

9

Présentation de l'approche familiale et de couple

Les thérapies familiales regroupent une grande diversité de pratiques, elles-mêmes inspirées d'apports multidisciplinaires variés. Apparues dans les années 1950, elles replacent l'individu dans son « système » relationnel et considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique.

Définition des thérapies familiales

On pourra proposer la définition du « plus petit commun dénominateur » des thérapies familiales : relève de la thérapie familiale toute forme de consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie et de survie d'une ou de plusieurs personne(s) en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune. L'effet de ce type de consultation est appréhendé comme bénéfique sur les symptômes, la souffrance, les problèmes, les relations. Cette appréhension bénéfique peut être le fait des personnes qui consultent, des personnes en souffrance, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage thérapeutique élargi et de l'entourage de vie des personnes qui consultent.

Par vocation, les thérapies familiales reposent sur des principes multidisciplinaires, transdisciplinaires et interdisciplinaires. Elles se sont ainsi nourries de nombreux apports : psychodynamiques, biologiques, éthologiques, anthropologiques, comportementaux et cognitifs, cybernétiques et systémiques. Elles relient les champs de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, de la justice, du travail éducatif et social.

La diversité des orientations théoriques, des modalités d'exercice et des styles thérapeutiques est à la mesure de l'extrême variété de contextes dans lesquels elles se réalisent, et des singularités personnelles et relationnelles qu'elles cherchent à appréhender (tableau 9. I).

Tableau 9.1 : Définition des différentes formes de thérapie familiale

| Technique | Définition |
|--|--|
| Thérapies de couple psychanalytiques | Centrées sur les associations libres, l'interprétation des rêves, l'analyse de résistances, la sexualité infantile, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients |
| Thérapies de couple psychodynamiques | Centrées sur l' <i>insight</i> et/ou les expériences affectives, l'expression du <i>self</i> , les conduites d'attachement, la gestion des conflits dynamiques, l'élaboration symbolique, la distinction entre réalité et imaginaire |
| Thérapies de couple écosystémiques | Centrées sur l'amélioration des communications, la prescription des paradoxes, la prise en considération de l'écosystème |
| Thérapies de couple comportementales-cognitives | Centrées sur l'amélioration des conduites et des cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'apprentissage des habiletés aux relations sociales |
| Thérapies familiales psychanalytiques | Centrées sur les associations libres, l'interprétation des rêves, l'analyse de résistances, la sexualité infantile, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients |
| Thérapies familiales psychodynamiques | Centrées sur l' <i>insight</i> et/ou les expériences affectives, l'expression du <i>self</i> , les conduites d'attachement, la gestion des conflits dynamiques, l'élaboration symbolique, la distinction entre réalité et imaginaire |
| Thérapies familiales systémiques synchroniques | Centrées sur les communications dans l'ici et maintenant, la prescription des résistances, des symptômes, des tâches, des rituels, des paradoxes interactionnels |
| Thérapies familiales intergénérationnelles | Centrées sur l'équilibrage des dons et des dettes sur plusieurs générations, le repérage des loyautés invisibles, la promotion de l'éthique, les transmissions symboliques |
| Thérapies familiales multigénérationnelles | Centrées sur l'amélioration des niveaux de différenciation des <i>selves</i> , des triangulations et des projections multigénérationnelles |
| Thérapies familiales stratégiques | Centrées sur la gestion des conflits de pouvoir, des triangles pervers, la résolution de problèmes, les prescriptions paradoxales |
| Thérapies familiales structurales | Centrées sur le remaniement des coalitions, l'aménagement des frontières, les triangulations, la restructuration des règles et des interactions |
| Thérapies familiales comportementales-cognitives | Centrées sur les conduites et les cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'atténuation de l'expression des émotions critiques et hostiles, la gestion du stress, l'apprentissage de schèmes comportementaux et cognitifs, l'entraînement des habiletés aux relations sociales |
| Psychoéducation familiale | Centrée sur l'information sur les troubles, les maladies, les traitements et sur les attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie |
| Thérapies familiales narratives | Centrées sur les conversations, l'élaboration communautaire des événements vécus et des formes d'expérience |
| Thérapies familiales centrées sur la solution | Centrées sur les compétences et les ressources de la famille, et les moyens mis en œuvre par la famille pour se dégager des impasses liées aux symptômes et aux problèmes |

Tableau 9.1 (suite) : Définition des différentes formes de thérapie familiale

| Technique | Définition |
|--|---|
| Thérapies familiales humanistes | Centrées sur les attentes et la personnalité des clients, leurs aptitudes à l'autonomisation, et sur la capacité à choisir de maintenir les symptômes ou de s'en dégager |
| Thérapies familiales éclectiques et intégratives | Centrées sur l'ajustement des méthodes, des techniques et des théories en fonction des exigences des familles et des projets thérapeutiques |
| Thérapies familiales éco-étho-anthropologiques | Centrées sur les processus de deutéro-apprentissages (apprentissage d'apprentissages) concernant la ritualisation, l'organisation des croyances mythiques et des compétences et performances épistémiques |
| Thérapies familiales pour familles non volontaires | Centrées sur l'apprentissage des contextes sociaux au sein desquels émerge la demande de soins ou l'injonction thérapeutique : la famille comme méta-thérapeute qui aide les thérapeutes |
| Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives | Centrées sur l'échange d'informations, sur l'entraide, le partage des problèmes, les moyens d'y faire face, le développement de la solidarité interfamiliale |
| Thérapies psychosociales psychodynamiques | Centrées sur le psychodrame d'inspiration psychanalytique, les jeux de rôles, leur interprétation transférentielle |
| Thérapies psychosociales comportementales et cognitives | Centrées sur l'apprentissage aux habiletés sociales, à la réhabilitation socioprofessionnelle, à la gestion du stress |

Historique

Les premières thérapies familiales sont apparues dans les années 1950 aux États-Unis, comme mode de réponse thérapeutique à des situations de violence comportementale et mentale, de risque vital imminent, impliquant plusieurs membres d'une même famille et produisant souvent des effets perturbateurs sur l'environnement social. Elles se sont ainsi développées pour faire face à une large gamme de troubles : troubles psychotiques, troubles psychosomatiques, troubles du comportement alimentaire, addictions, troubles démentiels, maltraitance envers les enfants, violence conjugale et familiale.

