La sémiologie de l'anorexie mentale est désormais parfaitement connue. Elle se distingue toutefois de celle liée à la sous-alimentation, telle qu'il est possible de l'observer dans des pays victimes de disette car se trouvant en état de guerre<sup>39</sup>.

Il est possible d'énumérer, sans ordre d'importance hiérarchique, les signes suivants.

- Peur intense de l'obésité ; mais même très maigres, les anorexiques se trouvent encore trop gros, si bien que l'on se demande maintenant s'il n'existe pas un trouble de l'image du corps (l'adolescent ne se voyant pas tel qu'il est en réalité) ; de plus, au fur et à mesure du régime, le métabolisme basal s'adapte à la perte de poids, si bien que l'anorexique « profite » très rapidement des quelques nutriments ingérés<sup>40</sup>.
- Grande volonté de maîtrise (de l'entourage, de son corps, de sa sexualité, cette dernière étant le plus souvent refoulée, voire déniée) ; la sensation de faim disparaît peu à peu, ce qui conduit l'adolescent(e) à une jubilation, car il s'agit là d'un signe de grande victoire sur le corps ; la volonté de maîtrise peut aussi s'exprimer de manière obsessionnelle, avec d'importants rituels alimentaires et une tendance à l'isolement social.
- Intenses angoisses corporelles (il s'agit non seulement des dysmorphophobies, classiques lors de l'adolescence, mais encore de tous les moindres changements somatiques pubertaires, témoignant de l'expression physique de la sexualité) ; les changements corporels liés à l'accession à la maturité angoisseraient intensément l'adolescent qui, pour en quelque sorte s'en protéger, tenterait désespérément de ralentir le processus en perdant le maximum de poids.
- Tendance au repli sur soi et à l'isolement social (autrui est vécu comme étant dangereux, car s'engager dans la relation signifie perdre le contrôle).
- Vécu subdépressif chronique avec sentiment constant d'infériorité (d'où souvent la lutte contre ce sentiment par une hyperactivité hypomane et un hyperinvestissement professionnel) ; l'item « estime de soi » est toujours déficient chez les anorexiques.

39 La sous-alimentation chronique génère un certain nombre de troubles, parmi lesquels l'asthénie et l'apathie, l'irritabilité, parfois un état subdépressif avec une pauvreté de la sexualité liée à une anhédonie, un repli sur soi, et au niveau cognitif une aprise et un jugement moins sûrs.

40 La stimulation de la lipoprotéine-lipase (enzyme présente dans les adipocytes) est intense en cas de perte prolongée de poids : le métabolisme a mis en place un mécanisme physiologique régulateur tel que l'accroissement d'activité de cette enzyme qui fait immédiatement accumuler des réserves lipidiques ; ainsi, le peu que consomme l'anorexique est tout de suite assimilé et gardé par l'organisme, si bien qu'il est de plus en plus difficile au patient de rester stabilisé à un poids inférieur à un poids normal : dès qu'il se remet à manger normalement, il prend aussitôt un gain de poids substantiel. D'où souvent le vécu de ces patients de se trouver piégés, dans un « cercle vicieux ».

- Facilités de sublimation (dans les arts, la littérature, etc.) ce qui, là encore, correspond à une conduite de fuite de la sexualité.
- Importantes difficultés à se détacher de l'emprise familiale, tout en revendiquant une certaine autonomie (qui reste ici un leurre, en pratique).
- Importante méfiance envers les thérapeutes (témoignant, pour l'adolescente(e) à la fois de la difficulté à accorder sa confiance à autrui et de la peur du changement) ; cette méfiance peut parfois conduire à un véritable « sabotage » de la prise en charge, surtout en début de traitement, d'autant que le symptôme est presque toujours dénié par le patient (ce déni apparent au niveau verbal correspondant à la communication d'un message à un niveau non verbal).

### Au niveau familial

Le fonctionnement familial des anorexiques a intéressé les psychanalystes autant que les systémiciens. Jean-Marc Alby (1968) rappelle la description princeps que faisait Hilde Bruch : « mère consciencieuse, soumise à un mari pour lequel elle n'a pas d'estime, en réalité brillant second, les préoccupations familiales étant centrées sur l'apparence, l'exemplarité, le formalisme. De même, le groupe familial a tendance à nier la réalité du malaise grave de l'un d'entre eux ».

Un certain nombre de dysfonctionnements interrelationnels au sein des membres de la famille ont pu être repérés et confirmés par plusieurs auteurs systémiciens<sup>41</sup>.

- Un enchevêtrement relationnel complexe, avec un flou des frontières à l'intérieur de la famille, responsable d'une confusion des rôles et des fonctions ; les frontières sont particulièrement minces entre la famille nucléaire et la famille d'origine : l'époux reste très affilié à sa famille d'origine. Parallèlement, la famille donne l'impression de vivre comme dans un cocon, car les frontières extérieures sont solides et bien définies. Rien de surprenant à ce que dans un tel contexte les adolescentes aient tendance à fusionner avec leurs mères, plus rarement avec leurs pères.
- Une hyperprotection réciproque, comme si chaque membre de la famille était sensible à ce que vivait l'autre, se trouvait personnellement touché par ce qui lui arrivait, et finalement agissait pour celui-ci comme s'il agissait pour lui-même. Les parents, en particulier, sont hypersensibles aux moindres signes de souffrance des enfants qui, de ce fait, n'arrivent pas suffisamment à s'autonomiser.
- Une grande rigidité dans les modèles relationnels, avec un très important misonéisme. Les stratégies adaptatives à l'adversité (« coping ») s'avèrent ici particulièrement défaillantes. On a également souligné « la rigueur, l'opiniâtreté de ces familles dans leur modèle éducatif, et leurs remarquables aptitudes guerrières » (Gaillard et Clément, 1998).

41 Lire en particulier : Minuchin S., Rosman B., Baker L., *Psychosomatic families : anorexia nervosa in context*, Harvard University Press Ed., Cambridge, 1979. Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., *Les jeux psychotiques dans la famille*, ESE, Paris, 1990.

- Un évitement phobique des conflits : tout désaccord est vécu comme une menace et doit être camouflé. Les repas se déroulent en général en silence, les parents « n'osant pas » faire de commentaires sur les bizarreries alimentaires de l'adolescent(e).
- Un musellement des conduites d'expression émotionnelle, avec une faible « chaleur affective » manifestée par les parents envers les enfants (ou du moins ressentie ainsi par les enfants).
- Un surinvestissement des performances sociales, en particulier scolaires, par les parents, et du même coup par les enfants.
- Une minimisation, ou plus gravement un déni, par les parents, de leurs propres problèmes ou de ceux des enfants. On frôle ici la méconnaissance de la réalité et de ses exigences les plus élémentaires. La sexualité des parents est en général pauvre. De même, il n'est pas rare de constater que les parents eux-mêmes ont un rapport très particulier avec la nourriture, le poids, l'apparence physique.
- Une faible autonomie individuelle des membres de la famille, laissant aux enfants de faibles possibilités d'affirmation de soi.
- Enfin, lorsqu'il y a eu inceste père-fille, la conduite d'anorexique de l'adolescente témoigne en général d'une tentative d'éviter d'autres rapports sexuels non désirés.

En complément à cette description classique, Mara Selvini-Palazzoli a repéré d'autres éléments :

- l'existence de rites alimentaires particuliers, souvent minimisés, des parents eux-mêmes ou d'autres membres de la famille (régime, crainte de certains aliments, etc.) ;
- un attachement important de chaque parent à sa famille d'origine, et en particulier à sa propre mère ;
- une fixation homosexuelle latente de la mère et un caractère passif et obsessionnel du père, l'ensemble évoquant une relation de nature sado-masochique ;
- une collusion de la mère avec l'adolescent(e), le père se trouvant exclu de la relation, qu'il n'arrive donc plus à trianguler.

De son côté, Salvador Minuchin estime que l'anorexie mentale, comme le diabète par exemple, est une maladie psychosomatique. La structure familiale des familles anorexiques est marquée d'après lui par l'évitement permanent des conflits (en particulier lors des repas) et donc l'impossibilité de les résoudre, l'enchevêtrement relationnel avec protection mutuelle, ainsi que la rigidité des positions prises. Les parents attachent beaucoup d'importance au devenir de leurs enfants (la scolarité, en particulier, est surinvestie). Tout se passe comme si l'enfant se sentait observé en permanence, « sous contrôle » (ce qui pourrait expliquer sa volonté de contrôle de la nourriture et de la sexualité, à l'adolescence, et parfois bien plus tard). L'enfant est trop souvent mis par ses parents dans des positions de culpabilisation ou de honte (comme si les parents en faisaient leur arme éducative favorite), lorsqu'il ne donne pas satisfaction quant aux performances escomptées.

Au total, les parents ont isolé leur enfant des pairs de son âge, tant les frontières extérieures au cocon familial paraissent étanches, l'extérieur étant vécu comme dangereux.

Un tel contexte fait le lit d'une décompensation anorexique, surtout à l'occasion d'événements vitaux émotionnellement chargés, comme les séparations (départ ou décès d'un membre de la famille, menace de séparation des parents, etc.).

En tout cas, dès le début de la prise en charge, l'adolescent se trouve mis à une place particulière. Il est l'objet de toutes sortes d'attentions, dont certaines le renarçissent.

### Conduites boulimarexiques

Les anorexiques boulimiques se différencient des anorexiques restrictives par leur aspect impulsif et leur recherche de sensations fortes, d'où leur propension aux conduites addictives (alcoolique, toxicomaniaque, sexuelle) et délinquantielles. Ici, les patientes disent souffrir de faim, et ne pouvoir s'empêcher d'ingurgiter d'importantes quantités de nourriture, quitte à se faire vomir par la suite.

Ce groupe, qui selon les études représente jusqu'à la moitié des troubles des conduites alimentaires, est beaucoup plus difficile à traiter que les anorexiques restrictives, bien qu'il existe souvent une demande, alors que dans les anorexiques restrictives, la demande explicite verbale est niée (« je vais bien », dit l'anorexique), mais la demande implicite analogique est montrée (l'amaigrissement important, avec parfois une théâtralisation de celui-ci lorsque se surajoute une composante hystérique).

### Hypothèses de travail en thérapie familiale

Afin de rendre compte de la fonction à la fois individuelle et familiale du symptôme anorexique, et ainsi de chercher une solution au problème, plusieurs cliniciens ont émis des hypothèses de travail qui se sont avérées particulièrement fructueuses. Minuchin, par exemple, a utilisé ses techniques structurantes en allant jusqu'à réaliser des repas familiaux en cours de séances. Mais la référence historique vraiment incontournable est celle des travaux de Mara Selvini-Palazzoli (1989) et de son équipe du Centre d'études de la famille à Milan, avec en particulier les noms de Maurizio Viaro, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin et Giuliana Prata. Ils ont montré, résultats à l'appui, que les familles d'anorexiques vivent d'importants *conflits de symétrie*, chaque membre ayant un désir trop important de définir unilatéralement la relation.

Pour replacer la conduite anorexique dans le cadre familial, Edith Tilmans-Ostyn (1995) propose que thérapeutes et familles s'interrogent ensemble sur une batterie de questions : « Quelles sont les autres formes de refus, de révoltes, que votre enfant peut utiliser, à part le refus de nourriture ? Dans quel autre domaine est-ce que votre enfant peut s'attribuer l'initiative face à l'attente des autres ? Comment est-ce que les conflits se gèrent en général dans la famille, comme à propos de limites corporelles et

de tendresse ? Quelles sont les solutions déjà essayées, dès la prime enfance, quand les enfants refusaient de la nourriture, ou faisaient “non” ? Est-ce que cela pouvait escalader jusqu’à ce que soit la mère, soit l’enfant, se sente rejeté comme “mauvais” ? Qui aidait à la restauration du lien ? Quel est le “prix” à payer en venant consulter les psychothérapeutes ? »

### **Modèle systémique diachronique de Selvini Palazzoli**

Mara Selvini-Palazzoli (1985) a repéré que la famille de l’anorexique « communique plus clairement que celle du schizophrène et avec une modalité basée plutôt sur le refus que sur la disconfirmation ; en revanche, de même que dans la famille du schizophrène, personne n’est capable d’assumer le leadership en son nom propre ».

