

THERAPIE D'ORIENTATION SYSTEMIQUE

MARCO VANNOTTI, LUIGI ONNIS, MICHÈLE GENNART

jeudi 25 mai 2006 par [Vannotti Marco](#) , [Onnis Luigi](#)

Sommaire

- THERAPIE D'ORIENTATION SYSTEMIQUE
- 1. Contexte socio-historique
- 2. Concepts théoriques fondateurs
- 3. La santé et la pathologie psychiques
- 4. Objectif thérapeutique
- 5. Processus psychothérapeutique et techniques
- 6. Le rôle du psychothérapeute
- 8. Indications et contre-indications
- 9. Modifications de la méthode
- 10. Institutionnalisation de la méthode
- 11. Recherche sur le processus et les effets (...)
- 12. Formation
- 13. L'avenir de la méthode

THERAPIE D'ORIENTATION SYSTEMIQUE

Marco VANNOTTI, Luigi ONNIS, Michèle GENNART

[1]

1. Contexte socio-historique

La thérapie d'orientation systémique réside en une théorie et en une pratique psychothérapeutiques qui ont en propre de se centrer sur le système interpersonnel de l'homme souffrant.

Plongeant ses racines dans une réaction à l'individualisme que tout un courant psychanalytique très mentaliste ne cessait d'attiser, la psychothérapie d'orientation systémique est née de la tentative d'approcher le patient psychiatrique dans son contexte, et non dans son seul fonctionnement psychique.

Resituant le trouble mental dans le milieu de vie intersubjectif au sein duquel le patient le développe, elle a frayé la voie à de nouvelles perspectives thérapeutiques.

D'un point de vue historique, la famille a été le champ d'intervention premier et privilégié de la thérapie d'orientation systémique, au point qu'aujourd'hui encore, on l'appelle souvent de manière restrictive la « thérapie de famille ».

Ayant en propre de chercher à agir au niveau interpersonnel, cette orientation psychothérapeutique trouve cependant des possibilités d'application en différentes formes de collectivité humaine.

En soulignant l'attention que la psychothérapie systémique nourrit vis-à-vis des aspects relationnels de l'existence, l'on ne peut passer sous silence l'intérêt qu'elle a développé de manière conjointe, et récemment surtout, à l'égard des dimensions tout aussi essentielles que sont d'une part les particularités singulières irréductibles des sujets et, d'autre part, dessinant comme la toile de fond anonyme des relations, la culture et l'histoire des communautés.

Né aux Etats-Unis dans les années 1940 et connaissant dès les années 60 un certain foisonnement de tendances et d'écoles (cf. Elkaïm, 1995 ; Salem, 1987), le paradigme systémique a suscité intérêt et débats dans le champ de la psychiatrie, mais aussi des sciences humaines et sociales, et a donné lieu à une quantité impressionnante de travaux scientifiques. D'un point de vue historique, nous mentionnerons trois grands courants qui peuvent être considérés comme ses matrices culturelles.

1.1 La théorie des systèmes

La thérapie systémique est née dans le sillage de la révolution scientifique qui, dès la fin des années 1930, au départ de différentes disciplines, a mené à la remise en question du paradigme scientifique classique que l'on peut qualifier d'analytique réductionniste.

Face à la crise suscitée par l'éclatement des spécialités, ce mouvement de renouveau visait à instituer un paradigme qui soit propre à promouvoir le dialogue entre les sciences et, partant, l'évolution vers une compréhension plus intégrée de la réalité. Ce nouveau paradigme se nomma « théorie des systèmes ».

Son projet était, pour le résumer en une seule maxime, d'élaborer une méthode permettant d'étudier la complexité organisée -registre phénoménologique dont relèvent notamment tous les systèmes vivants.

1.2 La psychanalyse

Ayant pour la plupart été formés à l'école de la [psychanalyse](#), les pionniers de la thérapie systémique se sont amplement expliqués avec elle.

La psychanalyse freudienne s'est en effet intéressée aux constellations familiales et aux aspects de la civilisation susceptibles d'intervenir dans la genèse des problèmes psychopathologiques. Elle est pourtant restée ambivalente quant à l'importance à attribuer à ces influences. Sous sa forme classique, elle a toujours choisi de se focaliser sur la manière dont l'individu métabolisait ces motifs « externes » dans sa propre constitution psychique.

Après de nombreuses années d'opposition ouverte, nourrie aussi bien par l'antipsychanalyse étroit de Watzlawick que par l'antisystème tout aussi borné

de certains psychanalystes français, les courants psychanalytique et systémique tendent à reconnaître de part et d'autre leurs convergences ou du moins, leur possible complémentarité : d'un côté, l'importance du « monde intérieur » de l'individu, de la dynamique de ses représentations fantasmatiques et des émotions qui leur sont associées, de l'autre, la réalité interpersonnelle et sociale de cet individu, que concrétisent ses appartenances à de multiples groupes sociaux.

Dans l'étude de la dynamique des systèmes, la prise en compte de leur histoire, comme de celle des individus qui les composent (cf. l'apport de la « cybernétique de second ordre »), ainsi que la reconnaissance, du côté de la psychanalyse, de l'influence incontournable qu'exercent sur un individu ses appartenances actuelles à différents milieux de vie tout ceci a beaucoup contribué à un dialogue entre ces deux courants.

Pour une mise au point sur l'évolution et l'état actuel des relations entre ces deux approches, cf. Jacques Miermont, l'auteur qui les a sans doute le mieux étudiées (par exemple le Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques. Paris : Payot, 1987 ; ou Ecologie des liens : Essai. Paris : ESP, 1993). (N.D.)

Deux grands courants de la psychanalyse ont néanmoins influencé positivement les fondateurs de la thérapie systémique.

- Le premier relève de la psychanalyse d'enfant et de l'intérêt que ses pionniers (telle A. Freud) ont manifesté pour les relations familiales, signalant régulièrement les répercussions de certaines attitudes parentales sur l'évolution clinique de l'enfant.

A quelques exceptions près, le traitement psychanalytique restait néanmoins réservé au seul enfant.

- L'autre source à laquelle la thérapie systémique a puisé réside dans l'orientation culturaliste de la psychanalyse post-freudienne (Fromm, Sullivan).

Nourri par les développements de l'anthropologie sociale, ce courant a tenté d'orienter la psychanalyse vers une prise en considération plus rigoureuse des facteurs situationnels et culturels. Il a par ailleurs souligné le rôle majeur des relations interpersonnelles dans la formation de la personnalité, comme dans celle des troubles mentaux (3). Ce courant culturaliste n'a cependant pas débouché sur une pratique thérapeutique radicalement innovatrice. [2]

1.3. L'approche « écologique » de la maladie mentale

La nécessité éprouvée par les pionniers de la thérapie systémique d'expérimenter de nouvelles modalités de soins fut notamment alimentée par les échecs et les déceptions auxquels la psychiatrie se heurtait dans le traitement des patients

sévèrement perturbés (enfants et adultes) et ce, malgré les riches apports de la psychanalyse.

Confrontés en particulier aux difficultés de traitement des schizophrènes, certains praticiens, tels [Whitaker](#), [Bowen](#), [Jackson](#), [Haley](#), inspirés par les recherches de [Bateson](#) sur la communication (1972), expérimentèrent combien le comportement « insensé » de ces patients pouvait prendre sens si on le rapportait aux modalités communicatives particulières caractérisant la relation entre le patient et sa sphère d'appartenance constitutive, sa famille.

Ils développèrent ainsi une forme d'« anthropologie à domicile » où, pour la première fois, les formes de communication propres au contexte familial du sujet porteur de trouble psychiatrique étaient observées et décrites avec une précision et dans un esprit de recherche analogue, dans ses principes, à celui de la science éthologique alors émergente. Ils en vinrent ainsi à formuler leurs premières hypothèses quant au lien entre genèse et évolution des troubles psychopathologiques et fonctionnement des systèmes familiaux. [3]

2. Concepts théoriques fondateurs

2.1. La famille comme système

La thérapie de famille d'orientation systémique se fonde sur une appréhension spécifique de la famille en tant que [système](#).

La première idée de base du paradigme systémique est que rien, dans le règne du vivant, n'existe à l'état isolé. Toute unité vivante est un système complexe, analysable en sous-systèmes, et est elle-même la composante d'une unité plus large à laquelle elle participe activement et qui constitue son environnement.

Quant à la famille, elle se présente comme une forme d'organisation sociale spécifique qui se perpétue à travers le temps, tout en se renouvelant dans le cycle des naissances et des morts. Le lien familial se définit par deux paramètres fondamentaux : l'alliance et la filiation. Ces deux types de lien forment un entrelacs essentiel, tout en restant différenciés ; si le lien de l'alliance peut se défaire, le lien de filiation ne peut symboliquement s'interrompre.

Ces liens très spécifiques impliquent une dimension biologique (les « liens du sang »), un attachement affectif d'une intensité particulière, une communauté d'espace de vie (le « foyer », la « maison »), le partage et la transmission d'un « patrimoine » comportant des biens tant concrets que symboliques, dont le patronyme (cf. Salem, 1987).

La famille est enfin l'un des lieux d'ancrage les plus significatifs de la sexualité, sous sa double forme d'accomplissement et d'interdit.

Les structures de la famille sont certes fort hétérogènes, notamment en fonction des classes sociales d'appartenance, et elles continuent de se transformer (p. ex., dans les sociétés industrialisées, diminution importante de la natalité, augmentation significative des divorces et des familles recomposées, apparition du pacte civique de solidarité, descendance relayée par fécondation médicalement assistée, etc.).

Quels que soient ces changements, la famille n'a pas disparu en tant qu'entité douée d'une prégnance anthropologique et sociale forte. Elle reste la source à la fois des soutiens et des conflits, des solidarités et des violences les plus universels.

La famille se définit par ailleurs comme une communauté qui entretient un échange constitutif avec la communauté de vie plus large ou « l'éco-système » socio-culturel dans lequel elle s'inscrit ; un individu ne peut se développer, ni une famille se perpétuer, sans franchissement de ses limites propres et formation de nouvelles alliances.

La famille se présente donc à la fois comme partie prenante d'un contexte socio-culturel avec lequel elle échange -chacun de ses membres sur un mode différencié -et comme une réalité auto-délimitée, douée d'une certaine autonomie et d'un style propre, formé par les modalités d'interaction récurrentes de ses membres dans le cours d'une histoire commune.

L'affirmation d'une « identité » de la famille ne nous permet certes pas d'approcher celle-ci comme une réalité homogène. L'unité de la famille exige bien plutôt d'être pensée à la manière d'une « convivialité » d'éléments hétérogènes ; les individus et les sous-systèmes qui, par leurs lignes de différenciation et d'échange, sont structurants de la dynamique proprement familiale : couple conjugal, fratrie, membres féminins/masculins, etc. La famille peut encore se définir comme une organisation dont les règles de fonctionnement débordent essentiellement celles qui régissent les membres singuliers qui en font partie.

Approchée en son niveau de réalité systémique, la famille ne se réduit en effet pas à la simple « mise en commun » ou à la sommation des individualités qui la composent.

