

L'ÉVOLUTION DES THÉRAPIES FAMILIALES

Jacques Miermont

La clinique des communications familiales est apparue pour faire face aux situations de crise, de perturbations, de violences qui caractérisent de nombreux troubles comportementaux et mentaux : psychoses, maltraitance, troubles des conduites alimentaires, troubles addictifs, troubles psychosomatiques, démences, etc. Les thérapeutes qui sont confrontés à ces troubles interviennent dans des situations marquées par la violence extrême, se traduisant par des états de dangerosité vis-à-vis de soi même ou d'autrui. Leur but n'est pas tant de percer un mystère, ni même de supprimer des symptômes, que de limiter les risques mortifères liés à ces symptômes, de gérer des contextes de survie et de solliciter des opportunités ouvertes sur la création et la vie.

Ces perturbations créent des situations critiques de survie qui mettent en cause l'identité des personnes et des groupes. Elles s'accompagnent d'une mise en question des systèmes de communication et de relation, des systèmes de croyance et de valeurs, des systèmes de connaissance et de reconnaissance qui opèrent habituellement dans la constitution des liens interhumains et les processus d'autonomisation. Le traitement de ces perturbations réclame des lectures multiples, qui débouchent sur des modes d'intervention éventuellement opposés : psychodynamiques, systémiques, comportementaux et cognitifs.

Si les premières expériences de thérapie familiale remontent au début des années cinquante aux États-Unis d'Amérique, il faudra attendre dix à vingt ans de décalage pour que le mouvement se développe en Europe. Après quelques expériences sporadiques, la France prend le vent vers la fin des années soixante-dix. Depuis cette époque pionnière, les formes et les techniques d'intervention thérapeutique avec les familles se sont diversifiées, complexifiées, articulées.

Les développements qui sont ici proposés partent de l'exposé des grands courants qui se sont imposés depuis cinquante ans, et débouchent sur des considérations de nature éco-étho-anthropologique. Plutôt que de réduire l'examen des situations cliniques à des procédures simplificatrices qui risquent de conduire à des oppositions stériles et à des complications inextricables, la démarche éco-étho-anthropologique s'inscrit dans le paradigme de la complexité, en cherchant à articuler des modélisations éventuellement divergentes. Elle s'intéresse à la manière dont l'homme construit son écosystème et dont l'écosystème modifie récursivement son identité. Une telle « anthropologie » part du constat que l'observateur le plus impartial est nécessairement une partie de l'objet de son étude, dont il ne peut totalement s'extraire.

1 Premières conceptions

Les premières conceptions ont eu en commun de faire l'hypothèse d'un déterminisme familial des troubles mentaux, et de considérer la famille comme une unité susceptible de changer (ou a minima d'évoluer) en fonction d'une implication directe des membres qui la composent. Les symptômes qu'elle présente sont interprétables à partir de l'examen de

ses modes de fonctionnement, qu'il s'agisse de son organisation psychique, de ses modes d'interaction actuels ou des processus historiques qui la constituent. Il s'agit de thérapies de la famille par la famille. En dernier ressort, c'est à la famille de gérer ses propres conflits, d'être questionnée sur ses défaillances et de prendre en charge la nature de ses difficultés.

1.1 Conceptions systémiques synchroniques

En décrivant l'existence de double binds dans les familles à transaction schizophrénique, G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. Weakland ont non seulement permis de repérer des formes d'injonctions logiquement paradoxales conduisant à des impasses relationnelles, mais encore de concevoir des modalités d'intervention thérapeutique. En appartenant et en n'appartenant pas au système familial, les intervenants cherchent à produire des double binds thérapeutiques. L'hypothèse de base, pour les premiers thérapeutes familiaux se réclamant de ce courant de pensée¹, est de considérer la pathologie schizophrénique comme réductible à un trouble interactionnel. La schizophrénie serait la résultant de perturbations relationnelles, produisant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper, voire disparaître lorsque les communications s'améliorent.

Le système familial est ainsi conçu comme un ensemble d'éléments (individus) en interaction, dont les communications sont régulées en fonction du ou des buts à atteindre.

Dans la version de **la thérapie interactionnelle brève** du Mental Research Institute (MRI) avec D. D. Jackson, P. Watzlawick, R. Fisch, J. Weakland, la thérapie est orientée vers la résolution de problème. Les thérapeutes cherchent à identifier le problème, les moyens déjà mis en œuvre pour le résoudre, les objectifs à atteindre. Ils cherchent également à préciser l'anticipation des conséquences liées à la solution du problème. Il s'agit moins d'interpréter des comportements ou des attitudes que de prescrire le statu quo, le symptôme, les résistances, en procédant par des recadrages et des injonctions à accomplir certaines tâches paradoxales. Le nombre de séances est d'emblée limité à une dizaine, de manière à créer une tension conduisant les clients et les thérapeutes à sortir du champ répétitif et contraignant du symptôme. L'hypothèse est qu'une intervention aussi limitée et infime que possible sur le système est susceptible d'entraîner une modification importante de son fonctionnement.

Dans la **thérapie familiale structurale** de S. Minuchin, les relations seraient caractérisées par des coalitions et des rejets, des engrenages (psychoses) ou des délitements (délinquance) liés à l'aspect poreux ou imperméable des frontières intra ou intergénérationnelles. La « désignation » du patient serait ainsi la conséquence d'instigations, de manœuvres affectant les relations entre celui-ci et ses proches. Le but de la thérapie est d'atténuer les aspects pathologiques des interactions par la restructuration des frontières et des coalitions du système familial et de ses sous-systèmes, dans l'idée de supprimer cette « désignation ».

Dans la **thérapie familiale stratégique** de J. Haley (issue des travaux du premier MRI, de S. Minuchin et de M. H. Erickson), le symptôme est appréhendé comme la manifestation d'un conflit de pouvoir à l'intérieur de la famille. Le thérapeute stratégique est attentif aux triangles, aux processus hiérarchiques, aux séquences et aux règles d'interaction tels qu'ils se modifient lors des cycles de la vie familiale. La thérapie est conçue

1. G. Bateson est resté circonspect sur ce type d'hypothèse. Pour lui, la dimension pathologique du double bind schizophrénique peut être lié à une combinaison de facteurs génétiques rendant compte d'un trouble du deutero-apprentissage, et d'expériences relationnelles fréquemment répétées au cours du développement de l'enfance du patient.

comme une résolution de problèmes pragmatiques, par l'examen de la fonction communicationnelle de la métaphore et la nature métaphorique des symptômes (J. Haley, 1973), et procède également par la prescription paradoxale de la résistance, du symptôme, de tâches à accomplir en séance ou à domicile, conduisant au remaniement des triangles pervers (qui peuvent par exemple entraîner une coalition entre un grand-parent et un enfant contre un parent) et l'introduction de règles fonctionnelles. Les concepts de double bind et d'homéostasie familiale sont nettement moins utilisés que dans le modèle de thérapie interactionnelle brève du MRI.

1.2 Conceptions systémiques diachroniques : thérapies familiales transgénérationnelles

L'appréhension du système familial a conduit à la prise en compte de facteurs influençant celui-ci dans son déploiement temporel dans une perspective transgénérationnelle. Au-delà des influences liées à la petite enfance, se pose la question des événements et des constructions psychiques liés à la vie des parents, des grands-parents et des ancêtres. La famille est alors considérée comme une unité de reproduction transmettant des modes d'échange et de triangulation, des valeurs, des symboles au cours des générations.

On distingue deux formes de thérapie familiale transgénérationnelle :

Dans la **thérapie familiale multigénérationnelle** de M. Bowen, les cliniciens repèrent l'ensemble de processus émotionnels, intellectuels, sentimentaux, qui s'organisent au cours du temps, sur plusieurs générations, par la constitution de selfs plus ou moins différenciés. Dans les familles souffrantes, il existe fréquemment une masse de mois indifférenciés, des ondes de chocs émotionnelles, une aggravation de l'indifférenciation des selfs sur plusieurs générations, des triangulations et des projections sur des tiers, en particulier lors de l'existence de troubles psychotiques (M. Bowen).

Le self se différencie chez une personne par l'ajustement de son système émotionnel, de son système intellectuel et de son système sentimental. Le système émotionnel correspond à la partie phylogénétique des comportements (activité du cerveau sous-cortical permettant l'expression des émotions, joie, tristesse, pleurs, rires ; comportements alimentaires, sexuels, sommeil ; activité du système nerveux autonome qui régule le fonctionnement de l'organisme). Le système intellectuel relève de l'activité du cortex cérébral, et permet de se dégager du système émotionnel en ayant recours au raisonnement et à l'abstraction. Le système sentimental permet une articulation des systèmes émotionnel et intellectuel, qui peuvent s'embrayer ou se débrayer en fonction des circonstances. Un self solide est constitué de croyances, convictions, opinions, principes vitaux clairement définis. Une personne principalement soumise à son self émotionnel présentera un self très peu différencié de celui des personnes avec lesquelles elle entre en contact. Un pseudo-self apparaît sous la pression émotionnelle, et varie fortement en fonction de celle-ci.

Un triangle est une façon d'être naturelle pour les humains. Quand l'anxiété est basse et que les conditions extérieures sont idéales, le va-et-vient du flux de l'émotion entre deux personnes peut être calme et confortable. Mais la dyade est une relation instable, dès que l'anxiété augmente. Elle est facilement perturbée par les forces émotionnelles intérieures et extérieures. Quand l'intensité de l'angoisse atteint un certain niveau, la dyade implique automatiquement une troisième personne vulnérable comme manière de diminuer la tension. Pour M. Bowen, les pathologies schizophréniques seraient la résultante d'une amplification de l'indifférenciation des selfs sur trois à dix générations. Le phénomène de triangulation peut se généraliser à l'intérieur de la famille, voire aboutir au processus

de projection familiale, lorsque la famille est contrainte de faire appel à des tiers sociaux lorsqu'elle devient dépassée par l'importance de la « masse de mois indifférenciés » qui la caractérise. Le schème vital des coupures émotionnelles est déterminé par la manière dont les personnes gèrent leur attachement émotionnel problématique à leurs parents. Elles en viennent d'elles-mêmes à se séparer de leur passé pour démarrer leur existence dans la génération présente. La coupure émotionnelle se manifeste par une isolation émotionnelle et par la mise en œuvre d'une plus ou moins grande distance physique ; elle est caractéristique du fossé des générations.