Le repérage du cycle chronologique de *six phases* caractérisant l’évolution « naturelle » du « jeu » anorexique dans la famille aiderait les thérapeutes à aider la famille à trouver en elle-même la solution à son problème.

- Dans une première phase, chaque membre de la famille se trouverait piégé dans une impasse. Le père par exemple se verrait reproché par la mère son comportement « léger », inconsistant, fuyant, non envers elle-même mais envers la famille dans son ensemble. La fille aurait le choix de s’identifier soit à sa mère (type A) soit à son père (type B).
- Par son choix identificatoire, la fille occuperait une position privilégiée (deuxième phase).
- Mais elle serait déçue de l’attitude de son parent allié, par exemple le père, lequel détourne son attention vers son conjoint et non vers elle ; d’où d’importants efforts de rapprochement, d’autant qu’elle se vit également comme étant victime de sa mère. Refusant de ressembler à cette dernière, elle « choisit » de changer d’apparence ; cela passe par un régime...
- La quatrième phase est l’étape du cycle dans laquelle la mère ne supporte plus le régime amaigrissant de sa fille, laquelle trouve ainsi un excellent moyen de s’opposer à elle. Le père hésite à s’opposer, ménage prudemment « la chèvre et le chou », et finalement laisse s’enliser la situation. Ainsi se fait-il deux ennemies : la fille, en particulier, ne comprend pas sa « neutralité » dans le conflit qui l’oppose à sa mère ; il la déçoit alors profondément.
- Se sentant trahie par son père, l’adolescente accentue sa restriction alimentaire. Elle a une volonté jusqu’au boutiste : elle veut montrer jusqu’où elle est capable d’aller. Elle veut absolument gagner le bras de fer qui l’oppose à sa mère (cinquième phase).
- Ivre du pouvoir qu’elle prend, elle se rend compte qu’elle occupe une position centrale, comme autrefois lorsqu’elle a été bébé. Mais peu à peu les autres membres de la famille sauront utiliser ce symptôme pour influencer le comportement d’une troisième personne. Le symptôme se cristallise (sixième et dernière phase).

Se trouve ainsi décrite la naissance intrafamiliale du symptôme anorexique chez l’adolescente, hélas au détriment d’autres dimensions du phénomène (aspects culturel, social, économique, etc.). C’est ce manque qui a incité d’autres auteurs à développer un modèle capable de prendre

en compte d'autres paramètres. En fait, il conviendrait de raisonner ici à plusieurs niveaux, sur différents axes de travail, ainsi que l'a fait Martin (1990)<sup>42</sup>.

L'étude des familles anorexiques fait dire à Giuliana Prata (1995) que, d'une manière générale, « ce qui se produit dans un système familial peut être lu comme un « jeu », où il y a des gagnants, des perdants, des alliances, des coalitions, des équilibres, des tactiques, des stratégies, etc. Il n'y a pas intention de créer ou d'augmenter son propre malaise existentiel ou le malaise d'autrui. Le but est l'adaptation dynamique de la famille aux circonstances de la vie ».

### Modèle synthétique de Pauzé

Robert Pauzé et son équipe (1996) ont également proposé un modèle original, pluriaxial, multidimensionnel, s'efforçant de faire une synthèse d'autres modèles : « Au modèle bio-psycho-social de Engel, nous avons emprunté l'idée de l'organisation hiérarchique des multiples niveaux de la réalité. [...] Au modèle cybernétique de Martin, nous avons emprunté l'idée que des boucles de rétroactions positives et négatives récurrentes, non adaptatives entre ces niveaux systémiques, contribuent au maintien et à l'évolution de la conduite anorexique. [...] En accord avec le modèle systémique diachronique de Selvini-Palazzoli, nous croyons également que l'étude de la conduite anorexique ne peut pas seulement être abordée sous l'angle transversal mais également sous l'angle longitudinal. Ainsi, l'anorexie sera envisagée comme une conduite multidéterminée qui évolue dans le temps et qui se nourrit du contexte relationnel. [...] Enfin, à Bateson, nous avons emprunté l'idée d'économie de souplesse »<sup>43</sup>.

Selon ces auteurs, la prise de décision d'entreprendre un régime coévolve avec un certain nombre de facteurs de risques, qu'ils énumèrent ainsi :

- le début des relations avec les garçons ;
- une première relation amoureuse décevante ;

42 L'auteur propose un modèle structural et cybernétique tentant d'expliquer le maintien du symptôme ainsi que son aggravation. Ce dernier serait le résultat d'interactions complexes se situant à quatre niveaux : intrafamilial, sociofamilial, psychologique et physiologique. Il décrit, à chaque niveau, un circuit de boucles de rétroactions positives récurrentes qui concourent au renforcement du symptôme. Au niveau sociofamilial par exemple, l'isolement progressif de la famille la priverait d'amis et de relations qui auraient pu lui venir en aide : la famille perd ainsi ses rétroactions correctives et s'enfoncé dans sa propre rigidité.

43 La théorie dite de l'*économie de souplesse* tente de rendre compte du fait que, lorsqu'un changement a lieu, l'organisme qui doit s'y adapter dépense une certaine quantité d'énergie, qui peut alors manquer pour autre chose : « Chaque changement auquel nous sommes confrontés peut constituer une source de tension qui épuise notre économie de souplesse (notre capacité d'adaptation) et augmente notre vulnérabilité face à toute nouvelle demande ». Lorsque la réserve de souplesse est épuisée, le sujet est dans l'incapacité de faire face de manière adaptée à un nouveau stress, et se met à dysfonctionner. L'épuisement de cette *réserve de souplesse* dépend moins du nombre de facteurs de stress que de l'interaction entre eux et des facteurs de protection disponibles. Cette théorie s'inspire de celle, psychanalytique, faisant référence aux *défenses* de l'individu.

- l'effritement du réseau social ;
- le changement de configuration du groupe familial ;
- la grève de la faim ;
- la hantise de l'obésité ;
- une réponse d'adaptation à une agression sexuelle ;
- les changements physiques soudains associés à la puberté.

L'impact de ces facteurs – en tout ou partie – est d'autant plus important que d'autres facteurs de protection sont lacunaires : il s'agit des facteurs sociaux (absence de réseau social de soutien), familiaux (attitudes hyperprotectrices des parents) et personnels (méséstime de soi).

Les premiers signes extérieurs repérables de la conduite anorexique consisteront en la ritualisation de la conduite alimentaire (observation minutieuse des autres en train de manger, fuite des occasions de s'alimenter en groupe, etc.), puis de l'ensemble de leur vie (planification obsessionnelle de l'emploi du temps, rituels de rangement, etc.).

Dans un second temps, l'isolement social progressif de l'adolescente lui fait surinvestir le milieu intrafamilial ; elle y développe des relations exclusives et passionnelles, tyrannise l'entourage, et, faute de s'alimenter, alimente toutes sortes de petits conflits entre les parents...

Ce qui est frappant en effet, c'est le constat du cercle vicieux dans lequel la famille se trouve : les parents redoutent de « psychiatriser » leur fille – espérant que « ça va passer tout seul » –, l'adolescente éclate en violentes crises de colère lorsqu'un membre de l'entourage lui fait une réflexion sur son aspect décharné, si bien que souvent la mère intervient pour mettre un terme à l'algarade, mais ce faisant, maintient le misonéisme. Les efforts pour maigrir s'intensifient, le recours aux vomissements est rationalisé, des crises de boulimie peuvent apparaître. Épuisés, les parents renoncent au « bras de fer » avec leur fille et « passent la main » aux thérapeutes. C'est lorsqu'ils finissent par se sentir complètement démunis qu'ils ont recours à un thérapeute ; mais en général il ne s'agit pas d'un psychiatre au début : nombre d'anorexiques sont d'abord traitées par un omnipraticien ou un endocrinologue. Très souvent, le début du traitement est marqué par une aggravation des troubles (l'adolescente se fait davantage vomir, mange de moins en moins, tente de dénigrer le travail des soignants, fait pression sur ses parents pour qu'ils interrompent la prise en charge, etc.).

Selon Robert Pauzé, le succès du traitement tiendrait à trois grands facteurs :

- la capacité du système thérapeutique de garder sa cohérence, malgré les inévitables et itératives attaques portées au cadre ;
- la capacité des parents à assumer leur rôle d'autorité dans la famille (d'où la grande question : « le parent allié à l'adolescente acceptera-t-il de s'allier à son conjoint ? ») ;
- le fait que ces adolescentes ne se sentent pas humiliées.

Au total, tous les thérapeutes qui se sont « confrontés » aux familles anorexiques ont rencontré des difficultés fonction de la durée d'installation

dans le symptôme. La demande de soins est souvent ambiguë et flottante, la gravité de la situation (avec les risques somatiques inhérents à la dénutrition) est minorée, la famille se rigidifie à la plus petite proposition de changement avancée par le thérapeute, enfin l'affiliation de ce dernier à la famille est labile et éphémère. Mais dans les formes graves, l'hospitalisation est souvent le seul recours, non seulement pour mettre un peu de distance entre l'adolescent(e) et ses parents, mais aussi pour mettre en place un contrat renutritionnel adapté, avec surveillance de la courbe de poids. Cette dernière peut d'ailleurs faire l'objet d'un « double lien thérapeutique » dans la mesure où il est demandé à l'adolescent(e) de définir, de manière contractuelle explicite avec les soignants, à partir de quel poids liminaire l'équipe prend des décisions pour elle.

Dans l'ouvrage *Applications en thérapie familiale systémique*, la théorie sera mise en pratique à partir de situations concrètes pour suivre, parmi les multiples voies qu'elle ouvre à la finalité thérapeutique commune, diverses démarches, telles que les suivantes.

**1. Démarche thérapeutique de l'approche structurale : « une famille saine dans une structure saine »**

Dessiner deux cartes, celle de la famille saine et celle de la famille actuelle :

- soit à partir des places, ou territoires, propres à chaque génération ;
- soit à partir des frontières entre les générations ;
- soit à partir des liens entre les membres de la famille.

- a. Le thérapeute doit s'allier à la personne qui a le plus à perdre.
- b. Il lui faut prescrire des tâches qui vont dans le sens du changement de la structure de la famille.