Principes thérapeutiques

Les premiers modèles ont été principalement conçus comme des modèles intrafamiliaux. Il s'agissait de comprendre et d'améliorer :

- le fonctionnement psychique et interpersonnel (modèles psychodynamiques) ;
- les communications et les interactions paradoxales intervenant dans « l'ici-et-maintenant » (modèles cybernétiques-systémiques) ;
- les coalitions, les frontières et les règles (modèles structuraux) ;

- les conflits de pouvoir, la résolution de problèmes (modèles stratégiques) ;
- la différenciation des *selves* sur plusieurs générations (modèles multigénérationnels) ;
- l'équilibre des comptes et des mérites, des dons et des dettes entre générations (modèles intergénérationnels).

Ces recherches ont conduit à la description de processus cliniques familiaux riches et variés. L'accent mis sur les processus inter-fantasmatiques ou sur les processus relationnels cherchait à se décaler des grilles de lecture psychiatriques ou psychopathologiques. Dans la version psychodynamique, les termes psychiatriques sont utilisés de façon métaphorique, et généralisés sur l'ensemble de la famille, conçue comme un « appareil psychique familial ». Dans la version systémique « classique », la personne malade est considérée comme un « patient désigné », l'enjeu étant de lui permettre de se dégager de cette désignation.

En se développant, ces formes initiales de thérapies familiales ont eu tendance à se déconnecter des services spécialisés ayant à traiter des problèmes spécifiques et lourds, et se sont plutôt adressées à des familles ayant suffisamment de ressources personnelles pour se mobiliser et accepter parfois des remises en question éprouvantes.

Depuis cette époque pionnière, d'autres modalités d'interventions familiales sont apparues, mettant moins l'accent sur la dimension intrafamiliale des troubles à traiter.

Les thérapies centrées sur les solutions, plutôt que de se focaliser sur la résolution de problèmes bien définis et ciblés ou sur les modes de fonctionnement familial, cherchent à renforcer les ressources positives de la famille et à favoriser les initiatives créatrices du patient et de ses proches, en relativisant ainsi le poids des problèmes sans solution, ou sans solution immédiate.

Les thérapies narratives se réfèrent aux philosophes de la « post-modernité » et au constructionnisme social, en postulant que l'échange conversationnel est la condition, pour un groupe, pour construire une réalité partagée. Les thérapeutes narratifs ne cherchent pas à se positionner comme des spécialistes du changement qui auraient une compétence hiérarchiquement supérieure à la compétence de la famille. L'expression du discours et le développement de la conversation conduisent au partage des expériences personnelles et à la création d'une histoire commune.

Les thérapies familiales comportementales et cognitives, à l'inverse des précédentes, reposent sur des connaissances issues de la psychologie cognitive et expérimentale, et cherchent à développer des procédures objectivables et reproductibles, indépendamment de l'engagement et de l'appréciation subjective des interlocuteurs. Elles cherchent à définir aussi précisément que possible la nature des troubles et du fonctionnement personnel et familial à partir d'échelles d'évaluation validées, et se prêtent par nature à un examen statistique de leurs résultats. Dans la version psycho-éducative familiale,

il s'agit, après l'établissement du diagnostic, d'en informer le patient et la famille selon un programme de rencontres extrêmement précis, puis de décrire les connaissances actuelles sur la nature de la maladie et la manière de la traiter. On apprend à la famille à développer les attitudes qui permettent de participer activement au traitement, en affirmant haut et clair qu'elle n'est pas à l'origine de la maladie, et qu'elle peut développer des compétences pour en atténuer les effets et prévenir les rechutes. On entraîne conjointement le patient à développer des habiletés sociales, et on met en œuvre des programmes de réhabilitation et de recherche d'emploi, lorsque cela est possible.

Les thérapies familiales écosystémiques contemporaines reposent sur l'appréhension de la complexité des systèmes, et sur un travail d'action-recherche. En reconnaissant la multiplicité des niveaux d'organisation, elles procèdent par l'élaboration d'hypothèses abductives, susceptibles d'être régulièrement modifiées en fonction de l'évaluation du processus thérapeutique. Au-delà de la généralisation des typologies sémiologiques ou fonctionnelles de la personne et de ses systèmes d'appartenance, elles tiennent compte de la singularité de chaque situation. Comme dans les thérapies familiales comportementales et cognitives, elles considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique, à ceci près qu'elles conçoivent les procédures d'apprentissage comme une expérience également partagée par les patients, les familles et les intervenants. Par ailleurs, elles se focalisent sur l'évolution et la création des contextes organisationnels des patients et de leurs proches, c'est-à-dire sur les interfaces dynamiques qui connectent et articulent les niveaux d'organisation locaux et globaux.

La question de la demande est essentielle quant à la manière d'envisager une démarche en thérapie familiale. Celle-ci surgit fréquemment chez un membre de la famille qui ne présente pas le plus de troubles. Mais elle surgit non moins fréquemment chez les professionnels de la santé mentale ou du champ socio-éducatif qui perçoivent les limites de leurs possibilités d'intervention. Dans ce dernier cas de figure, les familles ne sont pas directement volontaires, et ne perçoivent pas nécessairement l'intérêt de telles consultations. Elles peuvent être pourtant motivées à répondre à la demande des professionnels concernés, pour peu que cette demande soit conçue comme un partage d'information, une aide à la concertation, à l'élaboration et à la décision.