Tout comme l'individu est, dans sa propre intériorité psychique, débordé en tant que Moi par sa vie inconsciente, il est, en tant que membre d'un système familial, partie prenante d'une « vie de famille » au sein de laquelle il pense, ressent et agit sans être pleinement conscient ni avoir la maîtrise des règles, des a priori et des finalités, de nature familiale, qui le guident.

Les études sur les systèmes humains ont en effet permis de démontrer que les collectivités tendent à s'organiser en structures complexes dont les propriétés et les règles d'échange, non déductibles d'un principe de sommativité, procèdent d'une création ou d'une improvisation essentiellement intersubjective.

Ces propriétés relèvent de ce que l'on appelle les qualités émergentes d'un système (ainsi de « l'esprit » d'un groupe, de « l'atmosphère » d'une famille, etc.).

Un système humain se présente donc comme une invisible bâtisse relationnelle où le comportement du sujet singulier est largement fonction du style et de la dynamique d'ensemble des interactions à l'intérieur desquelles il prend place.

Durant les premières phases de la thérapie de famille, l'accent fut mis sur ce que l'on pourrait nommer le conditionnement systémique du comportement humain. Face à ce réductionnisme, de nouvelles tendances se sont rapidement dessinées. Ainsi, pour mieux intégrer l'aspect irréductible de l'initiative du sujet singulier aux règles systémiques de l'interaction, [Selvini-Palazzoli](#) (1988) et son équipe ont proposé de penser les relations à travers la métaphore du jeu. La notion de jeu familial a ainsi été avancée pour penser la dialectique entre des pôles à la fois opposés et complémentaires, tels que individu/système, règles/improvisation, coopération/conflit, autonomie/dépendance. Par sa référence à une dimension temporelle constitutive, la métaphore des « jeux familiaux » proposait également d'interroger quant à leur genèse les règles, d'allure quelquefois rigide, arbitraire ou insensée, qui gouvernent les interactions dans une famille, en cherchant à reconstruire la trame séquentielle de base par laquelle chacun a initialement improvisé, d'une façon alors pleine de sens, un schème de comportement par laquelle il tentait de parer à un « coup » ou à mouvement déstabilisant de l'autre.

Un autre courant s'est attaché à montrer que si, à un niveau comportemental, le fonctionnement d'un couple ou d'une famille peut se décrire en termes de patterns interactifs relativement redondants et typiques, ces collectivités se fondent en leur niveau de réalité proprement humain et, par le fait même, moins objectivable sur un absolu relationnel ([Ph. Caillé](#)) ou un niveau mythique (L. Onnis), qui constitue leur raison d'être et leur unicité.

Ces mythes familiaux -constellations complexes de motifs intra- et intergénérationnels - condensent un ensemble de représentations partagées, mais largement implicites, qui inscrit la famille dans une histoire et une éthique sans équivalent.

2.2 La dimension de l'attachement dans les relations familiales

La pensée systémique a toujours témoigné de l'intérêt pour les études éthologiques relatives aux compétences et aux régulations biologiques innées de la communication chez l'homme et chez l'animal.

Dans cette ligne, elle s'est notamment inspirée des recherches sur l'attachement, qui ont bien mis en évidence l'enjeu vital et émotionnel majeur des liens intersubjectifs. [Bowlby](#) a en effet montré combien le développement des enfants,

très dépendants au moment de la naissance, variait en fonction de la présence, de la défaillance ou de l'absence d'une figure d'attachement sûre.

L'attachement se réalise initialement à travers des formes de comportement complémentaires de la mère, du père et de l'enfant (Fivaz- Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001), où les parents garantissent la protection de l'enfant et le confirment dans son bon droit d'exister, d'éprouver des désirs et d'être lui-même aimé.

Les comportements réciproques d'attachement grâce auxquels l'enfant se sent protégé et entouré génère chez lui un sentiment de sécurité. Cette « base sûre » lui permet d'acquérir progressivement la capacité de se différencier, d'explorer de nouveaux espaces et de nouveaux liens, et de supporter sans dommages irrémédiables les épreuves de séparation, de perte ou d'agression auxquelles il est confronté.

Dans nos sociétés, les parents sont ainsi investis d'un devoir de soin, de protection et d'éducation qui garantit la croissance de leurs enfants. L'enfant lui-même perçoit son propre besoin de protection ; il sait que sans la présence d'une figure protectrice, il ne peut pas grandir.

Or, si celle-ci ne remplit pas suffisamment sa tâche, l'enfant peut en venir à adopter lui-même un comportement complémentaire de protection de ses propres parents - comportement que l'on qualifie de « réparateur ».

La pratique de la thérapie de famille montre que les enfants se sentent souvent fortement sollicités à réparer leurs parents, si ceux-ci sont malades ou psychologiquement vulnérables. Particulièrement sensibles à leur blessure, ils se sentent obligés de les « soigner », souvent sans que ceux-ci s'en aperçoivent le moins du monde, tout en pressentant que, dans la situation où ils se trouvent, ils ne peuvent rien demander directement pour eux-mêmes.

On parle alors de [parentification](#) de l'enfant.

2.3. La dimension éthique des relations

Dans une collectivité, la notion d'échange (échange de gestes, de biens, d'émotions, de significations, etc.) est essentielle pour comprendre le développement et la destinée de l'individu et du groupe luimême.

[Boszorményi-Nagy](#) (1986), en particulier, a montré combien il importe de tenir compte de la question de la justice et de l'injustice dans les relations fondatrices pour comprendre la souffrance mentale et élaborer les stratégies thérapeutiques les plus appropriées.

D'après lui, seul le respect d'un principe éthique d'équité et de réciprocité dans les échanges constitue le ciment de toute relation proche et permet de maintenir ou de restaurer la confiance entre les membres d'une famille, à travers différentes générations. De fait, si les parents donnent aux enfants, les enfants, eux aussi, donnent et cherchent à combler, de façon parfois détournée, les générations dont ils sont issus. Le jeu subtil de la reconnaissance exprimée et du sentiment d'être en règle par rapport à ce que l'on doit donner et recevoir joue un rôle important dans la fiabilité des relations. A l'inverse, les entorses aux règles de l'échange peuvent engendrer d'importantes souffrances et alimenter d'obscurs sentiments d'injustice qui débouchent sur des désirs de vengeance ou d'autodestruction.

3. La santé et la pathologie psychiques

Dans le domaine de la santé mentale, l'épistémologie systémique s'est opposée à la tendance consistant à cristalliser la souffrance et la maladie sous la forme d'entités morbides internes à l'individu.

Suivant son optique, un trouble du comportement ou un dysfonctionnement psychologique ne peut être abstrait du contexte relationnel dans lequel le patient s'inscrit, ni de l'expérience vécue que celui-ci a de sa situation.

La mise en évidence de la dimension sociale constitutive des troubles psychiatriques a certes débouché sur des positions extrêmes, telle celle de l'anti-psychiatrie qui en vint à proclamer que la folie n'existe pas. Le poids de la souffrance psychique et relationnelle s'accommode aussi mal d'une telle proclamation que de la réduction exclusive de la souffrance à des catégories psychopathologiques.

La compréhension du symptôme sur laquelle se fonde la thérapie d'orientation systémique a évolué et s'est complexifiée ; nous pouvons la présenter en cinq étapes.

1. L'observation de base a porté sur le fait que le symptôme s'insère dans une séquence communicationnelle redondante, où certains comportements déterminés le précèdent et le suivent. Le symptôme est ainsi apparu comme ayant lui-même le statut d'un comportement qui émerge et prend forme dans l'horizon d'une interaction. Il ne peut dès lors dégager son sens que si l'on décode l'ensemble des interactions et du contexte de significations à l'intérieur desquels il apparaît. Dans son texte innovateur intitulé *Vers une théorie de la schizophrénie* (1956, in Bateson, 1972), [Bateson](#) donne l'exemple d'un jeune homme sortant d'une poussée aiguë de schizophrénie à qui sa mère vient rendre visite à l'hôpital ; tandis qu'il est heureux de la revoir, il dépose son bras autour de son cou, celle-ci se raidit. Le jeune homme retire aussitôt son bras. Sa mère lui demande s'il ne l'aime plus, puis, tandis qu'il rougit, poursuit en lui disant qu'il ne devrait pas être effrayé par ses sentiments. Débordé par la confusion et n'y tenant plus, le fils la quitte rapidement et succombe à une crise d'agressivité clastique vis-à-vis d'un infirmier. Une telle explosion ne peut se

comprendre si on ne la relie pas à l'impasse qui la précède -situation affectivement intense, mais sans aucune issue, que Bateson analyse sous le terme de double-bind (double-lien ou doublecontrainte paradoxale).

Une telle voie d'accès au symptôme relativise assurément les notions de normal et de pathologique, en tant qu'attributs d'un individu ou d'une « personnalité », et tend à les approcher comme les qualités d'un système interpersonnel.

Certes, dans la période initiale de l'histoire de la thérapie systémique, l'on a été tenté de déplacer la « cause » de la maladie de l'individu à la famille ; le sujet symptomatique a été considéré comme celui à qui incombait la responsabilité funeste d'incarner le malaise émanant d'un système familial dysfonctionnel. Sa qualification de « patient désigné » a pu suggérer qu'il était le porteur innocent et victimisé du dysfonctionnement de la famille, cette dernière étant considérée, suivant un nouveau principe de causalité linéaire, comme le véritable facteur pathogène.

2. Par la suite, l'on a davantage mis l'accent sur l'ambiguïté interne du symptôme. Sous l'un de ses aspects, il apparaît comme une tentative douloureuse et obscure de mettre en discussion les règles dysfonctionnelles d'un système interpersonnel et, en ce sens, comme l'expression d'une exigence de changement. Sous l'autre aspect, il renforce la production répétitive des solutions usuelles qui se sont déjà largement avérées inappropriées ; à ce titre, il entrave l'évolution des différents membres de la famille suivant les conditions changeantes de leur cycle évolutif.

Ainsi, si nous reprenons l'exemple précédent, l'on peut dire que le jeune homme est mis en crise par la double injonction de sa mère, qui exige à la fois de lui qu'il l'aime et qu'il ne lui fasse pas sentir qu'il l'aime, tout en exprimant de telles requêtes contradictoires à travers une lecture personnelle et projective de ses comportements et sentiments à lui, plutôt qu'en son propre nom.

Mais, dans la confusion où il se trouve, au lieu de renvoyer à sa mère le message irrecevable qu'elle lui adresse -soit en le commentant, ce qui supposerait qu'il puisse s'en extraire un tant soit peu et accéder à un espace de « méta-communication », soit en s'en prenant à son tour à elle en sorte de lui manifester à tout le moins le mal qu'elle lui fait-il attaque un tiers de façon « insensée », confirmant ainsi involontairement qu'il serait une personne « aliénée », étrangère à ses propres sentiments et incapable d'autonomie, qu'une mère aimante a toutes les raisons de garder sous son aile comme un petit à protéger et à « aider » dans sa compréhension de soi.

