



HAL
open science

Approche relationnelle du trouble des conduites en entretien familial : intérêt des thérapies brèves et stratégiques

Tristan de Laage de Meux

► **To cite this version:**

Tristan de Laage de Meux. Approche relationnelle du trouble des conduites en entretien familial : intérêt des thérapies brèves et stratégiques. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00705898

HAL Id: dumas-00705898

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00705898>

Submitted on 8 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE : 2011 – 2012

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

PAR

TRISTAN DE LAAGE DE MEUX

NE LE 6 JANVIER 1981 A BOULOGNE BILLANCOURT

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 AVRIL 2012

**APPROCHE RELATIONNELLE DU TROUBLE DES CONDUITES
EN ENTRETIEN FAMILIAL
INTERET DES THERAPIES BREVES ET STRATEGIQUES**

PRESIDENT DU JURY : Pr GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Dr ABEKHZER

LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTE

M. Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN Physiologie
M. Jean DOUCET	HB Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB Radiothérapie
M. Philippe DUCKETTE	HCN Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR Génétique
M. Pierre FREGER	HCN Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR Biochimie et biologie moléculaire

M. Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET	HCN Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN Médecine légale
M. François PROUST	HCN Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. François TRON	UFR Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN Physiologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**

M. Thierry **BESSON**

M. Roland **CAPRON**

M Jean **CHASTANG**

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Mle Elisabeth **CHOSSON**

M. Jean **COSTENTIN**

Mme Isabelle **DUBUS**

M. Loïc **FAVENNEC**

M. Michel **GUERBET**

M. Olivier **LAFONT**

M. Jean-Louis **PONS**

Mme Elisabeth **SEGUIN**

M. Mohamed **SKIBA**

M. Marc **VASSE**

M. Philippe **VERITE**

Chimie Générale et Minérale

Chimie thérapeutique

Biophysique

Mathématiques

Législation, Economie de la Santé

Botanique

Pharmacodynamie

Biochimie

Parasitologie

Toxicologie

Chimie organique

Microbiologie

Pharmacognosie

Pharmacie Galénique

Hématologie

Chimie analytique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Aux membres du jury pour le jugement que vous porterez sur ce travail,

A Isabelle pour son amour et sa patience à toute épreuve

A ma famille et tous mes amis pour tous vos encouragements

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
I. PREMIERE PARTIE : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT ..	14
I.1. Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent	14
I.1.1. Définitions du trouble des conduites	14
I.1.2. Données épidémiologiques	15
I.1.3. Comorbidités et complications.....	16
I.1.4. Complexité du trouble : vers un modèle intégratif	17
I.1.5. Place du trouble des conduites dans la pratique clinique.....	20
I.1.6. Principes généraux de prise en charge.....	22
I.2. Approche psychopathologique : le narcissisme	26
I.2.1. Place du narcissisme dans les troubles des conduites	27
I.2.2. Narcissisme primaire et moi idéal	29
I.2.3. Idéal du moi et estime de soi	31
I.3. Adolescence et psychopathologie.....	34
I.3.1. Généralités sur l'adolescence.....	34
I.3.2. Remaniement narcissique : le pubertaire	34
I.3.3. Remaniement relationnel : renoncement aux figures d'attachement infantiles.....	35
I.3.4. Groupes et nouveaux liens	37
I.3.5. Liens, dépendance et emprise à l'adolescence	38
I.3.6. Relation d'emprise	40
I.3.7. Le recours à l'agir : violence et agressivité	41
II. DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA COMMUNICATION	43
II.1. Modèle télégraphique de la communication	45
II.2. Théorie cybernétique	46
II.2.1. Premier mouvement cybernétique	46
II.2.2. Deuxième mouvement cybernétique.....	48
II.3. Théorie générale des systèmes	51
II.3.1. Définition et propriétés générales des systèmes	51
II.3.2. Complexité des systèmes ouverts	52

II.4. Théorie systémique de la communication	55
II.4.1. Généralités	55
II.4.2. Relations symétriques et complémentaires.....	56
II.4.3. Communication digitale et analogique	58
II.4.4. Niveaux d'abstraction.....	60
II.4.5. Communication et métacommunication	60
II.4.6. Paradoxes et types logiques.....	61
II.4.7. Double contrainte.....	63
II.4.8. Typologie des paradoxes.....	64
II.5. Changements et apprentissages	66
II.5.1. Niveaux logiques.....	66
II.5.2. Apprentissage zéro	67
II.5.3. Apprentissage I.....	68
II.5.4. Apprentissage II.....	68
II.6. Discussion épistémologique	72
II.6.1. Positivism scientifique	72
II.6.2. Limites du positivisme : interactions et complexité.....	73
II.6.3. Complexité.....	74
II.6.4. Complexité et systémique	75
II.6.5. Approches analytique et systémique	77
II.6.6. Information, organisation, néguentropie.....	78
II.6.7. L'écologie de Bateson : Coévolution et écosystème	81
II.6.8. Erreurs de type logique	83
III. TROISIEME PARTIE : L'ENTRETIEN FAMILIAL	86
III.1. Le cadre thérapeutique	86
III.1.1. La demande d'un accompagnement.....	86
III.1.2. Le travail avec la contrainte	86
III.1.3. Objectifs de l'accompagnement.....	88
III.1.4. Accompagnement des parents : aménagement de la parentalité.....	88
III.1.5. Subjectivation à l'adolescence	89
III.1.6. Espace transitionnel	90
III.1.7. Narration et fonction signifiante	91

III.2. Le cadre familial.....	92
III.2.1. Histoire et mythes de famille	92
III.2.2. Attachement.....	94
III.2.3. Développement parental	96
III.2.4. Aspects de la parentalité	97
III.2.5. Familles nucléaires et complexité des familles recomposées.....	98
III.3. Un enjeu transversal : l’alliance thérapeutique	102
III.3.1. Définition (approches analytique et humaniste)	103
III.3.2. Approches cognitive et systémique	104
III.3.3. Approches empiriques.....	106
III.3.4. Limites de l’alliance thérapeutique	108
III.3.5. Place dans la pratique	110
III.4. Présentation des thérapies dites « brèves »	111
III.4.1. Introduction.....	111
III.4.2. Modèle des thérapies brèves	114
III.4.2.1. Modèle relationnel : la carte et le territoire	114
III.4.2.2. Modélisation du « problème » et de la « stratégie » de résolution.....	116
III.4.2.3. Tentatives de solution et changement.....	117
III.4.2.4. Le système thérapeutique.....	119
III.4.2.5. Typologie de la relation du patient au problème.....	120
III.4.3. La relation thérapeutique.....	121
III.4.3.1. Généralités	121
III.4.3.2. Calibration, synchronisation.....	123
III.4.3.3. Souplesse du lien	124
III.4.3.4. Jeux de langage et « solutionnisme ».....	125
III.4.3.5. Influence de M. Erickson	128
III.4.3.6. L’interaction entre le style du thérapeute et le style du client	131
III.4.4. Outils stratégiques.....	132
III.4.4.1. Recadrage.....	132
III.4.4.2. Le questionnement circulaire.....	134
III.4.4.3. Génogramme.....	135
III.4.4.4. Questions à échelle	136
III.4.4.5. Question miracle	139

III.4.5. Vignettes cliniques	142
III.4.5.1. Martin.....	142
III.4.5.2. Yohan.....	144
III.4.5.3. Dorian.....	146
Discussion.....	148
La violence chez l'enfant interroge les relations familiales	148
Une clinique de situation.....	149
La demande portée par un groupe	150
Le système d'appartenance	152
Un problème collectif.....	153
CONCLUSION	158
REFERENCES	159

Introduction

Les troubles comportementaux représentent l'un des motifs de consultation les plus fréquents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et constituent toujours pour le clinicien, un problème complexe. En effet, à côté des éléments médicaux classiques (diagnostic positif et différentiel, complications, étiologie, évolution, comorbidité...) centrés sur le patient lui-même qui est en l'occurrence un être en développement, et donc dépendant de son entourage, il doit également prendre en compte des aspects relationnels essentiels (familiaux, sociaux, éducatifs et parfois judiciaires) qui seront toujours l'objet de négociations avec les différents intervenants, le plus souvent les parents et la famille.

Bien qu'à la croisée des chemins sociaux et éducatifs, les comportements déviants et dangereux de l'enfant ou de l'adolescent prennent un caractère médical psychiatrique par leur impact sur la santé, qu'ils soient apparemment isolés ou bien intégrés dans un tableau plus manifeste de trouble développemental ou psychiatrique. Aussi, le fait qu'ils fassent l'objet d'études psychiatriques et psychologiques depuis de nombreuses années est très largement reconnu, puisque ces approches ont bien montré que ces troubles ne peuvent se réduire à une dimension purement disciplinaire. Mais par leur complexité, ils suscitent toujours de nombreuses discussions en termes de définition et de prise en charge, certaines approches privilégiant un abord catégoriel et comportemental, d'autres préférant un abord psychopathologique plus personnel. La perspective psychopathologique cherche à décrire des traits et des mécanismes communs aux troubles des conduites et aux comportements violents. De très nombreux travaux de praticiens se situant dans le champ de travaux psychanalytiques ont éclairé l'importance de la problématique narcissique impuissance/toute-puissance, mais les troubles du comportement posent un problème de définition, d'objectivité et de normalité.

Par ailleurs, la pédopsychiatrie prend en charge des patients mineurs par définition, ce qui implique qu'une responsabilité parentale s'exerce. Cette particularité met au premier plan la dimension relationnelle et familiale, puisqu'en entretien, le thérapeute reçoit le plus souvent l'enfant et au moins l'un de ses parents. Ainsi, l'approche familiale est attachée à une vision interactionnelle des problèmes humains. Dans une vision systémique, le thérapeute s'attache à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions dans une vision pragmatique. En effet, de même qu'on ne peut pas *ne pas* se compoter, puisque dans un cadre relationnel, même le repli est un message, on ne peut pas *ne pas* communiquer.

L'origine des thérapies systémiques prend naissance à Palo-Alto en Californie dans l'immédiat après-guerre. Grégory Bateson (1904–1980), zoologue, anthropologue, éthologue, souhaite appliquer les principes de la cybernétique et de la systémique à la communication humaine. Il pose les premiers jalons d'une théorie générale de la communication, point de convergence des différentes disciplines des sciences naturelles. Il est un des premiers à adapter l'approche systémique à l'étude des relations humaines, permettant ainsi de modéliser les types d'interactions sociales dans des contextes bien définis. Progressivement, les recherches interdisciplinaires se forment et tentent d'appliquer ces principes à la sociologie, aux sciences politiques ou à la psychiatrie. La théorie générale de la communication apparaît sur le plan épistémologique comme un nouveau paradigme, qui permet de penser la complexité.

La théorie systémique de la communication a fortement inspiré les travaux du Mental Research Institute de Palo Alto (MRI) avec Don Jakson et Paul Watzlawick qui ont développé les principes de la thérapie familiale. Ils entreprirent de décrire les familles comme des systèmes ouverts, doués de capacités homéostatiques, capacités mises en œuvre à partir des boucles de rétroaction.

Dans une perspective relationnelle, la famille est vue comme un système ouvert, complexe, et auto-organisé, où le comportement est une forme de communication qui comprend une part de contenu (le message) et une part relationnelle (le contexte). Le thérapeute peut rechercher les règles qui gouvernent ce système ; la thérapie consiste alors en ce que le thérapeute se conduit d'une manière telle que celles-ci doivent changer.

S'inspirant du travail clinique de Milton Erickson, de Don Jackson et de Jay Haley, Richard Fisch fonda un centre de recherche, le Brief Therapy Center (BTC) destiné à rompre avec l'orientation individuelle centrée sur la pathologie qui, à l'époque, dominait la psychothérapie. L'approche se focalise sur la résolution de problèmes relationnels répétitifs. Elle donnera naissance aux outils d'intervention de la thérapie systémique brève.

Les équipes du MRI et du BTC s'appuient sur des transactions relationnelles, observables dans l'ici et maintenant. L'attention porte avant tout sur la manière dont les problèmes sont provoqués, maintenus et perpétués dans les interactions. Les données de cette orientation sont constituées par les interactions synchroniques du patient et des personnes de son entourage.

Dans la mesure où, sur un plan relationnel, tout comportement peut être considéré comme une forme de communication, le thérapeute recherche les règles qui gouvernent le système. Son approche s'oriente plus vers la recherche de solutions que vers l'analyse des problèmes et la thérapie consiste alors en ce qu'il se conduise d'une manière telle que les règles du système en crise doivent changer.

L'objectif de ce travail est de présenter l'intérêt que peuvent apporter les outils développés par les thérapies dites brèves et stratégiques dans le cadre des entretiens familiaux pour la prise en charge de troubles comportementaux de l'enfant et de l'adolescent.

La première partie de ce travail présente les approches « classiques » des troubles comportementaux de l'enfant et de l'adolescence. Il exposera, dans un premier temps, le trouble des conduites tel qu'il est défini dans les catégories diagnostiques internationales, ainsi que les données bibliographiques actuelles le concernant. Puis, dans un deuxième temps, le travail présentera une approche psychodynamique d'inspiration analytique des agirs violents. Il s'appuiera sur les enjeux de dépendance et d'emprise à l'adolescence.

Après avoir défini les apports de la théorie de l'information, de la cybernétique et de la théorie générale des systèmes, la deuxième partie de ce travail présente le cadre théorique de l'approche systémique. Il expose ensuite la notion de changement et d'apprentissage, puis, il présente la discussion épistémologique ouverte par les principes généraux de l'approche systémique.

La troisième partie présente les aspects généraux des thérapies brèves et quelques outils « stratégiques », après avoir exposé des enjeux transversaux des entretiens familiaux, notamment le cadre familial ainsi que l'alliance thérapeutique. Quelques vignettes cliniques illustreront l'application d'outils stratégiques.

I. PREMIERE PARTIE : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

I.1. Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent

I.1.1. Définitions du trouble des conduites

La terminologie concerne diverses notions qui peuvent se recouvrir : agitation, impulsivité, indiscipline, conduites violentes, agressives, antisociales, délinquantes, voire psychopathes... (Mazet, Rachidi, 2010) [162]. Le trouble des conduites désigne un comportement dangereux qui entrave le développement et les apprentissages de l'enfant, et qui ne répond pas aux mesures éducatives et disciplinaires déjà en place au sein de la cellule familiale ou de l'école. Il est n'est pas rare qu'à côté des symptômes précédemment évoqués, un comportement inadapté en classe ou une baisse des performances solaires complètent le tableau et soient l'objet d'une crainte ou d'une plainte particulière des parents.

Dans les manuels de classification des troubles mentaux, les troubles du comportement sont présentés dans une perspective descriptive et catégorielle. Ils sont présentés soit comme un signe participant à un syndrome, comme par exemple dans les troubles psychotiques et autistiques, soit comme étant une catégorie en soi, et dont le diagnostic dépendra du style de trouble comportemental, tels que l'hyperkinésie, ou bien l'opposition avec provocation.

Le manuel de diagnostic statistique IV (DSM IV) définit, parmi les « troubles habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence », la catégorie « déficit de l'attention et comportement perturbateur », catégorie qui comprend les « troubles des conduites » à côté du « déficit de l'attention – hyperactivité » et du « trouble oppositionnel avec provocation ». Le diagnostic peut être porté chez un enfant ou un adolescent si pendant une période d'au moins douze mois, il présente trois symptômes parmi une liste de quinze critères répartis en quatre groupes : agression envers des personnes ou des animaux, destruction de biens matériels, fraude ou vol, violations graves de règles établies. Le DSM IV fait la distinction entre le trouble débutant avant ou après dix ans, et spécifie l'intensité du trouble en léger, modéré et sévère.

Dans la classification internationale des maladies dans sa 10^e version (CIM 10), la classification de l'OMS, la liste des symptômes est assez similaire, mais la répartition des troubles est différente. La catégorie des « troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence » se répartie en huit sous-catégories. On y retrouve le « trouble des conduites » comme une sous-catégorie en soi, mais également dans le cadre des « troubles hyperkinétiques », dans les « troubles mixtes des conduites et des émotions », et dans les « troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence ». L'approche conceptuelle y est différente que dans le DSM puisqu'il est proposé de spécifier si le trouble est accompagné ou non de trouble des émotions, s'il est limité ou non au milieu familial et si les relations avec les pairs sont restées satisfaisantes, soulignant par-là l'importance de la dynamique affective et relationnelle, et de l'influence du milieu dans le trouble.

Dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans sa version révisée de 2000 (CFTMEA 2000-R), on retrouve une catégorie « trouble des conduites et du comportement » dans une acceptation plus large du terme qui comprend entre autres, à côté des comportements à caractère antisocial, les « troubles des conduites alimentaires », les « troubles liés à l'usage de drogue ou d'alcool » ainsi que les « troubles de l'identité et des conduites sexuelles ». Dans une approche conceptuelle plus analytique que les autres classifications, les troubles des conduites sont volontiers perçus comme l'expression de failles narcissiques dont la dimension dépressive est compensée par l'agir comme moyen de lutte contre l'effondrement.

I.1.2. Données épidémiologiques

Les taux de prévalence du trouble des conduites sont compris entre 1.5 et 3.4 % de la population de moins de 18 ans selon les études. Il est plus précoce et quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Il a un âge moyen de début : 7 ans chez les garçons contre 13 ans chez les filles (Perisse et al., 2006) [182]. Les taux de prévalence varient d'une étude à une autre en raison de différences méthodologiques concernant les critères diagnostics, les populations étudiées et les personnes informatives choisies (Blantz et al., 1990) (Kruesi, Lelio, 1996) [29, 133]. Un milieu socio-économique bas, des antécédents familiaux de sociopathie sont des facteurs de risque associés à une prévalence plus grande du trouble des conduites dans les études longitudinales (Ferguson et al., 1994) [63].

I.1.3. Comorbidités et complications

Le trouble des conduites est un trouble hétérogène et transversal qui partage des symptômes communs à d'autres troubles. De fait, la distinction clinique entre trouble des conduites pur et trouble des conduites avec comorbidité est souvent difficile lorsque le comportement est au premier plan.