On notera que ces formes actuelles de thérapies familiales partagent un certain nombre de points communs : une attitude modeste quant aux objectifs de changement dans les situations pathologiques lourdes et graves ; l'absence de mise en accusation de la famille, et le respect des personnes, de leurs modes de vie, de leurs croyances et de leurs systèmes de connaissance ; l'apaisement des situations anxio-gènes ou stressantes ; l'accompagnement des patients et de leurs familles sur une durée suffisamment longue, si la nécessité l'impose ; l'acceptation d'une différenciation et d'une diversification des modalités d'intervention.

Formation des thérapeutes

Une vingtaine de pays européens participent à l'organisation de l'Association européenne de thérapie familiale (EFTA). Le courant dominant est le courant écosystémique. Environ 200 professionnels français adhèrent directement à l'EFTA, en majorité des psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs et infirmiers. La Société française de thérapie familiale (SFTF), qui adhère à l'EFTA et à la Fédération française de psychiatrie (FFP), est composée de 300 membres, dont 180 membres titulaires. Ces derniers doivent justifier de 4 ans de formation à raison de 200 heures par an, et de 4 ans de pratique des thérapies familiales. Elle est composée, pour plus de 50 %, de psychiatres, et comporte également des psychologues, infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux. La SFTF édite un annuaire tous les deux ans. Ses activités sont répertoriées sur un site Web⁶. Certains thérapeutes familiaux français adhèrent conjointement à la SFTF et à l'EFTA. Il existe par ailleurs plusieurs courants de thérapie familiale psychanalytique, en particulier la Société française de thérapie familiale psychanalytique, et le Collège de psychanalyse groupale et familiale.

Différents courants en thérapie familiale

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 du comportement alimentaire, troubles addictifs, troubles psychosomatiques, démences... Les thérapeutes qui sont confrontés à ces troubles interviennent dans des situations marquées par la violence extrême, se traduisant par des états de dangerosité vis-à-vis de soi-même ou d'autrui. Leur but n'est pas tant de percer un mystère, ni même de supprimer des symptômes, que de limiter les risques mortifères liés à ces symptômes, de gérer des contextes de survie et de solliciter des opportunités ouvertes sur la création et la vie.

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

262 6. <http://mapage.noos.fr/jcbouley/index.htm>

Si les premières expériences de thérapie familiale remontent au début des années 1950 aux États-Unis, il a fallu attendre dix à vingt ans pour que le mouvement se développe en Europe. Après quelques expériences sporadiques, la France a pris le vent vers la fin des années 1970. Depuis cette époque pionnière, les formes et les techniques d'intervention thérapeutique avec les familles se sont diversifiées, complexifiées, articulées.

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

Premières conceptions

Les premières conceptions 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.

Conceptions systémiques synchroniques

Le 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 « doubles liens » (*double binds*) dans les familles à transaction schizophrénique, Bateson, Jackson, Haley et Weakland ont non seulement permis de repérer des formes d'injonctions logiquement paradoxales conduisant à des impasses relationnelles, mais encore de concevoir des modalités d'intervention thérapeutique. En appartenant et en n'appartenant pas au système familial, les intervenants cherchent à produire des *double*

binds thérapeutiques. L'hypothèse de base, pour les premiers thérapeutes familiaux se réclamant de ce courant de pensée⁷, 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 à disparaître, lorsque les communications s'améliorent.

Thérapie interactionnelle brève

Dans la version communicationnelle de la thérapie familiale brève (Watzlawick, Jackson, Fisch et Weakland), les thérapeutes cherchent à introduire des métrarègles dans une interaction marquée par un jeu sans fin de règles où chaque partenaire ponctue la séquence des faits en réaction à ce qu'il perçoit chez l'autre. Il s'agit alors d'identifier le problème, et de prescrire des comportements (plutôt que proposer des interprétations) qui recadrent la valeur contextuelle des symptômes.

Thérapie familiale structurale

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

Thérapie familiale stratégique

Dans la version stratégique issue des travaux menés au premier *Mental research institute* (MRI), de Minuchin (1974) et de Erickson (Haley, 1984), le symptôme est appréhendé comme la manifestation d'un conflit de pouvoir à l'intérieur de la famille. Le thérapeute stratégique est attentif aux triangles, aux processus hiérarchiques, aux séquences et aux règles d'interaction tels qu'ils se modifient lors des cycles de la vie familiale. La thérapie est conçue comme une résolution de problèmes pragmatiques, par l'examen de la fonction communicationnelle de la métaphore et la nature métaphorique des symptômes (Haley, 1993), et procède également par la prescription paradoxale de la résistance, du symptôme, de tâches à accomplir en séance ou à domicile, conduisant au remaniement des triangles pervers (qui peuvent par exemple entraîner une coalition entre un grand-parent et un enfant contre

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

un parent) et l'introduction de règles fonctionnelles. Les concepts de *double bind* et d'homéostasie familiale sont nettement moins utilisés que dans le modèle de thérapie interactionnelle brève du MRI.