Cette implication active du patient dans le « jeu » ou le drame familial, ainsi que la signification double et ambivalente du symptôme, nous invitent à dépasser l'idée d'une causalité linéaire réductrice selon laquelle la famille serait responsable, voire coupable de la maladie du patient. Il n'y a là ni victimes, ni personnes

« pathogènes » ; tous coopèrent au maintien d'une situation dysfonctionnelle et tous sont piégés dans les mailles d'une même souffrance.

3. Pour dénouer ou mobiliser en un sens constructeur les contradictions internes du symptôme, l'approche systémique a ressenti toujours plus vivement la nécessité de resituer celui-ci dans un mouvement d'ensemble diachronique : l'histoire de la famille, à l'intérieur de laquelle on pouvait lui reconnaître une position-clé.

Le dialogue avec les paradigmes évolutifs a constitué à cet égard un apport important. Les thérapeutes d'orientation systémique ont ainsi tenté de reconnaître au symptôme et à son exacerbation génératrice de crise -crise qui, le plus souvent, motive la famille à consulter -un sens pleinement évolutif.

La crise est alors apparue comme une situation particulièrement féconde : comme un moment de haute instabilité au départ- duquel un réel changement structurel devenait possible, pour autant que le système humain en question -individu, famille... -bénéficie d'un cadre ou de circonstances suffisamment protecteurs pour tenter la mutation.

4. Dans le domaine de la thérapie familiale, plusieurs auteurs ont essayé de trouver des critères permettant de cerner les styles familiaux fonctionnels et dysfonctionnels. De nombreux critères ont été évoqués, relatifs aux troubles de la communication, aux limites endo- et péri-familiales, à la dialectique individuation-appartenance, etc. (cf. Salem, 1987).

Le regard du thérapeute demeure certes déterminant dans l'appréciation de ces critères. Quoiqu'il en soit, le fonctionnement « sain » d'un sujet ne se définit aucunement par une absence de souffrance, de ruptures ou de crises, mais par sa capacité à s'engager, avec l'autre, dans une histoire où il puisse lui-même, en tant que soi, se reconnaître en chemin et modifier son propre équilibre, fût-ce au travers d'états instables, dans le sens d'une évolution.

Il semble dès lors, comme le souligne Kaufmann (1983), que les systèmes humains doivent, pour préserver la santé de leurs membres, présenter d'une part une stabilité et une cohérence internes qui soient aptes à fournir des points de repère et d'identification, favorisant ainsi le sentiment d'appartenance et de responsabilité ; et, d'autre part, une certaine flexibilité des règles de fonctionnement, qui permette la différenciation des personnes et la transformation historique de la collectivité elle-même.

5. Qu'il s'agisse de comprendre la pathogenèse ou d'élaborer un projet de traitement, la thérapie systémique tend aujourd'hui à se référer à un paradigme de la complexité (Morin, 1990 ; Onnis, 1985) où les dimensions de la condition humaine constitutives de la santé et de la maladie -fonctionnement biologique, processus psychodynamiques et intersubjectifs, environnement -sont considérés non comme

des entités extérieures l'une à l'autre, voire mutuellement exclusives, mais comme essentiellement complémentaires.

Suivant la métaphore de Morin inspirée du terme latin de *complexus*, ces dimensions seraient tissées entre elles comme les fils d'une trame, tout en gardant une certaine autonomie ou une texture propre. Le paradigme de la complexité permet ainsi de dépasser la logique disjonctive de type soit/soit -où la psychogenèse est opposée à l'organogenèse dans un conflit que le psychiatre et psychanalyste J. Schotte (1990) qualifie à juste titre d'étio-idéo-logique(5) -au bénéfice d'une logique des articulations dialectiques de type aussi bien... que.

Cette transformation dans l'épistémologie systémique a permis de nouvelles formes d'investigation et de traitement qui paraissent particulièrement fécondes (Onnis, 1985).

[4] Pendant de nombreuses années, la thérapie systémique a refusé de recourir aux catégories psychopathologiques classiques et à la notion même de diagnostic. Cette protestation, si elle avait quelques bonnes raisons d'être, ne se justifie plus aujourd'hui dans toute sa radicalité. Dans une optique constructiviste, il importe certes de reconnaître que la position d'un diagnostic -qui, en psychiatrie, ne peut que très rarement s'opérer abstraction faite de la rencontre clinique -s'inscrit dans un cadre à dimension interactionnelle irréductible.

En outre, la construction sociale du normal et du pathologique qui sous-tend les critères de classification de la psychopathologie est un processus complexe qui dépasse le domaine de la psychiatrie et met en jeu l'ensemble de la culture contemporaine.

S'interroger sur la nature même du « trouble psychique » et chercher à cerner ses grandes formes reste néanmoins une démarche importante.

Mais il importe que les catégories diagnostiques aident à comprendre la souffrance particulière en jeu en chacun des troubles retenus, en ce qu'elle a de trans-sujetif et de typique (notamment quant à sa curabilité).

En somme, le diagnostic psychopathologique est une construction, mais comme tel, il se réfère à une réalité. Négliger cette réalité implique des pertes immenses, en particulier quant à la possibilité de recourir à des approches thérapeutiques spécifiques dont la pertinence est éprouvée.

4. Objectif thérapeutique

La finalité de la thérapie systémique pourrait être décrite comme étant celle de comprendre la souffrance et d'y participer, dans la dimension présenteielle de la

rencontre, afin de promouvoir un changement correspondant à un mieux-être pour le système soigné(Vannotti & Célis-Gennart, 1998).

Dans le traitement des familles, en particulier, l'intervention vise au développement d'une modification d'ensemble des émotions, des cognitions et des comportements, qui favorise l'apprentissage de nouveaux savoirs relationnels implicites (Stem, & coll., 1998). Le patient symptomatique, en d'autres termes, n'est pas le seul à devoir changer pour qu'une guérison ou un soulagement adviennent.

Au respect et à l'attention pour la souffrance individuelle, l'on associe la tentative d'intégrer celle-ci au sein du malaise collectif de la sphère d'appartenance du patient en utilisant des modalités d'intervention qui sont directement orientées vers l'ensemble complexe des relations interpersonnelles.

L'objectif qui guide le parcours du traitement reflète tacitement la rencontre entre la demande de changement du client (individu, couple, famille ou autre forme de collectivité) et les finalités que le thérapeute s'assigne sur la base de ses mandats, de son modèle de référence et de ses propres a priori éthiques.

La demande de l'individu vise souvent à pallier sa propre souffrance immédiate -liée à la rupture d'un équilibre préexistant, à un vide qui est venu se créer dans sa sphère d'appartenance, à un conflit devenu insupportable, à l'épreuve d'un événement adverse ou aux traumatismes et violences qu'il endure ou a endurés. Oppressé par le poids de la souffrance, il ne perçoit pas toujours son origine et n'a pas non plus l'idée du changement qu'il lui faudrait opérer pour la soulager.

Quant à la demande du groupe familial, elle vise souvent à préserver ou à restaurer au maximum sa cohérence interne en vue de son auto-protection. Qui, en définitive, décide des objectifs ? L'éthique qui sous-tend la relation clinique implique en fait une négociation continuellement renouvelée entre la visée du thérapeute, celle de la famille -pour peu qu'une visée commune ait pris forme -et celles de chacun de ses membres. Une telle confrontation exige bien sûr une relative stabilité du cadre thérapeutique. Citons l'exemple de la famille Sor, dont les parents consultent en raison des troubles du comportement de leurs deux enfants adolescents. Le père, Marius (48 ans), souffre d'une insuffisance rénale chronique depuis son jeune âge ; comme adolescent, il a été traité par une hémodialyse qu'il a vécue de manière particulièrement traumatique, puis a été soumis à une greffe rénale qu'il a bien tolérée pendant 18 ans. Il y a trois ans, il fit soudainement un rejet- période au cours de laquelle la famille entière traversa une crise importante. Les suites médicales et psychosociales de ce rejet furent si éprouvantes, et la dégradation physique et mentale due à l'insuffisance rénale, si importante que Marius décida « d'arrêter les frais », de ne plus se soigner et de se laisser mourir ; il ne voulait en effet pas revivre les traumatismes subis dans son adolescence. Il rapporte avoir pris cette décision avec l'accord de sa femme Nelly, de sa fille alors âgée de 14 ans et de son fils de 10 ans. Après quelques semaines passées dans un centre de soins

palliatifs, Marius revint sur sa décision et un nouveau programme de dialyse fut mis en place. Si l'état de santé de Marius se stabilisa, les deux enfants commencèrent, dans les mois qui suivirent, à présenter des troubles du comportement de plus en plus marqués, et de sérieux conflits surgirent, motivant les parents à demander une thérapie. Sur la base de ce récit, les thérapeutes firent l'hypothèse que, même si tel n'était pas le « problème » amené de la famille, il importait d'aborder la souffrance que la maladie avait induite non seulement chez Marius, mais aussi, de façon différenciée, chez chacun de ses proches. En particulier, le chagrin et la révolte des enfants, liés à l'anticipation de la mort du père par « suicide passif », ont été mis en lumière, car ils avaient été largement escamotés par tous. L'on aborda aussi l'idée que demander à ses proches la permission de se laisser mourir relève moins de leur respect que d'une décharge sur eux de sa propre angoisse et de son indécision. Si la thérapie put, au bout de quelques mois, se montrer efficace, ce fut notamment grâce au va-et-vient qui fut opéré entre la demande initiale des consultants (« soigner les enfants ») et l'hypothèse de travail des thérapeutes, qui impliquait la reconnaissance de la souffrance et de la révolte cachées liées à la maladie du père, à son désir de mort et à l'anticipation du deuil.

L'élaboration du projet thérapeutique implique donc que ceux qui y prennent part commencent par coconstruire une lecture de la situation, en en dégageant les émotions et en retrouvant l'histoire qui s'incarne dans le présent douloureux. A partir d'un sens ainsi dégagé, il s'agit de favoriser de nouvelles expériences émotionnelles et relationnelles entre les membres du système familial, et entre ceux-ci et le thérapeute, qui permettent d'inventer des modalités de comportement alternatives.

La co-construction des finalités du traitement implique que celles-ci soient progressivement identifiées au cours du processus ou qu'elles se modifient même quelquefois en fonction de la lecture de la situation qui s'opère en commun.

Cette co-construction prend la forme d'un processus thérapeutique partagé lorsqu'elle permet à la famille et au thérapeute de coopérer dans le cadre de leur rencontre en alliant, voire en renforçant leurs compétences respectives.

Dans cette optique, la thérapie s'articule autour d'échanges qui ont pour but d'atteindre un niveau majorant pour les clients et pour le thérapeute.

Piaget qualifie un échange de « majorant » lorsque, après l'échange, chacun se trouve à un niveau de fonctionnement supérieur. Ainsi, la souffrance qui a initialement motivé la thérapie peut trouver un sens dans la transformation majorante, forcément différenciée, qu'elle induit chez les clients et les thérapeutes.