**2. Démarche thérapeutique de l'approche stratégique de Palo Alto : la solution est le problème, et le problème solution à prescrire – l'effet de la tâche paradoxale (la prescription du symptôme) sur le fait de la tâche aveugle (la solution adoptée par la famille contre le symptôme)**

- a. Chercher comment la famille réagit par rapport au porteur du symptôme (analyser la stratégie de lutte contre le symptôme mise en place par la famille)
- b. Repérer les actions qui font symptôme et que répète son porteur
- c. Donner une tâche paradoxale prescrivant les actions à la famille qui permette au porteur de répéter son symptôme

**3. Démarche thérapeutique de l'approche stratégique et systémique**

- a. Chercher une base systémique à ce que veut dire le symptôme pour la famille :
  - se questionner sur la fonction du symptôme ;
  - tout en la reliant à la logique familiale, pour que la fonction signifiée par le symptôme soit signifiante pour elle, faisant apparaître une double contrainte réciproque.
- b. Prescrire la tâche stratégique paradoxale du symptôme

**4. Démarche thérapeutique de l'approche systémique classique**

- a. Se dire : « dans quelle mesure le symptôme ne renforce-t-il pas ce que croit et/ou ne croit pas possible la famille : quelle est sa fonction pour y





▷ maintenir les croyances familiales ? », c'est-à-dire : « à quoi sert-il dans la famille, qu'est-ce qu'il protège ? »

b. Créer l'alliance thérapeutique en prenant soin de bien comprendre le vécu de chaque membre, et vérifier qu'il a bien compris la personne dans ce qu'il dit, en le reformulant à chaque fois (faire parler et être entendu, se sentir compris et reconnu, etc.)

c. Chercher ce qui dit le symptôme de sa fonction : « quand ça a commencé ? », « qu'est-ce qui s'est passé auparavant ? », « quels sont les types de conflits et de difficultés autour de l'apparition du symptôme dans la famille ? »

d. Comprendre dans la logique de la famille le lien entre la fonction du symptôme pour protéger en faisant ce qu'il fait, ce qu'il montre et ce qui ne peut pas se dire, vérifier toute hypothèse avec les membres de la famille avant d'aller plus loin en suivant pas à pas la démarche de la famille qui de ce fait le suit aussi

e. Surprendre tout le monde par la chute, qui conclut la démarche : le recadrage paradoxal final du symptôme (par sa fonction positive de protéger à sa façon mais de manière actuellement dysfonctionnelle, le symptôme porte une valeur familiale que tout le monde protège donc à sa façon)

#### 5. Démarche thérapeutique de l'approche intergénérationnelle

Les thérapeutes s'interrogeront sur : la tâche inachevée, les traumatismes secrets, les deuils non faits, tout ce qui se transmet de génération en génération jusqu'à pouvoir se terminer en étant enfin parlé-entendu-reconnu (avec une réponse au besoin par un acte symbolique pour tourner la page d'un nécessaire deuil symbolique à réaliser).

a. La délégation : tous les parents envoient leurs enfants en mission dite « délégation » ; s'il y a une division d'un ou des parents sur l'importance de la délégation proposée à l'enfant, il y a un symptôme lié à la double contrainte réciproque ; d'où l'intérêt de chercher dans quels modes contradictoires et par quels canaux de communication (soit chez la même personne – le père ou la mère –, soit entre les deux, soit à l'occasion d'un conflit entre la culture et ce qui se passe) la délégation est signifiée à l'enfant. Les thérapeutes s'efforcent alors de faire apparaître au fur et à mesure aux parents leurs divisions par rapport à leur délégation.

b. Le deuil non fait : quel est le mort que le patient remplace éventuellement ?

c. Les loyautés (visibles ou invisibles) à une dette de la génération actuelle vis-à-vis des générations précédentes

#### 6. Autres démarches :

- la démarche thérapeutique de l'école expérientielle ;
- l'expérience centrée sur l'épreuve de l'absurde (« que l'on fasse grandir la Tour de Pise, et à un moment donné elle va s'écrouler... ») ; accentuer en séance le non-changement jusqu'à le pousser à l'absurde et le faire vivre d'une manière telle que « trop, c'est trop » ;
- l'expérience centrée sur le soutien affectif : s'allier à la personne là où elle a mal ; pouvoir terminer deuils et tâches non achevés en pouvant



parler/être entendu/se sentir soutenu et reconnu (ce qui en séance acte symboliquement l'expérience affective nécessaire au deuil symbolique, par exemple). Recréer le sentiment de chaleur, de soutien, de ne pas être seul. Créer une situation empathique où tous se sentent soutenus affectivement par le thérapeute (une situation où chacun compte émotionnellement et où il y a quelqu'un qui leur permet de s'ouvrir à l'autre sans danger) ;

- la démarche thérapeutique de l'approche de l'école des solutions. Habituellement, les gens ignorent à quel point ils sont compétents ; pour tenter d'offrir au patient une vision de lui-même positive dans le futur, les questions l'invitent à projeter dans le temps à venir une vision de lui dans ce qu'il peut réussir (une vision de lui dans ses compétences), plutôt qu'une vision de lui dans ses tourments et dans ses difficultés ;

- les questions qui procèdent du miracle : « imaginez que, par miracle, vous vous réveillez et qu'il n'y a plus de symptômes, quelle serait la première petite chose simple, facile, que vous aimeriez pouvoir faire ? » ;

- les questions qui procèdent de l'exception : « Est-ce qu'il y a eu un moment où le symptôme n'a pas eu lieu ? Des moments où le symptôme s'est amélioré ? » ;

- les questions qui procèdent de la projection positive du patient à travers son évolution : « imaginez-vous, dans le futur proche, de plus en plus compétent, tel que vous voudriez être : quelle est l'évolution que vous avez imaginée pour vous ? » ;

- la démarche thérapeutique de l'approche par les sculpturations. Travailler sur la place du corps, sur comment les gens se vivent, et faire un travail de soutien et d'alliance type expérientiel affectif pendant la séance ;

- la démarche thérapeutique de l'approche systémique par la communication analogique : ce sont les scénarios familiaux qui nous agissent. Repérer les éléments non verbaux qui composent de multiples petits ballets répétitifs au niveau analogique en cours de séance dans une thérapie familiale et qui ne sont pas apparemment directement liés à ce est qui dit au niveau verbal (d'où l'intérêt de filmer des séances) ;

- la démarche thérapeutique de l'approche systémique post-moderne : la résonance. Ici, le thérapeute doit partir de l'idée qu'il n'est pas séparable de ce qu'il vit : « dans quelle mesure est-ce que notre vécu, nos émotions, nos pensées ne sont pas des indicateurs de la situation où nous sommes plongés, un peu comme des baromètres qui réagissent à la pression atmosphérique ? » (ce que nous vivons est à l'intersection de ce que nous sommes dans le monde où nous vivons, et du monde où nous vivons dans lequel nous sommes) ; « quelle est l'utilité pour l'autre que je vive ce que je vis ? », et « quelle est l'utilité pour moi que l'autre vive ce qu'il vit ? », et aussi « à quoi ça me renvoie-t-il ? » (car le patient a toujours raison en disant ce qu'il dit de nous, et nous devons donc chercher en quoi, pour nous, cela a un sens ; une thérapie peut en effet réussir sans que le thérapeute ait forcément raison...).

## En résumé, que faut-il retenir ?

Le travail systémique appliqué à la famille doit être un travail méthodique, minutieux, capable de créer du « sur mesure » séance après séance. Il se base d'une part sur des séries d'exercices, de réflexions, de mises en situation adaptées et spécifiques à chaque famille, avec des grilles de lecture systémiques assises sur une théorisation solide et qui a fait ses preuves ; il se base d'autre part sur un travail créatif, inventif, imaginatif, capable d'improviser avec les étincelles d'information qui surgissent des interactions que l'on stimule, que l'on cherche à développer ; le tout pour transformer, à partir d'effets de surprise, le mouvement d'ensemble. Ces deux dynamiques complémentaires permettent de faire découvrir d'autres possibles, d'autres combinaisons, d'autres états, d'autres champs d'exploration vers lesquels familles et thérapeutes peuvent aller.

Des grilles de lecture, des techniques de reformulation, des thèmes de réflexion, des exercices sur la famille par voie de sculptures, de jeux de rôles, d'histoires métaphoriques, des exercices sur le couple, des exercices sur le soi : ce sont ces outils qui permettent au thérapeute d'avoir à sa disposition un panel technique particulièrement efficace. Des créations, des idées nouvelles, des inventions spécifiques liées au savoir-faire et à la richesse particulière de l'équipe thérapeutique donnent, à la panoplie toujours enrichie et complétée du « jeu thérapeutique », l'ampleur et la profondeur d'une recherche permanente et inlassable, de nouvelles découvertes à même de continuer à faire évoluer techniques, outils systémiques ainsi que thérapeutes.

## Bibliographie

- ALBERNHE K., ALBERNHE T., et al. *Organisation des soins en psychiatrie*. Collection Objectifs en management hospitalier. Masson, Paris, 2003.
- ALBERNHE T., BERNARD H. Neuroleptie et schizophrénie. In : *Histoire de la schizophrénie*, numéro spécial, Revue *Prise en charge de la schizophrénie*, Agilis & Labo. Diamant éd., Paris, 1994.
- ALBERNHE T., ALBERNHE K. Thérapie familiale systémique et schizophrénie. In : *Schizophrénie et thérapeutiques non médicamenteuses*, Agilis éd., Paris, 1995.
- ALBERNHE T., ALBERNHE K. Le dualisme schizophrénique. In : *Évolutions historiques de la schizophrénie*, Revue *Prise en charge de la schizophrénie*, Agilis & Labo. Diamant éd., 4 mars 1995.
- ALBERNHE T., ALBERNHE K. Comment traiter les délinquants sexuels ? In : R. Cario et J.C. Héraud (dir.) *Les abuseurs sexuels : quel(s) traitemen(s) ?* L'Harmattan, Paris, 1998.
- ALGER I. Audio-visual techniques in family therapy. In : Bloch D. (éd.), *Techniques of Family Therapy*, Grune and Stratton, New York, 1973.
- ANDOLFI M. Famille/individu : un modèle trigénérationnel. In : Elkaïm M. (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.
- ANGEL P., MAZET P. *Guérir les souffrances familiales*. PUF, Paris, 2004.
- AUSLOOS G. Individu, symptôme, famille. *Thérapie familiale*, 11, 3, 273-279, 1990.

- AUSLOOS G. *La compétence des familles*. Erès, Paris, 1995.
- BALINT M., BALINT E. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Payot, 1966.
- BAUZA E. La démence sénile, crise de souffrance du groupe familial. *Synapse*, 1998, 151, 29-34.
- BOWEN M. (1978) *La différenciation du soi*. Trad., ESF, Paris, 1984.
- CAILLE P., REY Y. *Il était une fois... Du drame familial au conte systémique*. ESF, Paris, 1988.
- CAILLE P., REY Y. *Les objets flottants*. ESF, Paris, 1994.
- COEN J.-F., STIP E., AUSLOOS G. Interactions familiales et schizophrénie. Partie I : le chaos des théories. *L'Inform. Psy*, 3, 254-263, 1997.
- DAVANLOO H. *Short term dynamic psychotherapy*. Jason Aronson ed., New York, 1980.
- DEFRANCK-LYNCH B. (1985) *Thérapie familiale structurale*. Trad. ESF, Paris, 1986.
- FRANKFURT M., PENN P. Creating a participant text : writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217-232, 1994.
- FRIED SCHNITMAN D., FUKS S.I. Paradigme et crise : entre risque et possibilité. *Thérapie familiale*, 16, 2, 145-162, 1995.
- GAILLARD J.-P., CLEMENT D. Un protocole invariable pour la thérapie familiale de l'anorexie mentale. *Thérapie familiale*, 19, 1, 65-74, 1998.
- GOLDBETER E. Le tiers absent dans le système. In Elkaim M. (dir.), *La thérapie familiale en changement*, Synthélabo éd., Le Plessis-Robinson, 1994.
- HALEY J. (1973) *Uncommon Therapy*, trad. : *Un thérapeute hors du commun*. Desclée de Brouwer, Paris, 1984.
- HENDRICK S. *Un modèle de thérapie brève systémique*. Erès, Paris, 2007.
- HOFFMAN L. Une position constructiviste pour la thérapie familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 13, 79-100, 1991.
- KUENZLI-MONARD F., KUENZLI A. Une différence fait-elle la différence ? Le reflecting team comme partie intégrante d'un processus psychothérapeutique. *Thérapie familiale*, 20, 1, 23-37, 1999.
- LOMBERTIE E.-R., MOUTY M.-D., LEGER J.-M. La crise de démentification : implication de la famille. *Revue Française de Psychiatrie*, 3, 2-6, 1981.
- MAURIAC F. Aller au devant de la crise pour désarmer la violence. In : T. Albernehe (dir.), *Criminologie et Psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997.
- MCGOLDRICK M., GERSON R. (1985) *Génogrammes et entretien familial*. Trad. : A. Ackermans et C. Van Cutsem, ESF, Paris, 1990.
- NAPIER A., WHITAKER C. *Le creuset familial*. Trad. : D. Hélie, Robert Laffont, Paris, 1978.
- PAUZE R., CHARBOUILLOT-MANGIN B., SAINT-PIERRE F. Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie. *Thérapie familiale*, 17, 2, 241-259, 1996.
- PLUYMAEKERS J., NEVE C. Travail sur les familles d'origine et génogramme paysager. *CRIV*, Paris, 1992.
- PRUD'HOMME J. La sculpture familiale : technique d'évaluation, de traitement et d'enseignement. *Thérapie familiale*, 2, 2, 147-153, 1981.
- SATIR V. (1964) *Conjoint Family Therapy*. Trad. : A. Destandau-Denisov, *Thérapie du couple et de la famille*, Epi Éd., Paris, 1982.
- SELVINI-PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. *Les jeux psychotiques dans la famille*. ESF, Paris, 1990.
- TESSIER J.-F., LEGER J.-M., RATTI A. De l'utilisation de certaines psychothérapies en psychogériatrie. *Psychologie Médicale*, 21, 11, 1989, 1613-1316.
- TRAUBE R.B., STEFFEN P. Le psychodrame familial. *Thérapie familiale*, 11, 3, 331-344, 1990.
- WATZLAWICK P. (1978) *Le langage du changement*. Trad. : J. Wiener-Renucci, Le Seuil, Paris, 1980, p. 47.
- WEAKLAND J. L'hypothèse du « double lien » de la schizophrénie et l'interaction en trio. *Thérapie familiale*, 16, 1, 5-18, 1995.