La question de la présence ou non d'une comorbidité est un point central pour le diagnostic des troubles des conduites, mais la question est difficile et les réponses partagées (Perisse et al., 2006) [182]. Pour certains auteurs, 84 à 96 % des sujets présentant des troubles des conduites remplissent également les critères pour le diagnostic d'un trouble oppositionnel et ils se chevauchent tellement qu'il est peut être artificiel de les distinguer (Hinshaw et al., 1993) [104]. Alors que d'autres auteurs (Kruesi, Lelio, 1996) [133] soulignent une différence entre ces deux troubles si l'on considère l'âge de début, le profil développemental, le sex-ratio et la nécessité d'un traitement. Dans le cadre de la comorbidité avec les troubles hyperkinétiques, on retrouve dans les différentes études, qu'elles soient faites en population générale ou en clinique, une large fraction des sujets présentant un des deux troubles (45 à 70 %) qui remplit également les critères de l'autre trouble (Ferguson et al., 1994) [63]. Les troubles anxieux et la dépression ont aussi été rapportés comme fréquemment associés au trouble des conduites, dans 30 à 50 % des cas (Zocollilo et al., 1992) [250].

Il a été bien montré à quel point l'agressivité dans l'enfance et la délinquance juvénile sont fortement prédictives d'un comportement violent ultérieur (Reiss, Farington, 1991) [191], notamment au travers de dimensions telles que l'hyperactivité, l'hyperkinésie, l'impulsivité, l'opposition et l'agressivité verbale, les traits antisociaux, ou encore l'anxiété et les dysrégulations émotionnelles (en particulier la dépression et la défense maniaque). Mais les études de devenir montrent que, contrairement à une idée fréquemment admise, les TADAH n'évoluent vers un trouble des conduites que s'ils sont associés à un trouble oppositionnel et aux dimensions d'hyperactivité et d'impulsivité (Loeber et al., 2000) (Nagin, Trembley, 1999) [145, 174].

I.1.4. Complexité du trouble : vers un modèle intégratif

De très nombreux modèles ont été proposés pour rendre compte des troubles externalisés de l'enfant, développés le plus souvent en parallèle, et pouvant avoir un abord physiologique (pharmacologique, génétique ou neuropsychologique), éthologique, sociologique (influence des groupes sociaux, du groupe familial, de la pauvreté) ou encore psychodynamique (structures intrapsychiques et théorie de l'attachement). Mais tout point de vue dogmatique est contredit par les études les plus sérieuses, qu'il s'inscrive dans une perspective sociale, psychologique, biologique ou génétique. Tout modèle privilégiant un point de vue exclusif ou une hiérarchisation de ces niveaux étiologiques sur le mode d'une cascade d'influences prédéterminées ne peut être soutenu au vu de la complexité des facteurs en jeu et de la circularité de leurs influences.

De façon schématique, on peut distinguer trois grands domaines étiologiques, dans lesquels des facteurs d'influence agissent et interagissent de façon complexe et intégrée (Roskam et al., 2007) [196].

- Un domaine constitutionnel, dans lequel on peut retrouver les facteurs somatiques et génétiques relatifs au tempérament (entendu comme les bases biologiques de la personnalité), comprenant les prédispositions organiques et somatiques du comportement (y compris les éventuelles séquelles d'évènements pouvant avoir une incidence sur le développement telles que des complications gravidiques ou périnatales, ou encore des maladies congénitales ou infectieuses...).
- Un domaine épigénétique, dans lequel on peut retrouver les facteurs développementaux, liés à l'éducation, aux conditionnements et aux apprentissages, mais également au contexte dans lequel se déroulent les acquisitions.
- Et enfin, un domaine réactionnel, dans lequel on peut retrouver les facteurs environnementaux immédiats, notamment dans leur valeur symbolique, signifiante et excitante. Ici se retrouvent les facteurs qui sont généralement précipitants, les changements de mode de vie par exemple (dans le sens de la perte ou du nouveau), et les évènements auxquels tout un chacun réagit selon ses prédispositions et son histoire.

Cherchant à répondre aux controverses dans les suites du rapport de l'INSERM de 2004 concernant les troubles des conduites, D. Cohen, à partir d'une revue critique de la littérature des recherches scientifiques actuelles sur les troubles des conduites, présente un modèle épigénétique probabiliste qui cherche à prendre en compte dans une perspective intégrative la diversité et la complexité des facteurs en jeu (Cohen, 2008) [48].

Il s'appuie sur les travaux de l'équipe de Michael Meaney, qui, à partir de modèles animaux (souris ou rats), ont démontré que les stress très précoces, les soins maternels et les stress durant la gestation étaient capables d'impacter le développement des générations futures à travers l'axe hypothalamo-hypophysaire, mais également à travers des modifications épigénétiques pouvant se transmettre de génération en génération, et ce, indépendamment du patrimoine génétique des animaux (Francis et al., 1999) [71]. Ainsi, par ces modèles animaux, ils dévoilent un type de transmission transgénérationnelle, indépendante du patrimoine génétique, qui renverse la perspective d'un prédéterminisme génétique, le plus souvent à l'œuvre dans les modèles théoriques, et « implique de prendre en compte des interactions non plus seulement unidirectionnelles mais bidirectionnelles » (Cohen, 2008) [48].

Prolongeant leur travaux chez l'homme, cette même équipe a montré que la qualité des soins maternels précoces influençait la réponse au stress de l'axe hypothalamo-hypophysaire chez les enfants (Liu et al., 1997) [143], la cytogénèse et la plasticité hippocampique, ainsi que la mémoire et l'apprentissage spatial (Liu et al., 2000) (Mirescu et al., 2004) [144, 169]. La qualité des soins maternels influencent également l'épigénome des enfants de la génération suivante au niveau de l'hippocampe. Il a été montré que cet effet peut être renversé lorsqu'on améliore la qualité des soins maternels en confiant ces bébés à des mères plus chaleureuses, mais également lorsqu'on bloque l'acétylation des histones en post natal précoce et que l'on empêche le marquage épigénomique de l'ADN (Weaver et al., 2004) [232].

L'environnement utérin peut aussi affecter le développement à travers des facteurs environnementaux plutôt que génétiques (Denenberg et al., 1998) (Francis et al., 2003) [50, 72]. Ainsi, il a pu être montré que l'anxiété maternelle prénatale était corrélée à des problèmes comportementaux et émotionnels dès l'âge de quatre ans (eux-mêmes corrélés à des différences individuelles en terme de cortisol chez les préadolescents) (O'Connor et al., 2002) (O'Connor et al., 2005) [179, 180], et qu'elle était associée à des symptômes d'hyperactivité, à des problèmes externalisés et également à une plus grande anxiété chez les enfants âgés de huit à neuf ans (Van der Berg, Marcoen, 2004) [222]. Aussi, il a pu être montré que la dépression maternelle pouvait impacter de manière très significative le développement d'un sentiment d'empathie chez l'enfant (Jones et al., 2000) [117].

Ces recherches, impliquant un certain nombre de facteurs de stress hyperprécoces, permettent d'éclairer la clinique de la petite enfance et d'appuyer l'importance de la temporalité dans les facteurs environnementaux.

Pour Cohen, afin de rendre compte de la complexité des facteurs en jeu et de leurs influences mutuelles, le modèle qui concilie le mieux l'intrication de ces différents niveaux, est un modèle développemental d'épigenèse probabiliste (Gottlieb, 2007) [87].

Ce modèle s'appuie sur le fait que les structures neurales commencent à fonctionner avant qu'elles ne soient complètement matures et que cette activité, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque, joue un rôle significatif dans le processus développemental. Il réfute toute perspective d'interactions unidirectionnelles entre les différents niveaux qui contribuent au développement, c'est à dire le niveau génétique, le niveau des fonctions biologiques, cérébrales ou neurologiques, le niveau des comportements et des conduites, mais également le niveau environnemental dans toute sa diversité physique, sociale et culturelle. L'existence d'interactions bidirectionnelles, s'influçant mutuellement en permanence, introduit un élément probabiliste dans tous les systèmes en développement et leur devenir, puisque la coordination des influences formelles entre et à l'intérieur d'un même niveau ne peut être parfaite.

L'ensemble des facteurs déterminant un trouble externalisé est quasi impossible à traduire de manière exhaustive, et implique des facteurs dont les points d'impact se situent à des niveaux très différents. Ce modèle permet d'impliquer à chaque niveau d'analyse les différents déterminants connus et d'intégrer comment leur interaction conduit souvent à des effets de potentialisation du fait de leur nature bidirectionnelle.

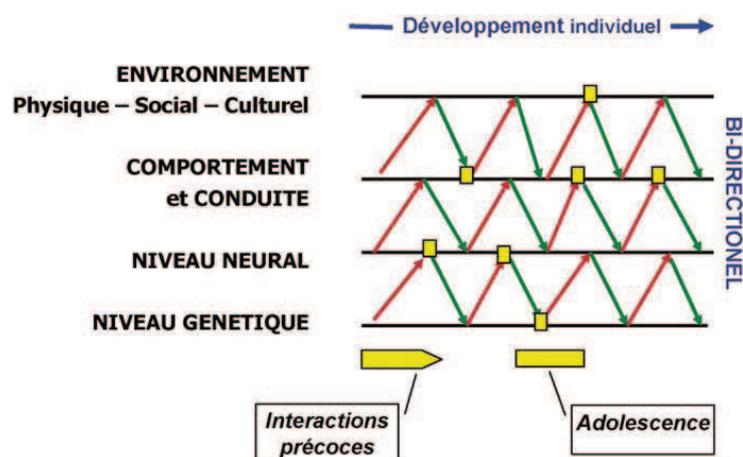


Figure 1 : Le modèle développemental d'épigenèse probabiliste (Cohen 2008)

Une perspective multidisciplinaire, intégrative tenant compte de chacun de ces niveaux et inscrite dans un modèle probabiliste, semble intéressante pour répondre à la diversité et à la complexité des situations rencontrées. Tous ces travaux permettent de théoriser les conditions et composantes d'une bonne santé mentale chez l'enfant en termes de développement. Notons que d'un point de vue développemental, la petite enfance et les interactions précoces d'une part, et l'adolescence et ses bouleversements d'autre part, sont soulignées comme des périodes particulièrement sensibles aux assises psychologiques.

I.1.5. Place du trouble des conduites dans la pratique clinique

Au-delà des aspects descriptifs, les troubles comportementaux externalisés nécessitent d'avoir une perspective développementale dans la formulation du diagnostic, mais également dans la cohérence des modèles qui s'y rapportent. L'activité d'un enfant n'est pas que le résultat d'un « objet-cerveau », mais également le reflet d'un « sujet-enfant » (Roskam et al., 2007) [196].

Sur les plans psychologique et psychopathologique, les troubles des conduites renvoient à des organisations diverses. Les praticiens choisissent certains aspects de l'objet observé ; ces choix dépendent de leur imprégnation culturelle, leur formation initiale et continue, leur expérience et enfin leur histoire personnelle. On peut retenir comme dimensions largement reconnues par la communauté psychiatrique, l'estime de soi, les troubles du narcissisme, et la qualité de l'attachement, parmi d'autres dimensions comme l'absence de développement de l'empathie ou encore l'absence d'un sentiment moral ou d'accès à la culpabilité.

P. Mazet et L. Rachidi (2010) [162] proposent une revue de la littérature d'études récentes s'appuyant sur des évaluations quantifiées et standardisées, des échelles d'évaluation et des questionnaires (auto ou hétéro-questionnaires utilisés par des patients, enseignants ou professionnels) concernant les facteurs liés aux troubles du comportement chez les enfants et les adolescents, et notamment les perturbations du narcissisme et de l'estime de soi. Il ressort de cette revue de la littérature, l'accent mis sur les altérations de l'estime de soi et du narcissisme chez les enfants et les adolescents ayant des troubles externalisés du comportement importants et sévères, bien que les définitions retenues par les différents auteurs de ces notions divergent sensiblement.

On peut citer notamment l'étude de Locke (2009) [146], qui, à partir d'une définition de l'estime de soi comme sentiment de sécurité et de stabilité de la valeur individuelle, et du narcissisme comme une affirmation excessive et défensive de son statut, montre que l'estime de soi et le narcissisme ont des effets opposés sur l'agression et fonctionnent comme des supprimeurs mutuels : l'estime de soi est négativement associée à l'agression, le narcissisme l'est positivement.

Donnellan et al. (2005) [58], qui ont travaillé sur la relation entre estime de soi basse, l'agression, le comportement antisocial et la délinquance, trouvent une relation significative entre une estime de soi basse et des problèmes externalisés de comportement comme l'agression, le comportement antisocial et la délinquance, basée sur les mesures de l'estime de soi et des problèmes externalisés rapportées par soi-même, par les enseignants et par les parents, et pour les participants de différentes nationalités et de différents âges.

Boden et al. (2007) [30], dans une étude longitudinale d'une cohorte de 1265 enfant nés à Christchurch (Nouvelle Zélande) et évalués de la naissance jusqu'à 25 ans, trouvent que des niveaux bas d'estime de soi à l'âge de 15 ans sont liés à un risque plus élevé d'infractions violentes et un niveau plus élevé d'hostilité à l'âge de 18, 21 et 25 ans.

Matsura et al. (2009) [156] montrent une corrélation négative entre le score de déficit de l'attention et le niveau de l'estime de soi, suggérant l'influence des problèmes développementaux dans l'estime de soi.

Vermeiren et al. (2004) [223] étudient les sous types d'estime de soi et de concept de soi chez les délinquants violents à partir d'une population de 1466 étudiants âgés de 12 à 18 ans, et montrent qu'une acceptation familiale basse et des compétences scolaires basses sont corrélées à un risque d'infractions violentes contre les biens et les personnes.

La clinique pédopsychiatrique est une clinique du lien qui s'établit dans l'intersubjectivité et qui intègre parents et environnement. En pratique, le thérapeute s'attache à une démarche qui prend en compte la variabilité de la signification du symptôme, de son intégration dans l'histoire individuelle de l'enfant, de son environnement, l'économie et la fonction de celui-ci, l'impact sur les grandes fonctions, et le maintien ou non des capacités créatives du sujet. La prise en charge est marquée par la dimension personnelle du soin, son adaptation aux capacités et aux besoins, et l'appui sur l'environnement.

De plus, la plainte liée au trouble du comportement n'est presque jamais portée par le patient lui-même, mais le plus souvent par l'environnement. Or, elle dépend de son niveau de tolérance, qu'il soit familial, scolaire ou social et qui dépend lui-même des représentations de la violence ou des échecs véhiculées au sein du milieu en question.

Quel que soit le type ou l'étiologie du trouble de comportement, la prise en charge passe toujours par l'entourage, et notamment par un accompagnement parental. L'approche épigénétique illustre bien l'interaction dynamique et circulaire se produisant entre le développement de l'enfant et celui de ses parents. Si l'enfant est pris dans les apprentissages propres à son développement, les parents sont eux-mêmes pris dans celui de la parentalité. La relation enfant-parents est alors toujours entraînée dans un mouvement circulaire qui vient nourrir les conflits de l'enfant avec son environnement.

I.1.6. Principes généraux de prise en charge

Les prises en charge d'enfants et d'adolescents à partir d'une conception regroupée sous le terme de trouble des conduites posent réellement question à la pédopsychiatrie car cette dénomination est réductrice, d'autant plus qu'elles utilisent l'ensemble du dispositif sectoriel. Elles se font habituellement dans les centres médico-psychologiques, mais peuvent être accompagnées par une prise en charge en centre d'accueil thérapeutique en temps partiel ou bien en hôpitaux de jour pour les formes complexes ou associées à des troubles d'ordre psychotique.

Les critères du trouble des conduites sont des signes comportementaux peu spécifiques et peu informatifs sur les plans étiopathogénique et psychopathologique (Gerardin et al., 2002) (Yeager, Lewis, 2000) [83, 247]. On peut envisager l'agressivité comme pouvant être une réponse à une situation de maltraitance, ou pouvant être secondaire à une dépression, un état maniaque, ou psychotique, ou bien encore pouvant être précipitée par des dysfonctionnements cognitifs ou relationnels. Il est nécessaire de ne pas avoir un regard uniquement porté sur des comportements déviants mais aussi, de repérer et prendre en compte les éventuels troubles psychopathologiques qui pourraient relever d'un traitement spécifique, ainsi que le contexte environnemental.

L'approche thérapeutique a comme double objectif l'amélioration symptomatologique (comportementale) et la protection psychosociale (préservation de l'intégration socioéducative,

prévention des passages à l'acte et des maltraitances...). Elle doit intégrer la perspective du devenir de l'enfant au sens d'une anticipation sur le plan des liens affectifs et de l'insertion sociale.

Perisse et al. (2006) [182] présentent une revue de la littérature des différentes approches thérapeutiques ayant fait l'objet d'études contrôlées, bien que « de nombreuses situations cliniques (...) prises en charge avec succès grâce à des approches thérapeutiques diverses (...) n'ont pas fait l'objet de publications scientifiques méthodologiquement robustes ». Elles y sont classées en deux principaux types : pharmacologique et psychosociale qui comprend la guidance parentale, les thérapies cognitives, et les thérapies multisystémiques.

Il en ressort qu'une grande variété d'approches thérapeutiques est utilisée dans la prise en charge du trouble des conduites, et que la majorité des situations cliniques est abordée à partir d'approches associant guidance psychiatrique, mesures éducatives et travail psychothérapeutique (thérapies familiales, thérapies de groupes, approches psychodynamiques).

Les programmes de guidance parentale amènent des résultats positifs du point de vue des parents mais aussi des enseignants. L'accompagnement et le renforcement de l'alliance parentale sont des enjeux qui passent par une mise à jour des mécanismes relationnels et par l'identification des facteurs précipitants, aggravants ou apaisants. L'importance des changements peut amener à une normalisation des comportements, c'est-à-dire à des niveaux infracliniques ; les résultats se maintiennent dans le temps avec des reculs d'un à trois ans en général, allant jusqu'à 14 ans dans une étude (Kazdin, 2000) [120]. Le but de ces programmes est de modifier les patterns d'interaction enfant-parents soupçonnées d'être à l'origine ou de renforcer les comportements déviants. Les programmes parentaux sont la technique thérapeutique qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études, notamment contrôlées et randomisées. Des revues de la littérature sont disponibles et fournissent les références et caractéristiques méthodologiques des essais cliniques effectués (Woolfenden et al., 2002) (Brestan, Eyberg, 1998) (Nixon, 2002) (Kazdin, 1997) [246, 38, 178, 119].

