

Approche des thérapies et interventions brèves

L'approche systémique

C.V de Jean-Pierre VOUCHE

Directeur Clinique de la Ligue Française pour la Santé Mentale

► *Psychologue clinicien diplômé de l'Université Paris V (1981) en psychopathologie, et du Centre Européen de Médiation de Bruxelles, spécialisé en psychologie et psychiatrie légale (Université PARIS XIII), ainsi qu'en intervention post-traumatique. Enseignant à l'Université Paris V pour le Diplôme Interdisciplinaire Universitaire de "Gestion des Conflits : Négociation, Médiation" qu'il a co-créé avec le Pr H.Touzard, Jean-Pierre Bonafé-Schmitt, Jacques Faget, Jacques Salzer, Etienne Le Roy en 1995. Chargé de cours depuis 2000 pour les Universités de Rennes et de Rouen pour des D.E.S.S en Sciences Criminologiques et Psychologie du Travail. Enseignant pour les universités de Duchambe (Tadjikistan en psychologie et médecine), Kaboul (Afghanistan programmes post-traumatiques, de médiation, de santé publique), de Montréal (post-trauma et harcèlement moral en entreprise). Expert auprès de la Cour d'appel d'Amiens. Depuis 1979 est engagé dans des projets d'alternatives aux systèmes de régulations traditionnels ; il exerce en région parisienne, en région, à l'international sur le champ des situations de violences sociales, de violences familiales et des crimes sexuels, de la gestion des urgences post-traumatiques (Crash Concorde d'Air France en 2000, en Thaïlande en 2000 accident de car de français en congés, déraillement de train, en situations de guerre, de catastrophes naturelles (tremblement de terre d'Alger en 2003), de programmes psychosociaux et de médiation des conflits dans les sites de santé (collaboration avec des hôpitaux étrangers (Mali) ou en crise, des conflits entre ONG médicales. Psychothérapeute psychanalytique et systémique de la famille, du couple et des groupes en consultation privée et associative depuis 1985 (diplômé du C.E.F.A du Pr Neuburger, de Paris V du Pr Lemaire, de l'Institut des psychologues cliniciens de O. Avron, Dr Diatkine et Alberto Eigner). Clinicien spécialisé – psycho criminologue depuis 1997 de l'Association Française de Thérapie du traumatisme des Violences Sexuelles et familiales et de prévention du Dr Coutanceau, pour la création de consultations ambulatoires spécialisées et de Réussite Educative du Plan Borloo (Beauvais, Paris, Méru, Nogent sur Oise et en Seine Saint-Denis), clinicien auprès d'auteurs de crimes sexuels (pédophiles, violeurs, exhibitionnistes, pervers) et de victimes, thérapeute pour la consultation L.F.S.M des violences conjugales à Paris, responsable du programme de Formation de l'A.F.T.V.S et de la L.F.S.M, pour des conférences et de la recherche internationale (Centre International des Sciences Criminologiques et Pénales). Directeur de recherche pour l'Institut de Recherche en Relations Humaines et d'Innovations Sociales et chef de projet à F.R.E.I (Formation Recherche Etudes Intervention) de 1995-2007. ► Directeur des opérations internationales en 2000-2002 aux travaux de l'O.N.G "Aide Psychologique Sans Frontières" (Interventions internationales, Formation, Recherche), dont le siège social était au Québec pour les interventions d'urgence sur événements post-traumatiques internationaux (Afghanistan 2000-2001-2002, attentats du 11 septembre 2001 USA). Actuellement depuis 2002, Directeur Clinique de l'O.N.G "Psys Sans Frontières" de la Ligue Française pour la Santé Mentale, World Federation of Mental Health. Collaborateur de l'O.N.G de Santé "ONG Gastro" (Vietnam, Maroc, Mauritanie, Togo). Ambassadeur de Médecins Sans Frontières juin 2007 (mission en Inde). Chargé de mission auprès de députés - maires dans le cadre de Contrat Local de Sécurité et de prévention de la délinquance, auprès de procureurs de la république