

Thérapies Familiales et psychiatrie

par Dr J. Miermont (première partie)

Échanges proposés par Jacques Miermont à propos de son ouvrage paru Chez Doin

Les principaux courants de la thérapie familiale et de la thérapie de couple

lundi 31 octobre 2005 par Miermont Jacques

Issue de plus de trente années de pratique des thérapies familiales, tant en cabinet privé qu'au plus près des arcanes institutionnelles des dispositifs de la psychiatrie publique, cette deuxième édition de *Thérapies familiales et psychiatrie* propose à la fois une information didactique des différents courants classiques et actuels de ce champ clinique, ainsi qu'un exposé des recherches susceptibles d'éclairer et d'aider les personnes souffrant psychologiquement, leurs familles et les professionnels impliqués dans les démarches thérapeutiques.

Cette seconde édition est désormais muni d'un glossaire et d'un index. Des précisions substantielles ont été apportées et deux chapitres ont été ajoutés : un chapitre introductif décrivant l'évolution de la psychiatrie du point de vue de la clinique familiale et un chapitre conclusif explorant les modalités de thérapie familiale pour les pathologies mentales difficiles, graves et complexes.

Sommaire

- CHAPITRE 2 : LES PRINCIPAUX
- 1. Les courants systémiques

CHAPITRE 2 : LES PRINCIPAUX COURANTS

Depuis leur origine, les thérapies familiales n'ont pas cessé d'évoluer et de se transformer.

On assiste aujourd'hui à un double processus.

D'une part, une très grande diversification des orientations théoriques, méthodologiques et techniques donne lieu à la constitution d'écoles relativement faciles à distinguer les unes des autres, et conduit, pour certaines d'entre elles, à une évaluation statistique de leurs résultats.

D'autre part, l'ajustement par les thérapeutes de ces courants aux réalités cliniques conduit à des articulations entre méthodes, voire à des pratiques éclectiques et intégratives qui modifient les principes théoriques et les formes de pratique.

On insistera dans ce chapitre sur la constitution des principaux courants tels qu'ils se sont développés lors de ces cinquantes dernières années.

Les courants initiaux de la thérapie familiale ont surtout appréhendé la famille comme une entité susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent.

Les symptômes présentés sont mis en relation avec 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 se mobiliser, d'affronter la crise, de gérer ses propres conflits, d'être questionnée sur « ses défaillances » et de prendre en charge la nature de ses problèmes.

1. Les courants systémiques synchroniques

a. Les prémisses : la théorie du double bind

L'origine des thérapies systémiques synchroniques (centrées sur l'état actuel du système, plutôt que sur son histoire) est issue de la rencontre entre un chercheur particulièrement inventif et aux multiples ouvertures interdisciplinaires, Gregory Bateson (zoologue, éthologue et anthropologue de formation), et d'autres chercheurs provenant d'horizons variés : Donald D. Jackson (psychiatre et psychanalyste), Jay Haley (spécialiste des mass media), John Weakland (chimiste et anthropologue), Paul Watzlawick (philosophe, psychologue et psychanalyste jungien), etc.

Gregory Bateson put financer une recherche sur les communications entre les patients schizophrènes, leurs soignants et leurs familles au début des années 1950, avec Jay Haley, William Fry et John Weakland au Veteran Hospital à Menlo Park (Californie).

Lors d'une conférence qu'il réalisa sur le thème de l'homéostasie familiale dans cet hôpital, D. D. Jackson fit la connaissance de G. Bateson qui était dans l'assistance, et s'associa au projet de recherche. De cette rencontre avec G. Bateson, D. D. Jackson reconnaîtra qu'il s'était désormais senti plus proche des sciences sociales que de la psychiatrie médicale, décision qu'il n'avait jamais regretté [1] par la suite (1968). Issu de cette recherche, l'article phare cosigné par G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. Weakland (« Towards a theory of schizophrenia », 1956, in G. Bateson, 1977) a ainsi formalisé les interactions entre le patient schizophrène et ses parents en termes de double bind.

Dans cette version initiale, le double bind était décrit comme une injonction entre un des parents au moins (la mère le plus souvent) et l'enfant schizophrène, injonction constituée de messages auto-contradictaires.

Le premier niveau de message, verbalement exprimé, donne un ordre au patient (de s'activer, de travailler, de partir de la maison), avec menace de rétorsion en cas de désobéissance ; un deuxième niveau de message, logiquement lié au premier et situé sur le plan des attitudes non verbales, enjoint au patient le contraire (de rester inactif, de ne pas travailler, de rester à la maison) avec également des menaces de rétorsion implicites

(le risque d'abandon et de perte d'amour) ; un troisième niveau, encore plus masqué, empêche le patient de s'échapper du champ de l'injonction.