De nombreuses études ont évalué les approches cognitives, orientées vers l'apprentissage à la résolution de problèmes qui consiste à développer chez l'individu une palette variée d'aptitude à résoudre les difficultés interpersonnelles. Les méta-analyses disponibles (Serketich, Dumas, 1996) (Baer, Nietzel, 1991) [206, 9] montrent qu'elles font preuve d'une efficacité dans la réduction des comportements antisociaux et agressifs à domicile et à l'école, avec un recul allant jusqu'à un an,

plutôt chez des sujets pré-adolescents ou adolescents, une certaine maturité cognitive étant jugée nécessaire pour pleinement adhérer à ces techniques de soins.

Les thérapies multisystémiques, s'appuyant principalement sur la théorie générale des systèmes et sur la théorie de l'écologie sociale, ont fait l'objet de nombreuses études et notamment dans la prise en charge d'adolescents délinquants et criminels, et ont démontré leur efficacité. Mais, il apparaît que ces thérapies sont très coûteuses en personnel qualifié et demandent une organisation rigoureuse, nécessitant des thérapeutes particulièrement disponibles et formés à plusieurs types d'approche. Par ailleurs, dans le contexte français, leur application nécessiterait de former des travailleurs sociaux de la protection judiciaire de la jeunesse à ces techniques et un décloisonnement entre les structures de soins, le système éducatif et le système judiciaire (Campbell et al., 1992) (Woolfenden, 2002) (Henggeler et al., 1998) [42, 246, 100].

Concernant les traitements psychopharmacologiques, aucune molécule n'a d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, à l'exception des troubles du comportement associés au retard mental et à l'autisme où la rispéridone est autorisée entre cinq et onze ans.

Les traitements médicamenteux peuvent être employés dans le trouble des conduites sévères pour la gestion d'une situation aiguë et pour des interventions à court terme, ou bien pour le traitement de troubles associés éventuels. Ils sont toujours associés à une prise en charge psychosociale. Les neuroleptiques sont les plus utilisés, mais restent des traitements à court terme, en raison notamment des effets secondaires. Les neuroleptiques atypiques pourraient être mieux tolérés mais il n'existe que peu de données sur les effets à long terme, notamment sur les dyskinésies tardives.

Il est communément admis qu'aucun traitement ne peut être à lui seul efficace dans la prise en charge des troubles des conduites sévères et que les traitements pharmacologiques ne sont pas des traitements de première intention (Kadzin, 2000) (Campbell et al., 1992) [120, 42].

Enfin, les auteurs rappellent l'efficacité à court terme d'une hospitalisation ou, à un autre niveau, d'un placebo. Ils évoquent en particulier une étude (Malone et al., 1997) [150] dans laquelle 44.7 % présentant un trouble des conduites répondent favorablement aux aspects non pharmacologiques d'une hospitalisation et/ou d'un placebo.

L'hospitalisation à temps plein pour un court séjour est une modalité fréquente de prise en charge des situations de crise. Les jeunes sont le plus souvent adressés après avoir épuisé les

ressources de plusieurs structures. La fiabilité du cadre est un élément essentiel dans traitement de la crise (Gerardin, 2004) (Maes, 2003) [84, 149]. Il doit rester fixe et contenant malgré les attaques, le travail sur la séparation, souvent une difficulté commune de ces jeunes, étant un axe important.

La période de rupture avec le milieu permet de désamorcer la crise et de prévenir des complications liées à l'impulsivité aux conséquences parfois juridiques. C'est un temps pour évaluer l'indication et la nécessité d'un traitement psychotrope, et pour prendre en compte le contexte environnemental de l'enfant (familial, social et scolaire) afin de repérer d'éventuels troubles psychopathologiques ou relationnels graves sous-jacents. Le travail institutionnel est une étape importante avant de pouvoir trouver un projet à plus long terme.

I.2. Approche psychopathologique : le narcissisme

La perspective psychopathologique cherche à décrire des traits et des mécanismes communs aux troubles des conduites et aux comportements violents. De très nombreux travaux de praticiens se situant dans le champ de travaux psychanalytiques ont éclairé les ressorts conscients et inconscients de la violence psychologique ou comportementale de l'enfant et de l'adolescent, soulignant volontiers divers aspects de celle-ci, notamment le sentiment par l'enfant d'une non-reconnaissance profonde de ses besoins et désirs dans une situation de déni par autrui de son vécu et de l'intersubjectivité (Mazet et al., 2002) [160].

Les travaux psychanalytiques montrent l'importance de la problématique narcissique impuissance/toute-puissance dans les conduites antisociales, violentes, destructrices et répétées. Ils étudient le déséquilibre dans la régulation de l'investissement objectal – investissement narcissique au profit d'un investissement narcissique pathologique accompagné de perturbations précoces dans la constitution des assises narcissiques.

Bien qu'il ne soit pas l'auteur original du concept, c'est Freud, qui dans son article « Pour introduire le narcissisme » (1914) [75], en aura le premier, élaboré une construction théorique heuristique, lui donnant un véritable statut. Ses textes abordent la question de ses perturbations au travers de l'équilibre ou du déséquilibre entre investissement objectal et investissement narcissique. Les fondements de ce concept sont donc proprement psychanalytiques.

Laplanche et Pontalis (1967) [134] définissent le narcissisme dans le dictionnaire de la psychanalyse, comme « l'amour de l'image portée à soi-même » dans la même perspective d'un équilibre entre la libido objectale et la libido narcissique.

Aichorn, qui a été l'un des tous premiers psychanalystes à avoir étudié le contexte et les mécanismes psychopathologiques sous-jacents à l'émergence des conduites antisociales, souligne, dans son ouvrage préfacé par Freud, *Jeunesse à l'abandon* (1925) [3], la genèse relationnelle précoce de ces troubles, ouvrant le champ du travail social à la psychanalyse. Par la suite, et malgré de réelles difficultés de définition, car il ne s'agit finalement ni d'une instance topique, ni d'un stade de développement, ce concept est malgré tout l'un de ceux qui aura très fortement inspiré nombres d'auteurs post freudiens. Et on retrouve à ce sujet dans la littérature des positions qui peuvent être parfois franchement divergentes.

I.2.1. Place du narcissisme dans les troubles des conduites

Le processus de socialisation commence très tôt. M. Klein (1967) [126] voit la genèse du comportement criminel lors du développement dans le lien qu'elle fait entre la genèse précoce du Surmoi et la position paranoïaque de sa phase dépressive centrale, à travers ce qu'elle appelle la « tendance criminelle ».

Selon A. Freud (1968) [74], la socialisation consiste en une succession de transformations de tendances et d'attitudes antisociales faisant normalement partie de la nature originelle de l'enfant. Tout le problème de l'apprentissage progressif de la tolérance à la frustration consiste en la substitution du principe de réalité au principe de plaisir. C'est le passage d'un état où le désir du sujet fait office de loi, à celui où le contrat social impose la reconnaissance des règles de la famille puis de la communauté. Ainsi, tout ce qui peut entraver les mécanismes d'apprentissage de tolérance à la frustration risque de favoriser des comportements antisociaux.

Friedlander (1951) [77] décrit la genèse de ce qu'elle appelle « le caractère antisocial » et met l'accent sur un système éducatif dans lequel alternent de manière incontrôlée des gratifications trop intenses suivies d'une séparation abrupte, par l'intermédiaire de frustrations trop sévères imposées et ne pouvant guère apprendre à l'enfant à différer son plaisir immédiat pour une gratification aléatoire, entraînant un trouble dans la formation du Moi et du Surmoi.

Bowlby, dans son ouvrage princeps sur les « 44 voleurs » en 1944 (Bowlby, 1947) [33], montre la plus grande fréquence des ruptures relationnelles précoces et met en avant le caractère « indifférent » ou « dépourvu de tendresse » de ces jeunes ; aspects que l'on peut aisément rapprocher de la notion plus moderne de manque d'empathie (Guile, Cohen, 2009) [96], retrouvé dans les pathologies narcissiques et antisociales. Il considère l'attachement comme un besoin physiologique primaire de contact social ; les notions de sécurité et de confiance engendrées par les interactions et les relations précoces sont valorisées comme des notions clés (Bowlby, 1978) [35].

Winnicott, à propos de la tendance antisociale (1969) [241], souligne « qu'il y a toujours deux aspects dans la tendance antisociale, quoique l'accès porte parfois davantage sur l'un que sur l'autre (...) un des aspects est représenté de façon typique par le vol et l'autre par le penchant à détruire (...)

le premier aspect consiste en la recherche de quelque chose quelque part, d'un certain point de vue la quête d'un environnement perdu. Le second aspect est le côté directement agressif ». Il note encore « qu'il y a à la base de la tendance antisociale une bonne expérience primitive qui a été perdue », un sevrage mal supporté « et non pas seulement une privation ».

Dans un travail collaboratif, Braunschweig, Lebovici et Van Thiel-Godfrind (1969) [37] abordent de manière explicite l'importance de l'atteinte narcissique des enfants et des adolescents présentant les traits de la psychopathie. Braunschweig met l'accent sur l'importance de la défaillance narcissique primaire beaucoup plus que sur une pathologie du conflit, et valorise l'importance du travail de réparation narcissique tant thérapeutique qu'éducatif ; « nous avons le sentiment, mais nous ne saurions l'affirmer, que la pathologie la plus souvent associée à la psychopathie serait de l'ordre de la dépression, ce qui n'étonnerait pas en raison des racines narcissiques de ce trouble ou de sa menace dans les névroses de caractère ».

Kohut (1974) [128] décrit un « Soi grandiose » chez des patients adultes qu'il rattache à une atteinte narcissique centrale et à des défenses narcissiques produisant cette représentation idéalisée de soi, et qui peut être en cause dans des perturbations des relations sociales.

O. Kernberg, dans l'ouvrage « L'enfant, ses parents et le psychanalyste », développe un chapitre intitulé « quand le narcissisme devient pathologique » (2003) [121], où il aborde le narcissisme normal, le narcissisme infantile et le narcissisme pathologique dans ses expressions diverses et notamment dans les personnalités antisociales. Il considère que celles-ci peuvent être vues comme des personnalités narcissiques, avec en plus une pathologie du Surmoi, caractérisée donc par un amour de soi pathologique et s'exprimant par une référence à soi, un égocentrisme excessif, un sentiment de grandeur notable, un amour d'objet pathologique voire écrasant à la fois conscient et inconscient, et une incapacité à accepter de dépendre des autres ainsi qu'à éprouver de l'empathie pour les autres et avoir des relations approfondies. La pathologie du surmoi est profonde, marquée par ce « Soi » pathologique, grandiose et sadique, remplaçant les précurseurs sadiques du Surmoi et absorbant toute son agressivité.

Dans ce même ouvrage, P. Kernberg [122], à propos d'une observation clinique d'un enfant de onze ans, souligne le caractère précoce de l'organisation psychopathologique liée à l'organisation narcissique primaire de l'« enfant antisocial » ainsi que les particularités de sa vie et de son développement psychique, marqué par leur mode inadapté de relation d'amitié, un soi grandiose avec la représentation d'un corps grandiose, des troubles majeurs des possibilités d'internalisation et d'identification et des perturbations très sévères et très précoces de l'attachement.

Mazet et al. (2005) [161] soulignent l'importance de la problématique narcissique non seulement dans la réussite ou les échecs des apprentissages, mais aussi dans la dépression et les troubles du comportement. Il insiste sur le déséquilibre important dans la régulation de l'investissement objectale-narcissique au profit d'un investissement dans un narcissisme pathologique avec des perturbations précoces. Les troubles précoces des relations interpersonnelles vécues par l'enfant dans son milieu familial et son environnement favorisent la problématique toute puissance – impuissance, l'agir destructeur et les troubles sévères de la personnalité.

I.2.2. Narcissisme primaire et moi idéal

Partant de l'étude sur l'hystérie et des effets de la suggestion hypnotique sur celle-ci, la méthode psychanalytique cherche à rendre compte d'une symptomatologie parfois grave et très invalidante et qui ne semble pas être portée par une quelconque lésion somatique, ni par un quelconque trouble du développement neuropsychologique. Ce faisant, elle va décrire un système intrapsychique complexe, qui oppose (et c'est là le point commun des deux topiques freudiennes) une logique d'ordre vital, instinctuel et pulsionnel et une logique d'ordre personnel, conscient et assumé. Cette dernière, qui porte ce que nous percevons de notre personnalité et de notre liberté, n'est manifestement pas donnée d'emblée, mais se construit, se structure tout au long de notre enfance, ou plutôt de notre éducation, sur la base de ce que nous sommes biologiquement.

C'est ainsi que la psychanalyse part de la notion de pulsion, responsable à la base de la mise en mouvement du corps, ou de ses parties, pour la survie et la satisfaction des besoins. Elle est définie comme un processus dynamique, limite entre le processus psychique et le processus somatique, et porte en elle l'idée d'énergie et de tensions psychiques qu'elle tend à réguler par la satisfaction du besoin.

Le travail psychique consiste à unir les excitations aux sources dont elles proviennent et aux effets qu'elles produisent. La pulsion est associée à la représentation de l'objet de satisfaction et à l'action pulsionnelle. L'énergie psychique, d'abord libre et erratique, devient liée à la représentation de l'objet. Puis, au cours du développement, elles sont de plus en plus intégrées, associées à leurs représentations psychiques. Elles-mêmes, de plus en plus complexes, s'associent en un vaste réseau de signifiants plus ou moins analogique ou métaphorique, sans cesse remodelé au cours de la vie, à

la façon d'une langue vivante. Plus tard, l'élaboration psychique permet à l'appareil psychique de maîtriser les excitations selon un principe de liaison ou d'association et joue par là, dans la mesure du possible, un rôle de pare-excitation.

Les premières satisfactions pulsionnelles s'étayent sur les fonctions biologiques vitales et physiologiques : alimentation, défécation, etc. Le premier exemple est fourni par l'activité orale du nourrisson, en relation avec la fonction alimentaire et le plaisir de suçotement du sein. Cette satisfaction se sépare peu à peu du besoin de nutrition et adopte de plus en plus les modalités de la pulsion sexuelle, dont la libido constitue l'énergie.

En se différenciant des pulsions d'autoconservation qui leur ont servi d'appui, les pulsions sexuelles se détournent de l'objet primaire. Cependant, les pulsions d'autoconservation désignent à la sexualité son premier objet d'investissement, la mère (ou son substitut), dans la mesure où celle-ci est la première à apaiser l'état de détresse originaire du nourrisson. Plus tard, l'enfant pourra aimer les autres personnes qui l'aident dans sa détresse et qui satisferont ses besoins. Les choix d'objet post pubertaires s'orienteront selon le modèle des rapports établis avec les images des personnages parentaux, les imagos.

La psychanalyse fait l'hypothèse du morcellement primaire des pulsions ; chacune d'entre elles, dite partielle, est pensée dans les premiers temps de la vie comme indépendante aux autres. Elle est portée par une zone organique propre, dite zone érogène. A l'état encore morcelé, la psychanalyse parle d'auto-érotisme. Le narcissisme primaire résulte du rassemblement des pulsions partielles en une unité, le moi idéal.

Le narcissisme primaire désigne la période initiale de l'auto-investissement par la libido, responsable, chez le jeune enfant d'un état marqué par la pensée magique et le fantasme de toute puissance. Il traduit un investissement libidinal primaire du moi en cours de développement. C'est cet investissement princeps qui donne naissance au moi idéal. Le narcissisme secondaire désigne, par contre, le reflux ou le retour sur le moi de la libido objectale, c'est-à-dire toutes les situations où le moi se prend lui-même comme objet.

I.2.3. Idéal du moi et estime de soi

Mais au cours du temps et au contact de la réalité, l'enfant réalise que sa propre personne (ou ce qu'il prenait comme telle) ne suffit plus à subvenir à ses besoins. La toute-puissance infantile s'émousse tandis que le développement du moi est jalonné de multiples blessures qui portent atteinte à son équilibre narcissique sans cesse remis en cause par les frustrations répétées. La libido se tourne alors progressivement vers l'extérieur et vers l'objet qui pourra lui donner satisfaction. L'idéalisation de l'objet lui permet de lui attribuer des qualités dignes de la perfection. Ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance puisqu'en ce temps-là, il était lui-même son idéal. L'idéal du moi est à ce titre l'héritier du narcissisme. Il sera remanié tout au long de la vie, et particulièrement à l'adolescence, sur la base de l'idéal infantile

Se suffire à soi-même requiert l'amour de l'entourage. Ce sont les gratifications narcissiques des soins maternels qui confirmeront à l'enfant sa capacité à être aimé en tant qu'objet d'amour. Celle-ci, par ailleurs, repose en partie sur la jouissance et la satisfaction que lui fournit son propre corps.

La possibilité de pouvoir se suffire à soi-même hors de l'illusion mégalomane et de la pensée magique est difficile et tardive. L'acquisition du sens de la réalité se heurte à la résistance que lui oppose le narcissisme. Les frustrations et la perception de l'impuissance qui frappent l'enfant au cours de son développement tendent à le ramener de façon régressive sur des positions narcissiques en réinstaurant sa mégalomanie ; processus défensif contre la blessure narcissique permettant de rendre l'illusion de maîtriser l'objet.