pour la mise en place de réseaux Santé - Justice. En avril 1997 intervient comme expert auprès de la Direction Interministérielle à la Ville pour les problèmes de prévention et de sécurité dans les transports urbains et les quartiers. Directeur de l'I.A.P.R à Paris, Institut d'Accompagnement psychologique post-traumatique, de Prévention et de Recherche de 1999 à mars 2001, suite à une étude de 1998 pour la RATP sur les besoins des salariés victimes d'agressions physiques et psychologiques. Directeur clinique de consultation ambulatoire spécialisée A.F.T.V.S - L.F.S.M (association reconnue d'utilité publique) pour familles en difficultés à Beauvais de 1998 à ce jour. ► Superviseur de médiateurs familiaux, de médiateurs de proximité de quartier et d'entreprise. Formateur pour la restructuration du personnel, aux fonctions manageriales et d'expertise. Spécialiste international de la gestion des conflits en milieu de santé (hôpitaux parisiens Assistance Publique, hôpitaux de région et à l'étranger, maison de retraite, centres Alzheimer, associations paramédicales et médicales, ONG de Santé, etc.). Formateur des Contrats Emplois-Jeunes, A.L.M.S (Agents locaux de Médiation Sociale) de l'Eure, de l'Isère, de l'Oise. Conseillers auprès de nombreuses associations para judiciaires à Paris, à Tours, à Melun - Fontainebleau, du C.L.C.J collectif national, de services des collectivités locales au sujet des réponses aux violences dans le cadre urbain, au travail, et en intra familial. Formateur en I.R.T.S à Paris et Montrouge pour divers travailleurs sociaux de 1992 à 2000. Et l'I.R.T.S de la Réunion sur la mise en place de dispositifs de prévention et de soutien au personnel victimes d'agression au travail (oct nov 2004). Directeur de l'étude sur les dispositifs de gestion de l'accueil de Gens du Voyage pour la CACP de Cergy-Pontoise (Val d'Oise) octobre à janvier 2005, création d'un D.V.D. Responsable de l'Etude pour la ville de Reims sur l'amélioration du dispositif de sécurisation des biens et des personnes du CCAS mai-juin 2006. Superviseur d'équipe et intervenant post traumatique depuis septembre 2007. ► Auteur d'articles et conférencier autour des questions sur le destin du traumatisme, le trauma des incestes, les violences urbaines, la politique de la ville, l'exercice thérapeutique en détention. Il a réalisé des interventions en colloques internationaux sur les rapports entre psychanalyse et phénomènes socioculturels, la maltraitance, les dispositifs de prise en charge des victimes et auteurs de violences, et les questions d'éthique (Montréal en 1997, Paris en 1998, Sienne en 2000, Amsterdam sur la supervision en milieu de santé et des modèles alternatifs de prise en charges de criminels sexuels). en 2002, Bruxelles en 2003 pour l'Académie Internationale de Droit et Santé Mentale. Bruxelles en 1984 sur les injonctions thérapeutiques pour toxicomanes, Montréal en 2000 au Xème symposium de Victimologie sur l'accompagnement psychologique d'urgence des victimes de violences au travail, Québec en 2001 sur le harcèlement sexuel en entreprise. En janvier 2003 à l'UNESCO sur les innovations en matière de santé publique, et la victimologie. Auteur d'un ouvrage avec ses collègues de l'Université Paris V en décembre 1999 un ouvrage intitulé "La Médiation, les Médiations ?" chez Erés, traitant dans le chapitre qui lui est confié de la médiation des conflits et violences dans les entreprises et organisations. Est membre de l'O.M.T Observatoire de la Médiation dans le Travail. Et a réalisé plusieurs études pour des préfetures, Directions Départementales des Actions Sanitaires et Sociales et tribunaux de Justice de 1997 à 1999 sur les dispositifs de soins spécialisés pour victimes et familles de victimes de divers traumatismes et de violences.*