Cette description interactionnelle du double bind a été inspirée par la théorie des types logiques de Bertrand Russell, et les paradoxes concernant la logique des classes, des ensembles, des propositions .

Elle s'inscrit également dans le cadre d'une théorie des niveaux d'apprentissage :

- apprentissage de niveau zéro : un stimulus peut soit ne pas entraîner de modification dans l'organisme, soit entraîner une transformation qui ne pourra être ultérieurement modifiée : c'est le cas des acquisitions qui connectent une activité instinctive à un stimulus ou à une configuration ayant valeur de signal : l'empreinte, l'accoutumance, l'habitation, la réaction phobique primaire, l'imitation (K. Lorenz, 1973).
- apprentissage de niveau un : un stimulus peut provoquer une réaction conditionnée à un autre stimulus (« réflexe pavlovien »), ou produire un apprentissage fondé sur le renforcement des expériences positives (agréables) et l'évitement des expériences négatives (aversives). Cet apprentissage procède par essais et erreurs, et nécessite d'être répété pour être maintenu.
- L'apprentissage de niveau deux, ou deutero-apprentissage : face à deux expériences contradictoires, l'organisme en vient à apprendre à apprendre. Le deutero-apprentissage conduit à une phase confusionnante de désapprentissage, puis à une phase inventive où les deux apprentissages contradictoires sont traités par la création d'un apprentissage innovant. L'analyse du transfert en psychanalyse, le double bind « thérapeutique » peuvent être considérés comme des deutero-apprentissages. Pour G. Bateson (1972), le double bind schizophrénique serait lié à un trouble du deutero-apprentissage, renvoyant éventuellement à des singularités génétiques du patient et de ses proches affectant les dispositifs mentaux à ce type d'apprentissage social.
- L'apprentissage de niveau trois : il correspondrait à une expérience qui n'arrive qu'une ou deux fois dans l'existence, et qui débouche sur une bifurcation de destinée : la conversion religieuse ou la perte de la foi, un changement radical d'orientation professionnelle ou de choix sentimental, un accident qui bouleverse la destinée.

L'hypothèse du double bind a été généralisée par la suite à toute une série de manifestations normales et pathologiques, et a été conçue conjointement comme modalité d'intervention thérapeutique. Le maniement du transfert dans la cure-type de la psychanalyse peut apparaître ainsi comme une forme très élaborée d'injonctions en double binds touchant la neutralité bienveillante, l'incitation aux libres associations, la non-directivité subtilement orientée, l'accord sur le rythme, la fréquence, le paiement des séances, la dépendance à la situation psychanalytique, la non intervention dans les choix concrets du patient associée avec la règle de ne pas introduire de changements majeurs au cours de l'analyse, etc. (D. D. Jackson & J. Haley, 1963).

Il s'ensuit que de nombreuses autres situations thérapeutiques pourraient bénéficier d'injonctions paradoxales, qui sortent du cadre de la psychanalyse classique.

À la suite de sa participation au projet de recherche de G. Bateson, Donald D. Jackson fonda le Mental Research Institute en 1959 avec Virginia Satir et Jules Riskin. Paul Watzlawick rejoindra le MRI en 1961 avec Janet Beavin, de même que Jay Haley et John Weakland peu après. En 1967 se crée le Brief Therapy Center au sein du MRI, sous la direction de Richard Fisch, avec Paul Watzlawick, John Weakland et Arthur Bodin comme membres de l'équipe.

Bien que se réclamant de G. Bateson, ces chercheurs-cliniciens ont développé une série d'hypothèses et de techniques qui n'ont pas toujours reçu son aval. Tout en étant un épistémologue extrêmement avisé des processus thérapeutiques, G. Bateson était partagé, dans ses essais d'action thérapeutique, entre le souhait d'aider les patients et leurs proches, et la crainte de les influencer. Il s'est explicitement éloigné de ses disciples thérapeutes qui insistaient sur les conflits de pouvoir comme générateurs de symptômes dans la famille et sur l'importance du pouvoir du thérapeute (J. Haley).

Pour G. Bateson, si les schizophrénies peuvent être interprétées comme des conflits de groupe, l'idée du pouvoir, qu'elle soit celle du thérapeute ou celle de la famille, relève d'une épistémologie erronée conduisant à une forme de corruption.

b. La thérapie interactionnelle brève centrée sur le problème

L'approche interactionnelle de la thérapie familiale a tout d'abord été développée au Mental Research Institute de Palo Alto.