Se situe ici un équilibre fondamental et délicat entre deux positions extrêmes. D'une part, un enfant dont les besoins seraient immédiatement satisfaits par une mère qui anticiperait ses désirs, sans laisser ni la place ni le temps pour les élaborer, se retrouverait confirmé dans une position narcissique primaire difficile à abandonner. D'autre part, un enfant confronté à l'absence frustrante et répétée de réponse à ses besoins et désirs pourrait le conduire à structurer un idéal du moi inatteignable, lié d'un sentiment ultérieur d'infériorité. La mégalomanie du moi idéal s'effondrerait au profit d'un idéal du moi mégalomane qui pointerait l'insuffisance d'un moi indigne d'amour. Winnicott introduira la notion d'une mère « suffisamment bonne » pour le développement de son enfant (Winnicott, 1958) [240]. Celui-ci pourra se rendre peu à peu autonome, au travers des objets et des espaces transitionnels, et, développant sa capacité à être seul en présence de sa mère, il pourra peu à peu jouir de son indépendance croissante de façon ludique, sur un terrain « sécuritaire ».

La capacité à être seul est l'un des signes les plus importants d'une maturation réussie, mais le fondement de cette capacité est paradoxal puisqu'il passe par l'expérience de la solitude avec quelqu'un d'autre. A ce stade, la continuité d'existence de la mère est indispensable puisque dans les premiers temps, l'enfant a une relation primaire à la réalité fondée sur l'expérience d'omnipotence et sur l'illusion de créer lui-même l'objet désiré. Puis, il apprend à distinguer des « objets autres que moi » qui permettent à l'illusion de trouver un support dans la réalité, ce que Winnicott désigne par le « phénomène transitionnel ».

L'« espace transitionnel » défini par Winnicott est une zone intermédiaire entre la subjectivité et l'objectivité, c'est-à-dire comme aire de compromis permettant de « maintenir, à la fois séparées et reliées l'un à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » (Winnicott, 1975) [242]. Les objets transitionnels sont de nature paradoxale ; « trouvés-crés », ils ne viennent ni du dedans ni du dehors mais d'un espace quelque part entre la mère et l'enfant. Ils portent une valeur symbolique d'union avec l'objet maternel. L'objet transitionnel prend la place de l'objet de la toute première relation et l'enfant exerce sur lui à la fois un contrôle magique et omnipotent, et à la fois une manipulation tout à fait réelle.

Dans une interaction qui s'inscrit dans la réalité, le jeu se crée et prend forme. Signe de bonne santé, jouer est un processus universel. Le jeu est au centre des phénomènes transitionnels. En effet, l'espace de jeu peut se définir comme un espace transitionnel, c'est à dire une aire qui n'est plus la réalité interne, sans pour autant être au dehors du psychisme. L'enfant acquiert l'expérience du jeu en jouant avec ses proches, principalement avec sa mère dans les premiers temps. Toute une gamme de mimiques, de postures, d'échanges mélodiques sont utilisés et échangés. L'ancrage dans le réel est symbolisé par le jouet, support du jeu et relai de l'objet transitionnel. Cependant, un jeu peut se passer de support matériel ; la parole et le geste peuvent aisément suffire à ouvrir une aire ludique où l'imagination entraîne les partenaires dans des jeux de quête ou de rôle, à travers des principes de montré-caché ou perdu-trouvé. Le jeu du For-Da décrit par S. Freud, ou le jeu de cache-cache en sont de bons exemples.

L'enfant, atteignant progressivement l'unité, introjecte peu à peu son environnement, ce qui lui permet d'y assimiler inconsciemment sa mère et la permanence de sa présence. Intériorisant l'image de sa mère, support spéculaire du moi, il peut alors être effectivement seul sans recourir à tout moment au symbole maternel. Le jeu permet à l'enfant de supporter la solitude, notamment en créant l'objet transitionnel.

Dans son dernier ouvrage, « Jeu et réalité », Winnicott montre qu'un développement affectif bien réussi se manifeste par des possibilités de création à travers l'art de vivre et la vie culturelle, par l'intermédiaire du jeu et de l'espace transitionnel (Winnicott, 1975) [242].

Mais c'est également par la soumission à l'autorité que représente l'idéal du moi choisi comme modèle, que l'enfant tendra à se conformer. Résultat de l'introjection des sermons, interdits et exigences tenus dans les premiers temps par les parents ou autres éducateurs, l'idéal dorénavant intériorisé auquel le sujet mesure son moi, est une formation intra psychique qui lui permet de s'assurer, en s'y conformant, l'amour de soi-même. Le surmoi vient faire instance par laquelle le moi sera jugé, constituant la base de la conscience morale, le gardien de l'idéal du moi. L'enfant peut alors prétendre s'aimer comme il s'aimait au temps du narcissisme primaire.

A travers l'identification à l'objet idéalisé, le moi peut s'enrichir de ses qualités en les introjectant. Tant que le moi reste capable de tenir compte de la réalité et d'en jouer, le désir insatisfait permet à l'idéalisation de se maintenir, contribuant à l'enrichissement de la personnalité. C'est aussi grâce à son idéal du moi, traduisant l'amour qu'il désire de la part des objets extérieurs, qu'il pourra obtenir l'estime d'autrui.

Un sentiment d'estime de soi fiable semble être la condition nécessaire d'un comportement stable. Une partie en est un legs direct du narcissisme infantile. Chez l'adulte, la persistance du désir de toute puissance traduit sa difficulté à se détacher de ses investissements primitifs. Une autre partie s'alimente de la capacité à être aimé et de l'estime d'autrui, comme on peut l'observer chez l'enfant qui la perd facilement en perdant l'amour de l'autre, et la retrouve en étant de nouveau aimé. Enfin, le sentiment d'estime de soi se fonde sur l'accomplissement dans la réalité du système de valeurs choisi comme modèle sur la base de l'idéal intériorisé.

I.3. Adolescence et psychopathologie

I.3.1. Généralités sur l'adolescence

L'adolescence est le temps de l'acquisition de la maturité sexuelle et du passage de l'enfance à l'âge adulte. C'est le processus à l'issue duquel, fort de ses découvertes, l'individu mûrit devra s'approprier l'héritage qui lui aura été transmis et devenir le sujet de son histoire. C'est une période de profonds et vastes remaniements des assises du fonctionnement psychique qui s'opèrent sur des bases narcissiques et relationnelles déjà construites, appelées à être revisitées. La sexualisation du corps vient marquer l'histoire de l'enfant, qui n'en est déjà plus un. L'adolescence, s'inscrit, sur le plan de l'éprouvé, dans le modèle de l'après-coup.

L'adolescence correspond à une exigence de travail psychique. En effet, le sujet est pris dans une problématique double, où prévaut la remise en cause des assises narcissiques d'un côté, et celle des attachements aux objets d'amour de l'autre. Le corps et l'objet sont massivement investis libidinalement. La sexualité génitale ouvre une nouvelle dialectique de l'être et de l'avoir par rapport au corps propre et aux objets d'investissement, et l'adolescence apparaît comme modèle du conflit narcissico-objectal.

La puberté est un phénomène naturel qui contraint l'adolescent au changement. Le corps pubère est un corps qui impose un travail de sexuaction psychique dans ses dimensions narcissique et relationnelle, une sexuaction de la pensée. Ce corps est le fruit de l'union des parents, représentants privilégiés de la scène primitive. Il est le lieu des conflits infantiles et des liens de dépendance à l'égard des objets primaires. Il s'agit pour l'adolescent de rendre compatible le fonctionnement de la pensée avec le fonctionnement du corps sexué, dont les désirs et les pulsions sont d'une nature nouvelle.

I.3.2. Remaniement narcissique : le pubertaire

Sur le plan du développement psychobiologique, la puberté correspond à un processus primaire, le pubertaire (Gutton, 1991) [97]. Les défaillances narcissiques fondamentales sont

réactualisées par la poussée pubertaire qui vient faire effraction dans la vie psychique. Indépendamment du contrôle de la volonté, le corps change de lui-même, se transforme et devient pubère.

La confrontation à la passivité lorsqu'elle n'est pas choisie ou acceptée, est volontiers ressentie comme une menace et met en cause le sentiment de continuité et d'unité, fruit de la lente et progressive maîtrise des moyens et des acquis (Jeammet, 2007) [116]. Le processus pubertaire porte ainsi en lui un aspect traumatique, à travers l'irruption de la sexualité génitale. Avec la sexuation du corps, l'ensemble du processus adolescent implique cette violence pubertaire. F. Marty se réfère à la théorie de Laplanche sur la séduction généralisée et considère un traumatisme généralisé ; il n'y a pas de vie psychique sans confrontation au traumatisme ou à la violence. La vie psychique entière s'origine dans le mouvement pulsionnel qui vient lutter contre les effractions traumatiques de la vie (Marty, 2000) [155].

L'adolescent doit de nouveau entreprendre un travail de familiarisation avec son corps. Il doit s'aménager une nouvelle image corporelle. Or, la puberté par les remaniements qu'elle opère, bouleverse le schéma corporel et l'image du corps. L'image du corps intègre la synthèse des expériences émotionnelles et elle est très dépendante des relations aux autres. Elle est dynamique, à la fois narcissique (centrée sur soi) et relationnelle, proche de l'estime de soi. Elle s'oppose au schéma corporel, spécifique de notre appartenance à notre espèce, en ce que l'image du corps est singulière d'un sujet (Dolto, 1984) [55]. C'est par le croisement de l'image du corps et du schéma corporel que chacun entre en communication avec autrui à sa façon et dans un certain confort identitaire. Le confort corporel ne vient que si l'estime de soi est suffisante et aménageable.

I.3.3. Remaniement relationnel : renoncement aux figures d'attachement infantiles

Dans l'insécurité interne où l'adolescent est plongé, il sera tenté de se rapprocher des figures parentales tendres et sécurisantes connues de l'enfance. Mais ce rapproché, hyper-excitant, à cause des fantasmes et des rapports incestueux qu'il active, est impossible. Pour préserver son intégrité physique et morale, la séparation aux figures d'attachement infantiles s'impose mais leur nécessaire renoncement est difficile et délicat. Il est associé à un vif sentiment de perte qui constitue en soi une nouvelle blessure narcissique, car c'est bien par son corps, et par lui-même en dernière instance, qu'arrive la nouveauté de ces changements.

L'adolescent, dès lors privé du soutien narcissique des objets parentaux, confronte les figures parentales idéales aux parents réels. La relation à l'adolescence est celle de la prise de distance, le rejet voire le dégoût des imagos parentales ; en affirmant sa différence, il affirme sa nouvelle identité (Kestemberg, 1962) [125].

Les imagos résultent de la projection de l'idéal du moi sur les figures d'attachement précoces (Gillibert, 1969) [85]. Elles contiennent les traces mnésiques des premières relations objectales qui y sont en quelque sorte fixées et sont incarnées par les figures d'attachement précoce, les parents ou toute autre personne investie de l'autorité. Leur fonction est tutélaire, et consiste à protéger les capacités de développement et la croissance des processus de pensée. Les imagos assurent la sécurité interne du sujet et les moyens d'acquisition de défenses et de maturation par le moi, et sont investies dans l'enfance par la toute-puissance de la pensée magique. Le pouvoir de l'imago est lié à l'importance de son investissement. Une imago grandiose et idéale exerce une emprise sur le sujet et reflète l'intensité de la dépendance à l'objet d'étayage narcissique.

L'adolescent doit rejeter les imagos parentaux pour s'en affranchir ; Gillibert évoque à ce titre le « meurtre des imagos » (Gillibert, 1969) [85]. La confrontation aux parents réels, l'investissement de la différence des sexes et des générations, libèrent de l'emprise de l'imago. L'adolescent doit s'approprier son corps, et a besoin de s'approprier, parallèlement, la réalité qui le concerne. Il y investit la plus grande partie de son énergie psychique.

La structuration d'un sentiment de culpabilité diffus et inconscient correspond à l'acceptation d'une responsabilité éventuelle dans cette nouvelle réalité. Il passe par le renoncement à la dépendance aux objets primaires. Le sentiment de culpabilité n'est possible qu'en dehors du besoin, car le besoin interdit toute alternative ou ambivalence dans les choix ou les désirs.

Les imagos seront désinvesties en faveur du narcissisme et de l'estime de soi. L'accès à l'ambivalence permet de rétablir des jeux d'identification, de distance et de rapprochement. Il ouvre la voie à la figuration d'une relation complexe et conflictuelle tolérable.

I.3.4. Groupes et nouveaux liens

L'adolescent se détourne alors pour d'autres objets, étrangers au cercle familial. L'investissement de nouveaux objets va de pair avec le renoncement aux anciens. Ces objets étrangers seront de nouveau choisis selon le prototype, l'image des objets infantiles ; ils attireront une tendresse qui était attachée aux objets antérieurs, couplés d'une sensualité nouvelle (Freud, 1910) [73].

Le groupe d'âge (relations horizontales et indifférenciation générationnelle) se substitue au groupe familial (relations verticales et mélange des générations) dans la recherche d'un nouveau système identitaire d'appartenance, où le jeune adulte doit se sentir adhérer en même temps à une communauté sociale et à un nouveau groupe familial (Chapelier, 2004) [46].

Le groupe est un lieu de restauration narcissique aboutissant à ce que D. Anzieu appelle « l'illusion groupale » (Anzieu, 1985) [8] qui permet la régression vers un fantasme groupal auto-engendré et omnipotent.

L'illusion groupale répond à la menace visant le narcissisme individuel par la constitution d'un narcissisme groupal ; l'identité de groupe peut alors remplacer l'identité individuelle. Apparaissent alors des « fantasmes de parthénogenèse » selon lesquels la conception et la naissance du groupe ne sont dues qu'à lui-même ; le groupe s'auto-engendre, ce qui lui donne un sentiment de toute-puissance car il ne respecte plus que ses propres lois internes (Chapelier, 2004) [46].

Le groupe réorganise le monde social et ses lois selon ses propres critères et, déniait ainsi la culture transmise, il renvoie à la mégalomanie narcissique. Le groupe n'est pas sans rappeler l'espace transitionnel de Winnicott, avec notamment la notion d'objet « crée-trouvé ».

Le groupe permet à l'adolescent de déplacer et mettre à distance les conflits familiaux, d'élaborer des relations homo et hétérosexuelles à distance du complexe d'œdipe, et d'effectuer le travail de remaniement des idéaux et de l'identité.

L'illusion groupale peut être dépassée quand l'adolescent peut accepter la relation de séduction amoureuse ; en effet, la relation amoureuse est l'élément principal qui détournera l'adolescent du groupe de pairs. A terme et au mieux, l'adulte pourra prendre une place sociale dans

la chaîne transgénérationnelle et envisager le devenir parent comme une potentialité vis-à-vis de laquelle il devra choisir une position à adopter.

I.3.5. Liens, dépendance et emprise à l'adolescence

Les changements auxquels l'adolescent est contraint mettent la problématique du lien au premier plan. La dialectique, entre la sexualisation du lien, le besoin de s'appuyer sur les autres, et le besoin de se différencier et de s'affirmer est au centre de la problématique adolescente (Jeammet, 2007) [116]. Ebranlé dans ses assises narcissiques, il n'est pas enclin à intégrer spontanément la violence du pubertaire et tous les remaniements qu'il impose. Le sentiment de subir qu'il tire des transformations corporelles et des nouvelles pulsions qu'il est contraint de vivre peut se prolonger en un sentiment d'être agit. Celui-ci peut trouver une résonance, un écho dans les réminiscences de la détresse originaire des premiers temps de la vie. Ce que Jeammet appelle « la dépendance affective » de l'adolescent révèle l'importance des modalités d'attachement précoces.

Les défaillances du narcissisme et l'importance des relations sécurisantes précoces, occupent chez les adolescents une place centrale (Jeammet, 2007) [116]. Sur une base narcissique fragile, tout ce qui les vulnérabilise et qu'ils sont obligés de subir, du plus biologique au plus psychologique, est susceptible de renforcer le sentiment d'emprise et l'insécurité interne.

La bonne qualité affective des relations aux objets d'attachement précoces autorise leur intériorisation et le développement d'une capacité auto-érotique ; le bon objet devient constitutif du soi et atténue d'autant la dépendance aux objets externes.

Une relation précoce perturbée crée les conditions d'une insécurité interne et d'un surinvestissement défensif des objets externes. La faille narcissique et la détresse qui lui est corollaire génèrent le besoin du recours à l'objet (ou à l'autre) pour se rassurer. Mais le rapproché qu'elles suscitent réveille des fantasmes incestueux insupportables qui indifférencient les générations (Racamier, 1995) (Bailler, 1988) [189, 12].

La mise à distance est dans le même temps impossible car le besoin d'étayage persiste ; paradoxe central du développement : plus on est en insécurité interne, plus on dépend d'autrui pour se rassurer, moins on peut recevoir.

La question de la maîtrise du lien devient centrale à l'adolescence et on peut y voir la source d'une relation de dépendance pour assurer l'équilibre interne (Jeammet, 2001) [114]. Les défaillances narcissiques sont alors supportées par les relations aux objets externes qui permettent de contre-investir une réalité interne menaçante, désorganisée par l'adolescence. Dans une relation narcissique circulaire, le moi cherche à rendre dépendant de lui l'objet dont il dépend.

La dépendance est une constante du fonctionnement psychique, car il existe toujours un jeu dialectique d'investissement et de contre investissement de la réalité psychique interne et de la réalité externe. Il s'agit donc d'une modalité de fonctionnement qui n'est pas pathologique en soi, mais que Jeammet qualifie de pathogène, risquant d'enfermer l'adolescent dans un engrenage dangereux.

Dans cette situation, qui peut prendre l'allure d'une impasse, le sentiment d'impuissance peut s'amplifier considérablement et réveiller des angoisses et des fantasmes archaïques et terrifiants. Le trop près évoque alors des fantasmes d'indifférenciation, d'engloutissement, de fusion voire de dissolution. Le trop loin évoque quant à lui, des angoisses de perte, d'abandon et de deuil. La problématique de la bonne distance et de l'autonomie risque de devenir celle de la dépendance, et la relation de plaisir et de partage celle de la méfiance et du contrôle.