Approche des thérapies et interventions brèves

L'approche systémique

Clarification des concepts systémiques

L'introduction de la pensée systémique en psychiatrie constitue une des plus importantes et des plus innovantes contributions à la modélisation et à la prise en charge actuelles des troubles du comportement (anorexie mentale, violences intra-familiales, conduites suicidaires, incestes, toxicomanies, etc...) et des maladies mentales (schizophrénies sous l'impulsion de F.Basaglia et école de Milan de M.Selvini Palazzoli)*.

Cette nouvelle façon de penser nous a en effet, obligés à changer de façon radicale le regard que nous portons sur nos patients. La référence obligée dans la pensée occidentale au cartésianisme, et en particulier au second précepte du Discours de la méthode (diviser chacune des difficultés en autant de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour mieux les résoudre) nous avait conduits à nous focaliser sur des éléments de plus en plus fins, à passer du sujet à son psychisme ou à son cerveau, puis de son psychisme à ses pulsions et à ses défenses ou de son cerveau à ses neurones. A nous persuader que nous pouvions évacuer, la complexité en la réduisant afin de la maîtriser.

La pensée systémique nous propose, à l'inverse de cette méthode, de prendre du recul et d'élargir le champ de nos investigations afin de passer « du microcosme au macrocosme », et d'être en mesure d'accéder à la spécificité du système. Deux propriétés des systèmes viennent en contradiction du second précepte du Discours de la méthode de Descartes : la totalité et surtout la non-sommativité (le tout est toujours plus que la somme de ses parties). La connaissance, la plus précise soit-elle, des composants d'un système est insuffisante pour accéder à ses propriétés originales. Seule une vision holistique, détachée des éléments et cherchant à les relier, à saisir la façon dont ils sont organisés et dont ils interagissent, peut nous permettre de progresser vers de nouvelles connaissances. Il nous a fallu forger de nouveaux concepts, et surtout abandonner cette tendance naturelle que nous avons d'isoler, de scinder, de découper le monde en objets séparés. Cette rupture avec nos habitudes les plus enracinées est la principale difficulté d'application de la théorie systémique.

**Références bibliographiques : Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G, « Paradoxe et Contre-paradoxe », Paris : ESF, 1978*

Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM, « Les jeux psychotiques dans la famille, Paris : ESF, 1990.

En psychiatrie cela nous conduit à ne plus considérer le patient de façon isolée, mais en relation avec d'autres personnes, et en particulier sa famille, qui constitue son système premier d'appartenance. Nous sommes amenés à découvrir de nouvelles significations aux propos et comportements perturbés auxquels nous sommes confrontés.

*« Cela ne veut pas dire que la manière dont le thérapeute familial systémique aborde le problème qui lui est soumis serait plus vraie que celle du psychiatre biologisant, du psychanalyste ou du cognitivo-comportementaliste »**.* La question de la vérité n'est ni l'affaire du thérapeute, ni celle du patient. Leur préoccupation essentielle demeure le soulagement de la souffrance, et la thérapie familiale systémique permet parfois de réussir là où d'autres approches ont échoué.

*** JM Hayet. Service de psychiatrie des adultes Hôpital Robert Debré, Reims. In La lettre du psychiatre Vol.1 n°3 juillet 2005.*

Afin d'illustrer notre propos nous avons choisi une pratique clinique réalisée dans les deux CMP de la Garenne-Colombes et de Bois-Colombes (Hauts de Seine) de l'Hôpital spécialisé Roger Prévot de Moisselles (Val d'Oise).

Dispositif Thérapeutique du système familial,

Les dispositifs proposés peuvent concerner les CMP et un travail de proximité auprès des familles.

La population de psychiatrie générale comme le public de l'antenne de psychiatrie et de psychologie légaux sont concernés par cette offre thérapeutique.

Elle est repérée sur le créneau du vendredi après-midi sur les deux lieux (CMP) en alternance si besoin se faisait sentir.

L'unité mobile est composée des cliniciens suivants :

Justine Loubeyre, Linda Zinoune, de Jean-Pierre Vouche. Cliniciens formés aux techniques systémiques et psychanalytiques de la famille et du couple.

Les pôles **Victimologie et Agressologie**, ainsi que le pôle **Violences Familiales et approches post-traumatiques** sont concernés par cette offre thérapeutique spécifique dans l'approche du système dysfonctionnant, la famille, le couple parental, le groupe en souffrance.

Approche pragmatique

L'intervention :

Va comprendre **une démarche d'évaluation** dans un premier temps d'une durée de 2 heures par un duo de cliniciens qui ne seront pas forcément les futurs thérapeutes familiaux, avec une grille d'évaluation plurifactorielle. L'objectif est pluriel : la clarification de la demande émanant de la personne ou d'un couple, l'information concernant le dispositif thérapeutique, la proposition d'un rendez-vous mobilisant plusieurs personnes significatives pour le demandeur. Les symptômes comportementaux comprennent toujours des données relationnelles dans leur expression, le travail thérapeutique devra aborder ces interférences relationnelles. Tout message est interactionnel, selon la théorie éco-systémique.

Puis la situation sera présentée en équipe clinique le jeudi suivant pour confirmation par l'ensemble des cliniciens de l'**orientation** vers notre prestation.

Les temps annexes soignants :

- L'élaboration des interventions et des objectifs thérapeutiques se font en réunion clinique avec retour devant celle-ci pour une évaluation sous suivi thérapeutique quelques mois après. En abordant une famille avec laquelle les thérapeutes se sentent en difficulté pour évaluer et réduire certaines difficultés.

