

# L'ÉVOLUTION DES THÉRAPIES FAMILIALES PERSPECTIVES ÉCO-ÉTHO-ANTHROPOLOGIQUES

**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 : psychanalytiques, systémiques, cognitifs, éco-éthologiques, anthropologiques. Les modélisations qui sont ici proposées sont de nature éco-étho-anthropologique. Plutôt que de réduire l'examen des situations cliniques à des procédures simplificatrices qui risquent de conduire 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.

## **HISTORIQUE**

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. En 1977, j'assure mes premières consultations familiales pour des patients schizophrènes hospitalisés dans un service de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Secteur de Choisy-le-Roi, Orly, Thiais). En 1979, je développe une consultation familiale ambulatoire au CMP de Choisy-le-Roi, en connexion étroite avec les consultations familiales hospitalières, avec la participation active des infirmiers de l'hôpital pour les patients présentant des troubles psychotiques massifs. Très vite, apparaît en effet l'importance des connexions entre thérapie familiale et thérapie institutionnelle, lorsque les manifestations pathologiques se traduisent par des risques de passage à l'acte hétéro et auto-agressifs. Il devient nécessaire de concevoir

une différenciation des pratiques thérapeutiques au sein des équipes, la reconnaissance réciproque des compétences et des responsabilités des divers soignants et thérapeutes. En 1994 est créée une Fédération de Services en Thérapie Familiale. Cinq services de l'Hôpital Paul Guiraud, les services de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires du Kremlin Bicêtre et de Paul Brousse Villejuif, le service de Protection Judiciaire de la Jeunesse du Val de Marne mettent des moyens en commun pour assurer des consultations familiales, tant au sein de chaque service que dans deux lieux de consultation ambulatoire.

## **PREMIÈRES MODÉLISATIONS**

Les premières modélisations ont eu en commun de considérer la famille comme une unité susceptible de changer 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.

### **Modélisations systémiques synchroniques**

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

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. Pour L. Wynne, les relations de pseudo-mutualité et de pseudo-hostilité imprègnent les relations entre thérapeutes, produisant ainsi des metabindings. L'hypothèse de base, pour les premiers thérapeutes familiaux se réclamant de ce courant de pensée<sup>1</sup>, est de considérer la pathologie schizophrénique comme réductible à un trouble interactionnel. La schizophrénie serait la résultante de perturbations relationnelles, produisant un effet de désignation qui viendrait à s'estomper, voire disparaître lorsque les communications s'améliorent. Dans la version structurale proposée par 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, dans l'idée de supprimer cette "désignation".

---

<sup>1</sup> 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 deuto-apprentissage, et d'expériences relationnelles fréquemment répétées au cours du développement de l'enfance du patient.

## **Modélisations systémiques diachroniques**

Un système familial est considéré comme un 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.

Les cliniciens repèrent 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 lors de l'existence de troubles psychotiques (M. Bowen). Le couple parental est fréquemment confronté à des distorsions et des clivages, les troubles du cours de la pensée se retrouvant chez les proches parents du patient (T. Lidz). Pour I. Boszormenyi-Nagy, la famille est le siège de loyautés invisibles qui relient le patient à un parent exclu du système. L'équilibre des transmissions intergénérationnelles serait régi 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 dégageant des circonstances encryptées susceptibles de générer des sentiments de culpabilité ou de honte.

## **Modélisations psychodynamiques**

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'organiseurs 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 que 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.

## **NOUVELLES MODÉLISATIONS**

### **Modélisations écosystémiques élargies**

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 une telle épreuve. Mais bien souvent, dans les situations de maitrise, 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 a repéré l'intérêt d'une prise en compte des implications institutionnelles dans le traitement des schizophrénies. 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, 1987, 1993, 1995, 1997, 2000). D'autres modélisations, distinctes de la démarche écosystémique, 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.

### **Modélisations comportementalo-cognitivistes :**

Ce dégageant de l'implication familiale dans l'origine des troubles est devenu radical dans l'approche comportementale et cognitive. 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 prise en charge psycho-éducative des patients schizophrènes et leurs familles, ces dernières 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 d'un certain âge, 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 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.

### **Modélisations narratives et humanistes :**

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. 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. "Les systèmes humains sont considérés comme existant seulement dans le domaine de la signification ou de la réalité linguistique intersubjective" (H. Anderson & 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, elles-ci s'enchâssant 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.

### **MÉTAMODÉLISATIONS : PRINCIPES 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.

### **Métamodélisations 1 : Morphogenèse et modèles mathématiques du changement**

La théorie des systèmes dynamiques<sup>2</sup> 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. 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 différencie et se transforme à partir de processus continus (phénomènes "catastrophiques" et "chaotiques").