La menace à l'autonomie est comme une forme de violence qui appelle en retour une réaction de violence défensive tentant de restaurer une identité et des limites. La satisfaction pulsionnelle peut s'effectuer de deux manières : la satisfaction directe dans la mise en acte (la décharge motrice), ou la transformation par le biais des processus de pensées (refoulement, symbolisation, sublimation, représentation). Le recours à l'agir apparaît comme une tentative de solution qui vise à lutter contre le sentiment de passivité, d'impuissance et d'insécurité. Il permet de se restituer un rôle actif, et précisément d'affirmer sa différence, d'asseoir son identité et ses limites. Il tend à réinstaurer un sentiment de maîtrise par un mouvement de contre investissement et de projection sur le monde externe de ce qui l'agite (Jeammet, 2001) [114].

L'importance de la dépendance se traduit par la force des mécanismes d'emprise mis en œuvre à l'égard de l'objet de dépendance et pose problème dans la mesure où celle-ci devient un mode prévalant et durable au détriment d'autres modalités d'échange. La possibilité d'intérioriser le conflit et de le rendre accessible à la parole sont des enjeux essentiels concernant les comportements à l'adolescence.

I.3.6. Relation d'emprise

La conduite d'emprise est une conduite de dépendance narcissique dans le sens où elle vient répondre à l'insécurité narcissique. Elle est comme une nécessité qui est à la mesure même de l'intolérance aux liens de dépendance (Jeammet, 2007) [116].

C'est un lien fruste, régressif, dé-différenciateur dans lequel le besoin d'emprise prend le pas sur le plaisir de la satisfaction. Un fonctionnement de plus en plus opératoire et de moins en moins symbolisé se met en place en un système de nœud coulant.

La relation est en effet marquée par l'absence de confiance en l'autre comme en soi, l'importance de l'attente à l'égard des objets d'investissement, l'importance de la déception à l'égard de ces mêmes objets, l'oscillation entre l'idéalisation et le dénigrement, l'hyper-investissement des croyances ou au contraire, un scepticisme sans faille.

L'excès et la rigidité traduisent le mode relationnel défensif du besoin d'emprise. Les liens objectaux sont fondés par l'installation d'une relation d'insatisfaction. La plainte et l'opposition en sont les deux modalités privilégiées. Le sujet oblige, contraint l'entourage à s'occuper de lui, et dans le même temps, il lui échappe et sauvegarde son autonomie puisqu'il le met en échec dans un cycle sans fin. Il lutte ainsi contre l'angoisse d'abandon et l'angoisse de fusion ou d'intrusion, tout en renversant le système de maîtrise relationnel.

La nécessité de développer une relation d'emprise et de se cramponner sur une position ou sur un objet de la réalité externe est à la fois la conséquence du défaut de ressources internes de sécurisation, et à la fois, ce qui vient justement l'amplifier. L'enfermement dans une conduite de refus est l'ultime défense d'une identité menacée d'effondrement.

La « crise de l'adolescence » est inhérente au processus développemental lui-même, mais ne se traduit pas forcément par une expression comportementale bruyante. Celle-ci traduit l'échec de l'appareil psychique à gérer la crise, et en ce sens elle est un signe de vulnérabilité.

Mais, l'apparition d'un symptôme ou d'un trouble du comportement ne signe pas nécessairement une pathologie avérée. Il peut avoir une valeur adaptative s'il ne s'installe pas durablement et n'entrave pas les acquisitions propres à chaque âge, ni les processus d'autonomisation nécessaires au développement de la personnalité.

La réalité externe apparaît comme une médiation susceptible de renforcer ou de désorganiser les structures de l'appareil psychique. Ainsi, le fonctionnement familial peut favoriser ce processus ou l'entraver. La crise du milieu de la vie, notamment, que traversent les parents au moment de l'adolescence de leur enfant entre parfois en résonance avec la problématique de l'adolescent. Cet effet de résonance, qui amplifie les conflits, contribue à donner aux adolescents le sentiment d'être méconnus dans leur identité, favorisant la confusion des générations et le trouble des limites chez l'adolescent (Jeammet, 2001) [114].

I.3.7. Le recours à l'agir : violence et agressivité

Il est lié à une difficulté d'élaboration du conflit. Les processus secondaires étant indispensables au processus de la pensée, l'agir est une perte de sens. Il privilégie le recours à la décharge pulsionnelle de l'excédent de tension et le recours aux processus primaires. Le passage à l'acte court-circuite le travail psychique et s'oppose à toute élaboration.

Le recours à l'acte tend à protéger narcissiquement d'un rapproché vécu menaçant de fusion ou d'engloutissement. L'adolescent passe à l'acte pour rétablir des limites qui se rapportent au sentiment d'identité, entre soi et l'autre (Jeammet, 2002) [115]. Dans une perspective traumatique, l'agir est violent, la projection est massive, le sujet attribue à l'autre toutes les responsabilités de ce qu'il subit ; attaque projective qui constitue une défense narcissique et tend à le replacer dans une position infantile de toute-puissance.

L'agir violent trouve son origine dans les frustrations narcissiques et traumatismes affectifs de l'enfance et de l'adolescence, quand la violence du pubertaire échoue à être transformée et symbolisée.

L'idée de violence fondamentale permet de penser la nature de la violence, et permet de la distinguer de l'agressivité (Bergeret, 1984) [26]. La violence peut être considérée comme un instinct

de vie, un instinct narcissique pur soutenant le mouvement du développement. Bergeret considère la violence fondamentale comme le narcissisme à l'état pur ; un pur instinct de conservation visant à préserver l'intégrité narcissique et identitaire du sujet gravement remis en cause par une menace terrifiante. La violence est une régression archaïque où l'altérité est niée. L'autre est sacrifiée pour la survie. L'objet de cette violence projective est indifférent car la violence ne concerne que le sujet lui-même et la menace de son intégrité.

L'agressivité concerne la relation d'objet où la violence est dirigée spécifiquement envers l'objet et le concerne. Il y a visée de l'identité de celui qui est attaqué. Dans la mesure où elle est adressée à quel qu'un, l'agressivité témoigne de la présence du lien objectal.

L'agressivité témoigne du lien et le préserve, alors que la violence traduit sa perte dans une perspective de restauration et de protection de l'identité du sujet, c'est une finalité fondamentalement anti-objectale (Jeammet, 1997) [113].

II. DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA COMMUNICATION

Née dans les années 1960/1970 à Palo Alto en Californie, dans le voisinage de la célèbre Université de Stanford, la théorie systémique de la communication doit beaucoup aux travaux de l'anthropologue Gregory Bateson. Celui-ci fut le chef de file d'une sorte de collège informel de chercheurs en sciences humaines, chercheurs souvent en marge de l'enseignement académique, issus des disciplines les plus diverses mais fédérés par l'adhésion commune à l'approche systémique.

Les concepts fondamentaux dont se sont inspirés les membres de l'école de Palo Alto, fondateurs de l'approche thérapeutique systémique, trouvent leur origine dans les conférences de Macy organisées à New York par la fondation Macy, à l'initiative du neurologue Warren McCulloch. Ces conférences réunirent à intervalles réguliers, de 1942 à 1953, un groupe interdisciplinaire de mathématiciens, logiciens, anthropologues, psychologues et économistes.

Il y a, parmi les participants, le neurophysiologiste Arturo Rosenblueth, les mathématiciens Jon von Neumann et Norbert Wiener, l'ingénieur Julian Bigelow, le neurophysiologiste Warren McCulloch, le logicien Walter Pitts, le psychanalyste Lawrence Kubie, les anthropologues Gregory Bateson et Margaret Mead, le psychiatre Milton Erickson.

S'étant donné pour objectif d'édifier une science générale du fonctionnement de l'esprit, ce qui rapproche les différents participants est l'intérêt commun pour les mécanismes de causalité circulaire (notamment le concept de feedback) qu'ils étudient dans leurs disciplines respectives.

Au sortir des conférences Macy, Bateson souhaite appliquer les principes de la cybernétique et de la systémique à la communication humaine et poser ainsi les premiers jalons d'une nouvelle « science de la communication », point de convergence des différentes disciplines des sciences naturelles.

Bateson, zoologue, anthropologue, éthologue, sera notamment influencé par le mathématicien, Wiener N., par le biologiste Bertalanffy L. von. et la théorie générale des systèmes, par le psychiatre, fondateur d'une nouvelle hypnose, Erickson M.H., par le linguiste Birdwhistell R., par le sociologue Goffman E. et bien d'autres encore.

Dans l'avant-propos de son ouvrage « Vers une écologie de l'esprit », il évoque un événement qui fut de son avis décisif pour le développement de sa pensée : « En 1942, j'ai rencontré, à une conférence organisée par la Macy Fondation, Warren McCulloch et Julian Bigelow dont les passionnants exposés sur le feedback m'ont aidé à éclairer certains points essentiels ; car en écrivant « La cérémonie du Naven », j'étais arrivé au seuil de ce qui plus tard allait devenir la cybernétique : ce qui me manquait pour le franchir était le concept de feedback négatif » (Bateson, 1977) [19].

Bateson est un des premiers à adapter l'approche systémique à l'étude des relations humaines et de la combiner avec l'interactionnisme, permettant ainsi de modéliser les types d'interactions sociales dans des contextes bien définis. Par ailleurs, en introduisant les notions issues du champ de la cybernétique que sont les phénomènes de rétroactions et le principe d'homéostasie, il posait les bases d'une théorie générale de la communication. Le concept de feedback négatif donne la clé de l'explication des phénomènes autorégulés. Les phénomènes à causalité circulaire mettent en évidence l'inadéquation de la logique traditionnelle pour rendre compte des particularités récursives des systèmes. Bateson, comme tous les participants à ces rencontres, est enthousiaste : il a le sentiment d'assister à l'avènement d'« un nouveau cadre de référence conceptuel pour l'investigation scientifique des sciences de la vie » (Lipset D., 1980) [142]. Progressivement, les recherches interdisciplinaires se forment et tentent d'appliquer ces principes à la sociologie, aux sciences politiques ou à la psychiatrie.

Chacun des membres de l'école de Palo Alto apportera sa contribution pour construire une théorie de la communication, une « nouvelle communication » (Weakland J.H., 1967) [231], visant par-là une méthodologie d'une pratique thérapeutique du changement.

La théorie systémique de la communication a fortement inspiré les travaux du Mental Research Institute de Palo Alto avec Don Jackson et Paul Watzlawick qui ont développé les principes de la thérapie familiale. Ils entreprirent de décrire les familles comme des systèmes ouverts, doués de capacités homéostatiques, capacités mises en œuvre à partir des boucles de rétroaction. Don Jackson avait remarqué que parfois, lorsqu'une personne suivait une thérapie individuelle, divers membres de sa famille pouvaient s'activer de façon à inhiber les effets de changement sur cette personne et sur la famille.

II.1. Modèle télégraphique de la communication

Shannon C. et Weaver W. (1949) [208] publient un ouvrage sur « la théorie mathématique de la communication » et élaborent une théorie de l'information. Dès lors, on reconnaît que l'information peut être traitée par une machine, une plante, un animal, un individu.

La communication est présentée comme le processus responsable de la transmission d'informations, sous forme de messages, entre un émetteur et un récepteur par le biais d'un canal qui sert de support.

Le message est constitué de symboles structurés selon certaines règles. Il est codé, émis par une source puis transporté par un canal. A l'autre bout du réseau, le message est reçu, décodé et traduit en informations significatives par le destinataire. Des perturbations, les « bruits », peuvent intervenir au niveau de la transmission et altérer le sens du message. Il perd alors en contenu informatif (dégradation).

Formalisée au plan mathématique par les américains Shannon et Weaver à des fins d'amélioration des transmissions téléphoniques, cette théorie est rigoureusement analytique.

Le message est distinct de l'émetteur et du récepteur ainsi que du canal (principe de séparation). Les éléments sont discrets, chacun pouvant en dernière analyse se ramener à la forme binaire du oui/non, unité de mesure (en bit) de l'information transmise ; le message est digital.

L'opération de communication est univoque. A un moment de la séquence, la transmission ne s'effectue que dans un seul sens, même si l'écoulement peut s'inverser à un autre moment. De ce fait, émetteur et récepteur ne sont pas, dans l'instant, en situation réciproque (principe de séquentialité).

Pour pouvoir circuler dans le canal, le message doit être codé à l'entrée puis décodé à la sortie. On suppose, et c'est là un des postulats les plus discutables de la théorie lorsqu'il s'agit de communication interhumaine, que codeur et décodeur sont identiques, c'est à dire participent d'un même langage totalement transparent, univoque et sans ambiguïté.

II.2. Théorie cybernétique

La cybernétique trouve essentiellement son origine chez Norbert Wiener (1965) [236]. Elle est fondée sur les concepts de rétroaction négative, de transmission de l'information, de calcul automatique. Elle cherche à mettre en lumière des isomorphismes de structure entre différents domaines (biologie, automatisme, sociologie...).

II.2.1. Premier mouvement cybernétique

Le mathématicien Wiener publie, en 1948, une synthèse de nombreuses recherches pluridisciplinaires et des premières conférences Macy. Il a travaillé notamment avec Bigelow dans l'armée américaine, au perfectionnement de la défense antiaérienne. Etudiant le comportement des missiles, les chercheurs ont été confrontés à la nécessité de tenir compte du déplacement de la cible (l'avion) pour réduire les erreurs de tir. Le « feed-back » intervient dans le calcul de la trajectoire à effectuer (Wiener, 1965) [236].

Cybernétique vient du grec kubernêsis, qui signifie « action de manœuvrer un vaisseau » et, plus largement, « action de diriger, de gouverner ». La cybernétique, dans le sens large du terme, est une science du contrôle et de l'information visant à la connaissance et au pilotage des systèmes, qu'ils soient mécaniques ou vivants.

Un parallèle est rapidement effectué entre ce mécanisme et les « rectifications » permanentes qu'effectue le cerveau humain, sans que nous nous en rendions compte, lorsque nous voulons saisir un objet (Wittzaele, Garcia, 1992) [245].

Le nom de cybernétique, choisi par Wiener en 1947 et popularisé par son livre « Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine » (1948) [235], est adopté pour définir cette « nouvelle discipline scientifique » qui repose sur des concepts tels que la « causalité circulaire » et la « téléologie » (principe qui cherche à comprendre un système en terme de finalité) (Le Moigne, 1994) [139].

La cybernétique est donc une science qui s'applique aux systèmes autorégulés et qui modélise la relation entre les éléments d'un système par l'étude de l'information et des principes

d'interactions. Elle se définit comme l'étude des communications et de leurs régulations dans les systèmes naturels et artificiels (Wiener, 1948) [235]. C'est d'abord le comportement global du système qui est pris en compte.

Le système cybernétique élémentaire, décrit par Wiener, permet d'aborder des mécanismes spécifiques avec quelques notions logiques simples :

- La boîte noire est l'élément central, dont on ne se soucie pas de savoir ce qu'il contient, mais dont on peut déduire la fonction à partir de l'étude de ses entrées/sorties et la finalité de son comportement.
- L'émetteur, sorte de porte de sortie de la boîte noire. Il envoie de l'information et agit sur l'environnement.
- Le récepteur, porte d'entrée de la boîte noire ; capte les informations qu'il intègre depuis l'environnement, auquel il est donc sensible.
- Le flux d'information : ce qui est transmis, donc envoyé et effectivement reçu, autrement dit l'information efficace.
- La rétroaction (feedback). Nécessaire à la logique d'autorégulation, elle désigne l'information en retour de l'état.

Ce schéma explicite la boucle de rétroaction, ou mécanisme circulaire que l'on retrouve dans l'organisation des systèmes. Mais si les systèmes sont mis en évidence par cette cybernétique (parfois dite du premier ordre), ils ne le sont d'abord que par voie de conséquence. La cybernétique est une étude limitée aux échanges d'information et à l'évolution de ces échanges dans le temps. Plus tard se constituera le paradigme systémique, propre à l'étude des systèmes en tant que tels.

La cybernétique de premier ordre est une science du contrôle et de l'information visant à la connaissance et au pilotage des systèmes, qu'ils soient mécaniques ou vivants. L'idée dominante du premier mouvement cybernétique est celle d'une machine capable d'autorégulation à partir d'un programme de base modélisé sur le processus d'homéostasie (Bernard C., 1878) (Cannon, 1932) [27, 43], par le jeu de rétroactions alors conçues comme essentiellement négatives, c'est-à-dire inhibitrices.

Le thermostat en est l'exemple le plus simple : doté d'un programme de base, puis d'une instruction de l'opérateur extérieur (ce dernier conçoit la machine et règle la température souhaitée), le radiateur d'une salle de bains s'autorégule à partir des variations de la température

environnante : il s'allume ou il s'éteint. Les missiles capables de suivre une cible mouvante montrent une complication supérieure à celle du radiateur, mais le principe est le même.

Certes, la machine se gouverne elle-même, mais cette auto-gouvernance n'est possible que parce qu'elle a été construite par un humain et que cet humain l'a construite avec un but qui est le sien. La machine ne possède pas les compétences qui lui permettraient de s'en abstraire et de se donner une finalité propre. Elle doit se référer à un programme écrit et intégré par un agent extérieur.

Aussi, ce type de système est dit allopoïétique (Varela, 1989) [220], c'est à dire qu'il ne se produit pas lui-même. Un radiateur thermostatique et un missile sont des organisations « qu'on peut décrire comme une concaténation de processus » (Varela, 1989) [220] mais ces processus ne produisent pas les composants du radiateur ou du missile. Ceux-ci sont conçus et produits par un opérateur extérieur dans un but qui est le sien.

II.2.2. Deuxième mouvement cybernétique

Dès l'ouverture de la 8e conférence « Macy » (1951), Von Foerster propose un recadrage fondateur du travail en cours, en signalant que l'effort d'unification entrepris par les cybernéticiens ne se situe pas au niveau des solutions, mais à celui des problèmes. Certaines classes de problèmes, définies par une même structure logique, traversent les disciplines les plus variées. La cybernétique s'est édiflée autour de deux classes de problèmes : d'une part, les problèmes de communication et d'autre part, les problèmes posés par l'étude des mécanismes qui produisent eux-mêmes leur unité (self-integrating mechanisms), les systèmes autonomes (Gaillard, 2011) [79].