5. Processus psychothérapeutique et techniques

Nous proposons de présenter quelques grandes étapes du processus thérapeutique, tout en insistant sur le fait qu'elles ne sont pas strictement sérielles, mais sont à comprendre comme des dimensions coconstitutives du processus ou, pour le thérapeute, comme des axes d'action qui, tour à tour, sont mobilisés ou avancés en première ligne. Nous mentionnerons conjointement les techniques qui favorisent le processus thérapeutique, en ayant à coeur de distinguer les techniques du processus lui-même.

Avant de définir le cadre, il convient de souligner que les clients doivent eux aussi légitimer le thérapeute à commencer son intervention. Une exploration des bonnes raisons que l'individu ou la famille ont de venir ou de ne pas venir en thérapie devrait précéder -et non suivre -l'attention au contenu de la demande (Tilmans-Ostyn, 1987).

Qui autorise les personnes à consulter ? Qui s'y oppose ? Quels sont les conflits de loyauté auxquels elles sont confrontées et qui peuvent être à l'origine d'échecs thérapeutiques antérieurs ?

5.1. Définition du cadre Le cadre de la thérapie systémique peut accueillir une famille, un couple, un individu seul ou un réseau (dans un contexte institutionnel, p. ex., l'ensemble des personnes significatives concernées par un patient gravement symptomatique).

En règle générale, c'est la situation et le processus eux-mêmes qui guident les propositions du thérapeute quant au cadre et quant à ses éventuelles modifications en cours du traitement. Ainsi, lors de la thérapie individuelle d'un jeune homme souffrant d'une relation très problématique avec son père, le thérapeute décida, au bout de quatre années, de convier le père et le fils à une consultation commune. Une seule séance de ce type fut nécessaire et suffisante pour amorcer chez le jeune homme un processus de deuil face aux attentes irréalistes qu'il nourrissait à l'égard de son père et, paradoxalement, pour améliorer leur relation.

Que le cadre accueille une, deux ou plusieurs personnes, la thérapie systémique implique, à titre de facteur curatif essentiel, un travail sur soi : il importe que chaque client puisse reprendre son histoire pour clarifier comment certains de ses aspects prégnants continuent à interférer dans ses difficultés actuelles et pour opérer d'éventuels nouveaux choix, plus bénéfiques pour lui.

Cependant, si le travail sur soi se présente comme une dimension incontournable de la thérapie systémique, l'expérience montre qu'il est souvent nécessaire que le sujet soit confronté en vif aux protagonistes de son histoire pour véritablement « comprendre autrement » et « se conduire autrement ».

Une confrontation intersubjective réelle permet en effet une perception moins centrée sur le moi -et en ce sens moins projective -de la conduite présente et passée

des autres membres du système interpersonnel. Ainsi, le fait d'avoir en co-présence les membres d'une famille a l'avantage d'offrir la possibilité à chacun d'exposer sa perception de la situation, sa mémoire singulière des faits, ses attentes, tout en transmettant les émotions qui s'y rattachent, d'entendre et de reconnaître la perception de chacun de ses proches et de se réorienter en fonction d'un tel partage intersubjectif.

Le thérapeute est fondamentalement un activateur de ce processus -les liens intra-familiaux étant considérés comme bien plus importants que le lien entre client(s) et thérapeutes. [5] Le « travail sur soi », puisque c'est de cela dont il s'agit aussi pour les auteurs, ne s'opère pas à partir de la production fantasmatique dans l'acte langagier, comme le thématiserait la psychanalyse freudienne, mais de la reconnaissance mutuelle que s'échangent les partenaires d'une interaction.

L'appropriation de soi peut donc se réaliser à l'aide de logiques thérapeutiques différentes. Même dans le dispositif d'une thérapie individuelle d'orientation systémique, la confrontation subjective est un des leviers thérapeutiques important.

Elle peut s'opérer in absentia des membres de la famille, ou réellement avec eux, en dehors de l'espace thérapeutique, mais préparée en son sein. A ce sujet, on se référera à l'article saisissant de M. Bowen qui décrit son travail itinérant auprès des membres de sa propre famille, dispersée dans les quatre coins des USA (cf. Anonymous, « A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille). Trad. franç. Thérapie familiale, 1992,15,99-148). (N.D.)

Technique : définition du cadre et modification de celui-ci en fonction du processus et des finalités du traitement.

5.2. Formulation d'hypothèses

Dans leur article de 1980, Selvini-Palazzoli et coll. insistent sur la nécessité pour le thérapeute d'élaborer précocement des hypothèses de travail, basées sur les premières informations qu'il recueille, afin d'orienter l'investigation et l'intervention. De telles hypothèses ne sont a priori ni vraies, ni fausses, mais, de par leur caractère potentiellement « révélateur », s'avèrent plus ou moins mobilisatrices de changement pour le patient ou la famille. Les hypothèses du thérapeute seront d'ailleurs confrontées de manière dialectique à l'auto-compréhension de la famille elle-même, à laquelle il prêter une égale importance.

Les hypothèses se construisent en général sur une triple base :

1) les théories de référence et l'expérience clinique du thérapeute ;

2) la prise en considération de l'ensemble des informations livrées par les clients ou, dans certains cas, par le réseau (p. ex. le constat d'une négligence parentale par l'assistante sociale) ;

3) la tentative d'articuler de tels faits avec l'histoire transgénérationnelle dans laquelle les clients s'inscrivent.

Il est évident que plusieurs hypothèses peuvent se révéler pertinentes et que les thérapeutes doivent être prêts à rejeter celle qu'ils ont retenue si elle ne fait pas sens ou ne suscite aucun « accrochage » chez les clients. La nature même de la situation clinique -comme rencontre d'hommes, de femmes, qui sont « nos semblables » -nous invite en effet à une attitude modeste, critique, voire irrévérencieuse à l'égard des modèles pré-établis qui guident nos hypothèses.

Mais une telle irrévérence ne signifie pas que l'on puisse se passer de théorie.

L'hypothétisation permet en l'occurrence de construire progressivement avec les clients une esquisse de compréhension de la souffrance qu'ils traversent, de projeter un objectif thérapeutique et d'évaluer, en fonction de celui-ci, le cours parfois mouvementé du cheminement thérapeutique.

Technique : formulation et mise à l'épreuve d'hypothèses.

5.3. Alliance thérapeutique

La thérapie systémique se conçoit comme un processus où thérapeute et clients sont engagés ensemble sur un mode co-évolutif. Un tel mouvement commun suppose une alliance de travail. Celle-ci suppose un accordage affectif, mais aussi une négociation constante de perspectives contrastées.

[Duru](#) (1994) suggère de définir l'alliance comme le processus interactionnel par lequel client et thérapeute « expriment cognitivement et affectivement, ainsi qu'au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement ».

La notion de désaccord apparaît ainsi comme constitutive de l'alliance ; un investissement mutuel dans un travail thérapeutique n'est en effet possible que si les protagonistes en cause peuvent expliciter leurs divergences et négocier les règles mêmes de l'échange, qui se réfèrent aussi bien à la demande du(es) client(s) et à la visée de son mieux-être qu'aux principes et aux exigences (notamment financières) du thérapeute. Un consensus à ce niveau est indispensable à l'édification de la confiance mutuelle requise par la thérapie.

L'accordage affectif joue par ailleurs un rôle fondamental dans l'alliance thérapeutique, telle qu'elle ne cesse de se rejouer tout au long du traitement. Or, ce

dernier est modulé non seulement par l'échange verbal, mais aussi -et pour une large part -par la communication infra-langagière (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001).

Pour s'accorder affectivement à ses clients, le thérapeute doit tout d'abord pouvoir reconnaître les moments où il est lui-même en train de partager avec eux un état émotionnel prégnant. Il est ainsi amené à tenir compte de son propre flux émotionnel, dont une couche relève de la rencontre clinique et des événements qui la scandent, et l'autre, des « résonances » que cette situation éveille dans l'horizon de sa propre histoire intérieure. Il importe par ailleurs qu'il sache reconnaître les manifestations cliniques d'un état émotionnel marquant chez le consultant, même si celui-ci ne le verbalise pas spontanément, et qu'il puisse l'amener avec tact à qualifier ce vécu émotionnel, tout comme le contexte événementiel et signifiant auquel il se rattache.

Il importe que l'émotion ainsi amenée à l'expression soit légitimée par le thérapeute et reconnue dans son bien-fondé en fonction du contexte et de l'histoire du patient. Cette relation de personne à personne, où les partenaires s'accordent sur les émotions, sur leur prégnance pathique signifiante et sur leur légitimité, constitue à nos yeux l'aspect le plus profond de l'alliance thérapeutique.

Technique : investissement mutuel du patient et du thérapeute dans l'échange, suivant leur rôle spécifique ; travail d'élaboration et de légitimation des émotions.

5.4. Partialité multidirectionnelle

Le thérapeute d'orientation systémique a pour tâche de viser au mieux-être, non d'une seule personne, mais d'une collectivité de vie dont les différents membres ont le plus souvent des attentes contrastées et où la souffrance de chacun implique profondément l'attitude des autres. Le thérapeute ne peut dès lors se permettre de prendre le parti de certains -ou, dans un cadre individuel, de s'aligner unilatéralement aux côtés du patient -au détriment des autres, qui seraient par exemple tenus pour responsables du malheur des premiers.

Suivant la perspective éthique qui lui est propre, la thérapie d'orientation systémique vise un mieux-être « qui est profitable à toutes les personnes concernées, qu'elles soient physiquement dans la thérapie ou non [...] » (Guntem, 1986) en sorte qu'une amélioration pour l'un des protagonistes ne signifie pas par principe une perte pour les autres. Dans cette ligne, le thérapeute sera attentif aussi bien aux souffrances et aux aspirations propres de chacun qu'aux responsabilités qui lui incombent par rapport aux autres membres de sa sphère d'appartenance. [6]

Pour la clarté des trois arguments qui vont suivre, nous définirons brièvement l'éthique comme la science qui concerne les régulations des comportements de

l'homme, et en particulier de ses relations, régulations qui doivent garantir à tout individu sa reconnaissance et sa valeur d'être humain aspirant au bonheur.

- Premièrement, l'insistance de l'approche systémique sur les relations entre les individus, celles-ci comprises aussi bien dans leur valeur pragmatique et existentielle, que dans leur portée communicationnelle, invite particulièrement le thérapeute à s'interroger sur la place et le rôle que tout acteur social peut avoir dans une relation. Dans ce sens, le modèle de Boszormenyi- Nagy, thérapeute de famille d'origine hongroise, est central (cf. supra, section 2.3). Pour lui l'autonomie de l'individu ne s'acquiert que dans le cadre d'une relation Je-Tu, relation de confiance d'ordre éthique, basée sur l'équité et la réciprocité.
- Deuxièmement, la prise en compte de la nature intrinsèquement sociale de l'identité de l'homme -que l'on parle en termes d'écosystème ou d'appartenance -interdit la conception d'un projet individualiste de l'existence en société. La dénonciation régulière par Bateson de la démesure (hybris), véhiculée par le projet de la techno- science, mérite ici d'être rappelée.