Sur le plan thérapeutique, M Bowen élargit le concept de transfert à celui de relation thérapeutique, qui pour lui est le traitement universel des maladies émotionnelles. L'introduction d'un tiers significatif dans un système de relation marqué par l'anxiété ou les perturbations a la capacité à modifier les relations dans le système. M. Bowen préfère parler de modification plutôt que de changement. Le thérapeute assure une sorte de drainage de la tension relationnelle ; si l'intensité de son implication avec le patient risque de provoquer un retrait émotionnel vis-à-vis de sa famille, celle-ci peut devenir plus perturbée. Si l'utilisation du langage peut conduire au déni des réponses émotionnelles automatiques qui sollicitent les cinq sens et la cénesthésie, ces dernières apparaissent fondamentales dans le processus de triangulation pathologique et de restauration thérapeutique. Dès qu'un thérapeute établit un contact émotionnel avec une famille, il fait partie du système, modifie le processus de triangulation et peut contribuer à une détriangulation. La thérapie est centrée sur la différenciation des selfs, par l'aide apportée aux membres de la famille de se dégager des intrications émotionnelles qui les enchaînent. Alors qu'une thérapie conventionnelle chercherait à résoudre le conflit, cette thérapie permet plutôt à chacun d'affirmer son point de vue, même s'il n'existe pas nécessairement d'accord.

Dans **la thérapie familiale contextuelle intergénérationnelle** proposée par I. Boszormenyi-Nagy, la famille est le lieu de l'expérience de l'éthique, marquée par des dons et des dettes qui se transmettent de génération en génération. Elle peut être le siège de loyautés invisibles qui relient le patient à un parent exclu du système. L'équilibre des transmissions intergénérationnelles serait régie par une sorte de grand-livre des comptes des dettes et mérites qui assignent à chaque membre de la famille, dès sa naissance, des droits et des devoirs, soumis éventuellement à des délégations, voire des missions transgénérationnelles. Les interventions thérapeutiques sont orientées vers la compréhension de ces facteurs historiques, et le dégagement des circonstances encryptées susceptibles de générer des sentiments de culpabilité ou de honte.

La partialité multi-dirigée est à la fois une méthode et un but de la thérapie familiale contextuelle. Il s'agit d'initier le dialogue entre les membres de la famille, aider chacun à définir sa position, à tolérer des points de vue opposés, et à reconnaître les efforts mutuels. Les thérapeutes ne font preuve ni de neutralité, ni de partialité exclusive à l'égard de tel ou tel. Ils reconnaissent au contraire le bien-fondé, la valeur de chaque position exprimée, voire défendue, fondée sur les actions concrètes et les conséquences de celles-ci sur la famille.

La thérapie contextuelle, plutôt que de reposer sur les concepts médicaux de soins ou de guérison, s'apparente d'avantage à un projet politique d'émancipation et de libération. Elle favorise le processus du dialogue, de la confiance méritée, en identifiant les ressources plutôt que la pathologie. Elle cherche à rééquilibrer les obligations parentales, conjugales, idéologiques, politiques et professionnelles dans la famille, en enjoignant par exemple aux conjoints de renforcer leurs liens avec leur famille d'origine lorsque ceux-ci ont été distendus, voire de renouer lorsqu'ils ont été rompus.

1.3 Conceptions psychodynamiques

On peut distinguer deux orientations possibles des thérapies familiales psychodynamiques : l'orientation qui cherche à reproduire les conditions de la cure psychanalytique classique à l'approche de la famille ; et l'orientation qui tire parti des apports de la démarche psychanalytique, en l'articulant, de manière plus ou moins vaste, aux apports de la cybernétique, de la sémiotique, de la théorie des systèmes.

Dans la version de **la psychanalyse familiale**, la famille est appréhendée à partir de la théorie d'un appareil psychique familial, agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient), à partir d'organismes groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternelle et paternelle, et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet-groupe (D. Anzieu). Les processus psychodynamiques en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'indifférenciation des sexes et des générations, l'existence de d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés. Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'interfantasmatisations, à la sollicitation des activités oniriques (A. Eiguer, A. Ruffiot). Il s'agit de respecter la lenteur des processus de maturation et de différenciation, et de solliciter l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation.

Dans la version de **la thérapie familiale psychodynamique** ou d'inspiration psychanalytique, il s'agit de considérer conjointement les personnes en souffrance, la part psychique d'eux-mêmes qui reste profondément active chez les proches, les mouvements conscients, préconscients et inconscients qui les mobilisent, et le système qu'ils constituent au travers des rituels et des mythes qui leur sont communs (N. Ackerman, J.-G. Lemaire). Le thérapeute est attentif aux impressions fugitives concernant les émotions et les expressions non verbales, les jeux, les fantaisies, les rêveries, susceptibles de révéler les productions collectives et les fantasmes partagés par les membres de la famille. L'action thérapeutique repose sur l'analyse des résistances et l'interprétation des effets de groupe à partir des mouvements transférentiels interpersonnels. L'interprétation porte sur les aspects communs des productions inconscientes. Celle-ci s'exprime au moins autant, sinon plus, par les attitudes non verbales du thérapeute que par son discours, et concerne l'échange à plusieurs, même si elle peut passer par le choix d'un échange adressé à une personne en présence des autres. Le thérapeute est amené à souligner le bénéfice primaire et secondaire du symptôme collectif, et peut utiliser le jeu, les marionnettes, le psychodrame, le génogramme comme vecteurs de l'échange. Pour J.-G. Lemaire, le système familial devient un moyen thérapeutique, à ceci près que celui-ci est constitué de personnes dont l'activité psychique contribue à son identité systémique et à son évolution dynamique.

2 Nouvelles conceptions

2.1 Apothéose et limites des thérapies reposant sur la pathogénèse familiale

L'œuvre de M. Selvini Palazzoli (1975, 1995) a poussé à l'extrême les conséquences des apports des **thérapies familiales systémiques** que l'on peut désormais qualifier de « classiques ». Travaillant avec des familles d'anorexiques et de schizophrènes, elle est partie des conceptions stratégiques en développant les principes de la connotation

positive, du recadrage paradoxal du jeu familial, du délai d'un mois entre les séances, de la prescription de rituels familiaux (1975). Puis à partir des années 1980 et pendant 7 années, elle développa la technique de la prescription invariable, incitant les parents à se dégager des temps partagés en l'absence de leur enfant psychotique et sans le prévenir. Elle en vint finalement à l'exploration des dimensions transgénérationnelles, à l'abandon de la limitation à dix séances, à la mise en œuvre de séances avec les sous-systèmes de la famille nucléaire et/ou de la famille élargie.

Elle finit par reconnaître l'extrême résistance des parents à questionner leur malaise parental en évoquant leur propre histoire, voire à constater que les associations de parents de malades mentaux ont publiquement affirmé leur défiance vis-à-vis des méthodes thérapeutiques consistant à établir des liens en la psychose d'un enfant et le malaise des parents. Elle souligne que la dichotomie disjonctive entre l'investigation des processus relationnels pathogènes et l'investigation des processus thérapeutiques qui produisent le changement risque fort de conduire à la faillite de la thérapie familiale (1995).

Mais n'est-ce pas plutôt cette dichotomie, surtout si elle n'est pas exclusive, qui est problématique? La relecture de G. Bateson par M. White (J. L. Zimmerman et V. Dickerson, 1995) conduit à raisonner en termes de contraintes, d'explication négative, de double description, plutôt qu'en termes de cause. L'information opère sur le mode de « plutôt que », « au lieu de », plutôt que sur le mode : « à cause de ». L'erreur serait de considérer la personne, la famille, les relations, l'histoire comme génératrices des troubles. Le problème n'est ni la personne, ni la famille ; il est le problème.

M. White est attentif à diverses **restrictions cybernétiques** : liées à une atteinte des dispositifs du traitement de l'information (augmentation de l'entropie), liées à la redondance (schèmes d'interaction répétitifs), liées au feed-back (augmentation des seuils d'activation, épuisement des réserves d'énergie, évaluation des choix possibles en fonction des gains et des pertes).

Sur le plan thérapeutique, M. White propose divers axes d'intervention : développer la disposition à noter les différences, externaliser le problème plutôt que le reporter sur des causes internes, comparer les expériences passées, présentes, et celles que l'on arrive à anticiper dans l'avenir, renforcer l'influence positive des proches, nommer autrement les désignations stigmatisantes, développer les descriptions complémentaires de la part des membres de la famille, favoriser les apprentissages par essais et erreurs, faire émerger les dilemmes permettant de faire de nouveaux choix, faire surgir des réponses thérapeutiques intéressantes aux réponses apportées par la famille.

Les notions de personne, de famille, de cause sont des catégories relevant de la « psychologie populaire », qui nous permettent certes de nous orienter, de comprendre, d'accéder à la responsabilité lorsque les choses vont bien. Mais ces notions n'expliquent pas grand chose sur le plan des déterminismes sous-jacents aux phénomènes observés. Si l'on considère que la pathogenèse des maladies mentales graves est multifactorielle, elle peut impliquer des variables génétiques, épigénétiques, (phylogénétiques et ontogénétiques), qui affectent les dispositifs aux deutero-apprentissage et qui échappent à nos représentations mentales, fussent-elles inconscientes au sens freudien du terme. Et il n'est pas interdit de faire l'hypothèse, comme l'avait déjà suggéré G. Bateson, que l'émergence d'une pathologie schizophrénique échappe à toute forme de déterminisme.