Elle fait référence au « système familial » qui est défini comme un assemblage d'éléments (individus) en interaction, dont les relations sont régulées en fonction du ou des buts à atteindre.

Ce système était conçu comme obéissant aux propriétés décrites par la théorie générale des systèmes de Ludwig von Bertalanffy (1947) :

- La totalité : la modification d'un élément (les membres de la famille) entraîne un changement sur l'ensemble du système (le groupe familial).
- La non sommativité : un système (familial) présente une qualité émergente, qui n'est pas réductible aux propriétés de ses éléments (les partenaires de l'interaction).
- L'équifinalité : l'état d'un système (l'apparition d'un symptôme dans la famille) pourra être atteint à partir de points de départ et de cheminements différents (paramètres liés à l'enfance, aux événements transgénérationnels, aux circonstances actuelles).
- L'homéostasie : le système (familial) réalise son auto-régulation par des rétroactions qui maintiennent les variations de ses comportements à l'intérieur de certaines constantes.

- L'ouverture : les organismes vivants sont ouverts aux échanges incessants de matière, d'énergie et d'information qui sont sélectionnés de manière à réaliser l'identité du système et assurer son évolution.

C'est ainsi que s'est développée une conception systémique des communications normales et pathologiques du couple et de la famille. Le point de vue devient interactionnel, et repose sur un certain nombre d'axiomes pragmatiques :

(1) On ne peut pas ne pas communiquer ; une non communication est encore une communication. De même, l'absence d'un comportement est encore un comportement.

(2) Les messages émis et reçus par les partenaires d'une interaction présentent une composante digitale (le contenu du discours, arbitraire selon les codes de chaque langue, fondé sur l'opposition et la discrimination d'unités discrètes) et une composante analogique (le contenant de l'échange, fortement motivé, reposant sur des ressemblances de formes imagées).

(3) Le contenu du message, digital, est composé d'indices, tandis que son contenant, analogique, fonctionne comme ordre dans l'interaction considérée comme une opération.

(4) La nature de la relation dépend de la ponctuation de la séquences des faits perçus par les partenaires dans la communication, chacun ayant tendance à concevoir sa position comme réaction à ce qu'il perçoit dans les comportements de l'autre partenaire.

(5) Par-delà cette ponctuation qui conduit à une version causale linéaire des actions-réactions, l'interaction peut-être appréhendée en termes de causalité circulaire : chaque partenaire produit des actions qui sont à la fois cause et effet des actions de l'autre partenaire, l'effet d'une action chez l'un devenant la cause d'une action chez l'autre. Cette relation en feed-back, ou rétro-action, est dite négative lorsqu'elle atténue la réaction du partenaire en produisant un phénomène homéostatique, et positive lorsqu'elle entraîne son amplification en produisant un phénomène d'homéorrhésie (croissance), de saturation ou de rupture.

(6) Deux personnes ou deux groupes qui entrent en contact peuvent s'influencer mutuellement selon trois processus nommés **schismogénèse** :

- **symétrique** si les partenaires adoptent des comportements en miroir (produisant des phénomènes de rivalité et de compétition),
- **complémentaire** si les partenaires adoptent des comportements opposés qui s'ajustent mutuellement (autorité-soumission, dépendance- assistance, enseignement-apprentissage, etc.) ;

une troisième forme de schismogénèse, dénommée **réciproque**, permet de réguler les excès possibles des deux premières.

L'introduction d'une certaine symétrie dans la schismogénèse complémentaire s'observe par exemple lorsque le nourrisson, encore très dépendant de sa mère,

commence à pouvoir influencer son comportement, et supporte que celle-ci ne réponde plus systématiquement à toutes ses sollicitations.

Par ailleurs, la relation parent-enfant, de complémentaire à l'origine, devient symétrique à l'adolescence, de même que la relation maître-élève.

À l'inverse, une relation de compétition peut s'équilibrer par des comportements de solidarité mutuelle. Si l'autorité parentale est de plus en plus contestée à l'adolescence, le mouvement de révolte permet de déboucher, dans les cas heureux, sur des relations de respect et de reconnaissance entre le jeune adulte et ses parents.