Enfin, la cybernétique de second ordre, avec son a priori **constructiviste** et en fonction de l'indéterminisme qu'elle place, au nom de la complexité, au coeur de chaque système vivant évolutif, rappellera constamment que c'est le propre du destin de l'homme, ayant renoncé à un modèle déterministe, d'être confronté à la réalité du choix. Pour le développement de ces thématiques, cf. Y. Rey, & B. Prieur : *Systèmes, éthique. Perspectives en thérapie familiale*. Paris : ESF, 1991. (N.D.)

Le concept de partialité multidirectionnelle forgé par Boszormenyi-Nagy désigne cette modalité d'alliance particulière par laquelle le thérapeute cherche à prendre tour à tour le parti de chacun. Il adressera dès lors son effort de compréhension et son empathie aux différents membres du système concerné et encouragera chacun à faire entendre sa position, tout en prenant en considération les implications qu'elle comporte pour les autres.

5.5. Eclairer et travailler la dimension éthique des relations

Si l'échange réciproque nourrit les liens familiaux, la souffrance naît souvent, dans les styles familiaux dysfonctionnels, de la méconnaissance des actions, dons ou sacrifices consentis par les uns en faveur des autres. Une telle méconnaissance laisse l'échange dans la dimension du virtuel et ne permet pas sa transformation en un échange réel (Piaget, 1946).

La thérapie vise alors à tirer au jour les comportements méritoires accomplis par les uns en faveur des autres, mais qui ont pu rester cachés sous le couvert de symptômes ou de conduites autodestructrices.

Elle vise par ailleurs à rendre explicites les comportements de vengeance -étape nécessaire pour pouvoir ré-instaurer un contexte de coopération et d'échange

fécond. Pour promouvoir le passage du virtuel au réel, le thérapeute s'intéresse en premier lieu à la pragmatique des échanges, en recourant notamment à la prescription. Tant que les dettes et les créances demeurent virtuelles, elles ne peuvent en effet se résoudre ni au niveau symbolique de la représentation, ni dans les actions du sujet (Vannotti & Real, 1990).

La thérapie travaille donc à la fois sur la représentation et sur le « faire » (8), ce dernier étant, d'un point de vue psychogénétique, le préliminaire indispensable de l'acte de se représenter. (8) C'est l'occasion de mentionner, parmi les nombreuses écoles de thérapie **systemique** existantes, des voies thérapeutiques plus centrées sur le « faire » que sur les représentations : par exemple, l'approche interactionniste brève selon Watzlawick, l'approche structurale selon Minuchin, l'approche stratégique selon Haley. (N.D.)

Technique : les différents types de prescription (cf. Miermont, 2001).

5.6. Resituer le système familial dans son histoire transgénérationnelle

L'attention que la thérapie d'orientation systémique accorde aux structures interpersonnelles concerne aussi bien les relations actuelles entre les différents membres du système concerné que la trame des relations constitutives qui ont marqué les origines et l'itinéraire de vie de chacun d'eux. Le travail se déroule ainsi sur un axe à la fois synchronique et diachronique.

On considère en effet, à titre de facteur curatif essentiel, la reconstruction de l'évolution des relations dans le temps -et cela non dans le seul temps de la vie des sujets, mais à travers les générations. Selvini-Palazzoli et coll. (1988), en particulier, considèrent qu'il est nécessaire, pour comprendre un symptôme et la souffrance dans laquelle il s'inscrit, de se mouvoir dans une perspective trigénérationnelle.

A cet égard, les thérapeutes d'orientation systémique accordent une grande importance à l'élaboration de la généalogie et à sa transcription sous la forme d'un génogramme. Une histoire familiale recèle en effet toujours des zones d'ombre ou de silence dont ses membres ne parlent pas spontanément. Le génogramme fournit une trame qui permet de situer ces zones et, progressivement, de les travailler.

Il peut être approché en ce sens comme une « géographie » de l'inconscient familial ; celle-ci n'équivaut pas au terrain lui-même, mais permet au thérapeute de s'orienter et, à la limite, de guider les clients vers les complexes les plus significatifs de leur histoire intérieure. Le génogramme permet en outre de repérer, à travers les générations, des constantes à allure de fatalité et contribue, si celles-ci sont élaborées, à prévenir le cycle de leur répétition. Il permet enfin de donner un sens à ce qui, dans une perspective strictement synchronique, peut apparaître comme une « solution » absurde, arbitraire ou terriblement coûteuse.

Technique : génogramme ; reconstruction de l'histoire par la technique narrative.

5.7. Elucider la souffrance

La souffrance vécue par chaque membre d'une famille demeure souvent cachée et méconnue. Il peut s'agir d'une souffrance due à des négligences, à de la violence ou à une absence de soutien à l'intérieur du système familial.

Cette souffrance reporte les difficultés qui ont été vécues par les parents, en tant qu'enfants, dans la formation de leur couple et, ultérieurement, dans le soin et l'éducation apportés à leurs propres enfants. Une telle occultation de la souffrance chez les parents induit une confusion dans la génération des enfants eu égard à leurs propres besoins ou perceptions. L'on assiste alors simultanément à une minimisation de la souffrance et à une méconnaissance de la réalité éprouvée.

Les familles qui présentent ces traits ne cachent pas ou ne nient pas forcément les événements réels qu'elles ont traversés, mais ont tendance à émousser le vécu émotionnel qui s'y rattache, a fortiori s'il s'agit de souffrances liées à des événements traumatiques (Selvini, 1995). Cette méconnaissance résulte d'idéalisations et de clivages visant à recouvrir des pertes ou des situations traumatiques restées jusque là non dicibles -le clivage consistant ici à séparer les faits de l'impact émotionnel qu'ils ont exercé.

Technique : travailler la dimension émotionnelle des événements et des traumatismes ; confirmer chacun dans le bien-fondé des émotions éprouvées ; manifester et faire manifester de l'empathie face à la souffrance de l'autre.

5.8. Le recours au langage métaphorique

Les innovations les plus significatives quant à la méthode, en thérapie d'orientation systémique, sont à notre sens celles qui ont travaillé la scène thérapeutique elle-même, en y introduisant plus résolument l'élément métaphorique et en amplifiant ainsi son « espace de jeu ». L'élément métaphorique a en effet un statut intermédiaire entre deux types de pensée : la pensée sémantique, logique et analytique, d'une part, et la pensée analogique, qui est au contraire la pensée de la sensorialité, de l'imagination et du symbolisme.

La métaphore procède d'une activité créatrice dont le propre est d'opérer des points de jonction et des passages entre ces deux ordres. Comme telle, elle génère aussi bien de nouvelles donations de sens que de nouvelles perceptions de la réalité. En thérapie d'orientation systémique, le recours au langage métaphorique ouvre à un « monde familial interne », fait de croyances, d'idéaux, de sentiments, voire de sensations partagés ou entrecroisés. Ce niveau de réalité, auquel les membres d'une collectivité de vie participent intensément, mais qui reste largement préverbal, peut être qualifié de « mythique » (Onnis, 1985).

Plusieurs thérapeutes illustres ont exploité la puissance évocatrice du langage métaphorique, introduisant ainsi les familles dans un climat de grande intensité émotionnelle, bien avant que les diverses techniques aujourd'hui en usage se développent et se structurent.

Ne pouvant présenter celles-ci dans leur ensemble, nous mentionnerons seulement la sculpture familiale. Se basant de façon prépondérante sur des moyens d'expression analogiques et non verbaux, la sculpture permet en effet d'exprimer ce qui n'est pas accessible à la parole ; elle favorise l'émergence du non-dit ou -ce qui, étymologiquement, revient au même -du mythe de la famille (par exemple, le mythe d'une unité familiale à défendre à tout prix, qui serait accompagné de manière spéculaire de fantasmes de ruptures catastrophiques, voire de mort).

C'est précisément parce qu'il comporte lui-même une dimension métaphorique que le symptôme peut poser l'exigence double et paradoxale de dire et de ne pas dire, de changer et de ne pas changer. L'approcher comme une métaphore de la souffrance familiale permet au thérapeute d'acquérir une vision de la situation qui ne soit pas centrée sur les déficits, mais aussi sur les ressources de la famille

- notamment l'aptitude de ses membres à comprendre eux-mêmes « ce qui ne va pas chez eux ».

Le thérapeute peut alors travailler avec la scène métaphorique singulière qui lui est proposée, tout en respectant son caractère d'allusion et ses ouvertures potentielles vers de nouveaux horizons d'avenir.

Technique : sculpture (Onnis, 1985), conte systémique, objets flottants ([Caillé& Rey,1994](#)).

6. Le rôle du psychothérapeute

Les transformations déjà évoquées qui ont marqué l'évolution de la thérapie d'orientation systémique concernent bien sûr aussi l'appréhension du rôle du thérapeute. Le mouvement qui, sous l'impulsion de von Foerster (1991), s'est qualifié de « seconde cybernétique » a notamment souligné combien l'observateur fait partie intégrante du système qu'il observe.

Comme la phénoménologie l'avait déjà souligné, observer, décrire et a fortiori soigner sont autant d'actions qui reposent sur l'unique et même acte constitutif de se rapporter à... ou d'être en relation avec... -l'objectivité elle-même étant un mode de communication particulier du sujet avec son objet.

Cette position épistémologique comporte des implications importantes quant à la définition du rôle du thérapeute. En abandonnant le mythe de la neutralité, celui-ci

ne peut plus prétendre à une connaissance strictement objective des troubles ou dysfonctionnements du système rencontré.

Il lui faut reconnaître sa participation à ce qui devient le « système thérapeutique », l'intégrant lui-même et le(s) client(s), et renoncer par le fait même à la prétention de contrôler le cours du traitement et d'en programmer les résultats.

Ce renoncement va néanmoins de pair avec une reconnaissance plus affirmée de l'autonomie et de la faculté créatrice des individus ou des systèmes interpersonnels (« autonomie » étant entendu ici au sens d'une capacité à produire ses propres normes et lois de développement).

Le fait de se considérer comme co-constructeur des situations cliniques et de leur évolution attribue aussi au thérapeute de nouvelles responsabilités éthiques (cf. Doherty, 1995).

La reconnaissance de la dimension (inter)subjective de la constitution de la réalité, loin d'abolir la nécessité d'un sens éthique, nous oblige au contraire à ré-évaluer constamment les critères et les idéaux qui sous-tendent notre action.

Une illustration paradigmatique de la nécessité où le thérapeute se trouve d'affronter la dimension éthique de la responsabilité réside dans les situations de maltraitance familiale (négligence, violences ou abus).

Face à de telles situations, l'intervenant peut aussi bien jouer un rôle essentiel de protection des victimes -et en particulier des mineurs -qu'il peut, par sa cécité ou son principe de neutralité, contribuer à faire perdurer la souffrance. A cet égard, l'attention toute particulière que l'approche systémique prête à la notion de « causalité circulaire » ne peut interférer avec la responsabilité éthique primaire qui implique la protection des membres les plus démunis du système interpersonnel sur lequel porte l'intervention (Cirillo & Di Blasio, 1989).