2.2 Conceptions écosystémiques élargies : implications institutionnelles

Les courants qui précèdent, en insistant sur l'implication des membres de la famille amenés à consulter, sur leurs motivations, leurs aptitudes à se remettre en question et à changer leurs modes de fonctionnement, rendent certes des services aux familles présentant des ressources suffisantes pour affronter une telle épreuve. Mais bien souvent, dans les situations de matraiment, d'abus sexuel ou de psychose, une telle implication directement orientée sur les représentations que la famille a d'elle-même se révèle inadéquate, dans la mesure où elle risque d'amplifier les sentiments de culpabilité et de honte, ou de déplacer les symptômes et la souffrance sur les membres de la famille présumés sains. Certains auteurs comme M. Bowen ont bien souligné l'existence de triangles reliant la famille à des instances sociales, correspondant à des projections de conflits à l'extérieur de la famille, lorsque celle-ci devient incapable de les gérer en son sein. De même, en décrivant les phénomènes de « metabindings » qui affectent les relations des membres des équipes thérapeutiques, L. Wynne (1958,1978) a repéré l'intérêt d'une prise en compte des implications institutionnelles dans le traitement des schizophrénies. Pour cet auteur, les relations de pseudo-mutualité et de pseudo-hostilité imprègnent les relations entre thérapeutes, produisant ainsi des metabindings. Pour M. Andolfi, la thérapie familiale devient ainsi une thérapie avec la participation active de la famille, plutôt qu'une thérapie de la famille. J'ai personnellement cherché à montrer l'importance des processus organisationnels qui concernent les dispositifs de soins (J. Miermont, 1993, 1995, 1997, 2000, 2001). D'autres conceptions, distinctes de la démarche éco-systémique, se sont également développées en considérant la famille comme un partenaire thérapeutique, non responsable ni coupable des maladies qui peuvent atteindre tel ou tel de ses membres.

2.3 Conceptions comportementales et cognitives

Ce dégagement de l'implication familiale dans l'origine des troubles est devenu radical dans les **thérapies familiales comportementales et cognitives**. La famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, éventuellement perturbés lors de l'existence de troubles de la personnalité, de troubles mentaux ou comportementaux. Dans la **psychoéducation familiale des patients schizophrènes**, les familles sont considérées comme des familles « normales », confrontées à une maladie, ou un ensemble de maladies dont l'origine est cérébrale et vraisemblablement de nature neuro-développementale. S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales, voire dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont considérées comme secondaires à la maladie. Lors de troubles schizophréniques, on constate fréquemment une amplification des émotions exprimées, avec une exagération des tendances à la critique ad hominem, à l'hostilité, à la surimplication, à l'intrusion, au rejet de l'expression d'autrui. Bien que ces caractéristiques ne soient pas spécifiques (on les retrouve dans nombre d'autres pathologies graves, voire chez certaines familles ne présentant pas de maladies), elles semblent un facteur précipitant le recours aux hospitalisations.

Par ailleurs, des recherches en psychologie cognitive ont montré qu'à partir de trois-quatre ans, l'enfant ne se contente pas de développer des représentations de lui-même et des autres ; il construit des représentations de second ordre, ou métareprésentations (« Je pense que..., je crois que..., je suppose que... ») qui lui permettent d'inférer des intentions, des croyances, des sentiments tant dans son propre fonctionnement mental que dans celui d'autrui. Il élabore ainsi une théorie personnelle des états mentaux, qui se complexifie tout

au long de son développement, tant en fonction de la structure de sa personnalité que de ses expériences.

Les objectifs thérapeutiques sont apparemment beaucoup plus modestes que dans les courants précédents. La famille n'est plus considérée comme le lieu de l'origine des troubles, et ses membres ou leurs interactions ne sont plus tenus pour responsables, ni explicitement, ni implicitement, des manifestations pathologiques. Les thérapeutes partent du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution, de son traitement. Ils proposent des conseils psycho-éducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles.

2.4 Les thérapies multifamiliales : conceptions éco-systémiques et comportementales - cognitives

Dès 1950, Peter H. Laqueur (1976) a réalisé des **thérapies multifamiliales systémiques**. Il a mis en œuvre des consultations thérapeutiques réunissant plusieurs familles, pour des jeunes patients schizophrènes hospitalisés dans le New York State Hospital. Cet auteur fait référence à la théorie générale des systèmes, mais dans une perspective assez éloignée des hypothèses de G. Bateson, J. Haley, P. Watzlawick, S. Minuchin. Si l'individu est appréhendé comme le sous-système du système plus vaste qu'est la famille, celle-ci apparaît également comme un sous-système de supra-systèmes : la communauté, la société, l'environnement. Le point de départ de ces consultations multifamiliales est ainsi de recréer un espace communautaire et social pour des familles et des patients confrontés à l'isolement, la souffrance et à la détresse apparemment incommunicables à autrui. Les familles sont ainsi sollicitées à participer à des rencontres d'informations partagées, sur le mode questions - réponses. L'expérience a montré que le recrutement mérite d'être aussi aléatoire que possible, indépendamment des caractéristiques ethniques, religieuses, politiques, économiques, intellectuelles, etc.

L'interaction de plusieurs familles semblait produire des changements plus rapides que les thérapies unifamiliales, également pratiquées dans certains cas. Des processus d'apprentissage s'initient à partir de la transmission par analogie, de l'interprétation indirecte, de l'identification croisée entre membres de familles différentes. Il apparaît que la communication est ainsi spontanément facilitée, que la prise de parole est plus aisée, et que l'atmosphère est plus permissive que lorsque l'attention est focalisée sur une famille unique. De fait, la co-présence de familles confrontées à une pathologie récente et de familles ayant une expérience et une maturité plus grandes face à la maladie font que ces dernières fonctionnent comme « cothérapeutes ». Dans la perspective de P. H. Laqueur, la thérapie multifamiliale permet de « rompre le code » caractérisant le style de communication idiosyncrasique de chaque famille singulière en favorisant de nouvelles formes de boucles de rétroaction liés au contact inter-familial.

William R. McFarlane (1983) a formalisé le recours aux **thérapies multifamiliales cognitivo-comportementales**. La démarche est nettement plus psycho-pédagogique que dans la version classique des approches systémiques, et évite les débordements liés à des expressions émotionnelles débridées (cf. chapitre précédent). Elle contribue :

- à atténuer l'isolement interpersonnel et sociale,
- à éviter la stigmatisation des patients ou des autres membres de la famille,
- à soutenir chaque famille en allégeant poids considérable que la maladie fait peser sur son fonctionnement,

– à dégager chaque famille des tendances à la surprotection et/ou au désengagement, à l’hostilité, aux critiques,

– à améliorer les communications familiales qui se révèlent d’emblée facilitées par le cadre même de l’échange multifamilial.

On notera que les thérapies multifamiliales ont été proposés pour des familles présentant des troubles homogènes, non seulement dans le cas des schizophrénies, mais également pour les troubles du comportement alimentaires, pour les troubles de l’humeur, les troubles psychosomatiques, les addictions, les maladies somatiques invalidantes. Si le profil pathologique des patients réclame d’être homogène dans la constitution de tels groupes multifamiliaux, les autres caractéristiques (origine ethnique et socio-économique, systèmes de croyance, opinions politiques, etc.) méritent d’être aussi diverses et hétérogènes que possible. La taille du groupe est préférentiellement de 4 à 7 familles.

2.5 Narrations, constructions et solutions

Depuis les travaux des pionniers, les thérapeutes systémiciens ont développé des formes nouvelles et diversifiées d’intervention. La famille est une communauté de personnes qui développent des visions du monde singulières et relatives de celle-ci. L’enjeu de la thérapie est moins de supprimer les symptômes coûte que coûte, que de développer les potentialités de chacun, en tenant compte de ses forces et de ses fragilités, de ses rythmes évolutifs propres, de ses projets de vie. Apprendre à faire connaissance avec chaque partenaire, et avec les styles d’échange de la famille, réclame du temps et du doigté. Favoriser la prise d’autonomie suppose que clients et thérapeutes se découvrent dans leurs singularités sans précipitation ni tentative d’emprise ou de contrôle de la situation. Les thérapeutes ne cherchent pas ici à créer des contextes transférentiels et contre-transférentiels, en faisant référence, si nécessaire, à ce qu’ils sont et ce qu’ils font dans leur existence réelle. Pour M. Elkaïm, la psychothérapie est une construction du réel, qui repose sur les assemblages, les intesections et les résonances qui émergent de la rencontre et sur lesquelles le thérapeute peut travailler. Que le contact thérapeutique soit bref ou durable, il évite la création de dépendances qui réactiveraient des schèmes relationnels provenant du passé, et favorise plutôt l’actualisation de processus nouveaux, en prise avec les problèmes et les difficultés actuels.

Dans le développement des **thérapies narratives**, l’élaboration de la réalité serait le produit des interactions et des conversations. À l’inverse du constructivisme, où une telle élaboration relève d’une production mentale individuelle, ce constructionnisme social considère essentiellement les dimensions communautaires de cette production. Certains auteurs, australiens et américains, s’inspirent par ailleurs des courants post-modernes de la philosophie française en abordant les questions du discours, du pouvoir et du savoir (M. Foucault) et de leur « déconstruction » (J. Derrida). Michael White prône ainsi une déconstruction de la narration et des pratiques de pouvoir, et une initiation de conversations externalisantes permettant au patient de sortir de lui-même l’ensemble des problèmes qu’il cherche spontanément à maintenir en son for intérieur, de manière à « rendre exotique le domestique ». En incitant le patient à se dégager de ces récits sources de gêne, le thérapeute favorise une démarche qui apparaît inverse aux techniques centrées sur l’insight. H. Anderson et H. A. Goolishian se focalisent également sur les effets de sens du discours : « Les systèmes humains sont considérés comme existant seulement dans le domaine de la signification ou de la réalité linguistique intersubjective » (H. Anderson et H. A. Goolishian, 1988). La construction personnelle des connaissances serait déterminée

par la comparaison des productions familiales et sociales, qui ne relèveraient, en dernière instance, que de points de vue relativistes sur l'état du monde. Les significations et les émotions, le sens du « je », du « tu », du « il », etc. naissant des contextes relationnels, le sentiment de l'identité serait le produit des narrations exprimées lors des échanges, celles-ci s'enchaînant dans des scénarios communs. Dans cette perspective, la notion de vérité objective s'estompe, voire disparaît, de même que celle de compétence ou de spécialiste. Chaque vision du monde étant relative à ses contextes relationnels de production, aucune ne saurait prétendre une quelconque prééminence.

Tom Andersen met en œuvre le protocole de **l'équipe réfléchissante**, où les thérapeutes en position de supervision derrière la glace sans tain, après un quart d'heure à trois quarts d'heure de conversations, en viennent à exposer le point de vue sous le regard de la famille et des thérapeutes restés dans la salle de consultation. Il s'agit d'explorer ainsi des points de vue épistémologiques alternatifs par l'inversion des espaces conversationnels entre les systèmes observés et les systèmes observants.