J'insisterai ici sur l'importance des phénomènes topo-chronodynamiques : Le patient qui présente des troubles schizophréniques est confronté, et confronte son entourage à des modifications parfois considérables de l'organisation de l'espace-temps usuel. 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. Lafforgue). 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, annihilées, 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

---

<sup>2</sup> 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).

forces ou par des personnages éventuellement très éloignés du lieu-même où il se trouve. Réciproquement, en son absence, les personnes dont il dépend vitalemment (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 la désagrégation de l'esprit se traduisait par 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.

## **Métamodélisations 2 : Théories de la complexité**

La théorie de la complexité<sup>3</sup> 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.

Sur le plan clinique, j'insisterai ici principalement sur l'importance des raisonnements abductifs, qui ne se réduisent, ni à des déductions à partir des faits constatés (tautologies),

---

<sup>3</sup> 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.

ni à des inductions (généralisations). D'un point de vue épistémologique, on peut en effet distinguer trois types de raisonnements :

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

2/ 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.

3/ 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.

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

1/ 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.

2/ 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.

3/ 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.

4/ 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.

5/ 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 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 thérapeutique<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> 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.

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, familiale 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.

### **Métamodélisations 3 : éco-étho-anthropologie de la famille**

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'oï kos (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'oï kos 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.

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.

L'intérêt du paradigme éco-étho-anthropologique apparaît à la fois heuristique et pragmatique en ce qui concerne les schizophrénies : les troubles de la ritualisation (stéréotypies, catalepsie, négativisme ou inertie psycho-motrice, auto-mutilations, refus de la main tendue, conversations rompues, glossolalies, etc...) pourraient être liés à la réactivation de réponses phylogénétiques face à des contraintes culturelles trop difficiles à affronter ou à assumer. Les comportements auto-agressifs, les auto-mutilations, que l'on constate chez les individus de nombreuses espèces supérieures confrontés à des privations psycho-sensorielles et relationnelles, pourraient être le témoin de liens affectifs précocement rompus, pour des causes pouvant être endogènes (défaillances génétiques, neurodéveloppementales, souffrance fœtale, cérébrale), exogènes (carences relationnelles, contraintes institutionnelles perçues comme vitalemment dangereuses, et précipitant l'enfant ou l'adulte dans une impasse), ou les deux (avec le risque d'amplification réciproque de la souffrance endogène et des réactions environnementales inappropriées). Les stéréotypies psychomotrices, qui ont pu être rapprochées des comportements d'animaux sauvages en captivité dans les zoos, pourraient également être interprétées comme la résultante d'une situation vécue comme une capture enfermante, et empêchant tout déploiement des comportements affectifs, sexuels, agressifs spontanés.

Rester immobile revient à passer inaperçu, en situation de prédation imminente. La feinte de la mort dissuade habituellement le prédateur de consommer la proie. L'inertie psychomotrice, l'obéissance servile, de même que les répétitions en écho (écholalie, échopraxie, échomimie) pourraient être une autre manière de tenter de passer inaperçu et de se fondre dans la masse, dans un groupe confronté et confrontant à des injonctions particulièrement menaçantes. De fait, bien souvent, les messages exprimés par les patients, voire par leurs proches génèrent un sentiment plus ou moins profond qu'ils sont sans importance, ou qu'ils ne doivent surtout pas laisser de trace explicite dans la mémoire d'autrui.

De même, la désorganisation des systèmes de croyances, de valeurs, du patient et de ses proches affecte la cohésion mythique de ses groupes d'appartenance familiale et sociale. Le délire paranoï de, de par ses incongruïtés, la très faible adhésion du patient à son contenu, semble refléter une réalité sociale particulièrement embrouillée et critique qui mérite d'être à la fois dévoilée et occultée, exprimée tout en restant profondément cryptée, indéchiffrable. Il serait en quelque sorte un cri d'appel qui doit rester en partie

inaudible, tout en commentant de manière étrange l'étrangeté ou l'absurdité des aspects les plus indiscibles des communications et métacommunications avec leurs proches.

De plus, comme le souligne A. Demaret, certains comportements schizophréniques, comme les stéréotypies, prennent quelquefois des apparences de conduite de marquage par les odeurs. Ces mouvements de va et vient sont susceptibles de laisser des traces, alors même qu'elles ne sont pas consciemment perçues. "La conviction délirante de certains sujets de répandre une mauvaise odeur n'est peut-être pas étrangère à la nature de leurs comportements." (1979, p. 126).