Pour peu qu'il se préoccupe activement de voir et d'entendre, le thérapeute ne peut en effet se soustraire à l'expérience vécue de la réalité d'un déséquilibre du pouvoir : l'enfant négligé ou abusé, quelle que soit son implication, est avant tout une victime et le parent qui le maltraite, quelles qu'en soient les raisons, usurpe son rôle d'autorité.

Cette affirmation ne constitue pas une contradiction au principe du paradigme constructiviste, mais empêche d'en accepter les dérives. La reconnaissance de la relativité de la perception, des connaissances, du système de valeurs en cours, etc., ne signifie pas que le thérapeute doive suspendre son jugement éthique (au sens d'une aptitude à discriminer le bénéfique du nocif) eu égard aux actes accomplis par ses clients ou leurs proches. S'il lui revient de témoigner d'une attitude empathique dénuée de tout jugement à l'égard des personnes, il lui revient simultanément de

mobiliser sa capacité d'évaluer les actes, sous l'aspect de leurs répercussions interpersonnelles concrètes.

Affirmer que l'énonciation claire des responsabilités et des éventuelles mesures qui en découlent n'est pas compatible avec l'alliance que l'on doit à ses clients serait faire preuve d'un manque de responsabilité sur le plan thérapeutique lui-même. Une telle argumentation, collusoire et fallacieuse, mettrait en avant la valeur de l'alliance en soi, au détriment d'une responsabilité commune. Vouloir préserver une alliance à tout prix, en faisant l'impasse sur la confrontation, pourrait en outre suggérer qu'il est dans le « bien » de la personne maltraitante de continuer à agir à la manière dont elle le fait -ce qui est loin d'être confirmé par l'expérience clinique.

La perspective éthique ici préconisée a bien sûr des répercussions quant aux aptitudes requises du thérapeute. L'appréhension de la souffrance des consultants (en particulier de ceux qui maltraitent leurs proches) et le pressentiment de leurs ressources supposent la disposition à une implication affective forte, dans le cadre d'une rencontre de personne à personne. Le thérapeute doit pouvoir se montrer déterminé à aborder des problèmes qu'il perçoit comme sensibles, même lorsque les clients semblent vouloir les éviter, et à mettre en discussion les caractères « bénéfiques » ou « nocifs » de leurs actes ou de leur choix, quitte à assumer en son nom, dans certaines circonstances, une position de désaccord.

Enfin, il importe qu'il soit capable d'admirer de façon authentique, comme autant d'oeuvres vivantes, la manière dont les familles ou les communautés qu'il rencontre façonnent chacune, avec leur part de chance et d'adversité, d'attachement et de conflit, leur propre style de « convivialité ».

7. Récit d'une psychothérapie

Nous relaterons un cas dont l'intérêt réside dans la coexistence de pathologies d'ordre somatique, comportemental et psychique. Depuis quelques mois et sans raisons apparentes, Michel, un adolescent de 14 ans qui présente un léger retard de croissance, inquiète ses parents par son comportement anorexique. Les repas ont un caractère conflictuel et leur climat douloureux est amplifié par l'attitude hésitante des parents. L'inconfort de chacun croît de jour en jour, car l'adolescent attend de ses parents ce que, par conviction et en raison de leur histoire, ils ne peuvent lui donner : un encadrement suffisamment ferme. Depuis peu, Michel semble en outre hanté par l'idée de la mort et tient des propos suicidaires qui alarment ses parents et le médecin traitant. Ce dernier suggère à la famille de consulter. La demande des parents vise au départ à comprendre les raisons du comportement de leur fils et à trouver un moyen pour l'inciter à manger. Après quelques séances, l'on apprend que chaque rencontre avec les grands-parents maternels est l'occasion d'évoquer le frère de la mère, décédé accidentellement à l'âge de 7 ans, et pour lequel une place vide est réservée lors du repas dominical. La mère de Michel, Annie, qui apparaît elle aussi légèrement déprimée, a

profondément souffert, durant son enfance, de voir ses parents inconsolables et trop occupés par le souvenir du mort pour s'occuper suffisamment bien d'elle (l'un des motifs du deuil indépassable de la grand-mère maternelle venait de ce qu'elle avait reçu de ses propres parents la mission de fournir un héritier mâle). Mais Annie a surtout souffert de ne pas être reconnue dans les efforts qu'elle a déployés, comme enfant, pour tenter d'apaiser le chagrin de ses parents. Cette souffrance a été cachée à Michel, tout comme elle l'avait été aux grands-parents.

Et pour évoquer l'événement-clé, seule demeure la participation de la famille à un rituel apparemment absurde. A chaque fois que les grands-parents psalmodient le souvenir de leur fils mort, les parents de Michel se sentent tour à tour blessés et agacés, mais ne s'autorisent pas à le montrer.

Face à ce deuil inachevable, les thérapeutes font l'hypothèse qu'il existe un lien entre les symptômes actuels de Michel et la mort de son oncle. Les symptômes de l'adolescent semblent en effet mettre en scène un renoncement à la vie, issu de souffrances enfouies, mais aussi, et paradoxalement, une demande tacite que son bon droit de vivre lui soit confirmé (cf. supra, section 3).

Le symptôme revêt en effet de multiples facettes. Il porte tout d'abord la trace d'une « délégation » (Stierlin, 1977). Ce terme se réfère au fait que l'enfant, percevant avec une force incoercible les signaux qui reflètent les craintes, les souhaits et les fantasmes de ses parents, peut se sentir investi d'une « mission » à remplir auprès d'eux. En accomplissant sa mission qu'il vit comme impérieuse, et en répondant loyalement à la délégation perçue, l'enfant espère combler en retour son besoin d'être aimé.

Ainsi, par son retard de croissance et son anorexie, Michel ressuscite d'une certaine façon l'enfant dont la mort a endeuillé l'enfance de sa mère. Mais cette fonction réparatrice n'épuise pas le sens du symptôme. Les thérapeutes ont émis l'hypothèse que la dépression -latente chez la mère et déclarée chez le fils -comportait également une part d'hostilité.

Hostilité d'Annie à l'égard de ses propres parents qui l'ont négligée sans qu'elle ne puisse manifester sa frustration ou sa colère, par crainte de perdre définitivement le lien d'attachement que le deuil prolongé de ses parents avait déjà fragilisé. Hostilité de Michel vis-à-vis de sa mère -qui, tout comme ses propres parents, ne pouvait donner à son enfant de signes clairs de son désir qu'il vive -, mais aussi vis-à-vis de son père qui ne se décidait pas à mettre un terme à la présentification harcelante, dans la lignée maternelle, du fantôme de l'oncle mort. Le symptôme de Michel a ici la dimension d'une mise en demeure provocatrice que l'on pourrait traduire en ces termes : « si vous voulez un mort, vous l'aurez ».

L'étape initiale du traitement a consisté à cerner les émotions de l'adolescent et de ses parents en reconstituant l'histoire de la famille à travers les générations et en

rendant explicites les douleurs et les injustices qui s'y étaient produites. L'hypothèse de départ était que le processus d'autonomisation et de séparation, chez Michel, était entravé par la délégation reçue. Pour dégager l'adolescent des projections et des attentes transgénérationnelles qui pesaient sur lui, les thérapeutes ont cherché à élucider la souffrance des parents eux-mêmes et à élaborer leur propre angoisse de séparation, particulièrement perceptible chez le père. Le processus thérapeutique a fait émerger des conduites et des significations alternatives, qui étaient essentiellement de trois ordres.

- Promouvoir l'encadrement parental et l'affirmation des limites intergénérationnelles.

Cherchant à activer des ressources encore inexploitées, les thérapeutes ont encouragé les parents à assumer la fonction d'encadrement qu'ils avaient jusqu'alors largement refusé d'exercer, en partie en raison de leurs doutes quant à leurs compétences parentales, en partie par crainte de s'engager inconditionnellement aux côtés d'un enfant qui pourrait mourir (tout comme le frère de la mère, il était l'aîné de la fratrie). Les parents redoutaient secrètement un tel deuil, en référence à ces « scripts familiaux » (Bing Hall) ou « loyautés invisibles » (Boszorményi-Nagy) qui se transmettent d'une génération à l'autre, marquant les croyances et comportements des familles. Le fait que le père et la mère de Michel parviennent à imaginer et à mettre en oeuvre des conduites parentales alternatives à celles qu'ils avaient exercées jusque là a permis aux différents membres de la famille de mieux se situer et se différencier.

- Elaborer le deuil.

Les thérapeutes ont tenté de situer dans un nouvel horizon de sens l'évocation martelante du mort opérée par les grands-parents. Ils ont proposé l'hypothèse que la douleur de l'arrachement avait poussé les survivants à vouloir arrêter le temps et la croissance de chacun, pour leur permettre de rester tous ensemble. Ils ont dès lors encouragé la famille à aller sur la tombe de l'oncle mythique et idéalisé pour prendre définitivement congé de lui et enterrer son fantôme. Dans la mesure où, par un subtil jeu de délégations, Michel incarnait le mythe de cet oncle mort, la cérémonie s'est accompagnée d'une déclaration solennelle des parents selon laquelle leur désir était que Michel continue de vivre et de croître.

- Viser à un rééquilibrage de la « balance éthique ». La restauration d'un échange juste entre les générations suppose que l'on travaille d'une part à clarifier et à désactiver les actes détournés de vengeance ou les effets involontaires du ressentiment et, d'autre part, que l'on active la reconnaissance des mérites restés inaperçus. Ainsi, la mère de Michel a pris conscience des reproches implicites et des conflits non avoués qui l'opposaient à ses parents et que son fils reprenait dans ses symptômes cryptiques. Les thérapeutes ont par ailleurs souligné le caractère de solidarité qui existait dans

la famille, mais qui, pour devenir réellement opérant, exigeait que les mérites acquis par les enfants, sur deux générations, dans leur activité de consolation de leurs parents soient expressément quittancés. Cet axe de l'intervention a favorisé un échange majorant entre Michel et ses parents, échange dont les grands-parents ont eux aussi bénéficié.

A la fin du traitement d'une durée de 11 mois, Michel a repris du poids et a recommencé à grandir. Ses grands-parents n'ont plus réservé de place vide à table pour le mort, et ses parents ont pu mieux l'encadrer. La dissolution du système thérapeutique n'a pas été sans difficultés ; elle a notamment réactivé l'angoisse de séparation du père, liée à son histoire personnelle (que nous n'évoquerons pas ici).

La thérapie s'est inscrite dans le cadre d'une rencontre inter personnelle, dont les aspects émotionnels ont conféré au processus son style et son évolution singuliers. Les problèmes majeurs abordés au fil de la narration familiale ont été reliés entre eux en un jeu de contrepoint sur le thème de l'individuation, de la parentalité et de la mort, au sein d'une alliance thérapeutique où les intervenants étaient authentiquement concernés par la souffrance de la famille. L'évocation du décès du frère de la mère et son deuil interminable résonnait notamment avec émotion et douleur chez l'un des thérapeutes, chez qui elle ravivait une expérience personnelle.