Thérapie familiale systémique : connotation positive et contre-paradoxes

Le succès des travaux de Mara Selvini Palazzoli est à la mesure de son esprit de recherche, mais aussi de simplification. Son originalité tient à sa capacité à remettre en cause ses hypothèses et à abandonner des points de vue que ses lecteurs ou ses « élèves⁸ » ont trop souvent pris pour argent comptant. Le terme de « thérapie familiale systémique » est souvent devenu synonyme de l'approche développée dans ses ouvrages. On notera que ses techniques ont beaucoup évolué au cours du temps. On retiendra ici :

- l'importance du recueil d'informations dès la prise de contact téléphonique ;
- une forte ritualisation et dramatisation du protocole thérapeutique ;
- une attitude de neutralité vis-à-vis des positions contradictoires des membres de la famille ;
- l'examen des comportements d'hubris dans la famille, c'est-à-dire de compétitions symétriques exacerbées dans les familles dites « à transaction schizophrénique » ;
- l'exploration des interactions par le « commérage en présence d'autrui », c'est-à-dire le fait de demander à un tiers ce qu'il pense de la relation entre deux autres personnes ;
- l'élaboration d'hypothèses, fréquemment élaborées et discutées pendant le déroulement de la séance ;
- l'énoncé de conclusions, éventuellement écrites, lues solennellement par un thérapeute, apportant un effet de surprise, et comportant une dimension contre-paradoxale. Il s'agit de prescrire des tâches et des rituels : par exemple pour les parents, sortir le soir sans prévenir leur enfant psychotique alors que celui-ci impose une présence constante ; ou encore concentrer les prises de décision alternativement sur chaque parent d'un jour à l'autre lorsqu'il existe un conflit majeur à ce sujet. Par ailleurs, les thérapeutes en viennent à connoter positivement les attitudes des membres de la famille qui assurent l'homéostasie du système, surtout lorsque celles-ci apparaissent comme contre-intuitives au premier regard.

Le « malade » est ainsi considéré comme un « patient désigné » qui serait ainsi l'enjeu d'instigations, de manœuvres, de discrédits, de coups tordus (Selvini Palazzoli et coll., 1975). Le but de la thérapie est d'atténuer les aspects pathologiques des interactions, dans l'idée de supprimer cette « désignation » et de normaliser la forme des échanges.

8. Mara Selvini Palazzoli a préféré renoncer à former des disciples, de crainte de figer son enseignement dans une théorie définitive et instituée. Mais ses proches collaborateurs et de nombreux formateurs ont fait référence à ses travaux, au point que « l'école de Milan » est devenue une référence internationalement reconnue.

Conceptions psychodynamiques

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

Psychanalyse familiale

Dans la version de la psychanalyse familiale, la famille est appréhendée à partir de la théorie d'un appareil psychique familial, agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient), à partir d'organismes groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternelle et paternelle, et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet-groupe.

Les processus psychodynamiques en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'indifférenciation des sexes et des générations, l'existence d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés.

Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'inter-fantasmatisation, à la sollicitation des activités oniriques (Ruffiot et coll., 1981). 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.

Thérapie familiale psychodynamique

La version de la thérapie familiale psychodynamique ou d'inspiration psychanalytique considère conjointement les personnes en souffrance, la part psychique d'elles-mêmes qui reste profondément active chez les proches, les mouvements conscients, préconscients et inconscients qui les mobilisent, et le système qu'ils constituent au travers des rituels et des mythes qui leur sont communs (Ackerman, 1958 et 1966 ; Lemaire, 1989). Le thérapeute est attentif aux impressions fugitives concernant les émotions et les expressions non verbales, les jeux, les fantaisies, les rêveries, susceptibles de révéler les productions collectives et les fantasmes partagés par les membres de la famille. L'action thérapeutique repose sur l'analyse des résistances et l'interprétation des effets de groupe à partir des mouvements transférentiels interpersonnels. L'interprétation porte sur les aspects communs des productions inconscientes. Celle-ci s'exprime au moins autant, sinon plus, par les attitudes non verbales du thérapeute que par son discours, et concerne l'échange à plusieurs, même si elle peut passer par le choix d'un échange adressé à une personne en présence des autres. Le thérapeute est amené à souligner le

bénéfice primaire et secondaire du symptôme collectif, et peut utiliser le jeu, les marionnettes, le psychodrame, le génogramme comme vecteurs de l'échange. Pour Lemaire, le système familial devient un moyen thérapeutique, à ceci près que celui-ci est constitué de personnes dont l'activité psychique contribue à son identité systémique et à son évolution dynamique.

Conceptions systémiques diachroniques : thérapies familiales transgénérationnelles

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

On distingue deux formes de thérapie familiale transgénérationnelle :

- la thérapie familiale multigénérationnelle (Bowen, 1978), dans laquelle les cliniciens repèrent l'ensemble des processus émotionnels, intellectuels et sentimentaux qui s'organisent au cours du temps, sur plusieurs générations, par la constitution de *selves* plus ou moins différenciés. Dans les familles souffrantes, il existe fréquemment une masse de mois indifférenciés, des ondes de choc émotionnelles, une aggravation de l'indifférenciation des *selves* sur plusieurs générations, des triangulations et des projections sur des tiers, en particulier lors de l'existence de troubles psychotiques (Bowen, 1978) ;
- la thérapie familiale contextuelle intergénérationnelle (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973), dans laquelle la famille est le lieu de l'expérience de l'éthique, marquée par des dons et des dettes qui se transmettent de génération en génération. Elle peut être le siège de loyautés invisibles qui relient le patient à un parent exclu du système. L'équilibre des transmissions intergénérationnelles serait régie par une sorte de grand livre des comptes des dettes et mérites qui assigne 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 vers le dégagement des circonstances encryptées susceptibles de générer des sentiments de culpabilité ou de honte.

Nouvelles conceptions

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 maltraitance, 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. Des courants plus récents ont cherché à éviter cette focalisation, soit en orientant les interventions à partir de l'objectivation des symptômes, des conduites et des schèmes émotionnels et représentationnels (thérapies comportementales et cognitives), soit en partageant des expériences de vie en évitant les élaborations causalistes (courants humanistes, narratifs, centrés sur la solution) soit en élargissant les rencontres contextuelles à des systèmes plus vastes (séances multifamiliales, réseaux). De nombreux remaniements se réalisent en fait entre ces courants : les thérapies comportementales et cognitives élaborent des formes de rencontres ajustées à chaque objectif à traiter (individu, couple, famille, multifamilles, groupes de réhabilitation psychosociale) ; les thérapies écosystémiques font davantage référence à la théorie de la complexité, et conçoivent les séances comme des dispositifs de co-création et de co-évolution entre membres de la famille et thérapeutes, qui ne peuvent se réduire à des programmes préalablement formatés.