# Conclusion

La thérapie familiale systémique est, à l'image des familles, multiple et une : multiple par ses diverses écoles (structurale, stratégique, constructiviste, etc.), multiple aussi par ses indications cliniques (anorexie mentale, psychoses, etc.) et ses applications à différents contextes (institutionnels – et pas uniquement hospitalier –, judiciaire, etc.), multiple enfin à cause des personnalités variées de toutes celles et tous ceux qui l'étudient, l'utilisent au quotidien, ou l'enseignent. Unique, car elle constitue désormais un vaste corpus de connaissances et de pratiques, dont tous les tenants et les aboutissants ne sont à ce jour que très incomplètement exploités.

Comme une famille, elle est sujette à des crises d'identité, des polémiques parfois violentes, des modes également. Considérons-la donc avec indulgence comme étant à sa période d'adolescence, là où tous les espoirs sont encore permis, et où une deuxième chance est donnée à ceux que l'enfance a malmenés, et sachons entendre ce qu'elle a à nous dire d'essentiel.

Elle nous fait d'abord prendre conscience de l'existence de plusieurs grilles de lectures possibles d'une même situation familiale ou institutionnelle. En fonction de son histoire et du contexte actuel dans lequel il interagit constamment, chacun peut voir les thèmes qui le préoccupent, et tenter de fournir sa propre solution, laquelle ne sera qu'une subjectivité de plus apportée à la construction d'un édifice commun, et non une vérité en soi ; car de même que l'œil ne peut se voir directement lui-même, l'individu ne peut appréhender la totalité d'un système dont il est un des éléments constitutifs. La leçon de modestie qui en découle peut avoir de plus larges applications que le seul champ clinique...

Pour intéressante qu'elle soit, la théorie systémique ne peut être comprise que comme étant une aide, d'ailleurs toute relative, dans une situation donnée, avec un groupe familial donné, et pour tenter de résoudre un problème donné. La plaquer machinalement telle quelle sur le fonctionnement d'une famille aboutirait à une impasse. Contrairement à la cuisine, il n'y a pas ici de recette ; encore que le savoir-faire d'un grand chef transcende largement toute tentative bien naïve d'imitation.

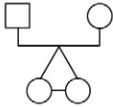
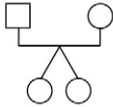
Il appartiendra donc à chaque thérapeute de trouver sa façon de faire personnelle et singulière, à partir de ce qu'il a vécu avec sa propre famille et de ses capacités de résilience, de ses lectures personnelles et de sa culture humaniste, des réflexions émergeant de discussions avec ses collègues de travail, de supervisions cliniques sérieuses, et peut-être surtout d'interrogations sur des échecs thérapeutiques.

Tel soignant qui aura un imaginaire floride pourra par exemple développer des thérapies basées sur des contes ou des histoires. Tel autre utilisera sa causticité habituelle pour provoquer verbalement des familles et les pousser à changer au plus vite de fonctionnement... sinon de thérapeute.

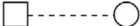
Et pour ceux qui n'auraient toujours pas compris que le ressort d'une thérapie systémique consiste, non en un placage théorique de ce que l'on a appris, mais en une expérience clinique de longue haleine et sans cesse retravaillée, nous conseillerions de suivre l'exemple des thérapeutes utilisant, comme arme principale, la spontanéité et l'humour. Ainsi liront-ils ce livre, entre les lignes bien sûr, pour ne pas trop se fatiguer les yeux...

# Annexe

## L'iconographie du génogramme


|   |  |
|---|--|
| <b>Personnes vivantes :</b>   | <b>Personnes décédées :</b>  |
| Femme ○   | Femme ⊕  |
| Homme □   | Homme ⊕  |
| <b>Patient identifié :</b>  |  |
| Homme □   |  |
| Femme ○   |  |
| <b>Âges actuels :</b>   | <b>Dates de naissances et de décès :</b>   |
| Garçon âgé de 10 ans □ <sub>10</sub>  | Homme né en 1980 et mort en 1999 □ <sup>80</sup> <sub>19</sub> <sup>99</sup>                     |
| Femme âgée de 50 ans ○ <sub>50</sub>  | Femme née en 1948 et morte en 1998 ○ <sup>48</sup> <sub>50</sub> <sup>98</sup>                   |
| Grossesse en cours : △  | Enfant mort-né : ⊗ ou ⊗  |
| Avortement spontané : ●   | Avortement provoqué : ✕  |
| <b>Jumeaux :</b>  |  |
| Homozygote  | Hétérozygotes  |


Liens :

– non marital : 

– marital : 

Date du mariage en 1994 : 

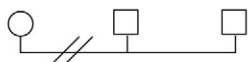
– séparation : 

– divorce : 

– un mari et deux épouses :

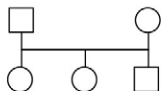


– une femme et deux maris :

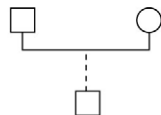


Filiations : (placer l'aîné à gauche)

– naturelle :



– adoptive (ou enfant recueilli) :





# Glossaire des principaux termes techniques

## **Alliance**

Association de deux ou plusieurs individus pour collaborer fonctionnellement à une même tâche. L'alliance parentale exprime la mise en commun des moyens pour élever un enfant.

## **Assemblage**

D'après la *théorie de la résonance* de Mony Elkaïm, l'assemblage est un ensemble d'éléments disparates qui permet le changement d'un système thérapeutique, mais qui peut aussi en bloquer l'évolution.

## **Carte**

La *carte* et le *territoire* sont deux concepts mis en lumière par la théorie de l'autoréférence et du point de vue : lorsqu'un observateur – par exemple un géomètre cartographe – tente de dresser la carte, sur un papier, d'un territoire situé face à lui, son dessin cartographique variera nécessairement selon l'endroit d'où il observe. Notre observation dépend de notre point de vue : nous observons toujours la carte, mais jamais le territoire. Korzybski l'avait déjà annoncé, énonçant que « la carte n'est pas le territoire ».

## **Carte familiale**

Procédé conventionnel, très utilisé par les thérapeutes d'inspiration structurale, consistant en une représentation graphique schématique du fonctionnement d'une famille. On ne rend compte que d'une situation particulière, à un instant donné, et non d'une dynamique évolutive (il faudrait alors juxtaposer les cartes familiales successives en fonction des mouvements de la famille).

## **Champ des possibles**

Le « champ des possibles » est une formule aisée – bien qu'incorrecte : il faudrait dire : « le champ des possibilités » – pour désigner l'ensemble des transactions d'un système. Plus le champ des possibles est étendu, plus sont riches et variées les voies de recours, et moins le système est rigide, miso-néiste ou dépendant. L'augmentation du champ des possibles d'une famille constitue donc un objectif thérapeutique crucial, destiné à restaurer une liberté et une adaptativité de la famille face à des problèmes qu'elle vivait initialement comme durables, obligatoires et quasiment inéluctables. Par sa façon de faire, le thérapeute amène peu à peu la famille à trouver elle-même d'autres solutions, par ses compétences propres.

## **Changement**

Un changement de niveau 1 (changement de premier ordre) est de nature quantitative, alors qu'un changement de niveau 2 (changement de second ordre) est, en plus, de type qualitatif. Un automobiliste qui accélère pour

*Les thérapies familiales systémiques*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doubler, en restant en troisième, fait un changement de niveau 1 ; s'il accélère encore et passe en quatrième vitesse, il fait un changement de niveau 2 : il a accompli un saut qualitatif, à un autre niveau (raison de plus en changeant de voiture).

### **Coalition**

Association de deux membres d'une famille contre un troisième, qui se retrouve exclu du duo, et souffre parce qu'il en devient la cible. La coalition gagnante se fait avec des partenaires qui diffèrent par le sexe ou la génération.

### **Coévolution**

Ensemble des processus adaptatifs de l'individu dans son milieu.

### **Compétence**

Capacité d'autogénération, avec toutefois la guidance des thérapeutes. « La compétence des familles » (pour reprendre le titre d'un ouvrage de Guy Ausloos) exprime les ressources autocuratives du système familial, ignorées jusqu'alors par la famille et révélées par les thérapeutes.

### **Connotation positive**

Expression inventée par Mara Selvini-Palazzoli pour désigner une métacommunication (sur le système) qui possède les caractéristiques d'une confirmation. Par la suite, la connotation positive s'est transformée en une technique consistant à « prescrire » à des patients (en général psychotiques) leurs propres symptômes (au début, il s'agissait surtout de ne pas tomber dans le piège tendu par la famille consistant à connoter négativement les symptômes du patient-désigné, puis la technique est devenue une stratégie thérapeutique à part entière). Ainsi, les règles familiales qui ont conduit au symptôme, et l'entretiennent, sont verbalisées par le thérapeute comme étant utiles à l'homéostasie du système.

### **Contexte**

Environnement permettant de donner du sens à ce qui se passe en son sein. Étymologiquement, le mot « contexte » provient du latin *cum* (avec) et *textus* (tissu, terme qui donnera ensuite texture et texte) ; *contexere* signifiait tisser ensemble.

### **Crise**

Phénomène complexe, à la fois transitif et récursif, correspondant à un changement grave imminent ou en train de se produire, et obligeant le système à un important réaménagement.

### **Cybernétique**

Science de la communication et du contrôle, devenue ensuite par extension science de la signification et de la compréhension des phénomènes communicationnels.

### **Disqualification**

Non-confirmation explicite d'un message, pourtant attendue. L'auto-disqualification est une infirmation *a posteriori* de ce que l'on vient de dire.

La disqualification de l'autre est un schème de communication fréquent dans les familles de psychotiques.

### ***Empathie***

Aspect fondamental de la relation soignant-soigné, dans laquelle le soigné se sent compris car il sent que le soignant sait ce que cela fait d'être dans la situation difficile qui est la sienne.