- L'articulation des divers espaces cliniques se fait dans ces réunions cliniques élargies.

- Ce dispositif complète les temps de préparation des séances de couple ou familiales, de debriefing clinique et d'analyse de la pratique.

Le pôle Victimologie :

Par la possibilité de nous confier des entretiens familiaux, des entretiens mère-enfant (victime), des thérapies de couple, des thérapies familiales, des thérapies de groupe. Nous pouvons envisager une série d'entretiens familiaux en l'absence de l'agresseur (car incarcéré). Les indications portent sur les victimes de climat incestueux ou d'abuseurs, de violeurs, de violences diverses.

Le pôle Agressologie :

Des accompagnements familiaux des auteurs de crimes, d'agressions sexuelles, d'exhibitionnistes, des approches familiales lors de la recomposition de la famille à la sortie de détention de l'auteur d'une agression sexuelle. La nécessité de travailler avec l'environnement de l'agresseur sexuel est reconnu dans la loi du 17 juin 1998 instaurant un suivi socio-judiciaire. La prise en charge thérapeutique à la sortie de détention peut se poursuivre avec des entretiens de couple puis des entretiens familiaux avec l'enfant ou l'adolescent dans un second temps. Le but désamorcer toute récurrence par une mise en éveil de tous les participants à tout élément laissant penser à une récurrence.

Le pôle Violences Familiales :

Notre unité mobile dans des situations de violence familiale peut en proximité (à domicile) des familles animer des entretiens de couple, préparer à des entretiens familiaux englobant le ou les victimes s'écoulant sur une période conséquente et des thérapies de couple voire familiales.

Le pôle thérapeutique post-traumatique :

Dans l'approche du système, du groupe souffrant d'un traumatisme groupal, et présentant un syndrome post-traumatique.

Pour les thérapies familiales des pôles victimologie et des violences familiales :

Dans les situations de violences familiales nous proposons la mise en place de dispositif thérapeutique du système familial. C'est dans une approche systémique que des entretiens familiaux se mettraient en place avec :

- Suivi de l'épouse, de la concubine
- Suivi des proches, des enfants, surtout si l'auteur des violences compte reprendre une vie familiale et que la famille se recompose à la sortie de détention.
- Suivi de l'intéressé en milieu carcéral et en relais en ambulatoire à sa sortie de détention.

Les indications :

- *violences conjugales*
- *violences familiales*
- *dysparentalités*
- *violences sexuelles, les problématiques affectivo-sexuelles (exhibitionniste, attentat à la pudeur)*
- *violences à motivation affective passionnelles*
- *violences commises par des adolescents, vivant en famille.*

Les objectifs :

Les interventions cliniques auprès de l'entourage servent à étayer les observations cliniques de nos divers collègues prenant en charge ces personnes en suivi individuel ou en groupe (exemple groupe de pères incestueux, prévention de la récurrence, fantasmes et passage à l'acte, etc.) et à réviser les stratégies de traitement utilisées. Les équipes pouvant avoir un retour des perspectives de la réalité psychologique et affectivo-sexuelle des liens parentaux et du couple parental. Notre approche vise à redonner des repères d'adultes chargés de représenter dans leur famille l'ordre des générations, de leur protection, et de la transmission d'un savoir sur l'humain et son organisation.

L'objectif est la réduction de l'angoisse et le soutien de l'action de pensée (dialogue plus fluide et concret sur les relations internes au couple et dans le groupe familial).

Les phénomènes liés au fonctionnement du groupe familial

Ce dispositif aide la famille à passer d'une communication confuse à une communication ouverte, directe et claire. Mais aussi que les sujets appréhendent plus intelligemment leurs liens parentaux et de couple.

L'intervention systémique : c'est créer un système d'alliance entre les thérapeutes et les membres du système familial, il s'agit de l'association de plusieurs personnes en vue de poursuivre les mêmes buts ou les mêmes intérêts, et de l'adoption des mêmes attitudes ou des mêmes comportements. L'intervention systémique est la constitution d'un lien, d'une interdépendance et d'une lecture commune de la situation : « *L'alliance thérapeutique est définie comme l'habileté observable du thérapeute et du patient à travailler ensemble dans une relation réaliste de collaboration basée sur le respect mutuel, sur la confiance, et sur un engagement dans le travail de la thérapie* ». (Foreman S, Marmar R. « Therapy actions that address initially poor alliances in psychotherapy, Am J Psychiatry 1985; 142: 922-6).