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 :

1/ 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,

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

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

4/ 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).

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

L'organisation dans le temps et dans l'espace des limites territoriales est l'enjeu d'une subversion radicale lorsqu'existent des troubles schizophréniques. 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 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. 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.

Ainsi, ces singularités marquées par la défaillance, le nihilisme ou la violence pourraient être la résurgence ou la rémanence de comportements archaïques ayant une valeur adaptative dans les situations de danger imminent. De telles stratégies pourraient être l'expression de fonctions régulatrices, ayant une dimension potentiellement créatrice sur un plan éco-systémique plus global, en particulier dans les situations extrêmes marquée par la nécessité de stratégies de survie en milieu hostile (Albert Demaret, 1979). Les caractères paranoïaques, schizoïdes, schizotypiques, souvent présents chez les proches parents des patients schizophrènes pourraient ne pas avoir que des impacts mortifères, mais révéler des formes de personnalité plus riches que celles de groupes

témoins, et présenter des capacités de survie supérieures à la moyenne dans des conditions exceptionnelles. Dans les situations d'agression, de guerre, de terreur, de tels caractères seraient susceptibles de présenter des traits adaptatifs, pouvant relever par exemple d'une "personnalité odysseenne", capable de survivre par l'errance, la ruse, la méfiance, la distanciation, la prévoyance. Le renoncement aux expériences amoureuses, le surinvestissement intellectuel souvent présent chez les personnalités schizoïdes pourraient les prédisposer à des carrières littéraires ou philosophiques en ruptures de banc, ou des engagements mystiques (in Albert Demaret, 1979, p. 27). Quant aux personnalités schizotypiques, hypersensibles aux phénomènes paranormaux, à la voyance, aux pressentiments, aux coïncidences, elles pourraient développer des formes d'empathie et d'échange, voire des qualités thaumaturgiques inaccessibles au commun des mortels. C'est dire combien les proches d'un patient schizophrène pourraient être à même de développer des formes de raisonnement et d'intervention adéquates à la complexité des situations vécues, en présentant des qualités potentiellement thérapeutiques complémentaires de celles des spécialistes.

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 :

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

## **L'ORGANISATION DES CONTEXTES DE SOINS**

Je souhaite préciser ici certains aspects des processus thérapeutiques qui impliquent conjointement les systèmes personnels, familiaux et sociaux. Une dimension thérapeutique naît de la germination et de la différenciation des équipes de soins, qui apprennent à autonomiser des pôles spécifiques d'actions thérapeutiques, susceptibles de s'articuler et de participer à un principe de cothérapie généralisée. Cette polarisation des activités thérapeutiques conduit à distinguer et relier les thérapies institutionnelles d'une part, et les thérapies familiales d'autre part.

### **Thérapies institutionnelles**

Les thérapies institutionnelles sont nées d'un projet de soigner les tendances iatrogéniques de l'institution, ses dérives totalitaires liées à l'enfermement, à l'organisation sur le mode d'une hiérarchie immuable, à l'impossibilité de concevoir un "au-delà des murs de l'asile". Il s'agit de repenser l'architecture, de réorganiser les formes de relations entre les membres de l'équipe de soins, le personnel médical et paramédical, le personnel administratif, et de mettre en œuvre des sociothérapies pour les patients. Cet infléchissement de la vie institutionnelle dans une perspective thérapeutique repose sur l'établissement d'une alliance avec les malades, une diversification de leurs modes d'échanges, un encouragement à leurs prises de responsabilité et de décision. En privilégiant les rencontres entre patients, aides-soignant, infirmiers, médecins, psychologues, assistantes sociales, et en instaurant une mise en commun de ces expériences, la thérapie institutionnelle cherche à développer la vie sociale du patient dans les dimensions de l'aide, de la désaliénation, de l'autonomisation. Autrement dit, l'enfermement présente un double aspect de remède et de poison. Il présente un aspect thérapeutique si ses modalités de réalisation sont diversifiées (de la chambre d'isolement à la protection de la communauté institutionnelle) et ajustées, à chaque instant, à l'évolution de l'état du patient. Il devient iatrogénique si une forme de contention devient inadaptée (soit par excès, soit par défaut), et perdure bien au-delà de sa justification thérapeutique.