Von Foerster, en effet, souligne que le modèle « première cybernétique » implique, par principe, l'action d'un opérateur extérieur qui informe ou instruit la machine cybernétique, que cette machine soit une mécanique, un animal ou un humain. Ce modèle se révèle incompatible avec la caractéristique autoréférentielle du cerveau, avec la notion d'autonomie.

Il fonde le deuxième mouvement cybernétique sur la remarque fondamentale que « pour écrire une théorie du cerveau, il faut un cerveau » (Foerster, 1974) [68]. Cette remarque, que cette théorie sur le cerveau sera écrite par le cerveau lui-même, impose une révolution épistémologique en ce qu'elle place l'autoréférence comme base légitime. Elle inclut l'observateur lui-même

dans le système qu'il observe. « Il s'ensuit que si une théorie du cerveau a quelque prétention à être complète, elle doit expliquer sa propre écriture » (Foerster, 1990) [70]. Le dualisme, séparant l'objet du sujet, l'observé et l'observateur, sur la base du postulat implicite de l'indépendance de l'un et de l'autre, apparaît dépassé (Le Moigne, 1999) [140].

La seconde cybernétique s'oriente vers la modélisation du vivant et des problèmes sociaux : « Nous avons besoin d'une description de « celui qui décrit », ou, en d'autres termes, nous avons besoin d'une théorie de l'observateur. Dans la mesure où seuls les organismes vivants sont capables d'observer, il semble que cette tâche incombe au biologiste. Mais le biologiste est aussi un être vivant ; ce qui signifie que, dans sa théorie, il doit non seulement tenir compte de lui-même, mais aussi du fait même qu'il écrit cette théorie. C'est un élément tout à fait nouveau dans le discours scientifique, car le point de vue traditionnel, qui sépare l'observateur de ses observations, évitait soigneusement toute référence à ce discours. » (Foerster, 1990) [70].

Insistant sur la complexité des systèmes vivants, l'imprédictibilité de leur évolution et leur caractère auto-organisé, Von Foerster parle de « systèmes non triviaux » (Foerster, 1981) [69]. Il vise, par ce terme, la capacité pour les systèmes vivants, observés dans leur évolution, de générer leurs propres composants et leurs propres formes, selon des schémas internes qui leur sont spécifiques. Ils ne sont pas régulés par des « instructions informatives » provenant de l'environnement avec lequel ils sont toutefois en « couplage structurel » (les composants étant prélevés dans l'environnement).

Humberto Maturana et Francisco Varela fondent le modèle autopoïétique, déclinaison biologique de la deuxième cybernétique à partir des caractéristiques ontogénétiques du vivant (Maturana, Varela, 1980) [158]. Avec la notion de système auto-poïétique, renvoyant à une organisation interne du système, la « boîte noire » s'ouvre. L'élément n'est plus réduit à ses seuls comportements observables qui alimentent les interactions du système. Il est pensé comme disposant d'une vie propre, acquérant une autonomie en lien avec son système d'appartenance, lui-même soumis à un ordre croissant de complexité. Cet intérêt accordé à l'intérieur du système va permettre de mieux comprendre comment les éléments acquièrent leur autonomie par différenciation.

A un niveau plus épistémologique, la valeur intrinsèque reconnue à chaque système, comme à chacun de ses éléments constitutifs, génère une compréhension plus élargie de la causalité circulaire. Alors que la « première cybernétique » étudie comment les systèmes maintiennent

l'homéostasie par des mécanismes d'auto-régulation, la « deuxième cybernétique » étudie comment les systèmes évoluent et créent des nouvelles structures.

Le terme d'émergence désigne non seulement les nouvelles formes, mais aussi les propriétés et processus nouveaux qui apparaissent lors de la réorganisation spontanée d'un système. Ce type de phénomène met parfois en jeu, plus qu'une réorganisation, une organisation à un degré supérieur de complexité.

On observe un nouvel équilibre émergeant d'une situation de déséquilibre. Prigogine a montré que dans certaines conditions, en s'éloignant de son point d'équilibre, le système ne va pas vers sa mort ou son éclatement mais vers la création d'un nouvel ordre, d'un nouvel état d'équilibre (Prigogine, Stengers, 1977) [188]. Les situations extrêmes recèlent la possibilité de créer une nouvelle structure. On voit ici la possibilité de recréer du vivant, de l'organiser là où il n'y avait plus que du chaos.

II.3. Théorie générale des systèmes

Issu de différents domaines comme la biologie, les mathématiques, la physique ou l'ingénierie, le concept de système s'est développé aux États-Unis dans les années 1940. Le biologiste Bertalanffy L. von. travaille, dès 1937, sur le concept de « système ouvert » qu'il fera évoluer vers une « théorie générale des systèmes » [28].

II.3.1. Définition et propriétés générales des systèmes

Le mot système, vient du grec « systema » qui signifie « ensemble organisé ».

Von Bertalanffy et ses collègues définissent un système comme un « complexe d'éléments en interaction » (Bertalanffy, 1968) [28] ; pour de Rosnay J. (1975) [197], « un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but » ; pour Morin E. (1977) [172], c'est une « unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions, ou individus » ; ou pour Le Moigne J-L. (1994) [139] c'est « un objet qui, dans un environnement, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pourtant son identité unique ».

La notion de système renvoie à l'idée d'un ensemble organisé et composé d'éléments en interaction dynamique se distinguant de leur environnement. Les éléments ne sont pas isolés mais reliés les uns aux autres en fonction de toute une série de lois, de règles, de processus propres au système considéré. Le caractère unitaire du système n'est pas lié aux interactions elles-mêmes, mais bien à l'organisation de ces interrelations, aux principes organisateurs.

La science des systèmes, consiste à la fois en une étude des systèmes particuliers dans les différentes sciences et en une théorie générale des systèmes comme ensemble de principes s'appliquant à tous les systèmes.

L'identification et l'analyse des éléments ne suffisent pas pour comprendre une totalité (comme un organisme ou une société) ; il faut encore étudier leurs relations. Bertalanffy s'est attaché à mettre en lumière les correspondances et les isomorphismes des systèmes en général.

Un système est un ensemble constitué d'éléments indépendants et il est irréductible à la somme de ses éléments. Le système possède des propriétés différentes et plus complexes que chaque élément pris individuellement. En effet, il n'est pas possible d'expliquer les caractéristiques du système à partir des caractéristiques des parties prises isolément. Ainsi, pour en comprendre le fonctionnement, il est nécessaire de se situer au niveau du système, au niveau de la totalité et non pas au niveau des éléments.

Analyser au niveau des éléments reviendrait à procéder à une explication en termes de cause à effet. Or, comme les éléments sont en interrelations, la conception linéaire de la causalité ne convient plus. Il s'agit donc de passer au niveau supérieur, au niveau du système lui-même. D'ailleurs, pour Watzlawick (1972) : « tant que la science a eu pour objet des relations causales linéaires, univoques et progressives, des phénomènes fort importants sont restés à l'extérieur de l'immense territoire conquis par la science depuis les quatre derniers siècles » [229].

Un système peut être décrit sous son aspect structurel ou sous son aspect fonctionnel. Sur le plan structurel, un système comprend au moins une frontière, des éléments, un réseau d'échange et des stocks. Sur le plan fonctionnel, un système est caractérisé par des flux (de matière, d'énergie ou d'information), des centres processuels agissant sur les flux, des boucles de rétroactions permettant la régulation des flux et des délais de réponse.

On distingue les systèmes fermés des systèmes ouverts. Dans un système fermé, l'état final est déterminé de façon univoque par les conditions initiales ; par exemple, le mouvement dans un système planétaire, ou les positions des planètes au temps t sont déterminées uniquement par leur position au temps t_0 . Si l'on change les conditions initiales ou le processus, l'état final sera aussi modifié. Bien entendu, la vision de système fermé est une idée théorique ; en fait il n'existe que des systèmes qui sont plus ou moins ouverts sur leur environnement. Les systèmes sont en interaction constante avec leur écosystème qu'ils modifient et qui les modifie en retour.

II.3.2. Complexité des systèmes ouverts

Un système stable et ouvert est dit complexe c'est-à-dire qu'il manifeste la capacité de s'auto organiser à travers ses échanges de matière, d'énergie et d'information. L'organisme vivant maintient, dans un flux entrant et un flux sortant continu, la génération et la destruction de ses

composants. Il n'est pas possible d'appréhender la totalité des interactions qui existent d'une part entre les éléments internes, d'autre part entre le système et l'environnement. Tout système est intégré dans un environnement, c'est-à-dire dans un système plus grand, dans une sorte d'organisation fractale. Aussi, un système se découpe en sous-systèmes. Cette organisation, en tant que propriété émergente, est une construction permanente.

Un système ouvert et auto-référencé, c'est-à-dire émergent, s'organise pour atteindre un but ; il tend à maintenir un état de stabilité dynamique malgré les changements extérieurs.

L'homéostasie et la régulation des systèmes reposent sur l'articulation entre des boucles de rétroactions positives et des boucles de rétroactions négatives. « La régulation est l'ensemble complexe des mécanismes d'ajustement que le système invente et met en œuvre en permanence pour maintenir son équilibre interne et dans le même temps, s'adapter à l'évolution de son environnement » (Donnadieu, Karsky, 2002) [57].

Tout système présente deux types fondamentaux de fonctionnement, le maintien et le changement :

- Les boucles de rétroaction négatives tendent à stabiliser le système qui est comme finalisé, tendu vers la réalisation d'un but qu'il cherche à atteindre. Les boucles négatives sont à la base de la dynamique du maintien, de l'équilibre.
- Les boucles de rétroaction positives contribuent à faciliter et accélérer la transformation, à amplifier le comportement du système. Les effets sont cumulatifs (effet « boule de neige ») et le comportement est divergent, soit sous la forme d'une croissance exponentielle ou décroissance exponentielle qui aboutit à un blocage de l'action. Les boucles positives sont à la base de la dynamique du changement. Un changement dans une partie du système est ainsi susceptible de se répercuter à l'ensemble de celui-ci.

La mise en évidence des rétroactions dans un système implique de privilégier la compréhension des phénomènes selon un modèle de causalité circulaire plutôt que linéaire, car les effets affectent directement les causes qui les produisent. Cela implique de ne plus rechercher les causes mais le processus qui a fait apparaître la situation.

Un exemple simple de causalité circulaire peut être donné par le rapport entre une population de proies et de prédateurs sur une aire donnée. Au temps t_1 , on peut observer un nombre beaucoup plus important de proies que de prédateurs, à t_2 , on observe qu'il y a beaucoup

plus de prédateurs et beaucoup moins de proies. A t_3 , on observe une diminution du nombre de prédateurs due à la pénurie de nourriture. A t_4 , on retrouve la situation initiale avec la progression de la population des proies qui a lieu en l'absence de prédateurs. Ce système tend à trouver un certain équilibre compris entre deux valeurs limites pour chacune des populations. On ne peut déterminer la cause première de la variation de population observée, ces variations étant les moments différents d'un système en équilibre dynamique.

L'observation nous montre que les organismes vivants et les sociétés humaines sont finalisés, c'est-à-dire qu'ils s'organisent en fonction de buts. Le même état final peut être atteint à partir de conditions initiales différentes ou par des chemins différents (équifinalité). De même qu'un état défini à un instant t peut évoluer vers deux états finaux différents (multifinalité).

Les systèmes ouverts tendent naturellement vers un état stable, c'est-à-dire vers un état dans lequel la composition du système ne varie pas, même si les composants changent continuellement, et ce indépendamment du temps.

Selon les auteurs, on voit donc que la notion de système implique celles de complexité, d'organisation et d'ordre. Les systèmes ouverts présentent des propriétés comme l'émergence, l'interaction, l'interdépendance, la finalité, l'identité et l'évolution.

II.4. Théorie systémique de la communication

II.4.1. Généralités

Le modèle se construit sur la métaphore de l'orchestre de jazz où, dans l'euphorie de l'improvisation, chaque musicien joue en s'accordant en permanence sur les autres. « Ce modèle de la communication n'est pas fondé sur l'image du téléphone ou du ping-pong –un émetteur envoie un message à un récepteur qui devient à son tour un émetteur- mais sur la métaphore de l'orchestre... Mais dans ce vaste orchestre culturel, il n'y a ni chef ni partition. Chacun joue en s'accordant sur l'autre » (Bateson et al., 1984) [24].

La communication est entendue comme la participation d'un individu à une relation, et non plus comme la transmission d'un message d'un émetteur à un récepteur. Chaque acteur participe au système de communication dans une relation de circularité ; il est autant l'acteur de sa propre réponse que le déclencheur de la réponse de l'autre. C'est à la fois l'ensemble de ce qui est « émis » et « reçu », auquel s'ajoute l'interaction, la relation elle-même, qui fait sens.

L'accent est mis sur l'ensemble du système compris comme un réseau indissociable de relations (principe de globalité systémique). Tout homme en venant au monde se trouve ainsi pris dans ce réseau de relations tissé par la culture. Dans ce modèle, on voit que l'on a quitté la préoccupation du message, de la transmission d'information vers une communication entendue comme un phénomène social.

Un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte. Il ne s'agit pas d'isoler une interaction mais bien de la replacer dans le système d'interactions qui lui est propre.

Pour comprendre le comportement d'un individu, l'équipe de Palo Alto tient compte des liens circulaires entre cet individu et les personnes avec lesquelles il est en relation. L'explication du comportement humain passe ainsi d'une vision intrapsychique à une prise en considération du système relationnel de l'individu, l'unité d'analyse devient l'interaction (Witzeael, Garcia, 1992) [245]. « Il s'agit de partir non de la nature psychologique des individus mais des systèmes dans lesquels ils s'insèrent [...] Ces systèmes fonctionnent selon une logique qui peut être formulée en

termes de règles, à la façon des règles constitutives du langage. On parlera ainsi d'un calcul du comportement chez Watzlawick, de programme chez Schefflen, de grammaire chez Goffman. » (Winkin Y., 1981) [239]. Observer l'enchaînement des interactions replacées dans leur contexte, dans le système dans lequel elles s'insèrent permet donc de dégager la « logique de la communication » entre les acteurs.

Watzlawick et ses collègues s'intéressent principalement à la pragmatique de la communication, au comportement en tant que support de la communication dans les relations interpersonnelles. Les termes comportement et communication sont considérés comme étant pratiquement synonymes (Watzlawick et al., 1967) [229].

La communication est établie de fait dès que deux personnes, au moins, sont en interaction. Tout comportement, en présence d'une autre personne, est communicatif, qu'il soit intentionnel ou non. Le comportement n'a pas de contraire ; on ne peut pas ne pas se comporter. Deux personnes en interaction se comportent l'une par rapport à l'autre et, de fait, communiquent. Ce faisant, elles définissent la nature de leur relation. C'est-à-dire qu'une attitude de repli qui vise à éviter de communiquer, communique son refus de communiquer (Watzlawick et al., 1967) [229].

Toute interaction s'inscrit dans un flux continu d'implications mutuelles, d'actions et de rétroactions (Watzlawick, 1967) [229]. Parler de commencement ou de fin pour désigner un des moments de ce flux circulant n'a pas de sens sur le plan systémique. Mais pour celui qui est pris dans la relation, la ponctuation permet d'isoler des séquences identifiables dans le flux des messages. La manière de ponctuer une séquence d'échanges influence la façon dont la relation est perçue. Un enfant grondé qui clame « c'est lui qui a commencé ! » nous en montre un exemple typique. Le désaccord sur la manière de ponctuer une séquence d'échanges est à l'origine d'innombrables conflits. Les relations sociales dans les entreprises, les relations politiques, les relations internationales, abondent de modèles pathologiques analogues.

II.4.2. Relations symétriques et complémentaires

Dans la tribu qu'il étudie, Bateson s'intéresse aux relations qui régissent les rapports entre les différents membres de la communauté. Il constate, notamment, que certains comportements (aussi bien des hommes que des femmes) tendent à maintenir le statu quo dans les normes culturelles,

alors que d'autres amèneraient des changements s'ils n'étaient réprimés : « J'ai tendance à concevoir le statu quo comme un équilibre dynamique, où des changements se produisent continuellement : d'un côté, des processus de différenciation qui tendent à accentuer le contraste éthologique, de l'autre des processus qui contrarient continuellement cette tendance à la différenciation. Je désigne ces processus de différenciation du nom de « schismogenèse » » (Bateson, 1936) [18].

Le pas que Bateson franchit avec ce concept de schismogenèse, c'est de considérer que pour comprendre le comportement d'un individu, il faut tenir compte des liens entre cet individu et les personnes avec lesquelles il est en relation. L'explication du comportement humain passe ainsi d'une vision intrapsychique à une prise en considération du système relationnel de l'individu, l'unité d'analyse devient l'interaction (Wittezael, 2006) [244].

Il distingue deux types de schismogenèse : symétrique et complémentaire. Il décrit deux catégories fondamentales dans lesquelles peuvent se répartir les échanges de la communication (Bateson, 1936) [18] :

- Les cas où la relation est principalement symétrique. Les deux interlocuteurs adoptent une attitude en miroir l'un de l'autre. Les relations de compétition ou de concurrence, par exemple, peuvent mener à l'escalade et à la surenchère, entraînant violence, agressivité et rivalité. Elles sont caractérisées par la minimisation de la différence entre les positions des deux interlocuteurs.
- Les relations complémentaires où, au contraire, les deux attitudes se complètent et s'encouragent l'une l'autre comme dans l'autorité et la soumission, la faiblesse et l'assistance. Ou encore, si l'un a tendance à déclencher un conflit, à engager une dispute, l'autre réagit par des attitudes d'apaisement. Ici, la différence est maximale. Un interlocuteur est en position dite « haute » tandis que l'autre est en position dite « basse ».

Ces deux types de différenciation sont tels que si les facteurs homéostatiques sont dépassés, la différenciation ou la séparation des groupes s'accroît progressivement, pour aboutir soit à l'effondrement, soit à un nouvel équilibre. Les éléments dynamiques en question dans cette définition sont considérés par Bateson comme facteurs de changements et de ruptures.

La rigidité de la relation peut être source de conflits dans la communication. Des relations saines et équilibrées sont caractérisées par l'alternance et la circularité des positions, qui sont utiles, chacune à leur tour, dans des situations différentes.