Chaque séance est l'objet d'une mise à l'épreuve de la régulation de ce nouveau système en s'appuyant sur la circulation d'informations référées au système familial.

Le thérapeute s'intéresse aux résonances et assemblages déclenchés en lui par les membres de la famille et leurs interactions.

L'intervention clinique établit une très nette distinction entre l'affect, la sexualité et l'agression. Pour l'agresseur le travail clinique reposera sur la prise de conscience de sa relation à lui-même, à autrui enfants et à sa compagne. Celle-ci resituée comme objet d'investissement. Les entretiens familiaux et thérapies permettent la mise à plat de la dynamique familiale, de resituer les comportements du père face à son épouse ou concubine et face aux victimes, et de mesurer l'attitude de la mère dans la relation mère-enfant. Il s'agit de travailler sur la loi respectée, et la reconnaissance des limites de l'interdit.

Nos interventions touchent la fonctionnalité de la famille et une appréhension des liens affectifs et sexuels que le transgresseur ou le violent instaure avec ses proches. Avec ses règles intrinsèques, dans cette singularité du système familial.

Les ressources familiales, sociales de la communauté sont mises à contribution pour optimiser l'impact du traitement et la solidarité dans la collaboration dans la résolution des problèmes.

Les tiers peuvent jouer un rôle majeur dans l'initiation et le maintien d'un traitement, et des atouts indispensables dans la prévention de la récurrence, et à s'extraire d'une organisation perverse structurale dans la famille. L'objectif est que l'ensemble de la famille partage ensemble ce qui fait symptôme et se mobilise face à la peur de la récurrence par une prévention respectant la place et le rôle de tous.

L'orientation systémique portera le regard sur :

- les phénomènes de groupes, cohésion, leader-ship, comment les agresseurs éliminent l'apparition de la cohésion de groupe
- le modèle systémique reposera sur l'analyse de l'affection, du pouvoir, de la communication

L'épistémologie systémique

Conception systémique du symptôme

Les notions de porteur du symptôme ou de patient désigné mettent l'accent et maintiennent l'attention sur les relations entre l'individu souffrant et son environnement. Le symptôme prend place parmi les comportements – communications.

En thérapie, le concept de fonction du symptôme est la clef de voûte de la compréhension : la famille s'organise autour du symptôme que le patient porteur a développé malgré lui comme solution, comme appel à la fois au changement dans le système familial. Le symptôme a une valeur en tant que garant de l'homéostasie familiale. Le processus régulateur se trouve inscrit dans les règles interactionnelles de la famille et se rigidifie par des boucles de rétroactions négatives autour des mêmes modes relationnels.

La thérapie familiale systémique.

Approche de la relation et des aspects thérapeutiques

La thérapie familiale, comme son nom l'indique, est une technique thérapeutique relationnelle, appliquée à la famille. A minima nous devons avoir une adhésion à une aide thérapeutique explicite, formulée par les intéressés eux-mêmes, à savoir les parents dont l'auteur d'agression ou de violences, le couple qui peut être maltraitant, avec l'adhésion de chacun.

La thérapie familiale systémique a recours aux concepts de l'approche systémique, elle est née dans les années soixante des découvertes et des recherches menées par l'approche systémique, avec Bateson et l'école de Palo Alto d'une part, des difficultés et des limites des thérapies traditionnelles, auprès d'enfants et d'adultes impliqués dans des systèmes familiaux pathogènes.

Ainsi, travailler avec le système familial dans lequel est impliqué le « patient identifié » agresseur ou victime, a permis, en assainissant les relations interindividuelles pathogènes, d'éviter l'aberration qui consisterait à désinfecter une plaie replongée régulièrement dans un « bouillon de culture ».

Nous développons des pratiques spécifiques particulièrement adaptées au contexte des particularités psychosociologiques des populations rencontrées aux C.M.P et à l'antenne de psychiatrie et de psychologie légales de la Garenne-Colombes.

Nous prendrons en compte les facteurs interactionnels et intra psychiques, si certains fondements théoriques, parfois dogmatiques de la thérapie familiale, mettent en avant que seul un travail sur les interactions, au sein du système familial peut permettre un véritable changement pour le patient identifié, l'orientation choisie et présentée ici prend en compte deux dimensions humaines, qui nous paraissent incontournables et essentielles dans le travail thérapeutique : la dimension interactionnelle et la dimension intra psychique.