Conceptions comportementales et cognitives

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 de 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 maladie), elles semblent un facteur précipitant le recours aux hospitalisations.

Par ailleurs, des recherches en psychologie cognitive ont montré qu'à partir de 3-4 ans, l'enfant ne se contente pas de développer des représentations de lui-même et des autres : il construit des représentations de second ordre, ou

métareprésentations (je pense que..., je crois que..., je suppose que...) qui lui permettent d'inférer des intentions, des croyances, des sentiments tant dans son propre fonctionnement mental que dans celui d'autrui. Il élabore ainsi une théorie personnelle des états mentaux, qui se complexifie tout au long de son développement, tant en fonction de la structure de sa personnalité que de ses expériences.

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

Thérapies multifamiliales

Les thérapies multifamiliales comportent les conceptions écosystémiques et comportementales-cognitives.

Thérapies multifamiliales systémiques

Dès 1950, Laqueur (1978) a mis en œuvre des consultations thérapeutiques réunissant plusieurs familles, pour des jeunes patients schizophrènes hospitalisés dans le *New York State Hospital*. Cet auteur fait référence à la théorie générale des systèmes, mais dans une perspective assez éloignée des hypothèses de Bateson, Haley, Watzlawick et Minuchin. Si l'individu est appréhendé comme le sous-système du système plus vaste qu'est la famille, celle-ci apparaît également comme un sous-système de supra-systèmes : la communauté, la société, l'environnement. Le point de départ de ces consultations multifamiliales est ainsi de recréer un espace communautaire et social pour des familles et des patients confrontés à l'isolement, la souffrance et la détresse apparemment incommunicables à autrui. Les familles sont ainsi sollicitées pour participer à des rencontres d'informations partagées, sur le mode questions-réponses. L'expérience a montré que le recrutement mérite d'être aussi aléatoire que possible, indépendamment des caractéristiques ethniques, religieuses, politiques, économiques, intellectuelles...

L'interaction de plusieurs familles semble produire des changements plus rapides que les thérapies unifamiliales, également pratiquées dans certains cas. Des processus d'apprentissage s'initient à partir de la transmission par analogie, de l'interprétation indirecte, de l'identification croisée entre membres de familles différentes. Il apparaît que la communication est ainsi spontanément facilitée, que la prise de parole est plus aisée et que l'atmosphère est plus permissive que lorsque l'attention est focalisée sur une famille

unique. De fait, la co-présence de familles confrontées à une pathologie récente et de familles ayant une expérience et une maturité plus grandes face à la maladie fait que ces dernières fonctionnent comme « cothérapeutes ». Dans la perspective de Laqueur, la thérapie multifamiliale permet de « rompre le code » caractérisant le style de communication idiosyncrasique de chaque famille singulière en favorisant de nouvelles formes de boucles de rétroaction liées au contact interfamilial.

Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives

Appartenant au courant comportementalo-cognitivistique, McFarlane (1983) a renouvelé la conception des thérapies multifamiliales. La démarche est nettement plus psychopédagogique que dans la version classique des approches systémiques, et évite les débordements liés à des expressions émotionnelles débridées. Elle contribue :

- à atténuer l'isolement interpersonnel et social ;
- à éviter la stigmatisation des patients ou des autres membres de la famille ;
- à soutenir chaque famille en allégeant le poids considérable que la maladie fait peser sur son fonctionnement ;
- à dégager chaque famille des tendances à la surprotection et/ou au désengagement, à l'hostilité, aux critiques ;
- à améliorer les communications familiales qui se révèlent d'emblée facilitées par le cadre même de l'échange multifamilial.

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

Thérapies de réseau

Initiées à partir de 1969 par R. V. Speck, J. L. Speck, Atteneave et Rueveni (Speck, 1987), les thérapies de réseau élargissent l'intervention thérapeutique à toutes les connaissances d'un patient et des membres de sa famille. Le nombre de participants peut atteindre 50 à 60 personnes. Une telle intervention peut être envisagée lorsque les autres modalités thérapeutiques ont échoué (individuelles, familiales, hospitalières institutionnelles) ou pour éviter l'hospitalisation, dans des situations hautement critiques : risques élevés de suicide, troubles mentaux et comportementaux graves avec climat de passage à l'acte.

L'équipe thérapeutique, composée de 4 à 5 intervenants, cherche à reconstituer les liens « tribaux » de l'individu tels qu'ils ont été dissous par la société moderne. De fait, les membres de l'équipe investissent les rôles de chaman et de sorcier des sociétés traditionnelles.

Les transformations apparaissant dans le réseau concernent les unités qui le composent et la complexification de sa cohésion globale ; on constate des modifications concernant l'ambiance, les distances physiques et émotionnelles, les alliances et la coopération. Souvent, les patients font l'expérience de relations entre plusieurs membres du réseau qui leur avaient échappé, ce qui permet de les soulager des liens écrasants à leurs propres parents.

Les thèmes de discussion peuvent être très variés : l'autorité parentale, les problèmes de dépendance et d'autonomisation, les relations symbiotiques, l'appréciation du tempérament et de la personnalité de chacun, l'interaction de couple, les rôles dans la famille, les problèmes de discipline... La valorisation du réseau lui permet de fonctionner comme soutien face aux angoisses destructurantes, en redonnant confiance dans l'établissement de liens extérieurs à la famille.