Les thérapies institutionnelles mettent en jeu des processus de **familiarisation sociale** : le patient peut se familiariser avec les contraintes de la vie en société, par la mise en contact avec des codes d'interactions, des systèmes de valeurs, de croyances, de savoirs et de savoirs-faire de ses interlocuteurs, distincts de ceux de sa famille. Dans leur vie professionnelle, les membres de l'équipe échangent leurs expériences à propos des rôles et des fonctions parentales, filiales, sociales, en fonction des difficultés qu'ils ont rencontrées au contact avec les patients. Le partage de ces expériences avec ceux-ci est susceptible de pallier les difficultés que ces derniers éprouvent dans l'établissement de leurs relations à autrui. L'équipe apprend réciproquement à se familiariser avec la personnalité du patient, en partageant des impressions partielles que les intervenants ont retiré de leurs rencontres avec celui-ci, et en synchronisant leurs points de vue. Ces rencontres créent artificiellement des modes d'échange qui, d'ordinaire, surgissent spontanément lorsque deux personnes échangent des informations sur une troisième personne qu'elles connaissent dans des contextes différents. De telles rencontres produisent des processus de reconnaissance sociale d'une personnalité dont les traits, d'ordinaire, restent éclatés, impossibles à circonscrire et à définir.

### **Thérapies familiales**

D'une certaine façon, les thérapies familiales ont été une réponse aux limites et aux excès des thérapies institutionnelles, même lorsque celles-ci ont été conçues avec le maximum de souplesse et d'ouverture. Il apparaît en effet extrêmement difficile d'imaginer, dans le cadre de ce qu'on appelle l'institution, un champ extérieur à celle-ci. Le terme-même d'"institution" ne permet pas de savoir s'il agit de l'ensemble des dispositifs psychiatriques, ou de l'ensemble des champs sociaux régis par les processus institutionnels. D'autre part, la tendance inhérente à la pratique de la thérapie institutionnelle est de se substituer, en tout ou en partie, de manière implicite ou explicite, aux défaillances de la famille du patient. Celle-ci peut être perçue comme pathogène, refusant parfois de manière violente les "progrès" du patient ayant précisément bénéficié de la thérapie institutionnelle. Du point de vue de la famille, ces "progrès" sont alors perçus comme inadéquats, à court terme ou à long terme, pour la reprise d'une vie sociale "normale". Les parents peuvent se sentir mis en accusation, dépossédés de leurs propres tentatives de venir en aide à leur enfant, tandis qu'ils constatent à quel point celui-ci reste étroitement dépendant d'eux. Des compétitions peuvent alors surgir entre équipes et familles, et conduire à l'anéantissement des "progrès" appréciés de manière contradictoire, à une aggravation préoccupante de l'état du patient, voire à des accidents mortifères.

Le thérapeute familial cherche à faire alliance avec l'ensemble des membres de la famille. Il organise des contextes où la forme, le moment et le lieu de l'action efficiente reste a priori indéfinissable. Il tente de renforcer les racines du sentiment d'identité et d'appartenance, et donc le socle sur-lequel s'étaient les processus de socialisation. Ceux-ci supposent la capacité à décrypter les multiples signaux, souvent contradictoires, voire antinomiques, qui caractérisent la vie de relation. Pour peu que cette capacité soit défaillante chez un patient ayant le plus grand mal à "apprendre à apprendre" (deutero-apprentissages), les consultations familiales permettent de recréer artificiellement des contextes où ces deutero-apprentissages conduisent à gérer les situations critiques. Les

thérapies familiales ne consistent pas seulement à faire semblant, mais à faire semblant de faire semblant. L'accès au métasimulacre conduit à une oscillation de la fiction et de l'action, de la virtualité et de la réalité. Il produit une conception, élaborée conjointement par les thérapeutes et les membres de la famille.

De ce point de vue, les thérapies familiales permettent de réaliser des processus de **socialisation familiale**. De nombreuses variables de la différenciation personnelle et de la socialisation sont directement liées à la dynamique de la vie familiale. Paradoxalement, le fait qu'un jeune adulte ait le plus grand mal à quitter ses parents, du fait d'une fragilité personnelle, d'un self peu différencié, ou d'une difficulté à affronter la réalité, rend la participation de la famille indispensable pour favoriser le processus d'autonomisation. Comme le souligne Siegi Hirsch, pour quitter la maison de ses parents, il vaut mieux être habillé, muni de bagages et d'affaires personnelles, et sortir par la porte d'entrée, plutôt que sauter par la lucarne du grenier en pyjama. Lorsqu'un patient présente une défaillance durable qui l'empêche de s'autonomiser, la réactivation régulière des liens familiaux fonctionne comme une stratégie de survie par le recours à des ressources matérielles, affectives et cognitives que seule la famille d'origine possède. Il arrive qu'un patient psychotique ait le plus grand mal à s'exprimer personnellement lorsqu'il se retrouve seul face à une personne étrangère ou face à un groupe social, alors même qu'il recouvre de telles facultés lorsqu'il est entouré de ses proches.