Le but de la thérapie familiale est aussi de permettre l'émergence d'une demande, Freud le premier a dévoilé un des refuges de la demande dans le symptôme névrotique. L'analyste lui aussi doit pouvoir juger de l'importance de l'aliénation du symptôme au discours familial actuel. La famille n'autorise pas l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, quel que soit le symptôme ou sa gravité. Nous le voyons bien dans le cas de l'enfant victime d'agressions sexuelles du père avec la complicité passive de la mère et de la fratrie.

Exemples de concepts systémiques utilisés :

La personne, le travail d'individuation en systémique

Il nous semble que la place du thérapeute familial est, dans ce cas de permettre, par une désaliénation du groupe familial, l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, et pas seulement chez celui qui au départ était porteur du symptôme". C'est ce qu'on appelle le travail d'individuation en thérapie familiale. Le thérapeute doit saisir la logique symbolique oedipienne du désir et la logique de l'imaginaire, systémique, où le symptôme échappe au sujet et tombe dans l'appartenance au système familial. Les logiques sont toujours en cause dès qu'il y a symptôme. Il y a donc à repérer ce qui domine de l'aliénation au discours familial ou de l'aliénation du sujet de l'inconscient, c'est à dire si le contexte familial autorise une demande ou pas.

Dans les cas où le patient n'est pas le sujet de sa demande, père agresseur, mère violente, tout en étant pourtant sujet de ses symptômes, de son dysfonctionnement et de sa souffrance directe et indirecte (sa victime), la première étape est d'introduire le patient ou les patients à un premier repérage dans le réel avant de commencer le travail thérapeutique. Cette première étape est indispensable. Il ne peut y avoir analyse sans un sentiment discret, d'y être quelque chose dans son histoire.

La circularisation de l'information

Nous proposons d'introduire une technique systémique la **circularisation de l'information** qui consiste à explorer le système au moyen de questions correspondant aux éléments de la demande, tout en respectant les règles de la circularité, définies ainsi par l'équipe de Selvini : « *Par circularité nous entendons la capacité du thérapeute de mener son investigation en se basant sur les feed-back de la famille en réponse à l'information qu'il sollicite en termes de relations donc en termes de différence et de changement* ». C'est-à-dire que cette information éclaire en même temps celui qui la produit et ceux ou celles qui la reçoivent.

Exemple de **questionnement circulaire** : *Qui pose le plus de problèmes à la famille actuellement ? Ou*

Qui, pensez-vous, souffre le plus de la situation ? Qui se montre le plus préoccupé de la situation ?

Met en évidence et amplifie des références qui sont autant d'informations. Chacun se sent interpellé en tant qu'individu et, à travers la formulation des réponses, chacun peut se percevoir comme élément interdépendant dans la séquence interactionnelle.

Le rôle des thérapeutes est de mettre en forme une réalité, d'informer tous sur ce qu'ils savent sans savoir qu'ils le savent : il s'agit d'activer un processus qui modifie leur réalité. (Ausloos G. « La compétence des familles . Temps, chaos, processus ». Toulouse; Erès. 1995).

Les questions réflexives sont des questions posées avec l'intention de faciliter l'auto guérison d'un individu ou d'une famille en activant la réflexivité parmi les sens appartenant aux systèmes de références préexistants qui permettent aux membres de la famille de créer ou de généraliser des modèles constructifs de connaissance et de comportements. A travers les **connotations positives** et le **questionnement circulaire** on sollicite les membres des familles sur leurs capacités de compréhension des autres autant que d'eux-mêmes; ce qui est visé par le thérapeute est le réseau de relations, contexte d'un changement possible.

Il s'agit de faire resurgir **les compétences des familles** ou de ses sous-groupes quand un membre est très pathogène (exemple père pédophile ou incestueux). Dans certaines situations la famille qui a des compétences potentielles ne sait pas les utiliser, ne sait pas qu'elle possède

ces dites compétences ou ne peut pas les utiliser pour des raisons diverses (Ausloos G; « La compétence des familles; Temps, chaos, processus». Toulouse; Erès, 1995.).

Autre concept et technique systémique utilisé : le recadrage. C'est une attitude du thérapeute par laquelle il répond sous un autre angle à une affirmation; ainsi une situation initialement étiquetée négativement sera-t-elle ré étiquetée sur un mode positif. L'objectif est de réorienter la famille, par un recadrage de la réalité, vers une nouvelle manière de voir les interactions de ses membres, de les laisser plus ouverts au changement. Pour P Watzlawick, recadrer consiste « à modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, en la plaçant dans un autre cadre qui correspond mieux aux faits de cette situation concrète, dont le sens, par conséquent change complètement ».