Speck souligne deux formes opposées de réseaux : les réseaux trop soudés, où l'intériorisation des normes et de l'idéologie conduit à un *statu quo* figé ; les réseaux trop lâches, marqués par la projection, la tendance à la scission par référence à des normes extrinsèques. Ce même auteur focalise son action sur les phénomènes interpersonnels et transactionnels, sans minimiser l'importance des processus psychodynamiques. Depuis ces travaux pionniers, les pratiques de réseau ont beaucoup évolué et se sont diversifiées (Trimble et Kliman, 1995).

L'équipe thérapeutique cherche ainsi à améliorer le fonctionnement du réseau par l'intervention sur ses différents paramètres : sa taille, sa composition, sa densité, ses contextes d'appartenance, de même que la nature des liens, la direction de l'aide interpersonnelle, leur caractère uniplexe ou multiplexe (formes d'activités uniques ou multiples), leur intensité. On distinguera trois formes de thérapie de réseau, selon que l'on mobilise le secteur primaire (les connaissances proches du patient et de sa famille), le secteur secondaire (les professionnels missionnés par la demande sociale) et une combinaison des deux.

On peut concevoir que de telles pratiques soient à la fois une source de mobilisation intense et fructueuse, et en même temps le siège de multiples résistances. Le fait de mobiliser la totalité d'un réseau a permis (comme pour les formes initiales de thérapie familiale mobilisant la totalité de la famille) d'enrichir la connaissance, sur le terrain, des contextes de vie et de survie des personnes en grande souffrance. Mais le risque est grand d'exacerber le choc entre les attentes culturelles et politiques de la société globale, et les forces mobilisées au sein du réseau. Il apparaît heuristique d'envisager la mobilisation des partenaires des secteurs primaires et secondaires du réseau d'où

émerge(nt) la ou les demande(s), et de traiter avec autant de modestie que possible les conflits auto-contradictaires qui émergent des réseaux partiels ainsi constitués.

Conceptions humanistes, narratives et centrées sur la solution

Quoique très différentes quant à l'inspiration et à l'orientation, ces trois conceptions partagent le rejet d'une focalisation sur le symptôme et d'une quelconque recherche des causes. Elles insistent, à des degrés divers, sur le caractère singulier de la rencontre thérapeutique et considèrent que la famille et les thérapeutes réalisent une communauté de personnes qui développent des visions du monde singulières et relatives.

Thérapies humanistes

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.

Thérapies narratives

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 » (Anderson et 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 »... naissant des contextes relationnels, le sentiment de l'identité serait le produit des narrations exprimées lors des échanges, celles-ci s'enchaînant dans des scénarios communs. Dans cette perspective, la notion de vérité objective s'estompe, voire disparaît, de même que celle de compétence ou de spécialiste. Chaque vision du monde étant relative à ses contextes relationnels de production, aucune ne saurait prétendre à une quelconque prééminence.

Thérapies centrées sur la solution

Plutôt que de se focaliser sur le problème et la manière de le résoudre, De Shazer et coll. (1986) s'orientent d'emblée vers les solutions mises en place par le patient, voire ses proches. Le thérapeute ne retient que les expériences positives du passé, et oriente ses interventions du présent vers le futur. Il considère que le client a mis en œuvre les bonnes solutions, et suggère des ajustements nouveaux qui confirment ces bonnes solutions. Seul un petit changement est nécessaire, par rapport à un but raisonnable et minime. Une petite différence a plus de chance de produire une évolution acceptable et fructueuse qu'un bouleversement, qui risque de conduire à un blocage ou à un échec. Dans cette perspective, une légère modification chez une personne peut avoir des répercussions sur l'ensemble du système conjugal ou familial, sans forcément rencontrer le conjoint ou les autres membres de la famille.

Cette perspective évite ainsi l'enchaînement habituel : l'impasse du patient est liée à des choix erronés ; toute menace de changement génère des résistances, qui méritent d'être analysées, voire prescrites. De même, considérer un comportement sous l'angle d'un symptôme risque d'aboutir à une lecture enfermante. Le même comportement, considéré sous l'angle de sa valeur constructive, prendra une signification ouverte sur de nouvelles potentialités. Le changement thérapeutique intervient alors sans que le thérapeute se soit focalisé sur la compréhension de la plainte, au moment précis où le problème aura trouvé une solution opportune.

Conceptions écosystémiques élargies

Les thérapies systémiques actuelles ne peuvent se réduire aux travaux des pionniers tels qu'ils ont été précédemment décrits. À l'inverse des thérapies cognitives et comportementales, qui cherchent à objectiver des procédures reproductibles, éventuellement étayées par des échelles d'évaluation ainsi que des guides d'information et d'apprentissage destinés aux clients, les thérapies systémiques se conçoivent comme des projets d'interventions contextuelles qui permettent de réajuster, voire d'inventer des manières de penser et de faire en fonction des caractéristiques de chaque situation clinique particulière. Les systémiciens sont d'entrée de jeu attentifs aux interférences entre observants et observés, et travaillent à partir de ces interférences. Celles-ci concernent non seulement les patients, les familles et les thérapeutes, mais également les contextes relationnels élargis au sein desquels les uns et les autres évoluent. La manière de recueillir ou de fournir des informations a une incidence sur le déroulement des séances. Le fait de surseoir à une prise de conscience aussi exacte que possible de l'état du patient et de sa famille permet d'enclencher une tension dynamique entre cet état et le surgissement d'événements non encore connus. Il s'agit d'accéder aux effets de la complexité, en évitant les attitudes réductrices et simplificatrices qui risquent de court-circuiter les processus ouverts sur l'innovation (même et surtout

dans les cas où les familles sont confrontées à de grosses difficultés de changement).

Le projet thérapeutique consiste alors à délimiter les zones de compétence et de performance des familles et des intervenants. On aboutit à des apprentissages d'apprentissages (deutéro-apprentissages) auxquels les patients et leurs proches n'accèdent pas spontanément face aux injonctions auto-contradictoires de la vie courante. Ces deutéro-apprentissages ne concernent pas seulement les renforcements opérants, mais cherchent à agir également aux niveaux sous-jacents (empreintes, habituations, accoutumances, réactions phobiques primaires, imitations) et aux niveaux supérieurs.