(7) Ces deux formes de schismogénèse peuvent aboutir à des escalades de rétroactions positives, soit par explosion de la relation dans la forme symétrique, soit par inhibition ou anéantissement du partenaire en position « basse » dans la forme complémentaire. Des escalades symétriques s'observent fréquemment entre les familles et les équipes soignantes d'un patient psychotique, dans la compétition exacerbée à chercher à venir en aide à celui-ci (ce qui, sur un plan non relié au premier, conduit à des escalades complémentaires). On constate ainsi une aggravation du patient, et un épuisement des familles et des équipes.

Tout l'intérêt de cette lecture est de déboucher sur des interventions, qui, en semblant aller à l'encontre du sens commun, conduisent à une atténuation des tensions violentes.

Un tel cadre conceptuel permet ainsi non seulement de repérer des formes d'injonctions logiquement auto-contradictoires qui aboutissent à des impasses relationnelles, mais encore de concevoir des modalités d'intervention thérapeutique (P. Watzlawick et al., 1974, P. Watzlawick, 1978).

En appartenant et en n'appartenant pas au système familial, les intervenants cherchent à produire des double binds thérapeutiques.

Pour les premiers thérapeutes familiaux se réclamant de ce courant de pensée, l'hypothèse de base est de considérer les troubles comportementaux et mentaux comme réductibles à un trouble interactionnel lié à des injonctions paradoxales. La schizophrénie serait par exemple la résultante de disqualifications relationnelles, produisant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper, voire disparaître lorsque les communications s'améliorent.

De fait, dans le modèle de thérapie familiale interactionnelle brève du MRI (de même que dans le modèle structural et le modèle stratégique de la thérapie systémique synchronique), les thérapeutes se présentent comme très actifs et directifs, cherchant à contrôler le cours des séances, même lorsqu'ils semblent suivre le patient et ses proches dans leurs propres cheminements.

La démarche thérapeutique comporte la définition du problème principal, voire des deux principaux problèmes, les moyens mis par les clients pour tenter de les résoudre, leurs objectifs de changement, l'anticipation des conséquences positives et négatives une fois le changement intervenu. Dans une situation marquée par un changement de type 1 : « plus ça change, plus c'est la même chose », les thérapeutes proposent un

changement de type 2 : « plus c'est la même chose, plus ça change ». Ils proposent un recadrage du symptôme, en proposant au patient de tirer parti de son handicap, en l'amplifiant volontairement plutôt que de tenter désespérément de le supprimer.

Il s'agit ainsi de modifier le cadre émotionnel ou conceptuel dans lequel s'exprime le symptôme (P. Watzlawick et al, 1974, p. 116).

Les thérapeutes ne proposent jamais d'interprétations, et interviennent par prescriptions de comportement, portant le plus souvent sur un détail apparemment infime, et censé apporter une métarègle dans un système marqué par des règles entraînant un jeu sans fin (P. Watzlawick, 1978, pp. 139-141). Cette prescription porte plus précisément sur le symptôme, et procède par le recadrage, l'induction constructive d'alternatives illusives, le déplacement volontaire du symptôme, le recours éventuel à des messages confus, etc. Il est important que le thérapeute parle le langage du patient, et accompagne, voire prescrive ses résistances à changer (P. Watzlawick, 1978). Dans cette approche interactionnelle, le nombre des séances est limité à 10, avec une intervention très active focalisée sur la définition du problème principal motivant la première consultation. La brièveté programmée du cours de la thérapie contraint consultants et consultés à une élaboration intensive du problème et de sa résolution.

c. La thérapie familiale structurale

Dans la version structurale proposée par S. Minuchin (1974), les relations pathologiques seraient caractérisées par des coalitions et des rejets, soit sous la forme d'engrenages ou d'enchevêtrements (psychoses) soit sous la forme de désengagements ou de délitements (délinquance).

Les frontières intra ou intergénérationnelles sont alors dysfonctionnelles, et prennent un aspect poreux dans le premier cas, imperméable dans le second.

Les techniques de thérapie familiale structurale reposent sur trois processus : *la création de transaction, l'adhésion à la transaction, et la restructuration de la transaction.*

(1) **La création de transaction** comporte la structuralisation (la posture du thérapeute qui influence les membres de la famille de manière à ce qu'ils adoptent une position complémentaire à la sienne, et à ce qu'ils puissent négocier les tâches thérapeutiques), l'encouragement à la réalisation des schèmes relationnels, l'instauration de tâches à l'intérieur de la famille, c'est-à-dire la prescription d'activités qui dirigent les interactions entre membres de la famille.