L'utilisation de métaphores peut être proposée, comme le suggère L.Onnis, pour en arriver à une vision alternative de la réalité (Onnis L (ed) « Les langages du corps ». Paris; ESF, 1996.) ou plus classiquement une intervention ponctuelle en fin de séance.

On le voit dans les systèmes familiaux violents ou transgressifs cela éclaire sur les vécus de chacun, et les prises de conscience de la souffrance de la victime.

Cette technique permet aux thérapeutes de confronter les réponses familiales à ses projections sur le groupe en présence, en ce qui concerne la distribution des rôles. Il devient plus aisé d'émettre des hypothèses quant au fonctionnement familial.

Redéfinir les relations des parents avec une victime adolescent(e) entraîne la nécessité de redéfinir également la relation des parents entre eux. La famille peut refuser ce changement qu'elle redoute. C'est la menace constituée pour **l'homéostasie familiale**. La théorie systémique soutient que l'apparition d'un malade-symptôme, désigné comme tel par le groupe familial (en psychiatrie générale), est le signe d'un dysfonctionnement lié au refus du changement, pourtant imposé par le déroulement du temps, et que sa fonction est de maintenir l'homéostasie familiale menacée. Le refus de changement s'observe dans des familles rigides, donc fragiles. La demande familiale en période de crise peut prendre des aspects variés. Elle peut s'exprimer sur un mode psychiatrique, mais aussi somatique, sexuel ou social.

Par ailleurs, le vendredi après-midi se tient **un groupe thérapeutique** intitulé « **Difficultés et Transmission familiale** » où dans cet espace est traité la création de l'appareil psychique de l'enfant, des désirs des parents sur leurs enfants, la transmission familiale de la sexualité, cette dimension de la transmission du modèle sexuel familial, l'approche se réalise sous la forme de psychodrame, de réunion de familles. Une équipe de Lyon travaille comme cela avec la même démarche et la même dynamique.

Jean-Pierre Vouche,

Nous proposons d'illustrer les aspects thérapeutiques par un cas clinique.
Rappelons en quoi consiste notre dispositif thérapeutique.

La demande et le problème annoncé

La prise de contact se fait par téléphone et donne lieu à un entretien d'évaluation mené par deux cliniciens (psychologue, psychiatre, infirmier psy) dont l'objectif est pluriel :

La consultation :

Les membres de la famille sont reçus à raison de deux entretiens par mois durant une heure.
Le nombre de séances varie entre douze et quinze.

Les rôles et fonctions des deux thérapeutes :

L'un anime la thérapie, l'autre est le superviseur ou co-thérapeute. Ce dernier peut intervenir à tout moment. L'intervenant se retire pour une pause qui permet de méta communiquer sur ce qui s'est dit et de faire jouer les résonances à chaud des deux thérapeutes. La famille est informée de ce dispositif et de son utilité dès les premiers instants.

Les buts de la supervision à chaud sont :

- d'inscrire la famille dans un système à plusieurs niveaux d'intervention,
- d'avoir un autre niveau de lecture de la séance par le superviseur,
- de pouvoir éventuellement mobiliser les membres de la famille,
- de faciliter la formation des équipes de thérapeutes.

La supervision externe

Une supervision hebdomadaire est mise en place réunissant tous les couples de thérapeutes. Cela permet à un couple de thérapeutes de présenter une famille avec laquelle il se sent en difficultés.

Famille LBM : La thérapie et la gestion de l'urgence en continu

Il s'agit d'une famille composée de deux parents et de deux enfants. L'aîné Nicolas est un garçon de 19 ans est le membre malade désigné de cette famille, la sœur Marie a 18 ans. Cette famille, vraiment en crise au sens systémique, en déséquilibre, a pris un rendez vous à la suite d'une hospitalisation d'un mois de Marie.

Si la crise est la bifurcation possible, prochaine et imprévisible, dont une des branches au moins conduit à des situations inconnues, elle n'est pas nécessairement la catastrophe. La crise est un phénomène temporel et organisationnel, car l'anti-organisation (le désordre, le bruit, le feed-back positif qui amplifie au lieu de réguler) est à la fois nécessaire et antagoniste à l'organisation. L'événement affectant les possibilités de régulation du système, celui-ci se met en crise, car les règles du jeu changent et le système n'arrive plus à percevoir les nouvelles règles qu'il a produites.