Dans **la thérapie centrée sur la solution**, S. de Shazer considère que le fait de se focaliser sur le problème risque de l'entretenir et de créer des résistances artificielles. Il demande à l'inverse au client d'insister sur tous les domaines de sa vie qui lui apparaissent comme satisfaisants et méritant d'être poursuivis. Même lorsque des patients présentent des troubles massifs, il existe toujours des moments où les effets de la pathologie sont moins présents ou moins intenses. Le thérapeute cherche ainsi à favoriser les conditions propices au développement des solutions déjà potentiellement présentes.

3 Perspectives éco-étho-anthropologiques

Face à ces différents courants, organisés en écoles fréquemment considérées comme opposées, le clinicien pourrait avoir l'embarras du choix, voire se sentir désorienté, surtout s'il confronte ces options générales aux situations singulières qu'il doit traiter. Ces options ne sont-elles pas le reflet de la diversité des organisations familiales, de leurs modes de croyance, de valeurs, de savoirs-faire et de connaissances ? S'agit-il pour lui de s'inspirer plus ou moins librement de ces principes généraux, selon ses goûts personnels, les contraintes de l'expérience, voire les deux ? Il pourra se contenter de s'inscrire dans un courant dûment répertorié, voire rejoindre la mouvance des psychothérapeutes éclectiques et intégratifs. Dans cette dernière option, il lui suffira de prendre les conceptions, les hypothèses, les injonctions qui lui conviennent dans chaque courant, et de tenter une synthèse relativement ajustée à chaque cas.

Il existe pourtant une autre perspective, qui nécessite d'en passer par un approfondissement épistémologique de la conception de système. Depuis les premiers travaux des grands pionniers (L. van Bertalanffy, N. Wiener, R. Ashby, H. Laborit, etc.), la théorie des systèmes a donné lieu à de multiples développements. Si ceux-ci ne permettent guère actuellement d'en édifier une synthèse définitive, la vivacité des débats qui ont pu opposer R. Thom, E. Morin, H. Atlan, I. Prigogine, J.-L. Le Moigne (pour n'évoquer ici que la mouvance francophone) n'implique pas son obsolescence, mais bien plutôt une évolution critique, signe, selon moi, de son extraordinaire vitalité. Dans cette optique, faire référence à une orientation éco-systémique ne revient pas à chercher l'obtention de synthèses illusives, de dépassements dialectiques ou de « consensus mous ». L'existence d'oppositions, de positions incompatibles, qu'elles soient pragmatiques ou épistémologiques, devient l'expression de propriétés inhérentes à la dynamique, la complexité et l'autonomie des systèmes humains les plus évolués.

3.1 Éco-étho-anthropologie de la personne, de la famille et de la société

Le terme d'éco-étho-anthropologie revient à souligner l'intérêt d'une articulation des disciplines écologiques, éthologiques et anthropologiques pour une clinique des situations complexes.

L'éthologie « objectiviste » a été définie comme la biologie comparée des comportements animaux et humains dans leurs contextes naturels d'adaptation, d'évolution et de transformation. L'espèce humaine s'est singularisée en prolongeant ses dispositifs naturels, corporels et comportementaux, par des prothèses artificielles qui ont radicalement modifié sa niche écologique originelle : vêtements, habitacles, édifices, mobiliers, ustensiles, outils, moyens de locomotion, œuvres d'art, etc. ; mais aussi formes et moyens de communication et de cognition (langages, symboles), d'organisations, d'institutions. L'écologie humaine est naturellement artificielle. L'écologie et l'éthologie peuvent être ainsi mises en perspective par l'anthropologie, qui étudie la diversité des caractéristiques génotypiques, phénotypiques, ethniques et culturelles des communautés humaines.

La démarche éco-étho-anthropologique s'intéresse à la manière dont l'homme construit son écosystème et dont l'écosystème modifie récursivement son identité. Une telle « anthropologie » part du constat que l'observateur le plus impartial est nécessairement une partie de l'objet de son étude, dont il ne peut totalement s'extraire. De fait, l'éthos (les comportements) et l'oïkos (les domaines où ils se réalisent) sont, chez l'homme, directement marqués par les effets de sa réflexion, de sa conscience, et d'une intentionnalité téléologique. L'éthos et l'oïkos se transforment ainsi réciproquement chez l'être humain selon des formes récursives d'une grande complexité. Les grandes fonctions biologiques (prédatrices, sexuelles, reproductrices, parentales, filiales, etc.) sont réaménagées comme rapports de rapports, à partir de la double articulation du langage et des productions symboliques qui créent une néo-réalité au sein de laquelle ces grandes fonctions continuent d'opérer.

3.2 La critique du modèle bio-psycho-social

Sous-jacente à la version classique des systèmes, il existerait un enchâssement des niveaux d'organisation sur le modèle des poupées russes : atomes, molécules, macromolécules, cellules, tissus, organes, corps-individu, psyché, famille, groupes sociaux, société globale. La mise en perspective des apports de l'éthologie et de l'anthropologie montre que l'évolution des qualités émergentes de ces niveaux d'organisation ne correspond pas à cette représentation. À l'inverse des disciplines biologiques, psychologiques et sociales qui effectuent des découpages réductrices des champs d'étude, l'éthologie et l'anthropologie, ou du moins leur articulation, permettent de concevoir les circuits de l'esprit où matière, énergie et information circulent au sein d'un continuum entre les manifestations somatiques-hormonales-neurales et les réalisations de l'humain dans son environnement.

Un des paradoxes, c'est que pour Ludwig von Bertalanffy, ce qui caractérise un système humain sur le plan psychologique, c'est l'autonomie de la personne : une personne initie ses émotions, ses pensées, ses sentiments et ses actions qui lui permettent de transformer son environnement. C'est ce qui différencie la théorie des systèmes du paradigme comportemental. Dans La Théorie Générale du Système où cette affirmation est énoncée, la dimension familiale n'apparaît pas : l'auteur passe directement de la personnalité au champ social.

L'apport essentiel de l'école dite de Palo Alto a été de montrer la spécificité du niveau familial. La famille présente des propriétés d'auto-organisation, d'auto-détermination et

d'auto-finalisation qui produisent des effets sur les attitudes de ses membres. Conjointement, ceux-ci participent à la création, au développement des systèmes familiaux et sociaux dont ils dépendent. Il devient alors particulièrement fructueux d'examiner les relations très étroites qui existent entre la différenciation de la personne, la construction de la personnalité et les processus d'auto-détermination réalisés par l'écosystème familial et social.

– D'une part, on ne peut pas réduire la personne à un circuit purement réactif de type stimulus/réponse : pour répondre à la question de l'autonomisation, de la prise d'initiatives, il faut envisager des circuits oscillants internes et externes qui permettent l'émergence de comportements spontanés non prédéterminés et non prévisibles à partir de l'état interne de l'individu et des stimulations externes qu'il reçoit.

– D'autre part, on ne peut pas se contenter de réduire non plus la personne à un élément du système familial, ni le système familial comme un élément du système social. L'organisation des unités familiales émerge de l'organisation sociale et participe électivement à la différenciation et à l'accomplissement des personnes.

3.3 Les origines éthologiques et anthropologiques de la famille

En particulier, la famille n'apparaît pas comme le fondement (ou le sous-système) de la société, ni sur le plan de la phylogenèse, ni sur celui de la préhistoire et de l'histoire des systèmes de parenté. De même, l'individu n'est pas seulement l'élément d'un système familial ou social.

L'apparition des premiers comportements de soins parentaux à la progéniture est bien postérieure à l'existence de comportements sociaux que l'on peut observer chez les mollusques, les crustacés, les insectes, etc. Il existe des comportements de nourrissage, de soutien ou de protection à la progéniture chez certains invertébrés (guêpes, araignées), mais ceux-ci semblent n'avoir aucune incidence sur les comportements sociaux ultérieurs de l'individu adulte : il n'existe pas d'apprentissage des liens des petits au travers des comportements des parents.

Les premières ébauches d'organisation familiale apparaissent chez les vertébrés, c'est-à-dire à partir des poissons dont le squelette est complet. Celles-ci vont de pair avec l'apparition de liens personnels entre congénères, c'est-à-dire la reconnaissance élective inter-individuelle, de comportements d'agression permettant la défense du territoire et la répartition de la nourriture, et la différenciation de sphères de comportements : entre compagnons, entre un mâle et une femme formant un couple, entre parents et petits, entre rivaux, etc. (K. Lorenz, 1965, 1973). Autrement dit, l'apparition de singularités personnelles va de pair avec la différenciation des organisations familiales émergeant des organisations sociales.

Et sur le plan anthropologique, les rapports de parenté n'ont pas la capacité, à eux seuls, de créer une dépendance générale, matérielle, économique et sociale, entre tous les individus et tous les groupes. Ce qui fonde l'organisation sociale, ce sont des « rapports politico-religieux (qui) s'exercent sur un territoire, qui définissent la souveraineté et les liens privilégiés d'un certain nombre de groupes sociaux, de parenté, de caste ou autre avec un territoire et ses ressources » (M. Godelier, 2004, p. 516). Autrement dit, ni les rapports de parenté, ni la famille ne peuvent être considérés comme le fondement de la société.

Pourtant, sans en être le fondement, la famille imprime un style organisationnel à la société : les rapports familiaux servent de modèle aux relations politiques et définissent

le rapport de l'individu à l'autorité (E. Todd, 1983). L'idéologie est une mise en forme intellectuelle du système familial, qui permet la transposition au niveau social des valeurs fondamentales qui régissent les rapports humains élémentaires.

Il apparaît ainsi que l'organisation familiale est une qualité émergeant de l'évolution sociale, permettant aux individus de faire l'apprentissage des règles de la vie en société. En retour, les systèmes familiaux façonnent les modèles idéologiques et les styles d'organisation socio-politiques. Ils contribuent conjointement à la différenciation des personnes et à leur reconnaissance mutuelle. Cette différenciation et cette reconnaissance deviennent une qualité émergente susceptible de rétro-agir sur l'organisation des systèmes familiaux et sociaux : il existe ainsi des hiérarchies enchevêtrées complexes entre les systèmes d'organisation personnels, familiaux et sociaux.