(2) **L'adhésion à la transaction** comporte trois processus chez le thérapeute : son imprégnation aux symboles de la vie familiale, son accommodation à la famille en s'apparentant à ses schèmes transactionnels par l'adoption de ses règles de fonctionnement, et sa mimésis qui lui permet d'imiter les modes et les contenus de la communication familiale.

(3) **La restructuration de la transaction** concerne deux problèmes provenant des conflits de systèmes et de défaillances structurales. Elle procède :

- soit par enrichissement de systèmes, par accentuation des symptômes conduisant à la désunion et l'amplification des différences,
- soit par soustraction de systèmes : il peut s'agir d'une atténuation du symptôme, produisant le développement des conflits implicites, ou du déplacement vers un nouveau symptôme, bloquant les schèmes transactionnels, ou par le réétiquetage du symptôme par un travail de construction, ou encore en modifiant l'affect lié au symptôme, conduisant à une réorganisation structurale.

d. La thérapie familiale stratégique

La version stratégique de Jay Haley, issue des travaux du premier MRI, de S. Minuchin et de M. H. Erickson, envisage le symptôme comme la manifestation d'un conflit de pouvoir à l'intérieur de la famille. Il considère que le thérapeute doit être actif, directif, tout autant que chaleureux et respectueux, de même qu'ingénieux et habile dans l'élaboration de ses interventions.

En cas d'échec, la responsabilité en revient au thérapeute. Partant d'un paradoxe auquel se prêtent volontiers les systémiciens, Jay Haley (1980) souligne que trois formes de théories handicapent les thérapeutes :

(1) les théories organiques parce qu'elles stigmatisent les patients schizophrènes, en insistant sur leurs défaillances, en renforçant le recours aux chimiothérapies et à l'hospitalisation ;

(2) les théories psychodynamiques parce qu'elles considèrent la psyché individuelle comme le problème, et qu'elles refusent les thérapies actives ;

(3) et les théories systémiques lorsqu'elles simplifient les séquences d'interaction et lorsqu'elles considèrent tous les membres de la famille comme étant dotés d'un égal pouvoir ; il critique également la théorie du double bind, dont il est pourtant l'un des co-auteurs, en estimant qu'il s'agit d'une théorie descriptive, ayant acquis une signification trop large et trop floue, et conduisant à une appréciation victimaire et négative de la relation schizophrénique.

Il préfère envisager une version positive et constructive du problème, en proposant la version thérapeutique d'interventions paradoxales .

Le thérapeute stratégique est attentif aux triangles, à la hiérarchie, aux séquences et aux règles d'interaction tels qu'ils se modifient lors des cycles de la vie familiale.

Les processus de triangulations sont préférés aux processus dyadiques, dans la mesure où ils permettent d'agir sur la mise en œuvre de coalitions (deux personnes faisant alliance contre un tiers). La modification de ces coalitions peut être envisagée dans une perspective thérapeutique.

De même, les séquences d'interaction combinent les descriptions en termes linéaires et circulaires, de manière à proposer des alternatives aux descriptions de séquences

dysfonctionnelles, souvent exprimées en termes de causalités linéaires exclusives les unes des autres.

Par ailleurs, la reconnaissance des hiérarchies entre générations permet d'appréhender de quelle manière l'amour, la protection, le pouvoir relèvent de la capacité des parents d'imposer des règles et leurs applications à leurs enfants. Dans le cas de règles dysfonctionnelles, on peut assister à une prise de pouvoir d'un enfant sur les parents, lorsqu'il se comporte de manière menaçante ou intimidante à leur égard, lorsque ses symptômes ont un caractère paralysant sur les tentatives éducatives, ou lorsqu'il existe une coalition entre un enfant et un grand-parent dirigée contre les parents, ou encore lorsque la coalition s'effectue entre un parent et un enfant contre l'autre parent (triangles pervers).

La thérapie est conçue 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).

Elle 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 et à 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] On soulignera ici que cette dichotomie entre sciences sociales et psychiatrie médicale contient en germe les limites de cette première version des thérapies systémiques interactionnelles. En termes de complexité systémique, ces deux champs apparemment disjoints méritent d'être étroitement articulés, tant sur le plan pratique que théorique.

Voir en ligne : En savoir plus

Miermont Jacques

Articles de cet auteur

- Gregory Bateson et l'épistémologie du vivant
- Rituels,mythes,épistémès
- Les différentes conceptions des psychothérapies / Conférence de J. Miermont
- Ecologie des liens Partie sur Rituels, Mythes, Épistémès
- Thérapies Familiales et psychiatrie par Dr J. Miermont
- [...]