### **Le principe de cothérapie élargie**

Il devient alors pertinent d'articuler les pratiques de thérapie institutionnelle et de thérapie familiale, de manière à favoriser leurs qualités complémentaires, et rendre productives leurs éventuelles oppositions. La recherche d'une potentialisation des ces deux processus, lorsqu'ils entrent en interférence relève du principe de cothérapie élargie. Les expériences institutionnelles réalisées par le patient peuvent être en opposition de phase avec celles de la vie familiale. Il arrive même qu'elles heurtent de front les systèmes de croyance et de valeur de la famille. Lorsqu'il existe un handicap durable, la co-dépendance à la vie familiale et à la vie institutionnelle n'est pas simple. Elle réclame un ajustement des dynamiques éventuellement très contrastées du système institutionnel et du système familial. Loin d'être une gêne, la confrontation de points de vue et d'objectifs opposés peut se révéler fructueuse pour l'apprentissage des contradictions de l'existence.

En favorisant l'émergence de contextes relationnels opposés, les thérapies institutionnelles, les thérapies familiales et les cothérapies élargies contribuent au déploiement de processus autonomes artificiels dans des écosystèmes qui n'arrivent pas, par leurs propres moyens, à gérer les difficultés et les crises de l'existence.

## **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 ardu, 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**

Amsterdamski Stefan & al. : *La querelle du d'Uterminisme*. Textes réunis par Krysztof Pomian. Le d'Ubat, Gallimard, Paris, 1990.

Anderson Harlene & 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 th'Urapie avec la famille*. Traduction par A.-M. Colas et M. Wajeman. ESF, Paris, 1982.

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

- Bertalanffy Ludwig von (1947) : *Théorie générale des systèmes*. Dunod, Paris, 1973.
- Boszormenyi-Nagy Ivan & Spark Geraldine : *Invisible Loyalties. Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Harper & Row, Publishers, Inc. New York, San Francisco, London, 1973.
- Murray Bowen : *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, Inc., New York, London, 1978.
- Falloon Ian R.H., Boyd Jeffrey L. & McGill Christine W. : *Family Care of Schizophrenia*. The Guilford Press, New York, 1984.
- Goldberger Ary, Rigney David, West Bruce : "Chaos et fractales en physiologie humaine". *Pour la Science*, n° 150, avril 1990, pp. 51-57.
- Haley Jay : *Stratégies de la psychothérapie*. Érès, Toulouse, 1993.
- Hofstadter Douglas : Gödel, Escher, Bach : les brins d'une guirlande éternelle. InterÉditions, Paris, 1985.
- Laforge René : Au-delà du scientisme. Guy Trédaniel, éditeur, Paris, 1994.
- Le Moigne Jean-Louis : *La modélisation des systèmes complexes*. Dunod, Paris, 1990.
- 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.
- Miermont Jacques (sous la direction de) : *Dictionnaire des thérapies familiales*. Payot. Paris. 1987.
- 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, perspective*. L'Harmattan, Paris, 2000 a.
- Miermont Jacques : *Les ruses de l'esprit, ou les arcanes de la complexité*. L'Harmattan, Paris, 2000 b.
- Minuchin Salvador (1974) : *Familles en thérapie*. Érès. Toulouse, 1998.
- Morin Edgar : Introduction à la pensée complexe. ESF, Paris, 1990.
- Minuchin Salvador (1974) : *Familles en thérapie*. Érès. Toulouse, 1998.
- Ruffiot André, Eiguier Alberto & Litovsky de Eiguier Diana, Gear Maria Carmen & Liendo Ernest César, Perrot Jean : *La thérapie familiale psychanalytique*. Dunod. Paris, 1981.
- Selvini Mara, Boscolo L., Cecchin, Prata G. (1975) : *Paradoxes et contre-paradoxes*. ESF, Paris, 1980.
- Simon Herbert A. : *Science des systèmes, science de l'artificiel*. Afcet Systèmes. Dunod, Paris, 1990.
- Sluzki Carlos E. & Ransom Donald C., Editors : *Double Bind. The Foundation of the Communicational Approach to the Family*. Grune & Stratton. New York, London, San Francisco, 1976.
- Thom René : *Stabilité structurelle et morphogénèse*. InterÉditions, Paris, 1977.
- Varela Francisco J. (1980) : *Autonomie et connaissance*. Essai sur le Vivant. Éditions du 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.

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 & Mazel, New York, 1978, 179-188.

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