### **Enactment**

La traduction littérale de ce terme anglo-saxon est la « mise en acte ». Dans l'approche structurale, la mise en acte concerne certains échanges entre les membres de la famille.

### ***Entropie***

En cybernétique, l'entropie témoigne du désordre ou de l'organisation aléatoire d'un système. La diminution de l'entropie (que Schrödinger a appelé *néguentropie*) mesure la quantité d'information.

### ***Épistémologie***

Étymologiquement, l'épistémologie est le discours sur la science ou la logique de la science. La définition actuelle de l'épistémologie est celle de la science critique de la connaissance. D'une manière générale, l'épistémologie est donc l'étude des processus de notre connaissance, de notre pensée et de nos décisions, ainsi que celle de la validité et des limites nécessaires de ces processus. Pour Warren S. Mc Culloch, du MIT, l'épistémologie expérimentale est l'étude ayant pour objet la « concrétisation de l'esprit ».

### **Feed-back**

#### ***Rétroaction (autocontrôle)***

Le feed-back peut être négatif ou positif.

### ***Homéostasie***

Maintien dynamique de l'équilibre d'un système, avec des variations rétroactives parfois importantes par rapport à cet équilibre, justement pour le maintenir (pensons à la métaphore du funambule oscillant activement sur son fil). Mais en thérapie familiale systémique, l'homéostasie n'a pas d'existence réelle : c'est juste une manière métaphorique de parler du fonctionnement autorégulé de la famille.

### ***Injonction paradoxale***

Imposition de deux messages non congruents à deux niveaux logiques différents, avec impossibilité de métacommuniquer, d'où une perplexité de celui qui, recevant le message, ne sait pas à quoi s'en tenir.

### ***Isomorphisme***

En thérapie structurale, l'isomorphisme désigne des transactions semblables et répétées. Une institution qui agirait, envers un patient, comme la famille de ce dernier aurait un fonctionnement isomorphique. Pour la majorité des autres systémiciens, l'isomorphisme traduit l'existence d'une structure de base sous-jacente identique reliant tous les éléments d'un système.

### **Live supervision**

Expression anglo-saxonne signifiant supervision en direct. Il s'agit d'une technique initiée par Salvador Minuchin, Braulio Montalvo et Jay Haley à l'*Institute for Family Counseling*.

### **Leadership**

Exercice du pouvoir décisionnel.

### **Message multicontextuel**

Message pouvant prendre des sens différents suivant le contexte.

### **Mythe familial**

Vision du monde partagée par l'ensemble des membres de la famille, rassemblant des convictions fortes et des représentations collectives de ce qu'est la réalité « au dehors » de la famille. Le mythe est le « ciment » et le « credo » qui donne à la famille son identité et ses caractéristiques intimes.

### **Narrowing**

À partir de l'étude de familles de schizophrènes, L. Wynne a énoncé le *narrowing* comme étant le déplacement d'un conflit important et non résolu sur un détail concret, lequel focalise en cristallisant avec beaucoup d'émotion ce qui se joue ailleurs, à un autre niveau.

### **Output**

En langage cybernétique, l'*output* désigne le résultat concret obtenu.

### **Paradoxe**

Proposition déstabilisante pour celui qui la reçoit, car perçue en première intention comme étant à la fois vraie et fausse. Mais à l'analyse, elle se révèle vraie à un certain niveau et fausse à un autre. Le *paradoxe thérapeutique* utilise donc la confusion apparente d'un message paradoxal pour faire réfléchir le patient à sa propre confusion de niveaux logiques, et l'amener ainsi peu à peu à dissocier ses niveaux logiques et à critiquer sa vision du monde.

### **Parentification**

Investissement psychologique massif et secret d'un conjoint, d'un enfant, d'un ami proche, ou d'une relation dominante, à qui l'on fait jouer le rôle d'un parent, ce dernier étant défaillant dans la réalité. Concept bien étudié par Salvador Minuchin (qui parle d'« enfant parental » pour désigner un enfant précocement « adultifié ») et surtout par Ivan Boszormenyi-Nagy qui en fait un renversement des rôles parents-enfants.

### **Pattern transactionnel**

Les patterns transactionnels d'un couple désignent la manière dont chaque conjoint déclenche et régule le comportement de l'autre. On parlera par exemple de patterns de soutien mutuel et positifs, ou à l'opposé de patterns dysfonctionnels, agressifs et négatifs.

### **Ponctuation**

Pour Bateson, la ponctuation désigne la manière dont un individu organise ses actes. Pour la majorité des systémiciens, la ponctuation désigne le point

de départ causal, ou supposé tel, d'un problème : dans une famille, chaque membre peut dater l'origine d'un conflit à partir d'un événement qui l'a personnellement marqué (et qui peut être différent pour chaque protagoniste), et dont l'autre est responsable.

### ***Pseudo-mutualité***

Entente de façade, cachant d'importants conflits, parce qu'il est justement impossible de faire état ouvertement de l'absence de consensus (en référence aux travaux de Wynne).

### ***Recadrage***

Stratégie thérapeutique consistant en une modification volontaire du cadre d'une situation, par le changement de son contexte conceptuel et/ou émotionnel, afin d'amener le sujet à en reformuler le sens. C'est ainsi en général que ce qui était vécu négativement le devient dorénavant positivement (cf. la comparaison triviale avec la bouteille à moitié vide, qui peut aussi être considérée comme étant à moitié pleine). Au-delà d'un simple changement de point de vue, il s'agit en fait de la construction d'une réalité nouvelle que le thérapeute aide le sujet à se représenter ou à faire partager à d'autres membres de la famille. Le recadrage est d'autant plus efficace qu'il est surprenant et surtout accepté par le sujet comme étant une manière moins souffrante de reconsidérer un problème.

### ***Règles familiales***

Séquences interactionnelles, en général inconscientes, suffisamment répétées dans une famille pour devenir plus que des habitudes de fonctionnement. Les règles familiales sont utiles mais peuvent aussi rigidifier un fonctionnement, par exemple lorsqu'il devient hégémonique.

### ***Réponse vicariante***

Réponse formulée par quelqu'un d'autre que celui à qui était posée la question.

### ***Résilience***

Capacité à soutenir un choc traumatique.

### ***Résistance***

Un système, parce qu'il se comporte en fonction de sa propre cohérence, peut « résister » à des changements susceptibles de mettre en péril son équilibre homéostatique. Les résistances existent donc toujours, quelle que soit l'intervention thérapeutique. À l'instar d'un maître d'aïkido utilisant la force du mouvement de l'adversaire pour la dévier de sa trajectoire initiale, le thérapeute qui arrive à concevoir la résistance d'une manière positive peut l'utiliser pour amener la famille à de micro – puis à de macrochangements thérapeutiques.

### ***Résonance***

Pont émotionnel entre différentes personnes, qu'une expérience commune fait « vibrer sur la même longueur d'onde ». Pour Mony Elkaïm, la résonance

est une sorte de « point nodal », d'intersection entre différents systèmes, portant sur une ou plusieurs singularités partagées. Elle naîtrait « dans la construction mutuelle du réel qui s'opère entre celui qui la nomme et le contexte dans lequel il se découvre en train de la nommer ».

### **Rôle**

Moreno a défini le rôle comme étant la manière d'être réelle et perceptible que prend le Moi, et précisé que chaque rôle avait deux aspects : l'un privé, individuel, et l'autre social, collectif. En systémique, le rôle familial est l'ensemble des patterns comportementaux attendus dans l'exercice d'une fonction familiale donnée (rôle du père, rôle de la mère, etc.) ; ces patterns peuvent être permis ou interdits.

### **Secret de famille**

Information importante, détenue par un ou plusieurs membres de la famille, et non transmissible (ni analogiquement, ni digitalement) à un tiers (ce dernier pouvant évidemment être un des membres de la famille). Il s'agit ici d'une rétention consciente et le plus souvent volontaire d'information. Il est autant défendu de chercher à percer le secret que de l'oublier, lorsqu'on le connaît, ou de le révéler à un tiers (chaîne du secret). Le secret participe souvent au mythe familial.

### **Singularités**

Pour Mony Elkaïm, les *singularités* sont des éléments qui ont pour point commun de jouer un rôle dont les grilles explicatives en psychothérapie ne rendent pas compte. Ces éléments peuvent être de tous ordres, aussi bien génétiques que biologiques, mass-médiatiques ou sociaux. Ils peuvent constituer des singularités ou s'associer à ces dernières pour créer des « assemblages » dont l'importance se marque surtout dans des systèmes poussés loin de leur état habituel d'équilibre.

### **Solipsisme**

*Ego solus ipse* signifie en latin *moi seul existe*, paralogisme philosophique niant l'existence du monde en dehors de soi-même : tout n'existerait que dans mon imagination. Ce serait un contresens que de penser que le constructivisme a un tel postulat. Le constructivisme dit que la réalité, en dehors du sujet, existe bel et bien, mais ne peut être approchée qu'indirectement, à travers le filtre de nos perceptions, de nos jugements et, rajoute le constructionnisme, du récit que nous en faisons.

### **Système**

Bertalanffy appelait système un ensemble de parties en interaction entre elles et avec leur milieu (en grec : système signifie assemblage). F. de Saussure disait que le système était « une totalité organisée, faite d'éléments solidaires ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres, en fonction de leur place dans cette totalité ».

Système thérapeutique

Ensemble formé par le système familial en interaction avec le ou les thérapeute(s).

**Trial**

En cybernétique, un *trial* est un *input* dans le système, qui ne peut pas ne pas provoquer un *output*, à savoir des effets rétroactifs.

**Triangle**

Collusion de deux membres d'une famille en relation avec un troisième, décrite par Murray Bowen, dans laquelle le comportement de chacun des membres du triangle est fonction du comportement des deux autres. Jay Haley parle de *triangle pervers* pour désigner la coalition de deux membres appartenant à deux générations différentes contre un troisième membre d'une de la génération hiérarchiquement plus élevée (par exemple une mère s'associant avec son fils, contre le père).

# Index des personnalités scientifiques

## **Nathan W. Ackerman**

Nathan naît en 1908 en Bessarabie (Russie). Sa famille émigré en 1912 aux États-Unis pour fuir l'antisémitisme et la pauvreté. Il sera très marqué par ses origines d'émigré juif new-yorkais ainsi que par la guerre (il fut pourtant réformé pour cause de maladie cardiaque rhumatismale et ne participa pas à la Seconde Guerre mondiale), ce qui pourrait peut-être expliquer ses grandes interrogations sur l'importance que peut avoir le contexte, social et familial, sur la vie et la destinée d'un individu. Il fit ses études de pédopsychiatrie au Menninger Institute, ainsi qu'une psychanalyse personnelle. Avec Don Jackson, il cofonda la célèbre revue *Family Process*. Sa grande réalisation institutionnelle fut la création de l'Institut de la Famille (*The Family Institute*), initialement calqué sur le modèle des instituts de psychanalyse, mais qui utilisa ici la technique novatrice à l'époque de la glace sans tain, pour former de futurs systémiciens. Les étudiants se trouvaient ainsi supervisés *in situ*. L'immense succès d'Ackerman auprès d'eux tint, outre à son charisme, au fait qu'il acceptait d'inverser les rôles : les étudiants se plaçaient à leur tour derrière la glace sans tain et assistaient aux entretiens cliniques du maître. Il fut donc le premier à s'exposer ainsi, dans son travail de psychothérapeute, d'où un impact didactique considérable, fascinant, mais parfois aussi critiqué comme étant excessif et quelque peu narcissique. Il meurt en 1971 à l'âge de 62 ans. En son hommage : création de *l'Ackerman Institute for Family Therapy*. (Lire : Bloch D., Simon R. *The Strength of Family Therapy : Selected Papers of Nathan W. Ackerman*, Brunner/Mazel, New York, 1982.)