II.4.3. Communication digitale et analogique

La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique (Donnadieu, 2003) [56]. Ces deux modes coexistent et se complètent dans chaque message.

- La communication digitale définit le contenu de la relation. Elle concerne tout ce qui est de l'ordre du concept, de la carte, du schéma, du nombre ou de la parole informative. Elle possède une syntaxe précise, complexe et logique. Elle se prête à l'abstraction. Bien adapté à la transmission du contenu de la communication (l'information), ce langage est en revanche déficient chaque fois que la relation est au centre de la communication.
- La communication analogique concerne pratiquement tout le reste, c'est à dire le corps, le geste, la mimique, l'intonation, la place, le rôle et plus largement tous les actes posés par la personne susceptibles de prendre sens dans le processus de communication. Extraordinairement divers, composites et se déployant dans la durée, les actions sont une forme très puissante de communication analogique. Ses capacités d'expression sont larges, mais manquent de précision et ce langage ne connaît pas la négation. La communication non verbale est une communication de nature analogique. On peut inclure aussi la parole poétique dans cette forme de communication, car son ambition n'est pas de décrire mais d'évoquer et d'émouvoir.

Là où la communication digitale communique un contenu informationnel, la communication analogique « méta-communique », c'est-à-dire qu'elle définit la relation en la contextualisant.

Les sémiologues distinguent deux types de communication analogique :

- l'indiciel caractérise une communication dans laquelle le message fait corps avec son médium, le signe avec la chose signifiée. Sur le mode de la "présence réelle" l'indiciel joue ainsi sur les échanges vitaux, le registre des affects et des interrogations existentielles.
- l'iconique caractérise une communication dans laquelle le médium est un signe "ressemblant" à la chose communiquée mais n'est pas la chose. Il évoque directement la

chose par sa forme ou son apparence, et sans passer par la médiation des mots. La communication iconique est à la base de la plupart des arts et des rituels, lesquels par leur grande puissance d'évocation réussissent à faire communier les hommes là où la parole se montre impuissante.

Par exemple, pour expliciter ces différents modes de communication, lorsque des amoureux échangent un baiser, ils sont dans l'indiciel ; quand ils se font des cadeaux, ils sont dans l'iconique ; lorsqu'ils s'adressent des lettres ou s'échangent des paroles d'amour, ils sont dans le digital.

Dans sa communication, l'homme combine les langages digital et analogique. Pour parler sur la relation, il faut pouvoir trouver une traduction adéquate de la communication analogique en communication digitale. Comme l'observe Watzlawick (1976) : « La difficulté de traduction existe dans les deux sens. Il ne peut y avoir traduction du langage digital en langage analogique sans une perte importante d'information. L'opération contraire présente également des difficultés considérables : pour parler sur la relation, il faut pouvoir trouver une traduction adéquate de la communication analogique en communication digitale » [228].

La langue peut toutefois avoir recours à une grande variété de figures de style. Parmi celles-ci, la métaphore et la métonymie sont d'utilisation particulièrement fréquente.

Selon le petit Larousse, la métaphore est un procédé par lequel on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison sous-entendue. Elle repose sur une analogie ou comparaison par laquelle le comparé est désigné et décrit à partir du comparant. Par sa puissance d'évocation, la métaphore n'est pas sans présenter quelque ressemblance avec l'iconique en communication analogique.

Selon le petit Larousse, la métonymie est un procédé par lequel un concept est désigné par un terme désignant un autre concept qui lui est relié par une relation nécessaire (l'effet par la cause, le contenu par le contenant, le tout par la partie). Elle substitue la partie au tout pour désigner ce dernier. Par sa force d'identification, la métonymie n'est pas non plus sans présenter quelque similitude avec l'indiciel en communication analogique.

II.4.4. Niveaux d'abstraction

La communication humaine renferme une hiérarchie de niveaux d'abstraction et tout langage possède une structure sur laquelle, dans le langage même, on ne peut rien dire (Donnadieu, 2003) [56]. Au plus bas niveau du langage, les énoncés concernent (ou décrivent) des objets : c'est la langue-objet. Lorsque nous voulons parler à propos de ce langage, il nous faut employer une méta-langue (et une méta-méta-langue pour parler de cette méta-langue et ainsi de suite...).

« La communication verbale peut opérer - et, en fait, a toujours opéré - à plusieurs niveaux d'abstraction opposés qui se rangent suivant deux directions, à partir du niveau dénotatif, apparemment simple (« le chat est sur le paillason »). Une première rangée (ou série) de ces niveaux plus abstraits inclut les messages explicites ou implicites où l'objet du discours est le langage. Ces niveaux, je les appellerai métalinguistiques (par exemple : « le son verbal chat vaut pour n'importe quel membre de telle ou telle classe d'objets » ou « le mot chat n'a pas de fourrure et ne peut pas griffer ». L'autre série je l'appelle métacommunicative : « Vous dire où trouver le chat, était amical », ou « Ceci est un jeu ». L'objet de discours y est la relation entre les locuteurs » (Bateson, 1972) [19].

II.4.5. Communication et métacommunication

La communication systémique ne se réduit pas aux contenus des échanges ; elle se définit aussi en termes de relations entre acteurs coprésents. En effet, toute communication présente deux aspects : « le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier » (Watzlawick P. et al., 1972) [229].

La métacommunication est une communication sur la communication, tant au niveau de la relation que du contenu. Si le langage digital est le plus informatif, donc le plus pratique sur le plan opératoire, le langage analogique est bien mieux adapté sur le plan contextuel et relationnel, si bien qu'il nous est bien plus aisé d'échanger du contenu par le langage verbal et de métacommuniquer par le langage non verbal.

Ainsi, on peut dire que le langage analogique enveloppe le langage digital de la même façon que la relation enveloppe le contenu de l'échange.

Toute communication comporte donc plusieurs niveaux qui ne sont pas toujours concordants. Ordinairement, si la dimension hiérarchique de la communication n'apparaît pas, c'est que les niveaux sont congruents. Mais une contradiction entre message et méta-message met à jour la superposition des deux. Une discordance est souvent désagréablement remarquable. Par exemple, déclarer "je suis ravi" avec un sourire crispé ou bien "je vous écoute" en regardant par la fenêtre crée un malaise chez l'interlocuteur : il y a superposition de deux messages antinomiques avec obligation de tenir compte des deux à la fois (Layole, 1984) [135].

Une métacommunication, c'est à dire un échange à propos de la relation elle-même, peut amener à voir de manière tout à fait nouvelle la situation et à imaginer des réponses qui sortent entièrement le problème de son cadre. Ce processus a été décrit par Watzlawick comme le recadrage ; « un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel ledit phénomène se produit » (Watzlawick P. et al., 1972) [229].

C'est par exemple le cas d'un débat entre spécialistes n'ayant pas étalonné leur vocabulaire ; une métacommunication sur la terminologie, au moyen du langage naturel et venant en préliminaire de l'échange des arguments sur le fond, a alors de grandes chances de débloquent la situation.

La discordance des niveaux de sens entraîne des paradoxes qui peuvent venir troubler la communication.

II.4.6. Paradoxes et types logiques

La théorie des types logiques de Russell (Whitehead, Russel, 1910, 1913) [234] est une théorie mathématique qui repose sur la distinction entre classes logiques et éléments (que ces classes contiennent). Elle permet de mettre à plat les définitions paradoxales qui reposent sur une confusion des niveaux logiques (Watzlawick et al., 1967) [229]. En effet, une confusion des niveaux logiques (ou types) dans leur hiérarchie entraîne un paradoxe qui peut prêter à la perplexité, à la gêne, à l'humour ou à l'incompréhension voire au conflit.

Le paradoxe de Russell est celui de la « classe de toutes les classes qui ne sont pas membres d'elles-mêmes ». Une classe étant un ensemble logique d'objets partageant une propriété définie,

elle ne peut pas être elle-même un objet de cette classe : « aucune classe ne peut être membre d'elle-même ». Le mot « éléphant » n'a pas plus de trompe que le mot « chat » n'a de griffes, et l'humanité comme classe d'individus n'est pas un individu.

Par exemple, la déclaration d'Epiménide "tous les Crétois sont des menteurs" engendre un paradoxe bien connu. S'il est vrai que tous les Crétois sont des menteurs, Epiménide a dit la vérité, mais alors, c'est qu'il ment. Il dit la vérité quand il ment, et ment quand il dit la vérité. Ceci est lié au fait que la déclaration soit réflexive, c'est-à-dire qu'elle porte sur elle-même ; il y a donc confusion entre un membre (la déclaration sur les Crétois) et sa classe (toutes les déclarations d'Epiménide). Epiménide transgresse l'axiome central de la théorie des types logiques, à savoir que ce qui comprend tous les éléments d'une collection (la classe) ne peut être un élément de la collection (un membre). Un paradoxe rend donc la vérité d'une proposition ou d'un énoncé indéterminable : la proposition n'est ni vraie, ni fausse (Hofstadter, 1979) [106].

L'affirmation contient en fait deux énoncés. L'un appartient à la langue-objet, l'autre appartient au niveau de la méta-langue et dit quelque chose sur le premier, à savoir qu'il n'est pas vrai. Ce type de réflexivité des énoncés qui enveloppent leur propre vérité ou fausseté est l'équivalent du concept d'appartenance à soi-même d'une classe dans la théorie des types logiques. L'auto-référence introduit une relation circulaire entre deux niveaux logiques différents, celui du méta-langage et celui du langage-objet (Dupuy, 1982) [59]. Un paradoxe apparaît lorsqu'une affirmation est réflexive. Par exemple : "cette affirmation est fausse" ; "je mens"; "vous êtes prié d'ignorer cet avis " ; "il est interdit d'interdire ", etc.

Une injonction paradoxale se présente comme un ordre qui contient en lui-même une contradiction de telle manière que celui à qui elle est destinée se trouve dans l'impossibilité d'y répondre de manière satisfaisante. « Soit spontané ! » : la personne se trouve dans une situation proprement intenable : pour obéir, elle devrait être spontanée par obéissance (et donc manquer de spontanéité) et ainsi désobéir... Nous sommes quotidiennement confrontés à des injonctions paradoxales du type : « soyez autonomes », « soyez créatifs », « adhérez au projet » (Mucchielli, 1999) [173].

Bateson et son équipe étudient les communications paradoxales dans les familles dont un des membres est schizophrène. Ils testent la pertinence de la théorie des types logiques pour l'étude des échanges interpersonnels. Watzlawick & al (1972) [229] définissent le paradoxe comme « une contradiction qui vient au terme d'une déduction correcte à partir de prémisses consistantes ».

II.4.7. Double contrainte

Bateson et son équipe se penchent sur les formes pathologiques de communication au sein des familles dont un des membres est schizophrène. Sur la base de la théorie des types logiques, ils élaborent la théorie de la double contrainte.

Dans la théorie qu'ils élaborent (Bateson et al., 1956) [23], le paradoxe est une situation qui mène à la double contrainte, situation qu'ils décrivent dans les familles à transaction schizophrénique. Une double contrainte est une situation communicationnelle comprenant une paire d'injonctions paradoxales, implicites ou explicites telles qu'il n'est pas possible de satisfaire l'une sans violer l'autre. Une relation d'autorité implique une troisième injonction, tacite, qui interdit la fuite ou tout commentaire sur la situation. La double contrainte a tendance à bloquer la communication. Dans un milieu familial où règne une communication pathologique, ces injonctions paradoxales visent de façon répétée le membre « schizophrénique » du système, le forçant finalement à s'enfermer dans une double contrainte typiquement « schizophrénique » : tenter de ne pas communiquer. Ce qui est impossible.

Watzlawick se plaît à raconter cette histoire pour illustrer la double contrainte : une mère rend visite à son enfant hospitalisé et lui offre deux cravates, une bleue et une rouge. À la visite suivante, l'enfant se présente avec la cravate rouge. La mère lui dit : « tu n'aimes pas la cravate bleue ? ». À la visite suivante, l'enfant se présente avec la cravate bleue. La mère lui dit : « tu n'aimes pas la cravate rouge ? ». À la visite suivante encore, l'enfant se présente avec les cravates bleue et rouge à la fois au cou et sa mère lui dit : « Ce n'est pas étonnant que tu sois hospitalisé en psychiatrie... ».

Bateson donne l'exemple suivant, plus structuré, souvent cité comme une bonne illustration de double contrainte. Un jeune homme, au décours d'une décompensation psychotique, reçoit à l'hôpital la visite de sa mère. Content de la voir, il la serre impulsivement dans ses bras et c'est alors qu'elle se raidie. Il retire son bras et elle demande alors : « ne m'aimes-tu donc plus ? ». Alors le jeune homme rougit et sa mère ajoute : « mon cher, tu ne devrais pas être aussi facilement embarrassé et apeuré par tes sentiments ».

Lorsqu'un individu est soumis à des messages simultanés qui sont non seulement contradictoires mais qui renvoient en plus, à des niveaux d'expérience différents, il ne peut se sortir

de cette impasse, qu'au prix d'une rupture interne dans laquelle on assistera à un effondrement de sa capacité à distinguer entre niveaux logiques différents.

L'équipe du MRI n'envisage plus la psychose comme une pathologie individuelle mais comme la résultante d'un pattern de communication particulièrement perturbé au sein de la cellule familiale ; cette théorie a ouvert la voie aux pratiques nouvelles des thérapies familiales.

II.4.8. Typologie des paradoxes

Une typologie des paradoxes de communication est établie par Fisch, Weakland, Segal (1986) [67], à partir d'injonctions à la fois autoréférentielles et interactionnelles. Les *types* d'injonctions identifiés sont au nombre de cinq :

- Le premier type est « sois spontané ». La personne tente de se contraindre à faire ce qui ne peut survenir que spontanément. L'injonction peut être renforcée par un tiers. Cette injonction peut concerner le fonctionnement corporel, les actes répétitifs, les blocages, les pensées récurrentes et l'humeur. Les déclinaisons de l'injonction peuvent être : “ne sois pas malheureux !” ou “oblige-toi à accepter les contraintes !” La plupart des problèmes de dépendance se rattachent à une injonction de ce type, auquel se ramènent les illusions de choix.
- Le deuxième type d'injonction est « évite de penser à ce qui te fait peur ! ». La personne tente de surmonter la crainte de la confrontation à un événement inquiétant, en évitant d'y penser, ou en s'y préparant et en y renonçant, ou en développant des conduites d'évitement multiples. Les formes de phobie en sont de parfaits exemples, de type “peur de la peur”.
- Le troisième type d'injonction concerne des situations d'interaction dans lesquelles une personne tente de parvenir à un accord *dans* le conflit. Les disputes dans les couples, les conflits du domaine de l'éducation, en particulier des adolescents, et les conflits du travail relèvent de ce type.
- Le quatrième type d'injonction est « je voudrais que *tu veuilles* faire cela ! » La personne tente d'obtenir de l'autre ce qu'elle veut sans avoir à le lui demander directement. Le discours typique est : « je voudrais que mon (enfant, mari, ... etc.) fasse ceci, cela et cela, mais je voudrais que ce soit *lui qui ait envie* de le faire et je veux lui *apprendre à vouloir* faire cela ». Celui qui reste persuadé que les énoncés « il pleut » et « je dis qu'il pleut » sont

équivalents, ne verra aucune différence entre les énoncés « mon garçon, je veux que tu travailles » et « mon garçon, je veux que tu *aies envie* de travailler ». Cependant, la seconde formulation est bien paradoxale.

- Le cinquième type est “ta défense prouve ta faute”. Toute tentative de se défendre par la personne mise en cause confirme les soupçons de son accusateur. Cette interaction se rencontre dans les couples, les familles et les lieux de travail où peuvent flotter des soupçons de jalousie, des craintes que tel partenaire camoufle des conduites à risque ou se livre à quelque trahison.

II.5. Changements et apprentissages

Le mot «apprentissage» indique indubitablement un changement, d'une sorte ou d'une autre. Mais il est très difficile de dire de quelle *sorte* de changement il s'agit (Bateson, 1972) [19].

C'est en s'intéressant aux dauphins que Gregory Bateson a mis en évidence le processus de « deutéro-apprentissage ». Il observe une séquence d'apprentissage comportemental : un instructeur récompense le dauphin chaque fois qu'il réussit une figure acrobatique définie au préalable. Toutefois, au bout d'un certain temps, le dresseur arrête de récompenser le comportement. Le dauphin, un instant perturbé, se met alors à inventer une nouvelle figure, non prévue par l'instructeur. A nouveau, l'instructeur récompense. Puis, il ne récompense plus le comportement. Après un nouvel épisode de confusion, le dauphin se met alors à inventer des combinaisons complexes de figures. Le mammifère passe donc d'un stade où il apprend à produire une réponse particulière à celui où il apprend à en produire des nouvelles.

II.5.1. Niveaux logiques

La notion de « changement » implique celle de processus. Mais les processus eux-mêmes sont exposés au changement. Un processus peut s'accélérer, se ralentir ou peut subir encore se modifier de telle sorte qu'il change en un processus « différent ». Cependant, cette notion de «changement», quoique vague, incite Bateson à tenir compte de la variété des types logiques (Bateson, 1972) [19]. Bateson cherche à structurer ses descriptions en fonction des types logiques et développe la notion de changement.

Se référant à la physique classique, il prend comme exemple le mouvement comme forme de changement le plus simple dans un système newtonien. Une position fixe représente alors le niveau zéro du mouvement, c'est-à-dire du changement. Une vitesse constante représente un changement de niveau 1, une accélération constante représente un changement de niveau 2, etc.