8. Indications et contre-indications

Toute forme de perturbation psychique peut être abordée par une approche d'orientation systémique, dans la mesure où chaque patient exige d'être compris dans le contexte de ses relations constitutives et où, par ailleurs, cette orientation dispose d'un cadre de travail souple intégrant en principe diverses modalités de consultation (individu, famille, réseau..). L'accès à la thérapie d'orientation systémique peut assurément prendre des formes très différentes. Les personnes peuvent souffrir expressément de leurs relations interpersonnelles -le cas de figure paradigmatique étant celui de conjoints consultant avec une demande directe de thérapie de couple. Des parents en grave souci pour un enfant symptomatique peuvent également demander une thérapie de famille, sans que le « patient » en question ne veuille ou ne soit en état de consulter en son propre nom. Il y a enfin un grand nombre de situations où la « demande » de thérapie émane d'une instance du système de soins lui-même.

Ainsi en va-t-il par exemple dans le cas de troubles psychosomatiques, de troubles mentaux graves ou de maladies chroniques à risque vital (Vannotti, Célis-Gennart, 1998). La tâche initiale est alors d'évaluer si l'indication posée par le référent peut donner lieu à une véritable alliance de travail où les clients s'engagent pour eux-mêmes et confirment que le traitement envisagé n'est pas contre-indiqué pour de sérieuses raisons contextuelles (cf. supra, section 5). Une fois la position du psychothérapeute légitimée par les clients, l'intervention s'inscrit alors essentiellement dans le cadre d'un travail de réseau.

De nombreuses recherches (Henggeler, 1999) ont en effet démontré l'efficacité clinique des interventions systémiques de réseau, où l'on se soucie de prendre en compte les multiples dimensions et interfaces impliquées dans la maladie. Chercher à traiter le symptôme en négligeant le contexte est une stratégie qui peut s'avérer efficace à court terme, mais qui résiste difficilement, à plus long terme, aux pressions contribuant à la formation ou à la persistance du symptôme.

A l'inverse, chercher à agir sur les dynamiques contextuelles pathogènes (intrapsychiques, interpersonnelles...) en négligeant l'incarnation et « l'épaisseur matérielle » du symptôme peut relever d'une utopie qui se montre aveugle face aux conditions réelles et quotidiennes constituant la face de misère non réductible de la souffrance.

A l'interface du système de soins et de la justice, enfin, le modèle systémique a été utilisé pour des évaluations à valeur thérapeutique, comme dans le cas de familles maltraitantes. Du point de vue des contre-indications, il importe cependant de relever que, si la violence conjugale ou parentale peut être abordée dans une perspective systémique, il n'y a pas d'indication à la thérapie à ?Si longtemps que la violence n'a pas été jugulée, si nécessaire par des mesures de contrôle social. Il n'y aurait pas de sens à imaginer que la thérapie seule puisse protéger les victimes. Ici encore, la démarche thérapeutique doit fréquemment s'inscrire dans un réseau élargi impliquant des personnes tierces du système d'appartenance, des travailleurs sociaux et des représentants de la justice.

Pour autant que les critères internes à la pratique systémique elle-même (relatifs au cadre, aux techniques, aux normes éthiques, etc.) soient respectés, il n'y a donc pas, au sens strict, de contreindication à l'approche systémique.

Il se peut naturellement que son orientation de base, qui la définit avant tout comme une thérapie à durée limitée, orientée sur les ressources et mobilisatrice de la vie relationnelle effective, ne corresponde pas aux attentes de certains clients. En ce sens, et comme le note Schiepek (1999), la contre-indication la plus concrète se situe dans le type de demande du client. [7]

Le rapport du sujet à son symptôme ne se fait plus alors sur le mode de l'avoir, mais d'un « être le symptôme », auquel le sujet est identifié par le groupe familial. » (p. 9). Dans cette logique, un des premiers effets d'une thérapie de couple ou de famille réussie sera souvent que l'un de ses membres va pouvoir s'engager réellement dans une thérapie individuelle, le changement amorcé dans son groupe d'appartenance le rendant plus autonome pour une demande de changement individuel. (N.D.)

9. Modifications de la méthode

Divers courants de la thérapie d'orientation systémique se sont inspirés du constructivisme, du constructionnisme social et de l'approche narrative (cf. Elkaim,

1995). Même si le recours exclusif à ces approches en psychothérapie suscite un certain nombre de critiques (risque du relativisme absolu chez les constructivistes radicaux, avec méconnaissance de l'effectivité de « réalités brutes » et risque de nivellement des polarités éthiques fondamentales du juste et de l'injuste), ces modèles ont néanmoins contribué au renouvellement du paradigme systémique.

Nous résumerons en trois points les principales modifications qui ont caractérisé celui-ci.

1) L'attention ne se focalise plus prioritairement sur la pragmatique des interactions observables, mais s'ouvre largement à la sémantique des comportements, c'est-à-dire aux motivations, visées et « donations de sens » subjectives qui sous-tendent l'agir humain.

2) L'on n'escompte plus pouvoir comprendre et modifier le système interpersonnel « traité » en se limitant à une perspective purement synchronique. L'on accorde plus de poids à l'histoire évolutive du système concerné et à l'histoire de vie de chacun de ses membres, en ce qu'elle a de proprement singulier. Dans cette ligne, l'on réinterprète notamment certains concepts issus du patrimoine psychodynamique, tels ceux de carence et de traumatisme.

3) L'on s'éloigne des modèles qui avaient mis l'accent sur l'homéostasie et la « résistance au changement » des systèmes interpersonnels. Misant davantage sur l'aptitude des individus et des familles à improviser les voies et les formes favorables à leur évolution à venir, le thérapeute se montre moins directif et plus disposé à travailler avec l'imprévisible, en s'engageant lui-même dans un parcours accompli en commun dont il ne connaît à l'avance ni les méandres, ni l'aboutissement.

De par sa propre évolution, la thérapie systémique s'est ainsi trouvée confrontée au défi de concilier des exigences contrastées :

- sauvegarder son exigence initiale de prêter une attention extrême à ce qui se passe dans « l'ici et maintenant » des interactions, parlées et agies, entre les membres de la famille - ce que nous pourrions appeler son souci de vigilance pour la dimension présente de la rencontre, bien plus riche que la seule dimension du « dit » ;
- trouver un accès aux « profondeurs » : celle de la souffrance, en deçà des dysfonctionnements individuels et relationnels observables ; celle des histoires de vie, en deçà de la cristallisation des symptômes ; celle des ressources intérieures, enfin, qui sont peut-être actuellement bloquées ou non cultivées, mais qui sont les plus propres à figurer et à accomplir un mieux-être pour les individus et les familles (Ausloos, 1995). [8]

Les notions d'auto-organisation et d'autopoïèse qu'utilisent [Bertalanffy](#), von Foerster, Varela, etc., pour rendre compte de la dynamique des systèmes, sont ici essentielles (cf. infra, chap. 13, note 5)

En ce qui concerne les modifications de la méthode, l'on assiste aujourd'hui à un regain d'intérêt pour les interventions thérapeutiques impliquant l'individu seul (thérapie systémique individuelle), et cela en partie en raison des difficultés importantes liées à la convocation collective des membres d'une famille.

L'approche systémique a par ailleurs pris une place importante au sein de multiples services d'aide et de soins (assistance scolaire, éducative, sociale, services juridiques, etc.) ; les théories et pratiques nées de la thérapie systémique ayant été retravaillées en fonction de ces domaines spécifiques. Dans les situations graves ou multi-problématiques, en particulier, la psychothérapie ne peut être le seul instrument de changement ; il importe que les thérapeutes coopèrent, de manière systématique, avec les autres services d'assistance ou de contrôle social. En ce sens, les interventions de réseau, loin de constituer de seules démarches auxiliaires, peuvent faire partie intégrante du processus thérapeutique lui-même (Onnis, 1980).

L'évolution future de l'approche systémique, tant sur le plan de la pratique que de l'enseignement et de la recherche, doit rigoureusement tenir compte de cette complexité pour promouvoir des trajectoires de développement positives pour les individus et les familles.

10. Institutionnalisation de la méthode

La thérapie d'orientation systémique est aujourd'hui largement institutionnalisée. En Suisse, par exemple, la Fédération des Médecins Suisses la considère comme l'une des trois méthodes psychothérapeutiques reconnues, aux côtés de l'orientation psychodynamique et cognitivocomportementale.

Certaines des tendances que l'on regroupe sous son nom sont, il est vrai, plus représentées et institutionnalisées que d'autres (telle celle qui travaille activement à articuler la psychothérapie aux autres méthodes de soins -biomédicales, psycho-éducatives, etc.).

Diverses associations nationales et internationales attestent du développement important de la thérapie systémique de par le monde. Sur notre continent, [l'European Family Therapy Association \(EFTA\)](#), qui rassemble des membres et instituts de formation issus de la quasi totalité des pays d'Europe de l'Est et de l'Ouest, a largement participé à la diffusion du paradigme systémique dans le domaine de la psychothérapie.

Parmi les très nombreuses revues qui existent dans ce domaine, nous citerons, aux USA, *Family Process* ; en français, *Thérapie Familiale* (Genève), *Génération* (Paris)

et les Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux (Bruxelles) ; en allemand, Familien dynamik ; en espagnol, Redes (Barcelone) ; en italien, Psicobiettivo et Terapia Familiare (Rome). L'association suisse a créé une académie pluridisciplinaire de Recherches et Sciences de la Famille ; et un Centre interfacultaire d'études **systemiques** a vu le jour à l'Université (Neuchâtel).

11. Recherche sur le processus et les effets de la psychothérapie

Un corpus substantiel de recherches s'est accumulé depuis plus de 30 ans, qui démontre clairement l'efficacité de la thérapie **systemique** (pour une revue, cf. Pinosof et al. 1996 ; Schiepek, 1999). Ces recherches montrent au demeurant que, pour un nombre important de problèmes psychologiques et de troubles mentaux majeurs, les méthodes incluant directement dans la thérapie d'autres membres de la famille que le patient symptomatique comportent un degré d'efficacité supérieur à celui d'autres méthodes, telles la médication seule, la thérapie individuelle ou de groupe. Ces études d'efficacité rassemblent à la fois des recherches contrôlées (avec groupe-contrôle) et des recherches non contrôlées où l'efficacité est évaluée par la comparaison de mesures pré- et posttraitement, ou par enquête rétrospective (études catamnétiques). Dans le champ de la thérapie d'orientation systémique, ces deux types de recherches menées se sont traditionnellement caractérisés par un haut degré de validité externe ou « écologique », s'étant toujours déroulés dans les institutions de soins existantes, et non dans des conditions artificielles (Schiepek, 1999).

L'état actuel de la recherche requiert encore, il est vrai, d'amples développements (définitions plus spécifiques des troubles analysés ; échantillons plus vastes ; différenciation plus précise des méthodes systémiques utilisées, etc.). Dans le courant culturel actuel privilégiant l'evidence based medicine, l'évaluation de la qualité doit constituer une priorité de la recherche dans le domaine de la psychothérapie. A cet égard, la mise en place de programmes d'évaluation rigoureux et reproductibles, aujourd'hui encore partielle, est en train de se développer de manière prometteuse.