3.4 Les opérateurs cliniques des liens

Lors des consultations cliniques avec les couples et les familles, les thérapeutes sont confrontés à trois types d'opérateurs à la fois distincts et connectés : les rituels, qui opèrent sur le plan des expériences directes à partir des signaux émis et perçus, renvoient à la question : « Quoi ? » ; les mythes, qui opèrent au niveau des croyances et des valeurs partagées par le groupe familial et qui assurent sa cohésion, renvoient à la question : « Pourquoi ? » ; les épistémès, qui opèrent sur le plan des connaissances, des savoirs et des savoir-faire concernant le monde, soi-même et autrui, renvoient à la question : « Comment ? ».

3.4.1 Les rituels

Sur le plan éthologique, dans une perspective de phylogénie comparée entre espèces, dont l'homme n'est pas exclu, certains schèmes moteurs instinctifs, servant initialement aux fonctions vitales de l'espèce (la prédation, la reproduction, l'agression entre congénères), perdent ces fonctions initiales en devenant des signaux ou des symboles présentant des fonctions de communication. La première fonction consiste à canaliser l'agressivité en supprimant l'ambiguïté des messages, dans les différentes formes de luttes ritualisées observées chez les poissons, les oiseaux et les mammifères ; la deuxième fonction consiste à établir des liens individualisés qui maintiennent la cohésion sociale entre plusieurs congénères (K. Lorenz, 1971).

Il arrive ainsi fréquemment que le thérapeute ait à rétablir artificiellement des rituels extraordinaires de conversations ordinaires, dans les familles où toute forme d'échange spontané a disparu. Le but de la thérapie est moins de changer le fonctionnement familial que de restituer des formes minimales de convivialité humaine. De même, plutôt que de tenter d'évoquer l'histoire passée de la famille, en risquant de rouvrir des plaies mal cicatrisées et d'aboutir à des effractions traumatisantes, le thérapeute a intérêt à se contenter de participer à la création d'une micro-histoire, ainsi générée par le rituel des rencontres. Le changement d'ambiance, qui surgit à un moment critique de la séance, apparaît corrélé à la canalisation des déchaînements émotionnels par un « corps-à-corps » de mouvements-signaux apaisants.

Sur le plan anthropologique, E. R. Leach (1971) distingue trois formes de comportements ritualisés :

- les rituels techniques-rationnels, dirigés vers des buts spécifiques à partir de critères de vérification ;

– les rituels de communication, qui servent à transmettre des informations à partir de codes culturels ;

– les rituels magiques, qui produisent des comportements jugés efficaces dans le cadre des conventions culturelles de ceux qui les pratiquent.

Ces distinctions ne font pas l'unanimité chez les anthropologues, au point où l'on peut proposer l'hypothèse suivante : les rituels chez l'homme reposent sur la mise en scène socialisée des désaccords et des contradictions qui permettent aux personnes et aux communautés de se différencier, de se transformer et d'évoluer. Sur le plan clinique, les articulations et les oppositions entre les rituels techniques-rationnels, les rituels de communication, et les rituels magiques participent aux processus de la ritualisation thérapeutique, où s'entremêlent de multiples niveaux de séquences d'actions contribuant à une élaboration symbolique des événements sollicités lors des séances.

– Dans les pathologies psychotiques où la déritualisation affecte ces différents niveaux, il apparaît de première importance de ritualiser les mouvements les plus infimes des protagonistes, bien en-deçà du contenu verbal des échanges. Présenter des signaux d'apaisement face à des attitudes menaçantes, infléchir les tensions émotionnelles, les canaliser contribue à produire, au cours même de la séance, un changement plus ou moins perceptible d'ambiance, un soulagement des angoisses. Cette apparition d'attitudes plus détendues fonctionne comme un signe thérapeutique, contribuant à la reconnaissance du bien-fondé de ce type de rencontres.

– Lors des consultations de couple, il arrive fréquemment que chaque partenaire expose deux versions d'une même réalité totalement opposées et apparemment incompatibles. Manifestement, ils n'ont pas participé au même film, ni vécu les mêmes événements. Il ne semblent d'accord sur rien. Il devient dès lors pertinent de leur faire remarquer qu'ils sont profondément d'accord pour n'être d'accord sur rien, ce qui renvoie à une propriété fondamentale de l'humaine ritualisation. Si deux personnes observent le ciel en se situant sur deux points antipodiques de la sphère terrestre, ils ne verront pas la même chose, ce qui mérite d'être considéré comme une exploration de l'univers nettement plus riche que de se cantonner à une observation d'un seul point de vue. Encore est-il nécessaire d'accepter de considérer que les deux perceptions sont également pertinentes, et qu'elles se complètent réciproquement.

3.4.2 Les mythes

Apparemment, l'activité mythique est le propre de l'homme. Seul, celui-ci produit des récits dont une des fonctions principales est d'assurer la cohésion et la protection des groupes. Cependant, cette activité n'est pas apparue sans antécédents dans le monde animal. Chaque espèce a son patrimoine de signaux et d'actions qui permettent de réaliser la solidarité de groupe et la protection face aux dangers extérieurs : cris d'alarme, émission de leurre en tous genres, falsification des signaux pour éviter les prédateurs ou un congénère redouté, comportements de rétorsion d'un animal dominant si un dominé s'essaie à échapper à la « loi » du groupe.

Le récit du mythe décrit d'ordinaire l'action transgressive d'un héros qui se voit sanctionné pour cette faute. Celui-ci est changé en pierre, ostracisé, mutilé, mis à mort. La transgression a trait à une atteinte de ce qui est normalement attendu lors de la transmission d'informations dans les communications entre le héros et lui-même ou le monde qui l'entoure. Il peut s'agir d'une erreur d'appréciation, d'une méconnaissance de soi-même ou d'un excès d'auto-connaissance, ou, vis-à-vis d'autrui, du maintien ou de la divulgation

d'un secret, d'un malentendu, d'un excès d'information ou d'une désinformation, d'une mystification, d'une médisance, d'une calomnie. En quelque sorte, le récit mythique a une valeur édifiante en indiquant à la communauté qui le partage de ce qu'il vaut mieux ne pas faire pour ne pas perdre une appartenance vitale.

Sur le plan de l'organisation familiale, les cliniciens ont sû repérer la force opératoire de la fonction mythopoiétique qui permet à chaque personne de donner un sens à son existence au sein de ses contextes de vie et de survie. Cette force opératoire est particulièrement sensible :

- lorsque les observateurs ont le sentiment qu'on leur raconte des histoires,
- qu'il existe des incongruences entre le contenu des discours et l'expression émotionnelle,
- que des secrets dont il ne faut pas parler sont connus de tous,
- que les divulgations concernant la vie familiale aboutissent à une saturation d'informations, ou à une désinformation,
- que la moindre quête de renseignements aboutit à une fin de non recevoir de la part d'un ou plusieurs membres du groupe,
- que les propos échangés sont centrés sur de la médisance, voire de la calomnie vis-à-vis d'une personne présente ou absente,
- que la coexistence des membres du groupe repose sur des malentendus flagrants,
- que les désaccords systématiques sont sous-tendus par des liens profonds de solidarité, ou qu'à l'inverse, l'affichage d'une grande harmonie contraste avec une situation potentiellement explosive, etc.

Non seulement les cliniciens se sentent étrangers à ces consensus, mais toute tentative de faire entendre raison ne fait que les renforcer. La seule attitude thérapeutique consiste à respecter le mode de fonctionnement du groupe ainsi rencontré, voire de confirmer la valeur opérationnelle de ce qui peut apparaître comme irrationnel, incongru ou gênant.

Les mythes familiaux sont à la fois les vecteurs des systèmes de croyances et de valeurs qui se transmettent entre générations, et les produits des innovations qui surgissent dans la constitution des couples et des familles. Les mythes se reproduisent à chaque génération dans un double processus de transmission et d'oubli, jusqu'au moment où celle-ci se pense unique et originale dans la création de sa propre mythologie, au point que les ancêtres finissent par apparaître comme de sacrés copieurs des événements actuels.

3.4.3 Les épistémès

Les opérateurs épistémiques concernent :

- les compétences et performances cognitives que les membres d'un groupe (familles, clans, entreprises, communautés spirituelles, culturelles ou savantes) développent les uns vis-à-vis des autres, et les compétences et performances qui leur permettent d'appréhender et d'influencer le monde qui les entoure,
- les savoirs et savoir-faire qu'ils déploient face aux effets de leurs systèmes d'appartenance : comment ils arrivent à repérer et se représenter le fonctionnement du groupe (compétence systémique) et comment ils s'y prennent pour y trouver leur place, en influencer le fonctionnement (performance systémique),
- les effets d'intelligence collective qui façonnent des formes de compétences et de performances personnelles particulières.

Il apparaît ainsi que très tôt, le nourrisson présente des performances interactives en participant au triangle primaire qu'il contribue à créer avec ses deux parents (E. Fivaz-Depeursinge, 2002), ce qui débouche ainsi sur l'élaboration de compétences systémiques.

S'il existe une épistémè globale d'une société à un moment donné (M. Foucault), l'expérience clinique montre que chaque famille développe une épistémè singulière, qui tient plus ou moins compte de cette épistémè globale. Certaines familles développent des performances à l'intelligence des relations sociales, d'autres la tendance à l'abstraction, d'autres les habiletés artistiques, sportives, etc. avec des degrés divers à la polyvalence de ces aptitudes. On constate également des dispositions variées à la préservation des traditions et la propension à l'innovation.

Les effets locaux des différentes unités de l'organisation sociale génèrent des croyances et des connaissances en leur sein. Dans une famille ou un groupe social, on peut distinguer une activité épistémique d'une activité mythique dans la mesure où l'unité considérée est susceptible d'apprentissages permettant de modifier ses comportements et ses préconceptions par essais et erreurs, voire par des apprentissages plus complexes. L'acquisition de connaissances repose sur des hypothèses susceptibles d'être infirmées ou confirmées par l'expérience.