Cette perspective permet de reconnaître et de gérer conjointement les défaillances des uns et des autres, plutôt que de les dénier. La thérapie s'oriente alors vers l'acceptation de l'incertitude, de la valeur du tâtonnement partagé, de l'élaboration d'hypothèses à infirmer ou à confirmer. Initier un contexte thérapeutique consiste à créer un dispositif où les options pourront osciller entre l'expression de conversations ordinaires, qui n'arrivent plus spontanément, et l'élaboration de projets viables, par l'exploration contradictoire de solutions alternatives.

Certaines métaphores sont ici utiles :

- la métaphore de l'entorse : face à des liens distendus et douloureux, il est difficile d'intervenir directement ; il convient plutôt d'intervenir sur les contextes qui renforcent la mobilisation des interactions interpersonnelles autour de ces liens ;
- la métaphore de la fracture : face à des brisures, voire à un éparpillement de l'esprit, la rigidité des comportements mérite d'être accompagnée par une contention relationnelle, qui permet une réunion et une consolidation des parties disjointes de cet esprit, suivies d'une mobilisation patiente et progressive des interactions supportables.

Pour rendre compte de cet enchevêtrement des niveaux systémiques, force est de constater que la biologie, c'est-à-dire l'étude des processus vitaux, est indissociable de l'activation des comportements organisés en séquences sémiotiques et des contextes écologiques où ils prennent sens. Le clinicien devient un éco-éthologue, à ceci près que les êtres vivants étudiés sont de même nature que ceux qui réalisent l'étude et l'intervention : cet éco-éthologue devient un éco-étho-anthropologue qui, en sollicitant éventuellement les formes symboliques les plus abstraites de l'esprit humain, fait appel à des compétences et à des performances biologiques dont seuls les humains sont capables.

Thérapies conjugales

La thérapie conjugale comportementale est fondée sur l'apprentissage de la communication à l'intérieur du couple et de la résolution des problèmes. Elle propose une planification des changements de comportements de manière à

accroître les interactions satisfaisantes et à atténuer les interactions destructives et négatives : promotion des actes d'amour, des formes de rencontre entre partenaires (promenades, sorties au restaurant, au spectacle...). Elle n'est pas seulement une stratégie d'intervention, mais aussi un traitement fondé sur les apprentissages sociaux.

La thérapie conjugale cognitive est centrée sur les schèmes relationnels irrationnels et les croyances irrationnelles. Elle est souvent associée à des techniques comportementales, voire à un entraînement à l'expression émotionnelle.

Les thérapies conjugales psychodynamiques sont centrées sur les émotions, ou orientées sur l'*insight*. Lorsqu'elles sont orientées sur l'*insight*, elles mettent l'accent sur les processus émotionnels conflictuels concernant chacun des partenaires considérés séparément, les interactions entre eux et le système familial élargi. Ces thérapies intègrent le fonctionnement individuel, conjugal et familial en ce qui concerne les sujets de développement et de maturation, les collusions, les attentes contractuelles incongruentes, les assignements de rôles irrationnels, et les règles relationnelles désadaptées. Les thérapeutes utilisent le sondage, la clarification et l'interprétation dans la découverte et l'explicitation des sentiments, croyances et attentes que les partenaires ont d'eux-mêmes, de leur partenaire, et de leur mariage, pouvant être partiellement ou totalement inconscients, et relevant d'une restructuration par une renégociation consciente.

La thérapie conjugale focalisée sur les émotions repose sur la théorie de l'attachement de Bowlby, et conçoit les détresses relationnelles comme des liens peu sûrs où les besoins d'attachement sont inatteignables du fait de schémas d'interaction rigides qui bloquent l'engagement émotionnel (Greenberg et Johnson, 1988 ; Johnson et Greenberg, 1994 ; 1995). La méthode consiste à aider chaque partenaire à explorer et communiquer ses expériences émotionnelles sur des sujets comme la dépendance d'affiliation (proximité et contrôle) dans le contexte de la relation habituelle. Les besoins d'attachement valables sont clarifiés, chaque personne arrivant à mieux se comprendre et à percevoir son partenaire avec plus de sympathie. Ceci conduit à des interactions nouvelles et moins défensives. Cette approche apparaît opportune surtout pour les couples qui ne présentent pas de perturbations extrêmes.

En conclusion, il apparaît que les thérapies familiales se sont considérablement diversifiées depuis les apports des courants initiaux, et qu'elles continuent à évoluer en fonction des transformations des contextes familiaux et sociaux, des multiples symptômes à traiter, ainsi que des formes des demandes. On notera que, sur le terrain, les thérapeutes familiaux ont à faire face à une large gamme de problèmes, de difficultés, de troubles, de souffrances qui n'entrent ni dans des catégories syndromiques, ni dans des pathologies dûment répertoriées dans les traités de psychiatrie. Le fait de concevoir