## **Edgar Auerswald**

Grand théoricien, Edgar « Dick » Auerswald étudia plus particulièrement les phénomènes de délinquance infanto-juvénile (envisagés sous l'angle des stratégies d'adaptation possibles aux familles et aux communautés). La vision écosystémique qui en suivit aboutit à l'ouvrage collectif *Familles of the Slums*.

## **Gregory Bateson**

Anthropologue de génie, il fut leader de l'École de Palo Alto et de ce que l'on a appelé *l'épistémologie écosystémique batesonienne*. Né en 1904 dans une famille bourgeoise intellectuelle anglaise, il a été renommé Gregory par son père, un savant généticien antidarwinien qui admirait les travaux de Gregor Mendel. Quitte Cambridge en 1924 pour les Galapagos, sur les traces de Darwin. Renonce à la zoologie pour l'anthropologie et part en 1927 en Nouvelle-Guinée. Épouse en 1936 l'anthropologue Margaret Mead (qui a divorcé pour lui de l'anthropologue Reo T. Fortune, et qui divorcera avec Bateson en 1950) et part avec elle à Bali. Écrit seul *Naven* (1936) puis avec

*Les thérapies familiales systémiques*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



elle *Balinese Character : A Photographic Analysis* (1942), ouvrages extrêmement importants au plan scientifique. Découvre le mécanisme du feedback en 1942 à la Fondation Macy, ce qui va l'inspirer dans les *recherches sur la communication* qui le rendront mondialement célèbre, et aussi très jalosé par ses pairs. Influencé par la cybernétique naissante (Norbert Wiener, 1948). Écrit avec le psychiatre Jurgen Ruesch *Communication : The Social Matrix of Psychiatry* (1951). Travaille à l'hôpital psychiatrique de la Veterans Administration à Palo Alto et y explique la théorie de la *double contrainte* dans les familles de schizophrènes, théorie qu'il n'aura ensuite de cesse de vérifier dans d'autres domaines sociaux communicationnels (avec une sorte de retour aux sources avec les dauphins...). Rédige des ouvrages fondamentaux : *Steps to an Ecology of Mind* (1972) ; *Mind and Nature : A Necessary Unity* (1978). Meurt en 1980 d'un cancer du poumon, inopérable (voulant rester lucide et vaillant, Bateson refusa la chimiothérapie). Un de ses élèves, David Lipset, a publié sa biographie : *Gregory Bateson, The legacy of a scientist*, l'année de sa mort (1980).

### **Ludwig von Bertalanffy**

Biologiste et psychologue austro-canadien (1901-1972), auteur de la *Théorie générale des systèmes cybernétiques* (1968), qui a abouti à une nouvelle épistémologie écosystémique. A également rédigé l'ouvrage : *Des robots, des esprits et des hommes* (1967).

### **Ivan Boszormenyi-Nagy**

Après son cursus de psychiatrie en Hongrie, Nagy émigré en 1950 aux États-Unis (Chicago, puis Philadelphie). Se dira très influencé par la pensée de Kalman Gyafas (comme Virginia Satir, d'ailleurs) et par les œuvres de Martin Buber. Affecté en 1957 à l'*Eastern Pennsylvania Psychiatrie Institute*, dans l'Unité de recherche sur la thérapie des psychoses, unité qu'il rebaptisera : Département de psychothérapie familiale, et qui sera à l'origine d'une multitude de travaux scientifiques, d'organisation de stages de formation, et d'échanges internationaux (en particulier avec la Hollande). Inventeur d'une méthode thérapeutique originale, riche et prometteuse, qu'il a d'abord appelée *psychothérapie familiale intergénérationnelle dialectique*, puis *thérapie familiale contextuelle*, et pour finir *thérapie contextuelle*. Marié avec Catherine Ducommun-Nagy, d'origine suisse, également enseignante en thérapie familiale à l'Université de Pennsylvanie.

### **Murray Bowen**

Psychiatre américain ayant reçu une formation psychanalytique. A travaillé avec Lyman Wynne de 1954 à 1959 au *National Institute of Mental Health* (où il lui arrivait d'hospitaliser des familles entières...), puis à partir de cette date à la *Georgetown University* dans l'État de Washington, pour y fonder, et diriger, le fameux *Georgetown Family Center*, où il fut professeur de psychiatrie. Il fut en 1977 le premier président de l'Association américaine de thérapie familiale. Grand didacticien, inventeur d'une théorie intergénérationnelle des systèmes familiaux, la BFST (Bowen Family Systems Theory). Il décède en 1990 à Chevy-Chase (Maryland) à l'âge de 77 ans.

### **Philippe Caillé**

Philippe Caillé est psychiatre, psychanalyste et systémicien. Marqué très tôt par des liens professionnels et amicaux très étroits avec Mara Selvini Palazzoli et son équipe après une rencontre lors d'un congrès en Suisse au début des années soixante-dix, il a contribué au développement des interventions systémiques au niveau de l'individu, du couple et de la famille ainsi qu'à l'utilisation de la théorie systémique dans différents contextes. Il a travaillé pendant de nombreuses années en Norvège à Oslo, où il dirigeait un important centre de thérapie familiale de l'Église Luthérienne ainsi qu'un institut de recherches, l'Institut de Pensée Systémique Appliquée, tout en gardant un étroit contact avec la France où il a contribué au développement de plusieurs centres de formation. Actuellement formateur et intervenant en systémique à Nice, il collabore aux programmes éducatifs de nombreuses institutions en France et à l'étranger. Il a publié cinq ouvrages : *Familles et thérapeutes – Lecture systémique d'une interaction* (ESF, Paris, 4<sup>e</sup> éd., 2006), *Un et un font trois – Le couple d'aujourd'hui et sa thérapie* (Fabert, Paris, 2004), *Il était une fois – La méthode narrative en systémique* (ESF, Paris, 2<sup>e</sup> éd., 1996), *Les objets flottants – Méthodes d'entretiens systémiques – Le pouvoir créatif des couples et des familles* (Fabert, Paris, 2004), les deux derniers en collaboration avec Yveline Rey ; son tout dernier livre est : *Voyage en systémique – L'intervenant, les demandeurs d'aide, la formation* aux éditions Fabert.

### **Mony Elkaim**

Neuropsychiatre, directeur de l'Institut d'études de la famille et des systèmes humains (Bruxelles) et président de l'EFTA. Auteur et directeur de nombreux ouvrages. A proposé une synthèse des différentes approches systémiques en thérapie familiale, ainsi que le suggère le titre d'un de ses livres *Panorama des thérapies familiales* (1995). On lui doit notamment les concepts de *résonance* et d'*assemblage* (qui permettent d'élargir les frontières de la thérapie familiale à d'autres contextes), ainsi qu'un modèle original de thérapie de couple. Homme d'un grand charisme, très cultivé, mettant à profit l'universalisme de ses connaissances théoriques et humanistes pour rassembler autour de lui les principaux courants de recherches. Mony Elkaim est un des leaders actuels des thérapeutes familiaux. Il organise, à travers le monde, plusieurs groupes de formation.

### **Milton H. Erickson**

Psychothérapeute américain de génie (1901-1980), inventeur d'une nouvelle forme de psychothérapie hypnotique. Formateur, entre autres élèves, de Jay Haley à l'hypnose, qui a publié son panégyrique sous forme de l'ouvrage *Un thérapeute hors du commun*. Fondateur en 1957 de *The American Society of Clinical Hypnosis*. A eu une importante activité libérale de consultations, et a considérablement influencé les thérapeutes familiaux stratégiques.

### **Richard Fisch**

Psychiatre, directeur du Centre de thérapie brève du *Mental Research Institute* de Palo Alto. Professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de l'université de Standford. Coauteur du célèbre livre : Fisch R., Weakland J.H.,

Segal L. (1982) *The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly*, traduit en français par Christian Cler : *Tactiques du changement. Thérapie et temps court*, Le Seuil, Paris, 1986.

### **Heinz von Foerster**

Ingénieur mathématicien, père de la seconde cybernétique. A créé en 1958 le Biological Computer Laboratory, qu'il a dirigé jusqu'en 1976. A été président de la *Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research*, et secrétaire du *Cybernetics Conference Program* de la Macy Jr. Foundation de New York. Ses travaux sur la seconde cybernétique ont démontré l'observation participante : système observateur et système observé sont absolument inséparables.

### **Frieda Fromm-Reichmann**

Psychanalyste en sympathie avec l'approche systémique, puisqu'on s'intéressant plus particulièrement aux thérapies de psychotiques, elle cherchait à comprendre le système de référence de ses patients.

### **Jay Haley**

Praticien majeur, qui a fait partie du groupe de Palo Alto et fut pendant dix-sept ans l'élève de Milton Erickson. Célèbre auteur de livres tels *Nouvelles stratégies en thérapie familiale* ; *Les tacticiens du pouvoir* ; *Un thérapeute hors du commun* : Milton Erickson ; *Changer les couples* ; *Leaving Home*. Chef de file de l'École stratégique en thérapie familiale. Cofondateur et codirecteur du *Family Therapy Institute of Washington*.

### **Don D. Jackson**

Psychiatre et psychanalyste exceptionnel mort en 1968 à l'âge de 48 ans. « Blond aux yeux bleus, Jackson dissimulait sous une apparente froideur protestante un feu d'agitation créative et de désir toujours insatisfait qui a peut-être contribué à sa disparition prématurée »<sup>1</sup>. Particulièrement influencé par Harry Stack Sullivan et Frieda Fromm-Reichmann, lorsqu'il fut interne en psychiatrie au Chesnut Lodge Sanatorium en 1947. Fondateur et premier directeur du *Mental Research Institute*. Ouvrages : *Communication, Family and Marriage* (vol. I) ; *Therapy, Communication and Change* (vol. II), Palo Alto, 1968.

### **Ronald David Laing**

Psychiatre psychanalyste né à Glasgow en 1927 et mort à Saint-Tropez en 1989, auteur de plusieurs ouvrages de philosophie antipsychiatrique : *L'équilibre mental, la folie et la famille* (avec A. Esterson, 1964) ; *Raison et violence* (avec D. Cooper, 1964) ; *Psychiatrie et Antipsychiatrie* (avec D. Cooper, 1967) ; *Le moi divisé* (1970) ; *Nœuds* (1972) ; *La politique de la famille* (1972) ; *Les faits de la vie* (1977) ; *Est-ce que tu m'aimes ?* (1978) ; *Conversations avec mes enfants* (1978) ; *La politique de l'expérience* (1979) ; *La voix de l'expérience* (1982) ; *Sagesse, déraison et folie* (1986).

1 Bloch D.A., Rambo A. Les débuts de la thérapie familiale : thèmes et personnes. In : Elkaim M. (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Le Seuil, Paris, 1995.

***Theodore Lidz***

Psychiatre américain, auteur de travaux princeps sur les structures familiales dont un des enfants est schizophrène. Avec ses collaborateurs, il décrit deux catégories de familles : d'une part, celles présentant un « schisme conjugal » (*marital schism*) caractérisé par des dysfonctionnements interrelationnels graves à type de menaces permanentes de séparation conjugale aggravées par les problèmes personnels de chaque conjoint ; d'autre part, celles présentant une « distorsion conjugale » (*marital skew*) avec également d'importants conflits conjugaux mais essentiellement marqués par la situation très particulière d'un des conjoints (malade mental, désinséré, etc.).

***Salvador Minuchin***

Psychiatre d'origine argentine, émigré aux États-Unis en 1954. A été influencé par Nathan W. Ackerman lors de son cursus en pédopsychiatrie. A reçu une formation analytique au *William Alanson White Institute* de New York. À partir de sa nomination en 1967 à la *Child Guidance Clinic* de Philadelphie, et avec l'aide de Braulio Montalvo et de Jay Haley, il mit au point un nouveau modèle : *l'approche structurale*, cependant que Haley de son côté mettait au point une approche stratégique des thérapies familiales. Deviendra professeur de pédopsychiatrie à Philadelphie. Il réalisa de nombreux travaux sur l'anorexie mentale et les maladies psychosomatiques.