À l'inverse, l'activité mythique se renforce face à des expériences qui viennent menacer ou contredire les systèmes de croyances et de valeurs d'un système familial ou social donné. Il existe là des formes différentes d'acquisition des compétences et des performances s'ajustant plus ou moins bien aux singularités des situations vitales, qui se sont diversifiées et complexifiées lors de l'évolution des espèces. En posant la question : « pourquoi ? », les opérations mythiques renforcent la cohésion du groupe, mais ferment la porte à l'innovation. En posant la question : « comment ? », les opérations épistémiques permettent d'envisager de nouvelles hypothèses, mais risquent de menacer la cohésion du groupe.

3.5 Dynamique de l'évolution et morphogenèse

La théorie des systèmes dynamiques² caractérise un système, non plus seulement comme un ensemble d'éléments en interaction (définition logico-combinatoire), mais comme une entité composée de formes repérables dans l'espace-temps, soumises à des champs de forces synergiques et antagonistes, sujettes à des variations de mouvements ayant une trajectoire et une direction, dont la stabilité de régulation est assurée par l'existence d'attracteurs (ponctuels, circulaires, chaotiques) vers lesquels ce système tend. L'autonomie des systèmes dynamiques est caractérisée par des phénomènes vibratoires produits par des oscillateurs générateurs d'impulsions qui créent des oscillations, des résonances, des interférences avec les systèmes environnants. L'émergence d'unités discrètes, repérables comme des événements discontinus, des traits distinctifs opposés (sur le plan des singularités personnelles, interactionnelles, symptomatiques) se différencient et se transforment à partir de processus continus (phénomènes « catastrophiques » et « chaotiques »). Ces phénomènes ne sont plus seulement localisés sur le plan psychique ou social, mais s'inscrivent également dans l'activité corporelle et neuronale. On peut ainsi conjointement inférer l'existence de circuits oscillants, sources de processus d'autonomisation des actions, sur le plan des différents niveaux d'organisation du système nerveux, que sur celui de ses manifestations mentales, comportementales et interactionnelles.

L'organisation de l'espace-temps usuel est l'enjeu d'une subversion radicale lorsqu'existent des troubles schizophréniques, qui affecte la constitution des territoires et la struc-

2. Cette théorie prolonge les traditions réalistes, dans leurs versions conceptualistes (Aristote) ou idéalistes (Platon) de la théorie de la connaissance. Les formes décrites renvoient à des archétypes sous-jacents aux phénomènes observés. Ceux-ci sont considérés comme des objets indépendants de l'observateur (réalisme), soit de manière immanente (conceptualisme), soit de manière transcendante (idéalisme).

ration du temps. Une personne confrontée à ce type de troubles ne tient pas en place, et est à la fois envahie par des influences très difficiles à localiser, et soumise à des processus tendant à envahir son entourage. Il apparaît particulièrement difficile de suivre la trajectoire d'une telle personne : en cherchant à la localiser, il devient impossible de déterminer son temps de présence en un endroit précis ; en cherchant à l'inverse à suivre ses dynamiques de déplacement, il devient impossible de fixer sa position en un lieu donné. Même lorsqu'il est physiquement présent lors d'une consultation, son esprit peut être dispersé, hypervigilant vis-à-vis de l'ensemble des stimuli extérieurs au cadre de celle-ci (phénomène de scotomisation décrit par R. Laforgue). Ou bien, il peut physiquement ne pas tenir en place, changeant de lieu de manière imprévisible. Les personnes à son contact peuvent se sentir envahies, déconcertées, désarçonnées, annéanties, terrorisées, dans leurs manières de penser et d'agir. La régulation des distances interpersonnelles, le simple fait de se rendre à un endroit précis, à un moment précis, ou encore de faire des projets, deviennent extrêmement périlleux. Si le syndrome d'influence est présent, le patient se sent l'objet d'un vol ou d'un devinement de ses pensées, d'un commentaire du moindre de ses actes, d'un téléguidage émotionnel, intellectuel, comportemental, par des forces ou par des personnages éventuellement très éloignés du lieu-même où il se trouve. Réciproquement, en son absence, les personnes dont il dépend vitalement (les membres de sa famille, ses connaissances, les thérapeutes et les soignants) peuvent se sentir soumis à des pressions considérables, plus ou moins déstabilisés dans leurs pensées, leurs émotions, leurs actions. Il arrive que les parents rêvent de partir le plus loin possible pour refaire leur vie, ou que le patient fasse des fugues dans des pays très éloignés, tandis que la moindre prise de distance entre eux se révèle à hauts risques. Tout se passe comme si le schizophrène butait sur la révolution néolithique, fixant des enclos, permettant des effets d'emplacements liés à la dimension performative du langage humain, c'est-à-dire aux processus d'institutionnalisation.

La désagrégation de l'esprit semble conduire à un éparpillement de ses sous-systèmes, voire de ses constituants élémentaires, qui présentent alors des propriétés qui défient l'identification et la localisation habituelle des « corps » vivants et non vivants, ainsi que de leurs mouvements. Un sourire du patient, loin de se rapporter à la situation immédiatement vécue, peut se référer à des contextes encryptés ou perdus. L'entrée et la sortie du patient du service hospitalier se font de manière paradoxale. Loin de correspondre à une distinction nette entre l'intérieur et l'extérieur du service dans l'esprit du patient, de tels mouvements semblent obéir à des points d'ancrage, des points d'appui, des points de repère, des points d'horizon qui échappent en grande partie à la perception et à la compréhension des cliniciens. Si le patient demande de sortir avec véhémence, cette véhémence risque d'être interprétée comme un recrudescence de ses troubles, et se verra refuser la sortie. Si, inversement, il a retrouvé son calme et s'est adapté à la vie institutionnelle, l'équipe pourra concevoir un projet de sortie alors qu'il n'est manifestement pas prêt à une telle éventualité. Curieusement, la famille est une aide précieuse à la compréhension et à la réalisation de ces mouvements, comme si elle était davantage en prise avec les systèmes de référence opérants. Plus précisément, il apparaît que des rencontres entre cliniciens et familles, en certains lieux et moments précis, permettent de localiser le problème, de le « réaliser » et de prendre les décisions les moins inadéquates.

3.6 L'abduction

Sur le plan clinique, on notera l'importance des raisonnements abductifs, qui ne se réduisent, ni à des déductions à partir des faits constatés (tautologies), ni à des inductions (généralisations).

D'un point de vue épistémologique, on peut en effet distinguer trois types de raisonnements :

a/ La déduction (tautologie) : toutes les billes de ce sac sont blanches ; or cette bille appartient à ce sac ; donc elle est blanche.

b/ L'induction (généralisation) : des billes observées sont dans ce sac ; elles sont blanches ; toutes les billes de ce sac, même non encore observées, sont blanches.

c/ L'abduction (singularisation) : la bille observée est blanche ; le sac observé contient des billes blanches ; la bille appartient à ce sac.

Imaginons qu'il y ait plusieurs sacs : le premier contient 99 billes blanches et une bille noire ; le deuxième 50 billes blanches et 50 billes noires ; le troisième 1 bille blanche et 99 billes noires. Comment savoir à quel sac appartient la bille blanche que j'observe ? S'il n'existe aucune autre information disponible, l'hypothèse la moins risquée est d'inférer que la bille appartient au premier sac. Ce type de raisonnement est le plus immédiat, le plus facile. Bien qu'aboutissant à un résultat satisfaisant un peu moins de deux fois sur trois, il présentera régulièrement le même risque élevé d'erreur. Sur le plan de l'enquête, il correspondra au niveau zéro de la démarche.

Si l'enquêteur en reste à ce niveau, il aboutira régulièrement à des erreurs judiciaires, à une désinformation journalistique, à des catastrophes médicales. Par exemple, la multiplication des procès médicaux aux USA n'est peut-être pas indépendante de l'ignorance de démarches abductives conséquentes dans l'établissement d'un diagnostic et la mise en œuvre de la démarche thérapeutique la plus correcte (ou, à défaut, l'une des moins incorrectes).

Si l'on tente de diminuer les risques d'erreur, il est nécessaire de chercher d'autres informations, d'explorer divers contextes qui permettront d'éclairer la situation singulière rencontrée. Il s'agira par exemple de prendre connaissance de l'histoire des sacs et l'histoire de la bille observée, d'interroger leurs propriétaires, de comprendre les modes d'utilisation des billes, etc. . . L'enquêteur pourra comparer diverses caractéristiques de la bille observée et des billes dans les sacs (par exemple leur taille, leur texture, leur degré d'usure ou de blancheur, etc.). Le résultat de l'enquête n'aboutira pas à coup sûr à une vérité absolue, mais plutôt à une présomption plus ou moins forte pour une hypothèse, qui sera éventuellement très éloignée de l'hypothèse statistique initiale.

L'abduction est utilisée à chaque fois qu'il s'agit de comprendre une situation particulière, dont les contextes de survenue ne sont pas connus a priori. C'est la façon dont opère la psychologie populaire, mais aussi les disciplines qui nécessitent un travail d'enquête. En faisant une hypothèse, voire en comparant plusieurs hypothèses, l'abduction recherche un ou plusieurs système (s) d'appartenance, ou encore une intersection de plusieurs systèmes d'appartenance, qui permet de comprendre un cas unique qui échappe aux généralisations.

Bien souvent, en se laissant entraîner par l'intuition immédiate, la généralisation risque d'induire en erreur, en brouillant les pistes ou les cartes qui mériteraient d'être examinées méthodiquement. Et si l'on cherche à déduire uniquement la solution à partir des signes directement observés, on risque de partir de prémisses fausses. En ce sens, l'abduction se garde de prendre les prémisses d'une situation, c'est-à-dire ses contextes évidents, comme argent comptant.

Dans le champ clinique, les inférences abductives se révèlent pertinentes dans la démarche médicale courante, dans le travail d'interprétation psychanalytique, dans l'élaboration d'hypothèses en thérapie systémique, et sans doute dans de nombreuses modalités d'interventions psychothérapeutiques, qui se révèlent ainsi comme de multiples pistes de nature abductive.