de réunir un couple, deux ou plusieurs membres d'une même famille, une famille entière, plusieurs familles, un réseau social relève d'une démarche écosystémique. Pour autant, les méthodes utilisées lors des consultations familiales relèvent de principes théoriques et pratiques souvent distincts, voire opposés. Les modalités techniques revisitent les grandes orientations présentes dans le champ des psychothérapies et conduisent souvent à des confrontations, des interférences entre courants réputés distincts. Le courant psychanalytique s'est diversifié par l'apparition de conceptions psychodynamiques élargies, qui elles-mêmes peuvent s'inscrire dans la théorie des systèmes dynamiques, où les symptômes sont appréhendés comme la résultante de conflits de forces ago-antagonistes pouvant concerner plusieurs générations. De même, si le courant comportemental et cognitif se réfère essentiellement aux apports du behaviorisme, puis du cognitivisme (qui est une forme de behaviorisme de l'esprit) en cherchant à normaliser des schèmes de pensée et d'action, le courant systémique tente plutôt d'articuler les apports de l'éthologie et de l'anthropologie, en amplifiant les singularités symptomatiques et en resituant les patients et leur famille dans leurs contextes vitaux. Mais ces lignes de démarcation sont loin d'être étanches. Si par exemple les thérapeutes systémiques sont attentifs aux processus d'autonomisation, les thérapeutes cognitivistes pourront faire appel à la théorie du « *self-monitoring* ». Il est ainsi souhaitable que les différentes mouvances de thérapie familiale continuent à évoluer, et permettent à leurs représentants un dialogue d'autant plus fructueux qu'il est inspiré par les exigences des usagers.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN NW. The psychodynamics of family life. Diagnosis and treatment of family relationships. Basic Books Inc., New York 1958

ACKERMAN NW. Treating the troubled family. Basic Books Inc., New York 1966

ANDERSON H, GOOLISHIAN HA. Les systèmes humains comme systèmes linguistiques : implications pour une théorie clinique. (1988) In : Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la systémique ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1997, 19 : 99-132 (DeBoeck Université)

BATESON G. Vers une écologie de l'esprit. (1972). Seuil, Paris 1977-1980

BOSZORMENYI-NAGY I, SPARK G. Invisible loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy. Harper & Row Publishers Inc., New York, San Francisco, London 1973

BOWEN M. Family therapy in clinical practice. Jason Aronson Inc., New York, London 1978

DE SHAZER S, BERG INSOO K, LIPCHIK E, NUNNALLY E, MOLNAR A et coll. Brief therapy : focused solution development. *Fam Proc* 1986, 25 : 207-221

276 ELKAÏM M. Panorama des thérapies familiales. Seuil, Paris 1995

- FALLOON IRH, BOYD JL, Mcgill CW. Family care of schizophrenia. The Guilford Press, New York 1984
- GREENBERG L, JOHNSON S. Emotionally focused therapy for couples. Guilford Press, New-York 1988
- HALEY J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. EPI, Paris 1984
- HALEY J. Stratégies de la psychothérapie. Erès, Toulouse 1993
- JOHNSON S, GREENBERG L. The heart of the matter : perspectives on emotion in marital therapy. Brunner and Mazel, New York 1994
- JOHNSON S, GREENBERG L. The emotionally focused approach to problems in adult attachment. *In* : Clinical handbook of marital therapy (2nd ed.). JACOBSON NS, GURMAN AS eds, Guilford Press, New York 1995 : 121-141
- LAQUEUR PH. La thérapie multifamiliale. Questions et réponses. (1973) *In* : Techniques de base en thérapie familiale. BLOCH DA ed, Jean-Pierre Delarge, Paris 1979 : 135-152
- LAQUEUR PH. Multiple family therapy. *In* : Family therapy : theory and practice. GUERIN PJ ed, Gardner Press, New York 1978 : 405-416
- LE MOIGNE JL. La modélisation des systèmes complexes. Dunod, Paris 1990
- LEMAIRE JG. Famille, amour, folie. Païdos/Centurion, Paris 1989
- LORENZ K. Évolution et modification du comportement. (1965). L'inné et l'acquis. Payot, Paris 1970
- MAURIZIO A. La thérapie avec la famille. (1977). Trad. COLAS AM, WAJEMAN M. ESF, Paris 1982
- MCFARLANE WR. Family therapy in schizophrenia. The Guilford Press, New York, London 1983
- MIERMONT J. Écologie des liens. ESF, Paris 1993
- MIERMONT J. Psychose et thérapie familiale. ESF, Paris 1997
- MIERMONT J. Psychothérapies contemporaines. Histoire, évolution, perspective. L'Harmattan, Paris 2000a
- MIERMONT J. Dictionnaire des thérapies familiales. 2^e édition revue et augmentée. Payot, Paris 2001
- MINUCHIN S. Familles en thérapie. (1974). Erès, Toulouse 1998
- MORIN E. Introduction à la pensée complexe. ESF, Paris 1990
- RUFFIOT A, EIGUER A, LITOVSKY D, GEAR MC, LIENDO EC, PERROT J. La thérapie familiale psychanalytique. Dunod, Paris 1981
- SELVINI PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECHIN G, PRATA G. Paradoxes et contreparadoxes. (1975). ESF, Paris 1980
- SIMON HA. Science des systèmes, science de l'artificiel. Dunod, Paris, 1991
- SLUZKI CE, RANSOM DC. Double bind. The foundation of the communicational approach to the family. Grune & Stratton, New York, London, San Francisco 1976

SPECK RV. L'intervention en réseau social : les thérapies de réseau, théorie et développement. *In* : Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social. ELKAÏM M ed, ESF Editeur, Paris 1987 : 21-40

TRIMBLE DW, KLIMAN J. L'intervention en réseau. *In* : Panorama des thérapies familiales. ELKAÏM M ed, Seuil, Paris 1995 : 447-471

VON BERTALANFFY L. Théorie générale des systèmes. (1947). Dunod, Paris 1973

WATZLAWICK P, HELMICK-BEAVIN J, JACKSON DD. Une logique de la communication. Seuil, Paris 1972

WATZLAWICK P, WEAKLAND J, FISCH R. Changement, paradoxe et psychothérapie. Seuil, Paris 1975

WATZLAWICK P. La réalité de la réalité. Seuil, Paris 1978

WYNNE LC, RYCKOFF IM, DAY J, HIRSCH SI. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958, **21** : 205-220

WYNNE LC. Knotted relationships, communication, deviances and metabinding. *In* : Beyond the double bind. BERGER MM ed, Brunner & Mazel, New York 1978 : 179-188