D'autre part, un encouragement de la recherche quant à l'apport du modèle systémique dans le domaine des soins en général -évaluation de l'efficacité d'une prise en charge intégrée de la maladie - aiderait à proposer les traitements les plus appropriés et à favoriser l'amélioration à long terme du système de santé par des moyens économiquement et socialement acceptables. Pour ce qui est de la recherche sur les processus mis en jeu par la thérapie, étant donné l'ampleur de la thématique, nous nous bornerons à renvoyer le lecteur à un ouvrage récent (Kerig & Lindahl, 2001) qui fait le point sur les différentes méthodes utilisées jusqu'à ce jour pour « observer » de la manière la plus fiable possible ce phénomène si éminemment fluide, dynamique et fugace, en regard de l'idéal de fixation de l'esprit

objectiviste, que constitue la réalité proprement interpersonnelle d'une collectivité de vie.

12. Formation

Sur un plan européen, l'on souligne l'importance de l'activité de formation à la thérapie systémique, dans la mesure où de nombreux individus, couples et familles pour lesquels de telles interventions seraient indiquées ne peuvent en bénéficier, faute de professionnels formés.

Différentes formes d'apprentissage existent, parmi lesquelles on peut distinguer deux grands courants, visant respectivement la formation à la psychothérapie et à l'intervention systémique (ce deuxième cursus étant ouvert à des professionnels qui ne s'inscrivent pas spécifiquement dans le domaine de la santé). La formation à la psychothérapie d'orientation systémique est une formation postgraduée d'une durée de 5 ans au minimum.

Elle suppose des connaissances psychopathologiques et des compétences cliniques préalablement acquises au cours d'une formation professionnelle de base (telles la psychiatrie ou la psychologie). Elle requiert une pratique psychothérapeutique d'orientation **systémique** de plusieurs années, couvrant une large palette de situations relatives à la santé mentale. La supervision de la pratique clinique est l'un des éléments principaux de la formation. Elle présente la particularité de pouvoir s'exercer de façon directe, par la médiation du miroir sans tain ou de l'enregistrement vidéo.

Cette supervision directe présente plusieurs avantages :

- 1) elle rassure le candidat dans l'exercice de ses premières activités thérapeutiques ;
- 2) elle permet au superviseur d'intervenir dans le cours d'une séance pour en orienter le cours, élargissant ainsi le système thérapeutique ;
- 3) livrant un accès sensible et direct à la complexité des structures communicationnelles, elle permet une construction critique de la réalité clinique, et non la seule analyse de ce que le thérapeute rapporte.

La formation comprend enfin une expérience sur soi -le but étant d'assurer que les professionnels formés identifient et gèrent correctement leurs résonances personnelles et le retentissement que celles-ci exercent sur le processus psychothérapeutique.

13. L'avenir de la méthode

La thérapie d'orientation systémique constitue une voie prometteuse pour la psychiatrie et la promotion de la santé mentale dans le monde contemporain. Elle offre un corpus théorique qui facilite l'intégration des sciences humaines aux sciences biologiques. Le paradigme de la complexité, qui s'applique non seulement au domaine de la psychothérapie, mais aussi à celui, plus large, de la promotion de la santé, est sans doute le développement actuellement le plus mûr de la pensée systémique.

Par cette épistémologie de la complexité, la pensée systémique se positionne en effet de façon très critique à l'égard de tous les réductionnismes -à commencer par celui qui domine fréquemment la psychiatrie biologique et qui, aujourd'hui, devient particulièrement agressif et dogmatique. Si l'orientation systémique reconnaît sans conteste l'importance du fonctionnement biologique de l'homme et l'utilité de la pharmacologie, elle refuse que la souffrance de l'être humain soit réduite à un ensemble de molécules ou de réactions biochimiques. Dans son optique, le mot clé serait la pluridimensionalité -et son corollaire sur le plan pratique : la coopération interdisciplinaire. C'est en effet dans la conscience même que chaque modèle de référence est nécessairement limité et partiel qu'émerge l'exigence d'une pluralité d'approches.

De leur confrontation seule peut jaillir une meilleure connaissance de la réalité. En donnant du relief au nécessaire respect pour le différent et pour le multiple, la pensée systémique pourrait assumer une fonction éthique. Elle poursuivrait en ce sens le précepte de Bateson selon lequel « seules les différences et la confrontation entre différences sont porteuses d'informations et de connaissance ».

Bibliographie

1. Ausloos, G. (1995). Les compétences de la famille. Paris : Erès.
2. Bateson, G. (1972). Vers une écologie de l'esprit. Trad. franç., tomes 1 et 2, Paris : Seuil, 1977-1980.
3. Boszormenyi-Nagy, J., & Krasner, B.R. (1986). Between give and take. A clinical guide to contextual therapy. New York : Brunner & Mazel.
4. Caillé, P., & Rey, Y. (1994). Les objets flottants au-delà de la parole en thérapie systémique. Paris : ESF.
5. Cirillo, S., & Di Blasio, P. (1989). La famille maltraitante. Trad. franç. Paris : ESF, 1992.
6. Doherty, W.J. (1995). Saoul searching. Why psychotherapy must promote moral responsibility. New York : Basic Books.
7. Duruz, N. (1994). Psychothérapie ou psychothérapies ? Neuchâtel -Paris : Delachaux & Niestlé.
8. Elkaïm, M. (sous la direction de). (1995). Panorama des thérapies familiales. Paris : Seuil.
9. Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2001). Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé. Paris : Odile Jacob.

10. Foerster, H. von (1991). Ethique et cybernétique de second ordre. In Y. Rey et B. Prieur (Eds). *Systèmes, éthique, perspectives en thérapie familiale*. Paris : ESF.
11. Guntern, G. (1986). Eco-anthropologie systémique : une nouvelle image de l'homme. *Thérapie familiale*, 7(1), 15-40.
12. Henggeler, S.W. (1999). Multisystemic therapy : An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 4(1), 2-10.
13. Kaufmann, L. (1983). L'autorité du psychothérapeute dans la perspective de la théorie systémique. *Archives Suisses de Neurologie, de Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 133, 119-129.
14. Kerig, P.K., & Lindahl, K.M. (Eds). (2001). *Family observational coding systems. Resources for systemic research*. Mahwah, New Jersey & London : Lawrence Erlbaum Associates.
15. Miermont, J. (sous la direction de). (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques*. Paris : Payot (2ème éd. revue et augmentée).
16. Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF (Coll. Communication et complexité).
17. Onnis, L. (1980). La thérapie familiale dans les institutions et dans les services territoriaux : utilités et limites. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2, 39-49.
18. Onnis, L. (1985). *Corps et contexte. Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*. Trad. franç. Paris : ESF, 1989.
19. Piaget, J. (1946). *Etudes sociologiques*. Paris : Droz.
20. Pinsof, W.M., Wynne, L.C., & Hambright, A.B. (1996). The outcomes of couple and family therapy : Findings, conclusions and recommendations. *Psychotherapy*, 33(2), 321-331 . 21.
- Salem, G. (1987). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris-Milan-Barcelone : Masson, 2001 (3ème éd.).
22. Schotte, J. (1990). Comme dans la vie en psychiatrie. Les perturbations de l'humeur comme troubles de base de l'existence. In Szondi avec Freud. *Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle* (pp. 173-212). Bruxelles : De Boeck-Université (Bibliothèque de pathoanalyse).
23. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothétisation - Circularité - Neutralité. Guide pour celui qui conduit la séance. Trad. franç. *Thérapie Familiale*, 1982,3,117-132.
24. Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1988). *Les jeux psychotiques dans la famille*. Trad. franç. Paris : ESF, 1990.
25. Selvini, M. (1995). Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité. *Thérapie familiale*, 16(2), 131-144.
26. Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie -Praxis - Forschung*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht . 27. Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P. et al. (1998). Non-Interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The « something more » than interpretation. *J : Psycho-Anal.*, 79,903.
28. Stierlin, H. (1977). *Psychoanalysis and family therapy*. New York : Jason Aronson.
29. Tilmans-Ostyn, E. (1987). La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale*, 8(3),229-246.
30. Vannotti, M., & Real de la Sarte, O. (1990). Application à la clinique du modèle de l'équilibration majorante de Piaget. *Thérapie Familiale*, II, 295-308.

31. Vannotti, M., & Célis-Gennart, M. (Eds). (1998). Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité. Genève : Ed. Médecine et Hygiène.

32. Watzlawick, P. (1978). Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique. Trad. franç. Paris : Seuil, 1980.

Ouvrage de références :

- Elkaïm, M. (sous la direction de). (1995). Panorama des thérapies familiales. Paris : Seuil.
- Miermont, J. (sous la direction de). (2001). Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques. Paris : Payot (2ème éd. revue et augmentée).
- Schiepek, G. (1999). Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie -Praxis -Forschung.

Gottingen : Vandenhoeck & Ruprecht.

[1] (1) extrait du livre : « Traité de psychothérapie comparée », sous la direction de N.DURUZ et M.GENNART, Genève : Médecine et Hygiène, 2002, chapitre 12.

[2] (3) Quelques décades plus tard, l'orientation de la psychothérapie interpersonnelle, assez connue aux USA, s'y référera. Cf. supra, chap. 3, note 4, p.

[3] (4) On le sait, ce sont les recherches sur le double lien (injonction paradoxale à double contrainte) conduites par Bateson à Palo Alto dès les années 50, qui ont ouvert la voie à plusieurs autres études sur l'étiogenèse communicationnelle des troubles psychiques. Sur ce point, cf. les ouvrages de synthèse de Pierre Angel, & Philippe Mazet : Clinique et psychopathologie de la famille. Paris : PUF (à paraître) ; Theodor Jacob : Family Interaction and Psychopathology. New York : Plenum Press, 1987 ; Luciano L'Abate : Family Psychopathology. The Relational Roots of Dysfunctional Behavior. New York : Guilford Press, 1998. (N.D.)

[4] (5) Cf. supra, chap. 4, note 5, p. (N.D.)

[5] (6) On voit ici explicitement la spécificité du processus thérapeutique engagé par la thérapie systémique se centrant sur les relations intersubjectives.

[6] (7) De toutes les méthodes présentées dans cet ouvrage, c'est sans doute celle de la thérapie systémique qui fait le plus fréquemment référence à l'éthique. Cela n'est pas trop surprenant, car en plusieurs des points qui la constituent, la systémique est en prise directe sur l'exigence éthique.

[7] (9) Formellement, Robert Neuburger, dans son ouvrage L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale (Paris : ESF, 1984), pense que l'indication à une thérapie de couple ou de famille doit être posée lorsque le client n'est pas lui-même sujet de sa demande, c'est-à-dire que celle-ci se diffracte selon trois modalités, souvent dispersées dans le groupe familial : « l'un supporte le symptôme, un autre ou d'autres en souffrent, un troisième allègue ces symptômes pour demander de l'aide.

[8] (10) L'approche systémique qui est à ranger sans hésitation parmi les thérapies ressource-orientées propose des éléments théoriques solides pour fonder le travail clinique avec les ressources et les compétences des clients.