3.7 Théories de la complexité

La théorie de la complexité³ cherche à appréhender les systèmes naturels et artificiels dont la description échappe à un examen exhaustif de leurs propriétés. Parmi celles-ci, on mentionnera l'auto-organisation, l'autonomie, des phénomènes d'inséparabilité et d'interférence entre l'objet observé et le protocole d'observation, des capacités de réalisation, de potentialisation, de virtualisation des processus organisationnels et décisionnels, l'existence de phénomènes stochastiques soumis au jeu du hasard et de la nécessité.

En clinique, le paradigme de la complexité est ainsi caractérisé par :

a/ L'évolution dynamique entre diagnostic, pronostic et thérapeutique. Le diagnostic n'est plus seulement un résultat figé à tout jamais, mais une démarche tatonnante, réactualisée en fonction des anticipations, des effets de surprise liées à l'action thérapeutique.

b/ L'élaboration d'hypothèses étiologiques épigénétiques, contextuelles, exclusives ou combinées. La combinaison de conceptions déterministes et indéterministes des troubles psychotiques conduit à la localisation toujours plus fine de la cause ou des causes, mais aussi l'apparition de phénomènes non localisables et indéterminables.

c/ Les configurations psychopathologiques globales émergentes sont ainsi le produit de phénomènes oscillants sur le plan local, dont l'activité est modifiée en fonction des contextes globaux dans lesquels ils se déploient.

d/ Les vertus des orientations multi-thérapeutiques. L'intervention pharmacologique (niveau moléculaire) produit des modifications comportementales, psychologiques et relationnelles. Le soutien et l'infléchissement des attitudes personnelles conduit à un apaisement de la souffrance biologique et à un changement des formes d'interaction. La prise en compte des phénomènes institutionnels, organisationnels, décisionnels sur le plan communautaire (familial et social) rétro-agit sur les systèmes neurophysiologiques et les positions et les dispositions des personnes. La combinaison de ces trois formes d'intervention conduit à des effets émergents, et, de manière étonnante, à une diminution des pressions et des emballements thérapeutiques.

e/ L'articulation des polarités thérapeutiques sous la forme de cothérapies élargies et de hiérarchies enchevêtrées. Le fait que plusieurs soignants et thérapeutes arrivent à différencier leurs modes d'intervention sur les plans moléculaires, psychiques et relationnels, et à coordonner leurs efforts en partenariat avec ceux du patient et de sa famille permet d'envisager qu'une partie non négligeable des processus thérapeutiques résulte de cette coopération.

Celle-ci est constituée de mouvements synergiques et antagonistes. Le fait de constater des désaccords à propos de la définition des problèmes, de la manière de les résoudre, ou

3. Une telle théorie prolonge les traditions intuitionnistes (Anaxagore, Épicure) ou sceptiques (Chrysippe, Pyrrhon, Carnéade), pour lesquelles la connaissance est tributaire d'un jugement : pour l'intuitionnisme, ce jugement repose sur une méthode, qui relativise le concept de vérité ; pour le scepticisme, le jugement ne permet de constater que les apparences des phénomènes, la vérité étant alors inaccessible. Le constructivisme propose diverses versions de ces dernières options : la connaissance est une production de l'esprit humain, relative aux conditions de cette production. L'objet construit ou inféré est une modélisation plus ou moins vérifiable, qui interagit avec le sujet modélisant et son projet de connaissance.

des finalités à atteindre ne signifie pas nécessairement qu'un résultat thérapeutique satisfaisant soit lié à une réduction systématique de ces désaccords. L'important est d'arriver à circonscrire les domaines où l'harmonie (nécessairement constituée de dissonances) est possible et ceux où elle n'est pas possible. On sait combien les patients schizophrènes sont hypersensibles aux moindres failles qui touchent la texture des liens des personnes qui les entourent (qu'il s'agisse des liens familiaux, des liens entre co-soignants, ou des liens entre soignants et membres de la famille). Lorsqu'il existe un désaccord sans résolution entre deux ou plusieurs personnes, le plus important est que celles-ci arrivent à maintenir une cohésion sécurisante malgré leurs différends. Autant une rupture dans la continuité des relations est délétère, autant le maintien d'une continuité dans le maillage des interactions est un ressort thérapeutique⁴.

Une manière de rendre viable ce processus de continuité contextuelle est de concevoir (au sens d'un va-et-vient entre modélisation et réalisation) des modalités d'organisation et de décision thérapeutiques sous la forme de hiérarchies enchevêtrées. Bien souvent, dans les formes graves de psychose, le recours aux psychotropes se révèle indispensable. Mais le fait d'appréhender les difficultés d'apprentissages innovants sous l'angle d'échanges diversifiés (personnels, institutionnels, familiaux) permet bien souvent de diminuer les posologies efficaces (voire d'arrêter telle ou telle prescription ou intervention), d'éviter les enchaînements d'actions catastrophiques, et d'envisager des dégagements inattendus. En autorisant le patient à faire par lui-même l'expérience des prescriptions opportunes (qu'elles soient de nature chimiothérapeutique, psychothérapeutique, familial ou sociothérapeutique), de constater les conséquences d'un arrêt de tel ou tel type d'intervention, les thérapeutes redonnent à celui-ci l'initiative de ses choix. Si chaque forme d'intervention obéit à des hiérarchisations contraignantes et inévitables, le fait de reconnaître qu'aucune n'a a priori de prééminence sur les autres permet d'éviter les effets délétères de la toute-puissance thérapeutique, et des réalisations totalitaires génératrices de fractures relationnelles intempestives.

3.8 Les transformations entre cartes et territoires

Le territoire d'un individu ou d'un groupe n'est plus seulement un espace indifférencié propice à la prédation, la copulation, la reproduction. Il devient l'objet de représentations qui lui sont isomorphes, c'est-à-dire de cartes qui contribuent à le définir et à le circonscrire. Ces cartes sont le fruit d'une reconnaissance individuelle et collective, sans laquelle le territoire n'est pas viable. Pour pouvoir vivre ou survivre, l'homme ne se contente pas de généraliser ses domaines de cueillette et de chasse ; il investit des domaines secondaires et tertiaires d'activités (activités industrielles et symboliques) qui lui assurent une apparente suprématie sur le monde animal, et des marges de sécurité pour sa survie, en particulier alimentaire (domestication, élevage, culture, etc.). Ces activités industrielles et symboliques deviennent en quelque sorte des territoires de chasse secondarisés. Le diplôme est une carte qui donne accès au territoire symbolique, au statut social, et devient dès lors un enjeu vital de première importance.

4. Un exemple peut être donné lorsque deux parents divorcés acceptent le principe d'une consultation avec leur enfant schizophrène (celui-ci pouvant être un adulte, confronté au divorce de ses parents depuis de nombreuses années). Le cadre thérapeutique consiste à éviter soigneusement de revenir sur les motifs qui ont conduit au divorce, ou de réactiver les sujets qui ont trait à l'irréversibilité de la rupture.

3.9 Les troubles du deutero-apprentissage

Enfin, les perturbations affectent de plein fouet les dispositifs aux apprentissages émotionnels et intellectuels, c'est-à-dire l'aptitude à développer des savoir-faire, des connaissances et des reconnaissances interpersonnelles et collectives. En particulier, les domaines qui réclament un traitement en « deutero-apprentissage » sont les révélateurs des situations hautement critiques :

a/ la gestion de l'argent : l'argent est une valeur d'échange de biens matériels ou de travail, c'est-à-dire de valeurs d'usage ; en tant que valeur d'échange, l'argent devient en elle-même une valeur d'usage, fondant le registre de l'économie, l'imaginaire individuel et collectif à partir duquel il devient possible de gérer un budget,

b/ l'inscription sociale dans le système d'échange économique (se faire payer pour un « travail » reconnu socialement),

c/ l'assomption des contraintes sentimentales (se lier par amour et par devoir),

d/ l'autonomisation du système de parenté (par intériorisation du « rapport de rapports » qu'il représente, relation aux parents, aux enfants, aux grands-parents, aux ancêtres).

e/ l'investissement de territoires isomorphes à des cartes communautairement définies, acceptées et partagées.

3.10 L'enchevêtrement des unités écosystémiques

La famille apparaît ainsi comme une unité écosystémique, créant des solidarités de destinée dans l'espace-temps, caractérisée par des opérateurs rituels, mythiques, épistémiques, qui organisent les échanges par l'interférence des processus phylogénétiques, ontogénétiques et culturogénétiques. Contrairement aux modèles « bio-psycho-sociaux » de la systémique classique, l'individu, la famille et la société ne sont plus considérés comme des emboîtements ayant la forme de poupées russes. La famille ne serait plus une « boîte » intermédiaire entre l'individu et la société, complètement isolable des entités sous-jacentes et des supra-systèmes qui participent à sa constitution et à sa reconnaissance. Il existerait un continuum entre l'organisation de la psyché, de la personne, de la famille nucléaire et élargie, et des communautés sociales, formelles et informelles. Les frontières qui délimitent ces différentes organisations sont caractérisées par des interfaces complexes, fractalisées, permettant le va-et-vient incessant d'entités matérielles, énergétiques et informationnelles qui échangent leurs propriétés et se transforment en fonction de leurs positionnements et de leurs trajectoires.

Si l'on considère la diversité des organisations familiales, à un pôle de ce continuum, l'essentiel de ses problèmes ou de ses difficultés pourrait être appréhendé par la réunion de ses membres, et l'exploration des représentations que ceux-ci sont susceptibles de produire de leurs fantasmes, de leurs histoires, de leurs interactions (modélisations susceptibles d'appréhender les fonctionnements « intrafamiliaux », à partir de points de vue psychanalytiques, systémiques diachroniques ou synchroniques classiques). À l'autre pôle de ce continuum, la démarche clinique proviendrait principalement d'apports extérieurs, qu'il s'agisse d'expériences institutionnelles ou de connaissances spécialisées concernant les troubles mentaux et comportementaux (modélisations inhérentes à la nature des troubles constatés, reposant sur la reconnaissance de facteurs extrafamiliaux pouvant affecter le patient et les relations avec ses proches, et débouchant sur des interventions institutionnelles, comportementales, cognitives, psychoéducatives). Ces expériences et ces connaissances seraient alors en quelque sorte « transfusées » à la famille en souffrance.