***Silvana Montagano***

Psychanalyste jungienne et thérapeute familial systémicienne italienne, inventeur de ce qu'elle appelait « l'effet taupes » (cheminement discret car en profondeur d'une pensée thérapeutique). Coauteur avec A. Pazzagli d'un livre sur le génogramme (Milan, 1989).

***Norman Paul***

Médecin et psychanalyste qui étudia particulièrement le refoulement défensif des affects douloureux causés par des traumatismes familiaux (disparition d'un être cher, situation d'abus sexuel, etc.).

***Ilya Prigogine***

Prix Nobel de chimie en 1977, professeur à l'Université libre de Bruxelles et à l'université d'Austin au Texas, et dont les travaux sur les systèmes hors de l'équilibre inspirèrent, pour leurs applications systémiques possibles, Paul Dell, Mony Elkaïm, Elisabeth et Roland Fivaz, Harry Goolishian, Luc Kaufman.

***Jurgen Ruesch***

Psychiatre suisse du groupe de Palo Alto, coauteur de l'ouvrage : Ruesch J., Bateson G. (1951) *Communication : The Social Matrix of Society*, Norton, New York. Traduction française : *Communication et société*, Le Seuil, Paris, 1988.

***Bertrand Russell***

Philosophe, logicien et grand mathématicien, qui vécut de 1872 à 1970, inventa deux grandes théories (la *théorie des types* et la *théorie des descriptions*

*définies*), et obtint le Prix Nobel de littérature en 1950. Coauteur, avec Whitehead, du monument logiciste *Principia Mathematica* (1910-1913). La *théorie des types* intéressa particulièrement les systémiciens parce qu'elle soulevait les questions du *métalangage* et de l'*autoréférence* : « Aucune proposition ne peut exprimer quelque chose au sujet d'elle-même, parce que le signe propositionnel ne peut être contenu en lui-même ».

### **Virginia Satir**

Assistante sociale très estimée, née en 1916 et décédée en 1988, venue de l'*Illinois Psychiatric Institute* (Chicago) pour travailler en 1959 au *Mental Research Institute* à Palo Alto avec Jackson et son équipe. Auteur de plusieurs ouvrages : *Conjoint Family Therapy* ; *People Making, Helping families to change* ; *Your many Faces*. Fondatrice de l'*International Human Learning Resources Network* en 1969, de l'*Avanta Network* en 1977. A reçu de nombreux honneurs : doctorat *Honoris Causa* de l'université du Wisconsin, « professeur invité » à l'Université, création de centres portant son nom (le *Midwest Satir Institute* et le *Hong-Kong Satir Center*). A formé des centaines de thérapeutes familiaux et travailleurs sociaux. A beaucoup travaillé les notions d'*estime de soi* (*self-system*) et de *vérité émotionnelle*.

### **Albert Scheflen**

Psychanalyste américain (1920-1980), devenu thérapeute familial au contact de Don Jackson et Cari Whitaker. Auteur du livre *A psychotherapy of Schizophrenia* (1980). A cherché à approfondir le langage analogique (postures, mimiques, etc.) et la multiplicité de ses décodages possibles.

### **Mara Selvini-Palazzoli**

Psychiatre, psychanalyste et systémicienne italienne. Directrice du *Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia* à Milan, et leader de ce que l'on appellera l'École de Milan (Maurizio Andolfi étant le chef de file de l'École de Rome). Auteur des best-sellers en thérapie systémique : *Paradoxe et contre-paradoxe* (1975) et *Les jeux psychotiques dans la famille* (1987). A particulièrement approfondi les dysfonctionnements relationnels dans les familles d'anorexiques.

### **Ross V. Speck**

Psychiatre et psychanalyste inventeur aux États-Unis des pratiques de réseau dans les années 70.

### **Helm Stierlin**

Psychiatre, psychanalyste et philosophe. Directeur du Département de recherches psychanalytiques et de thérapie familiale de l'université de Heidelberg. A travaillé avec Arnold Retzer, Gunther Schmidt, Fritz Simon, Gunthard Weber. A créé le concept de *délégation*, proche de celui des *legs* proposé par Boszormenyi-Nagy.

### **Harry Stack Sullivan**

Psychanalyste à l'origine d'une *théorie interpersonnelle*, dont la finalité, ambitieuse, était de faire le lien entre la métapsychologie freudienne d'une

part et ce qui allait devenir la pensée systémique d'autre part. Il développa deux grands thèmes de réflexion : d'une part, l'« angoisse », au sens large, serait en quelque sorte la pierre angulaire de l'organisation des schèmes comportementaux interpersonnels, lesquels seraient donc particulièrement tributaires des affects ; par ailleurs, tout observateur n'est pas « neutre », mais « participant » à l'observation de manière très active, interactive (on dirait actuellement qu'il est « coconstructeur » de ce qu'il observe et contribue à modifier). Autrement dit, toute observation serait une modification, organisée autour de l'« angoisse », personnelle et interpersonnelle.

### **Paul Watzlawick**

Philosophe et linguiste autrichien, diplômé de l'Université de Venise. Formation à la psychanalyse à l'*Institut Carl Jung* de Zurich. Professeur au Salvador. A travaillé au MRI dont il est devenu un membre influent. Auteur de nombreux ouvrages didactiques, dont *L'Invention de la réalité* (1981).

### **John H. Weakland**

D'abord ingénieur chimiste (1940), puis anthropologue et sociobiologiste (a travaillé avec Gregory Bateson, Margaret Mead, Ruth Benedict), chercheur à Palo Alto avec Jay Haley et Don D. Jackson. Participe à la théorisation de la *double contrainte* et à la fondation du *Mental Research Institute*. Professeur à l'université de Stanford et thérapeute familial libéral à Palo Alto.

### **Norbert Wiener**

Grand mathématicien qui proposa le terme de *cybernétique* pour désigner la science, distincte de la physique, qui s'intéresse aux processus de communication et d'information, de forme et d'organisation, de modèle.

### **Carl Whitaker**

Né en 1912 à Raymondville (État de New York), décédé en 1995. A reçu une formation analytique. A été professeur de psychiatrie à l'École de médecine de l'université du Wisconsin. Est considéré, avec Satir, comme étant le créateur de l'« école » symbolique-expérientielle. Auteur, en particulier, des ouvrages *The Roots of Psychotherapy* (avec Thomas Malone, en 1953), et *Le Creuset familial* (avec Augustus Napier, en 1978).

### **Lyman C. Wynne**

Clinicien, chercheur et psychanalyste américain de talent, qui s'est particulièrement intéressé aux malades cancéreux et aux victimes de traumatismes existentiels graves, ainsi qu'aux familles dont un des membres est psychotique, et d'une manière générale aux théories de la communication.

# Index

## A

Absolu du couple, 130, 159  
Abus sexuels, 144, 227  
Accommodation, 99  
Acteurs du système thérapeutique, 230  
Adolescence, 145, 227, 282, 284, 295  
Adolescent(s), 157  
– délinquants, 85  
Adoption, 141  
Affectivité, 113  
Affiliation, 99, 188  
Alliance(s), 99, 245, 274, 299  
– thérapeutique, 186, 203  
*American Psychoanalytic Association*, 6  
Amplification, 123  
– thérapeutique, 106  
Analyse  
– diachronique, 233  
– synchronique, 232  
Analyste, 205  
Angoisse, 79, 81, 85, 86, 157  
Anorexie mentale, 274, 279, 284, 287  
Apprentissage, 51  
Approche  
– expérientielle, 104  
– stratégique, 100, 102  
– structurale, 95, 150  
Assemblage, 299  
Attachement émotionnel irrésolu, 81  
Attracteur étrange, 57  
Auto-disconfirmation, 277  
Automation, 70  
Autonomie, 98  
Autopoïèse, 58  
Autoréférence, 33, 38

## B

Balance, 92  
– éthique, 88, 89  
Bataille pour l'initiative, 106  
Bifurcation, 56

Bioénergie, 168, 190  
Boucle étrange, 35  
*Brief Therapy Center*, 73

## C

Ça, 94  
Carte  
– de la structure familiale, 209  
– des membres de la famille, 209  
– des réseaux, 212  
– du monde, 138  
– familiale, 100, 299  
Catastrophe, 56  
Centre de thérapie brève, 70, 74  
Champ des possibles, 2, 115, 196, 299  
Changement, 54, 59, 102, 105, 114, 152, 186, 196, 201, 299  
Chemin de vie, 2, 174, 211  
*Child Guidance Movement*, 5  
Clan, 172, 173  
Classe, 36, 69  
Climax, 107  
Club thérapeutique, 169  
Coalition(s), 103, 300  
– niée, 194  
– stable, 155  
Coconstruction de la réalité, 110  
Coévolution, 300  
*Cogito* cartésien, 33  
Collaboration, 188  
Collusion affective, 132  
Communautés thérapeutiques, 170  
Communication(s), 69, 98, 111, 275, 277, 300  
Compétence, 300  
– organisationnelle de la famille, 185  
Complémentarité, 96  
Conduites boulimarexiques, 285  
Confiance, 88, 90  
Configurations transactionnelles, 97  
Conflit conjugal, 84

Confort relationnel, 198  
 Connotation positive, 185, 300  
 Consensus opérationnel, 186  
 Construction  
 – d'hypothèses de travail, 100  
 – du monde, 217  
 Constructionnisme, 112  
 – social, 109, 115  
 Constructivisme, 109, 110, 112  
 Consultation d'observation, 192  
 Contagion émotionnelle, 189  
 Conte, 215  
 Contexte, 300  
 Contrat thérapeutique, 92, 103, 124  
 Conversation, 203  
 – thérapeutique, 114  
 Cothérapie, 105, 202, 205, 206  
 Coup de foudre, 137  
 Couplage structurel, 114  
 Couple, 97, 128, 129, 132, 136, 137, 156, 159  
 Créativité, 76, 109, 182, 185, 216  
 Cri primal, 190  
 Crise(s), 98, 197, 227, 300  
 – des dizaines, 153  
 – du milieu de vie, 153  
 Cristallisation, 123  
 Cure psychanalytique, 273  
*Cut-off*, 80, 83, 84  
 Cybernétique, 38, 50, 51, 58, 70, 287, 300, 301  
 Cycle vital familial, 1, 152, 212, 227

**D**

Défense(s), 122, 156, 190  
 Délégation, 94  
 Délinquance juvénile, 144, 227  
 Demande(s), 183, 194, 289  
 – intransitive, 184  
 Dépositaire, 124  
 Dépositant, 124  
 Dépôt, 124  
 Désaliénation, 169  
 Deuil, 93, 158  
 Différence  
 – des générations, 151  
 – des sexes, 151  
 Différenciation du soi, 79, 80, 85, 86, 276  
 Dilemme, 71, 183

Directives paradoxales, 77  
 Disconfirmation, 277  
 Discours, 208  
 Disqualification, 275, 278, 300  
 Distance émotionnelle, 83  
 Distorsion conjugale, 275  
 Divorce, 135  
 Double, 73  
 – contrainte, 37, 69, 101, 274  
 – – réciproque, 73  
 – lien, 275  
*Double bind*, 101, 274  
 Dyade, 82, 97, 199