La mère qui est la demandeuse, s'inquiète pour son fils qui présente une symptomatologie à type d'hyper activité, de violences et de dépression, avec des difficultés scolaires et un maintien de la scolarité difficile. Il a vécu de nombreux changements d'établissement public et privé ces derniers mois. Ses troubles ne sont pas récents, puisque suivi de l'âge de quatre ans par un psychologue.

- **Affiliation : l'entrée en contact avec le système familial passe par le choix d'un des membres du système.** Au premier entretien, Marie se présente avec une toute petite voix, à peine audible. Elle est gommée et passe au deuxième plan devant la gravité des troubles que présente son frère. Nous développons au cours de cette première séance, une relation thérapeutique d'affiliation avec Marie en la nommant porte-parole de la consolation de la famille et avec Nicolas qui se sait objet désigné, en nommant la relation telle qu'elle se présente (dans le repli).

Cette interaction devient thérapeutique quand le thérapeute réalise dans une méta communication sa propre rétroaction à un retrait de l'enfant qui fait suite à un commentaire portant sur attitude symptomatique. Parallèlement, le thérapeute en séance doit s'affilier les parents en les impliquant comme les enfants dans la conversation thérapeutique.

- **Un système dépassé par les événements et, pourtant, qui montre sa compétence.** Cette famille va vivre de nombreux événements très chargés émotionnellement au cours de leur thérapie (décès du grand-père paternel, hospitalisation de Marie pour anorexie mentale, perte d'emploi du père magistrat suite à une décompensation bipolaire, achat d'une librairie pour le père mais chiffre d'affaires faible, ...), le plus troublant est la révélation d'un attouchement sexuel et viol de Marie à 13 ans à Londres lors d'une sortie en boîte avec la fille de France Gall. Cette révélation pourtant dramatique, a calmé l'angoisse qui dominait cette famille, comme si tout le bruit que faisait Nicolas était là pour signifier cet acte non-dit. Acte enfin décodé. M.Selvini Palazzoli a étudié les jeux dans les familles et souligne les niveaux multiples du sens du mot « jeu », en anglais traduit par *play, game ou gamble*, c'est-à-dire créativité, distraction ou pari risqué. Nicolas a joué ce risque (une tentative de défenestration). Une fois son jeu décodé, celui-ci perd son utilité et cesse.

- **La circulation d'information :**
Sur le thème de l'histoire de la famille, il a par exemple été demandé au père : selon vous, dans votre histoire, y a-t-il un événement qui concerne plus Marie, Nicolas ou votre épouse ? La fratrie se plaint du manque de communication et d'informations, quand on connaît l'importance de l'héritage familial. Qui fait de l rétention ou refoule des événements marquants? Voir plus haut ces événements.
- **Les questions réflexives :** le travail porte sur la distinction du symptôme et de la personne. « *De quelle façon avez-vous échappé à l'influence de la dépression de votre sœur ou fille ?* »
- **La fonction de protection.**
Une fonction non efficiente et pourtant indispensable au fonctionnement du système familial. Au cours de la thérapie, certaines informations attirent l'attention des thérapeutes sur le vécu relationnel des membres entre eux ou vis-à-vis de l'extérieur en termes d'hyper protection (dont la fille est sujet à l'intérieur de sa famille) ou d'hypo protection (ce que vit le fils vis-à-vis de sa sœur), ou d'une d'hypo protection (au moment de l'abus sexuel sur Marie subi à l'extérieur de la famille à 13 ans?). Cette fonction est apparue comme symptomatique et a questionné la fonction « protection » portée par le thérapeute dans son approche relationnelle aux membres de la famille. Le travail sur les résonances s'est avéré prioritaire.
Au niveau résonance : devant Nicolas protecteur de sa sœur, le père a côté de la plaque et la mère fusionnelle avec sa fille mais peu protectrice. L'intervention de l'autre thérapeute est de conforter les parents comme compétents. Les questions au thérapeute sont aussi complexes que celles posées aux autres membres. D'ailleurs le père y répond. Chaque membre fait l'expérience de la compétence du père et d'une interaction thérapeute - père « normalisée ».

CONCLUSION

La thérapie familiale systémique est une alternative dans la prise en charge de symptômes : elle s'appuie sur la personne en tant que foyer de relations, sans toutefois oblitérer le sujet. L'intervention impliquée du thérapeute crée des liens susceptibles d'apporter une autre construction de la réalité à chacun des membres de la famille » La recherche de l'émergence des compétences du système pour se sortir du problème paraît constituer l'enjeu prépondérant de ce type de consultation.

Jean-Pierre VOUCHE