Le plus souvent, les cliniciens cherchent à localiser les variables sur-lesquelles il est possible d'agir, et à aborder les sujets susceptibles d'être échangés de part et d'autre. Il existe fréquemment une combinaison de facteurs intrinsèques et extrinsèques au fonctionnement familial. Plus la famille est confrontée à des perturbations massives, liées à des pathologies multiples affectant ses membres, et plus il est nécessaire de constituer des dispositifs de soins élargis, qui viennent étayer de l'extérieur les relations familiales. Toute intrusion directe sur ces relations risque d'avoir des effets persécuteurs ou culpabilisants. Les stratégies thérapeutiques reposent alors sur :

- a/ La création de rituels extraordinaires de conversation ordinaire.
- b/ La synchronisation de l'évolution des équipes thérapeutiques et des familles.
- c/ Le travail sur des échelles d'espace-temps inusitées.
- d/ La canalisation et la réorientation symbolique des manifestations violentes.
- e/ La décentration et la démultiplication des systèmes de référence, des « visions du monde ».
- f/ L'utilisation des metabindings comme dispositifs aux deutero-apparentissages pour les patients et les familles.
- g/ La recréation d'histoires qui s'élaborent au cours même des rencontres.

4 Conclusions

Les pathologies complexes sont habituellement l'expression d'une grande souffrance personnelle et collective. Elles s'accompagnent fréquemment de sentiments de culpabilité et de honte, mais aussi d'accusations, de menaces, de confusions, de destructions qui mettent en péril la vie d'un ou plusieurs membres de la famille et de leur voisinage social. Elles contraignent les familles et les équipes soignantes à gérer des problèmes ardues, et réclament un travail de concertation, d'information, de réflexion, de coopération, de délibération, de décision.

La perspective éco-étho-anthropologique que j'ai proposée ici ne cherche pas à réduire les points de vue opposés qui s'expriment entre écoles thérapeutiques rivales, ni à promouvoir une voie moyenne. Elle tente plutôt d'éviter les explications simplificatrices ou les généralisations impérialistes. Les explorations psychodynamiques, systémiques, comportementales et cognitives, humanistes, narratives sont moins des modèles qu'il s'agirait d'appliquer, ou vers-lesquels il faudrait tendre, que des instruments, des outils méthodologiques. Le thérapeute est à la fois un spécialiste et un ignorant, formateur et apprenti, questionneur et questionné. S'il est initiateur de la conversation, il est également partie prenante de dynamiques qui suivent leur propre cours.

Il existe ainsi toute une gamme de pratiques où les consultations familiales débouchent sur des effets thérapeutiques. Dans certains cas, la thérapie familiale cherche moins à « soigner la famille » qu'à favoriser et développer ses propres compétences et ressources thérapeutiques, en partenariat avec les équipes médico-psychologiques, psycho-éducatives, judiciaires. Elle apparaît comme une approche spécifique des relations thérapeutiques, participe d'une réorganisation des interactions entre patients, familles et équipes soignantes. Elle permet de réaliser des apprentissages partagés dans les situations critiques, de construire et reconstruire les liens qui redonnent un sens à la vie. Dans d'autres cas, plusieurs membres d'une même famille sont prêts à s'engager dans une démarche thérapeutique dûment répertoriée, qui concerne la famille comme organisation à questionner en tant que telle. Dans d'autres cas encore, la présence de plusieurs personnes d'une même constellation familiale conduira à formaliser des rencontres centrées sur des

problèmes précis. Cette liste n'est pas exhaustive. Enfin, le rôle du thérapeute n'est pas sans rappeler celui du laveur de carreau. Plus les marques de la souffrance s'estompent, et plus la perception de l'action du thérapeute devient évanescence. L'originalité de la création thérapeutique tient au fait que, plus elle est réussie, et plus elle semble disparaître au profit des propres initiatives et inventions des patients et de leurs proches.

Bibliographie

Ackerman Nathan W. : *The Psychodynamics of Family Life. Diagnosis and Treatment of Family Relationships*. Basic Books, Inc., New York, 1958.

Ackerman Nathan W. : *Treating the Troubled Family*. Basic Books, Inc., New York, 1966.

Amsterdamski Stefan et al. : *La querelle du déterminisme*. Textes réunis par Krzysztof Pomian. Le débat, Gallimard, Paris, 1990.

Anderson Harlene et Goolishian Harold A. (1988) : « Les systèmes humains comme systèmes linguistiques : implications pour une théorie clinique ». In : Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la systémique? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. DeBoeck Université, n°19, 1997/2, pp. 99-132.

Maurizio Andolfi (1977) : *La thérapie avec la famille*. Traduction par A.-M. Colas et M. Wajeman. ESF, Paris, 1982.

Bateson Gregory (1972) : *Vers une écologie de l'esprit*. 2T. Seuil. Paris. 1977-1980.

Bertalanffy Ludwig von (1947) : *Théorie générale des systèmes*. Dunod, Paris, 1973.

Boszormenyi-Nagy Ivan et Spark Geraldine : *Invisible Loyalties. Reciprocity in Inter-generational Family Therapy*. Harper and Row, Publishers, Inc. New York, San Francisco, London, 1973.

Bowen Murray : *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, Inc., New York, London, 1978.

Falloon Ian R.H., Boyd Jeffrey L. et McGill Christine W. : *Family Care of Schizophrenia*. The Guilford Press, New York, 1984.

Godelier Maurice : *Les Métamorphoses de la parenté*. Fayard, Paris, 2004.

Goldberger Ary, Rigney David, West Bruce : « Chaos et fractales en physiologie humaine ». *Pour la Science*, n° 150, avril 1990, pp. 51-57.

Haley Jay (1963) : *Stratégies de la psychothérapie*. Érès, Toulouse, 1993.

Haley Jay (1973) : *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. EPI. Paris, 1984.

Hofstadter Douglas : *Gödel, Escher, Bach : les brins d'une guirlande éternelle*. InterÉditions, Paris, 1985.

Laforgue René : *Au delà du scientisme*. Guy Trédaniel, Éditeur, Paris, 1994.

Laqueur Peter H. : « Multiple Family Therapy ». In : Philip J. Guerin : *Family Therapy : Theory and Practice*. Gardner Press, New York, 1978, pp. 405-416.

Le Moigne Jean-Louis : *La modélisation des systèmes complexes*. Dunod, Paris, 1990.

Lemaire Jean-G. : *Famille, amour, folie*. Le Païdos. Centurion. Paris, 1989.

Lorenz Konrad (1965) : *Évolution et modification du comportement. L'inné et l'acquis*. Payot, Paris, 1970.

Lorenz Konrad (1973) : *L'envers du miroir. Une histoire naturelle de la connaissance*. Flammarion, Paris, 1975.

McFarlane William R. : *Family Therapy in Schizophrenia*. The Guilford Press. New York, London, 1983.

Miermont Jacques (sous la direction de) : *Dictionnaire des thérapies familiales*. 2ème édition revue et augmentée. Payot. Paris. 2001.

Miermont Jacques : *Écologie des liens*. ESF, Paris, 1993.

Miermont Jacques : *L'homme autonome*. Hermès, Paris, 1995.

Miermont Jacques : *Psychose et thérapie familiale*. ESF, Paris, 1997.

- Miermont Jacques : *Psychothérapies contemporaines. Histoire, évolution, perspectives*. L'Harmattan, Paris, 2000 a.
- Miermont Jacques : *Les ruses de l'esprit, ou les arcanes de la complexité*. L'Harmattan, Paris, 2000 b.
- Miermont Jacques : *Thérapies familiales et psychiatrie*. Doin, Paris, 2004.
- Minuchin Salvador (1974) : *Familles en thérapie*. Érés. Toulouse, 1998.
- Morin Edgar : *Introduction à la pensée complexe*. ESF, Paris, 1990.
- Ruffiot André, Eiguier Alberto et Litovsky de Eiguier Diana, Gear Maria Carmen et Liendo Ernest César, Perrot Jean : *La thérapie familiale psychanalytique*. Dunod. Paris, 1981.
- Selvini Mara, Boscolo L., Cechin G. F., Prata G. (1975) : *Paradoxes et contre-paradoxes*. ESF, Paris, 1980.
- Selvini Palazzoli M. : « Survol d'une recherche clinique fidèle à son objet ». In : Elkaïm M. : *Panorama des thérapies familiales*. Seuil, Paris, 1995, pp. 283-305.
- Simon Herbert A. : *Science des systèmes, science de l'artificiel*. Afcet Systèmes. Dunod, Paris, 1990.
- Sluzki Carlos E. et Ransom Donald C., (Ed.) : *Double Bind. The Foundation of the Communicational Approach to the Family*. Grune et Stratton. New York, London, San Francisco, 1976.
- Thom René : *Stabilité structurelle et morphogénèse*. InterÉditions, Paris, 1977.
- Todd Emmanuel : *La Troisième planète. Structures familiales et systèmes idéologiques*. Seuil, Paris, 1983.
- Varela Francisco J. (1980) : *Autonomie et connaissance. Essai sur le Vivant*. Seuil, Paris, 1980.
- Watzlawick Paul, Helmick-Beavin Janet, Jackson Donald D. : *Une logique de la communication*. Seuil, Paris, 1972.
- Watzlawick Paul, Weakland John, Fisch Richard : *Changement, paradoxe et psychothérapie*. Seuil, Paris, 1975.
- Watzlawick Paul : *La réalité de la réalité*. Seuil, Paris, 1978.
- White Michael & Epston David (1990) : *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Le Germe SATAS, Bruxelles, 2003.
- White Michael (2007) : *Cartes des pratiques narratives*. Le Germe SATAS, Bruxelles, 2009.
- Wynne Lyman C., Rycroff I.M., Day J., Hirsch S. : « Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics ». *Psychiat.*, 1958, 21, 205-220.
- Wynne Lyman C. « Knotted Relationships, Communication, Deviances and Metabinding ». In : *Beyond the Double Bind* (Milton M. Berger, ed.). Brunner et Mazel, New York, 1978, 179-188.
- Zimmerman J. L. et Dickerson V. : « Les narrations en psychothérapie et le travail de Michael White ». In : Elkaïm M. : *Panorama des thérapies familiales*. Seuil, Paris, 1995, pp. 533-554.

Jacques MIERMONT est psychiatre, coordonnateur d'une Fédération de Thérapie Familiale (PGV Villejuif), président de la Société Française de Thérapie Familiale.