**E**

Échelles, 217  
 École de Palo Alto, 5, 34, 36, 37, 52, 54, 67  
 Effet  
 – papillon, 56  
 – Roquéplo, 226  
 – taupe, 216  
 Empathie, 301  
 – affective, 188  
 – d'action, 189  
 – d'affect, 189  
 – de représentation, 188  
 – intellectuelle, 188  
*Enactment*, 301  
 Enfance volée, 156  
 Enfant(s), 141, 144, 146, 149, 151, 153, 155, 199, 201, 227, 272, 273, 275, 280, 282, 299  
 – maltraités, 252  
 – parental, 302  
 Énigme logique, 33, 35, 37  
 Enkystement, 123  
 Enregistrements audio et vidéo, 207  
 Entretien systémique, 199, 203  
 Entropie, 301  
 Épistémologie, 301  
 Équifinalité, 53  
 Équilibre, 55–57, 301  
 Équité, 88  
 Espérance de vie, 152  
 Estime de soi, 108  
 Éthique, 92  
 Évaluation, 99  
 Expertise, 76



**F**

Famille(s), 141, 143, 148, 152  
 – communautaires, 142  
 – d'accueil, 168, 170  
 – multigénérationnelles, 142  
 – nucléaires, 142  
 – recomposée(s), 142  
 – saine, 146  
 – trigénérationnelle, 93  
*Family Therapy Institute*, 101  
 Feed-back, 51, 53, 54, 68, 301  
 Fermeture autopoïétique, 59  
 Fiabilité, 88  
 Filiation, 154  
 Fonction, 33, 125, 127, 193  
 – conjugale, 157  
 – parentale, 157  
 Fratrie, 80, 84  
 Frontières, 95, 97, 98  
 Fusion moïque, 81

**G**

*Galverston Family Institute*, 62  
 Génogramme(s), 162, 212, 297  
 – paysager, 210, 211  
 – projectif, 210  
 – traditionnel, 209  
 Génome, 61  
 Glace sans tain, 206  
 Grands-parents, 156  
 Grève de la faim, 288  
 Groupe primaire, 129

**H**

Hasard, 55  
 Hétérarchie, 60  
 Historiogramme, 210–212  
 Homéostasie, 54  
 Homéostasie, 53, 61, 125, 300, 301  
 Homéostatique, équilibre, 152  
 Homosexualité, 281  
 Hospitalisation, alternatives à l', 169  
 Humour, 102, 274, 296  
 Hypnose, 73, 101

**I**

Identité, 134, 150, 295  
 – familiale, 160  
 Imaginaire, 193

– collectif, 216  
 – familial, 210  
 Inceste, 284  
 Inconscient(s)  
 – collectif, 128  
 – processus primaires, 105  
 Indécidabilité, 37  
 Individu(s), 60, 97, 112, 119, 121  
 Individualisme, 145  
 Inducteur, 205  
 Induction analogique, 224  
 Infanticides, 143  
 Information, 51, 204  
 Injonction(s)  
 – comportementales, 77  
 – paradoxale, 301  
 Intelligence artificielle, 51  
 Interaction(s), 53, 73, 128  
 Interprétation, 110, 111, 113, 171, 207  
 Intuition, 105  
 Isomorphisme, 192, 278, 301

**J**

Jeu  
 – de rôle, 212  
 – du rejet, 93

**L**

Langage, 69, 161, 207  
 Leadership, 155, 274, 286, 302  
 Légitimité, 88, 90  
 – constructive, 87  
 – destructrice, 87  
 Legs psychologique transgénérationnel, 151  
 Lien symbiotique, 273  
 Linguistique, 58  
*Live supervision*, 302  
 Livre des comptes, 89  
 Logique, 23  
 Loi  
 – de hiérarchie, 97  
 – des interdépendances, 97  
 Loyauté, 88, 90, 92, 157, 161, 175  
 – clivée, 156  
 – envers le père, 91  
 – horizontale, 91  
 – invisible, 91  
 Lune de miel, 137

**M**

- Maladie
  - émotive, 79
  - mentale, 69
- Maltraitance, 144, 227
- Manipulation, 100
- Mariage, 130, 131
  - second, 157, 202, 227
- Médecines douces, 168
- Mental Research Institute*, 101
- Méditation transcendantale, 168
- Mère schizophrénogène, 273
- Message, 72, 125, 300
  - multicontextuel, 302
- Métacommunication, 69, 72
- Métalangage, 36
- Métaphore, 128, 187, 204
- Métaxis, 223
- Milieu intérieur, 59
- Misonéisme, 201, 202, 247
- Modèle
  - bio-psycho-social, 57, 287
  - systémique, 3
- Moi, 94
- Morphogenèse, 61
- Morphostase, 61
- Mur invisible, 130
- Mythe(s), 60, 138, 161, 162, 183, 215, 216, 302, 304
  - du couple, 159
  - majeurs, 160, 217
  - mineurs, 160, 217
- Mythologie familiale, 159

**N**

- Naissance, 153
- Narcissisme, 160
- Narrowing*, 302
- Neuroleptiques, 277
- Neutralité, 188
- Névroses, 57
  - expérimentales, 37
- Nexus, 172
- Niche environnante, 59
- Niveaux logiques, 69
- Non-sommativité des éléments, 53
- Nous
  - amorphe, 81
  - différencié, 81
  - familial, 81

**O**

- Obésité, 282
- Observation participante, 38
- Organisation, 59
- Osmose, 223
- Output*, 302
- Outsider*, 82

**P**

- Paradoxe(s), 33–37, 69, 302
- Parent, 153, 154, 156
  - éloigné, 95
- Parenté, 145
- Parentification, 156, 302
- Pat de couple, 277
- Pater familias*, 143
- Patient-désigné, 54, 121, 123
- Pattern(s)
  - répétitifs à travers les générations, 212
  - transactionnel, 302
- Pensée égocentrique, 155
- Personnes âgées, 228
- Pervers sexuels, 183
- Perversions, 57
- Place(s), 199, 201
- Plexus, 172
- Politique de secteur, 169
- Ponctuation, 302
- Porteur du symptôme, 121, 122, 124
- Position
  - basse, 76, 106, 194, 195
  - haute, 195
- Pouvoir, 97, 134, 136, 193, 286
- Principe(s)
  - de la marge de manœuvre, 194
  - de non-sommativité, 119
  - thérapeutiques, 245
- Problème(s), 183, 186
- Processus, 122
- Profil de personnalité, 84
- Programme(s) officiel(s), 138, 140
- Projection familiale, 81, 83, 84, 276
- Provocation, 107, 186
- Pseudo-mutualité, 275, 303
- Psychanalyse, 182
- Psychodrame, 199, 208, 211, 212, 214, 221
  - familial, 107
- Psychologie
  - médicale, 186, 188
  - sociale, 182

Psychoses, 57  
 Psychothérapie  
 – de Carl Rogers, 182  
 – institutionnelle, 169  
 Puberté, 288

**Q**

Qualité émergente, 53, 119  
 Quantas, 55  
 Quark, 55  
 Questionnaire(s)  
 – informatif, 217  
 Questionnement, 76  
 Questions circulaires, 204

**R**

Réalité, 55, 110–113, 115, 138, 161  
 – familiale, 159  
 – psychique, 114  
 – relationnelle, 87  
 Recadrage, 77, 102, 127, 140, 195, 216, 250, 303  
 – thérapeutique, 261  
 Récepteur, 72  
 Redéfinition, 102  
 Réel, 193  
*Reflecting team*, 208  
 Refoulement, 120  
 Refus de la sexualité, 281  
 Règles, 217, 303  
 Regroupement familial, 145  
 Réification du symptôme, 127  
 Relation  
 – d'appui, 174  
 – d'objet, 93  
 – médecin-malade, 186, 187  
 Relativité, 55  
 Relaxation, 198  
 Réponse vicariante, 303  
 Réseau(x), 167, 170, 172, 174, 278  
 – arbre, 173  
 – distributeur, 173  
 – en étoile, 173  
 – maille, 173  
 – pôle, 173  
 – primaire, 171, 175  
 – relationnel, 235  
 – secondaire, 171  
 Résilience, 172, 295, 303  
 Résistance, 303

Résonance(s), 63, 190, 210, 246, 249, 299, 303  
 Responsabilité(s), 97, 114, 155, 214, 274  
 Restructuration, 99  
 Rétroaction, 51, 68, 97, 301  
 – négative, 54  
 Rétrocontrôle, 51, 53, 68  
 Réunion des parties, 108  
 Rêve(s), 105, 215, 274  
 Rituels, 140  
 Rôle, 212, 304  
 Roman familial, 212

**S**

Schisme conjugal, 275  
 Schizophrène(s), 34, 70, 105, 121, 170, 173, 175, 286  
 Schizophrénie, 57, 105, 271–273, 275, 276  
 Schizophrénique  
 – familles à transaction, 157  
 – pathologie de type, 71  
 Sculpture familiale, 214  
 Secret de famille, 304  
 Secteur psychiatrique, 169  
 Sens, 125, 127, 193  
 Sexualité, 281, 282, 284  
 Signifiant, 34  
 Simulation, 213  
 Singularités, 304  
 Sociométrie, 199  
 Solipsisme, 304  
 Solutions narratives, 204  
 Sous-systèmes, 97  
 Spatialisation des conflits, 214  
 Stabilité, 52  
 Structure, 59  
 – de la famille, 96, 127, 212  
 – dissipative, 56  
 Supervision(s), 191–193, 199, 206  
 Surloyauté, 158  
 Surmoi, 94  
 Surprotection maternelle, 272  
 Sur-référence, 36  
 Symbolique, 105, 193  
 Symptôme(s), 1, 52, 54, 75, 88, 100, 103, 104, 107, 120, 127, 128, 137, 159, 183–185, 300  
 – sens et fonction, 125  
 Syndrome de Télémaque, 162  
 Système(s)  
 – à finalité réflexive, 146

- à finalité transitive, 146
- autopoïétique, 60
- familial, 1
- hétéronome, 59
- ouverts, 52, 55, 57
- thérapeutique, 96, 304

**T**

- Table ronde, 200
- Tache aveugle, 135, 138
- Tâche(s)
  - devoirs, 100
  - domestiques, 135
- Technique
  - du faire semblant, 128
  - du texte participant, 206
- Territoire, 299
- Test(s), 217
  - de liberté, 218
- Théâtre-thérapie, 221
- Théorie(s)
  - de la relativité, 7
  - de l'autoréférence, 113, 299
  - de l'observation participante, 58
  - de l'oignon, 62, 119
  - des attracteurs étranges, 56
  - des catastrophes, 56
  - des cycles, 152
  - des jeux, 55
  - des systèmes familiaux de Murray Bowen, 79
  - des types (logiques), 36
  - du chaos, 56
- Thérapie(s), 77, 205
  - brève, 73
  - conjugale, 138

- contextuelle, 86
- de groupe bifocale, 276
- en collaboration, 195
- familiale, 1
  - - intergénérationnelle, 77
  - - scindée, 205
- institutionnelles, 7, 168
- par l'épreuve, 104
- stratégique, 74
- vidéo-systémique, 218
- Thermodynamique, 55, 57
- Tiers
  - absent, 200
  - pesant, 201
- Totalité du système, 52
- Transfert, 273
  - d'affects, 188
- Transmission transgénérationnelle, 78
- Triade rigide, 82, 155
- Triangle(s), 80, 86
  - d'angoisse, 83
  - imbriqués, 82
  - pervers, 82, 155, 194, 305
- Triangulation, 86, 155
- Types logiques, 36
- Typologies familiales, 148, 149

**V**

- Valeur critique, 56
- Vases communicants, 7
- Vérité, 110
- Victime, 71
- Vinculum*, 172

**Y**

- Yin Yang, 61

473529 – I – (1) – offset80 – Thomson

Elsevier Masson S.A.S  
62, rue Camille-Desmoulins  
92442 Issy-les-Moulineaux

Dépôt légal : février 2014

*Imprimé en Pologne par Dimograf*