Bateson aborde la question de l'apprentissage à travers le modèle d'« essai et d'erreur » en adoptant le même raisonnement. L'apprentissage se structure ainsi en niveaux, à la façon des niveaux de types logiques. Il sera donc possible de classer les apprentissages selon le type d'erreurs à corriger : « Si nous acceptons maintenant l'idée universelle selon laquelle tout apprentissage (autre

que l'apprentissage zéro) est dans une certaine mesure stochastique (c'est-à-dire qu'il contient des séquences d'« essai-et-erreur »), nous pouvons alors procéder à une mise en ordre des processus d'apprentissage en fonction d'une classification hiérarchisée des types d'erreurs qui sont à corriger au cours de divers processus d'apprentissage. L'apprentissage zéro sera donc une désignation de la base immédiate de tous ces actes (simples et complexes), qui ne sont pas susceptibles d'être corrigés par le processus d'« essai-et-erreur ». L'Apprentissage I sera la dénomination appropriée pour la révision du choix dans le cadre d'un ensemble inchangé de possibilités. L'Apprentissage II correspondra à la révision de l'*ensemble* à l'intérieur duquel le choix est fait, et ainsi de suite ».

Bateson distingue ainsi :

- L'apprentissage zéro : il se caractérise par la spécificité de la réponse, qui, juste ou fausse, n'est pas susceptible de correction.
- L'Apprentissage I : il correspond à un changement dans la spécificité de la réponse, à travers une correction des erreurs de choix à l'intérieur d'un ensemble de possibilités.
- L'Apprentissage II : c'est un changement dans le processus de l'Apprentissage I. Il s'agit soit d'un changement correcteur dans l'ensemble des possibilités où s'effectue le choix, soit d'un changement qui se produit dans la façon dont la séquence de l'expérience est ponctuée.
- Etc.

II.5.2. Apprentissage zéro

L'apprentissage de niveau zéro désigne dans le cas où un organisme vivant présente un changement minimal et invariable dans sa réponse à un élément itéré d'excitation sensorielle. Il s'agit de la simple réception d'une information, la seule réaction perceptive au stimulus sensoriel, tel un arc réflexe.

Au niveau zéro de l'apprentissage, il n'y a pas d'erreurs à corriger. L'organisme perçoit et réagit d'une façon telle qu'un événement analogue se produisant à un moment ultérieur (et approprié) transmettra la même information : par la sirène de l'usine, *j'apprends* qu'il est midi.

Dans le cadre de cette définition, bon nombre de systèmes mécaniques simples font preuve du phénomène d'apprentissage zéro. « La question n'est pas : « les machines peuvent-elles

apprendre ? » mais plutôt : « Quel niveau ou quel ordre d'apprentissage peut être réalisé par une machine donnée ? » ».

II.5.3. Apprentissage I

Tout comme le mouvement décrit un changement de position, Bateson recherche la classe de phénomènes qui décrits des changements dans l'apprentissage zéro. Il s'agit en l'occurrence des cas où une entité donne au Moment 2 une réponse différente de celle qu'elle a donnée au Moment 1. La réponse au stimulus change avec la répétition. Il existe de nombreux cas qui sont reliés de différentes façons avec l'expérience, la physiologie, la génétique et les processus mécaniques.

Dans tous les cas de l'apprentissage 1, la description comprend une hypothèse relative au contexte. Bateson évoque, par exemple, le phénomène d'accoutumance, le conditionnement pavlovien classique, les contextes de récompense instrumentale et d'évitement instrumental (c'est-à-dire le conditionnement skinnerien), ou encore, l'apprentissage routinier dans lequel un élément du comportement de l'organisme devient un stimulus pour un autre élément du comportement.

Bateson s'appuie sur la théorie des types logiques pour distinguer le stimulus du contexte dans lequel il apparaît. Dans la mesure où le contexte d'apparition d'un stimulus permet de le classer, ce contexte constitue un « métamessage » sur le stimulus, dans le sens où il informe à propos d'une classe de stimuli (par exemple, si je suis dans un laboratoire, je peux m'attendre à ce que ce stimulus soit une expérience). En poursuivant le raisonnement, on peut aussi identifier des stimuli tiers, indicateurs de contexte (ainsi, la blouse blanche indique le laboratoire), de telle sorte que sans l'hypothèse d'un contexte repérable, le concept général d'« apprentissage » s'effondre.

Ainsi, « la notion de contexte repérable est une prémisse nécessaire à toute théorie qui définit l'apprentissage comme changement ». Si cette hypothèse est acceptée comme vraie pour les organismes étudiés, alors l'idée d'un typage logique des phénomènes d'apprentissage se vérifie avec nécessité, puisque la notion de contexte est elle-même soumise à un tel typage. Pour paraphraser Héraclite: « Aucun homme ne peut coucher deux fois pour la première fois avec la même fille ».

II.5.4. Apprentissage II

L'Apprentissage (de niveau) II est conçu, dans sa logique hiérarchique, comme un changement dans l'Apprentissage (de niveau) I.

La situation de l'apprentissage est envisagée, par Bateson, comme une expérience interactionnelle entre deux sujets. Il n'y a pas « d'observé » et « d'observateur » mais des rapports mutuels entre les deux interlocuteurs de la situation (même s'il s'agit d'un animal et d'un éleveur). Les deux sont, dit-il, dans une situation d'apprentissage et réagissent réciproquement au comportement de l'autre.

Les changements portent ici l'utilisation des indicateurs de contexte. Ce qui est appris dans l'apprentissage II, c'est une façon de ponctuer les événements.

On pourra parler d'un apprentissage d'apprentissage, lorsque « l'animal (soumis à une expérience) ne se trompe pas dans l'appréciation du modèle de contingence qu'il s'attendait à trouver » 18. Ainsi, dans un nouveau contexte, il lui faudra en principe moins d'essais pour en arriver à un comportement «correct».

L'apprentissage II est mis en évidence dans les expérimentations d'« apprentissage d'ensemble ». Le concept est repris d'Harlow. Celui-ci a présenté à des singes rhésus des *Gestalten* ou « problèmes » plus ou moins complexes, qu'ils devaient résoudre pour être récompensés en nourriture. Harlow a montré que si ces problèmes faisaient partie d'« ensembles » similaires, autrement dit s'ils renfermaient des types d'une complexité logique analogue, il se produisait un report d'apprentissage d'un problème à un autre.

Bateson s'appuie également sur les situations de « névrose expérimentales » pour illustrer l'apprentissage II. Un animal est par exemple entraîné à distinguer entre un rond et une ellipse par conditionnement pavlovien. Lorsqu'il a appris à le faire, les deux formes sont progressivement rapprochées, jusqu'à ce que la discrimination devienne impossible. L'animal présente alors des signes de stress. Mais les perturbations n'apparaissent que lorsque les indicateurs de contexte d'une situation expérimentale sont présents (mobilier, harnais, décor, blouses blanches, etc.). Si bien que les troubles du comportement ne peuvent apparaître que s'il y a préalablement eu apprentissage des indicateurs de contexte, c'est-à-dire un apprentissage de niveau II.

Dans les affaires humaines, l'apprentissage II apparaît sous de nombreuses formes.

Les traits de caractères utilisés pour décrire le style relationnel de quelqu'un, par exemple, décrivent tous, d'après Bateson, des résultats de l'apprentissage II : « Nous pourrions dire de tel

individu « fataliste » que le modèle de ses transactions avec l'environnement est celui qu'il a acquis en tant que sujet au cours d'une expérience prolongée ou répétée de type pavlovien ; il faudrait aussi faire remarquer que cette définition du « fatalisme » est spécifique et précise. Il existe de nombreuses autres formes de « fatalisme », en dehors de celle qui se définit en fonction de ce contexte particulier d'apprentissage : par exemple, le type de fatalisme plus complexe qu'on retrouve dans la tragédie classique grecque, où les actions mêmes de l'individu sont ressenties comme favorisant l'œuvre inexorable du destin ».

Dans la ponctuation de l'interaction humaine, soit A et B en interaction. Selon les ponctuations possibles, chacun des comportements respectifs des deux partenaires peut être tenu, tantôt comme un stimulus pour le comportement de l'autre, tantôt comme une réponse au comportement stimulus de l'autre, tantôt comme un renforcement du comportement de l'autre, tantôt comme renforcement qu'un des partenaires s'adresse à lui-même, etc. C'est donc la perception qu'ont A et B de la séquence d'interactions qui fournira un cadre d'interprétation.

Une façon de ponctuer ne peut être ni vraie ni fausse ; il n'y a rien, dans les propositions de cet apprentissage, qui puisse être vérifié par une confrontation avec la réalité. C'est exactement comme l'image qu'on peut voir dans une tâche d'encre : elle n'est ni vraie ni fausse; ce n'est qu'une façon de voir la tâche d'encre.

En psychothérapie, ce sont les phénomènes de « transfert » qui mettent le mieux en évidence l'apprentissage II : le malade essaie de façonner sa relation avec le thérapeute en fonction des prémisses de son apprentissage II précédent.

La plus grande partie de l'Apprentissage II qui détermine les modèles de transfert chez le malade (et en fait, la plus grande partie des relations chez les êtres humains), est inconsciente et remonte à la petite enfance.

Le contexte comprend à la fois le comportement du sujet et les événements extérieurs. Mais le comportement est de nature à façonner le contexte global en fonction de la ponctuation attendue. Les propositions qui gouvernent la ponctuation ont donc comme principale caractéristique la tendance à se valider elles-mêmes.

Cette caractéristique auto-validante du contenu de l'apprentissage II fait qu'il devient en quelque sorte indéracinable : les effets de l'apprentissage II acquis pendant l'enfance persisteront

probablement toute la vie et bon nombre des plus importantes caractéristiques de la ponctuation de l'adulte ont probablement leur origine dans la petite enfance.

Ce que l'on appelle habituellement le caractère, la personnalité d'un individu s'envisage à partir de ces niveaux d'apprentissage : au fil de ses rencontres avec son milieu, l'individu a appris à repérer certains contextes d'apprentissage, à distinguer des classes de contextes, et à en tirer des leçons plus générales qui structurent progressivement sa relation à l'environnement.

II.6. Discussion épistémologique

La systémique est un nouveau paradigme qui regroupe des démarches théoriques, pratiques, méthodologiques, pose des problèmes concernant les modes de l'observation, de représentation, de modélisation, et enfin, se donne pour objectifs de préciser la notion de système : ses frontières, ses relations internes et externes, ses structures, et ses lois ou propriétés émergentes. Elle permet d'aborder la notion de complexité et jette un regard éclairant sur les processus évolutifs. Bateson a posé les bases de la communication systémique et précisé sa vision de l'écologie, de l'homme et de l'esthétique.

II.6.1. Positivisme scientifique

Les travaux d'Auguste Comte ont permis de définir le positivisme comme paradigme scientifique de la pensée moderne. Reprenant le terme de Saint Simon en 1848, il vise un projet ambitieux d'établir une philosophie des sciences fondée sur une classification allant des sciences de la matière aux sciences sociales en passant par les sciences de la vie.

Descartes et Newton peuvent être considérés comme les pères de la pensée scientifique moderne, méthodologie analytique qui consiste en la décomposition de toute réalité en éléments (ou composants « atomiques ») puis à la recombinaison dans sa globalité par sommation des connaissances acquises sur chacun des éléments pris séparément. Cette synthèse témoigne implicitement d'une conception du monde unifiée où tous les éléments (y compris terrestre et céleste) seraient au même niveau ontologique.

Auguste Comte s'appuie sur sa théorie des trois âges de l'humanité qui sous-tend de part et d'autre son projet positiviste. Projet dans lequel seule une observation bien conduite, assistée par une logique déductive s'appuyant sur le principe de causalité, permet d'atteindre une connaissance juste de l'objet conçu comme un ensemble clos d'éléments matériels, séparé du sujet observant.

L'humanité aurait connu trois âges qui distinguent des conceptions du monde basées sur des interprétations très différentes des causes des phénomènes.

- Age théologique : correspond en quelque sorte à l'enfance de l'humanité dominée par la pensée magique. Les causes des phénomènes appellent des explications mystérieuses, divines, qu'elles soient attribuées à des intentions des objets (fétichisme) ou à l'existence de forces surnaturelles (déisme).
- Age métaphysique (ou âge de l'adolescence de la pensée) : les forces surnaturelles sont remplacées par des forces abstraites qui jouent le même rôle, mais qui sont de nature rationnelle. La nature, la matière ou encore la raison constituent autant d'exemples d'entités en soi sensées expliquer les phénomènes.
- Age positif : Enfin, l'humanité connaît en son temps un nouvel âge, état viril de l'intelligence de l'homme. Aux explications métaphysiques, l'âge positiviste de l'humanité substitue des explications déterministes par les causes efficientes. Les explications sont formulées dans le langage de la logique, si possible celui des mathématiques. Le recours à l'épreuve de la réalité, c'est-à-dire à l'expérimentation, est ce qui permet de sortir des discours spéculatifs. Alors que l'esprit métaphysique a recourt à des concepts éternels et universels, qu'elle ne soumet pas à la réalité, l'esprit positif lui confronte les hypothèses au monde réel.

L'impact du positivisme est considérable. Les progrès scientifiques et techniques que connaissent les XVIIIe et XIXe siècles légitiment les fondements de la rationalité moderne qui éprouve ses théories dans le réel et sort toujours plus puissante des succès qu'elle rencontre. Le positivisme s'est imposé comme paradigme scientifique de façon incontestée. Il constitue le cadre de pensée implicite de notre société où le schéma de causalité linéaire semble toujours fournir un outil dont la puissance est difficilement remise en question.

Alors que durant des siècles le progrès scientifique légitimait et renforçait la rationalité analytique comme cadre de pensée, le renouvellement de la problématique scientifique va produire les conditions du questionnement du paradigme positiviste.

II.6.2. Limites du positivisme : interactions et complexité

A travers l'étude de l'infiniment petit, les problèmes expérimentaux que rencontrent la physique quantique viennent remettre en question le paradigme positiviste. Comme l'explique Donnadieu, « pour rendre compte des caractéristiques des particules élémentaires, à la fois ondes et

corpuscules, la mécanique quantique qui se développe à partir de 1920 va devoir rompre avec le déterminisme et l'unicité de représentation du phénomène, accepter comme un fait incontournable une dualité de nature au plus intime du réel tout en affirmant la complémentarité de ces aspects duels » (Donnadieu, Karsky, 2002) [57]. L'objectivité du scientifique se trouve profondément ébranlée par les relations d'incertitude d'Heisenberg et de Schrödinger. Le sujet connaissant agit sur le réel et il doit désormais tenir compte de cette action.

Dans les sciences humaines, la psychanalyse, en posant l'inconscient comme sujet d'étude, pose également la question de la relation entre le sujet connaissant et l'objet ; l'inconscient est à la fois ce qui structure le sujet et ce qui se livre à l'étude. Le travail analytique s'opère dans une rencontre qui rend incontournable la prise en compte du transfert et du contre-transfert.

Dans sa quête perpétuelle d'une meilleure compréhension de l'environnement dans lequel il évolue, l'homme fait face, aujourd'hui, à des problèmes de plus en plus complexes dont les implications dépassent largement la dimension locale pour atteindre une dimension planétaire. L'affrontement à ces problèmes demande l'étude d'ensembles de plus en plus larges. En effet, de l'atome au cerveau humain, puis aux sociétés et civilisations, le nombre d'éléments constitutifs et la richesse des relations et interactions augmentent, et avec eux, la complexité des phénomènes en jeu. De systèmes simples tels que la particule élémentaire ou l'atome, on est passé à des systèmes très organisés comme le mammifère ou la société. L'étude des phénomènes complexes pose la nécessité de développer de nouveaux moyens de se saisir de cette réalité.

II.6.3. Complexité

Les problèmes et les situations complexes ont en commun un certain nombre de caractéristiques.

Ils sont le plus souvent flous, changeants et apparemment peu structurés. L'imprécision qui marque la complexité permet de la démarquer de la complication. En effet, si un objet ou une situation compliqués se laissent difficilement appréhendés, il est toujours possible au terme d'un effort, aussi considérable soit-il, de finir par en avoir une connaissance exhaustive, d'en comprendre la structure et les lois de fonctionnement.

Les situations complexes associent le plus souvent plusieurs problèmes qui peuvent être apparemment simples à première vue. Mais parce que ceux-ci sont en relations circulaires, ils ne peuvent être traités isolément sans avoir d'incidence les uns sur les autres. On observe des propriétés contre-intuitives qu'on ne peut déduire des éléments pris isolément. Les logiques antagonistes ou des phénomènes de synergie et d'émergence obligent à développer une vision holistique. Le temps joue un rôle fondamental dans le problème de la complexité, et apparaît comme un mélange instable d'ordre et de désordre, d'aléas et d'instabilité, d'incertitude et d'imprévisibilité.

Les problèmes complexes ne conduisent pas à la mise en œuvre d'une solution simple, qui découlerait de leur analyse, mais plutôt à une classe de solutions, c'est-à-dire un type de solution qui permet un choix à partir d'un ensemble. Ils se prêtent donc à une étude sous différents angles d'approche.

II.6.4. Complexité et systémique

Les prévisions et les décisions qui permettent d'organiser l'action sont prises à partir de modèles, et la question est de savoir auquel se référer (Barel, 1971) [14]. Un modèle doit donc porter certaines correspondances avec la réalité (Meadows, 1957) [163].

Le concept de modèle est inséparable de celui de système (Walliser, 1977) [225]. En effet, un modèle peut être considéré comme un système spécifique, de nature concrète ou abstraite, constitué par l'ensemble des concepts relatifs à l'approche du problème.

Une modélisation intelligible des problèmes complexes à des fins pratiques n'est pas donnée. Elle se construit par l'action modélisatrice, qui consiste à représenter de façon stylisée la réalité telle qu'elle est perçue. Une modélisation est une interprétation « investigatrice » de la situation (Lemoigne, 1995) [140]. Modéliser consiste à construire un système de représentation qui contribue à identifier les problématiques, définir les problèmes et les rendre opératoires. C'est un projet de connaissance active.

Les problèmes complexes peuvent être abordés par les méthodes de l'approche systémique. Le paradigme systémique peut être considéré comme l'ensemble des méthodes scientifiques qui, pour aborder la réalité, propose une approche globalisante, ou holistique. Il se distingue des

méthodes analytiques et réductionnistes. La primauté est accordée à la prise en charge des interactions entre les parties, et non à l'analyse des parties isolées.

L'approche systémique est une méthode pour modéliser la structure d'un objet composée d'éléments en interaction. Si le système observé est finalisé, l'observateur a lui aussi un but qui le guide dans sa description.

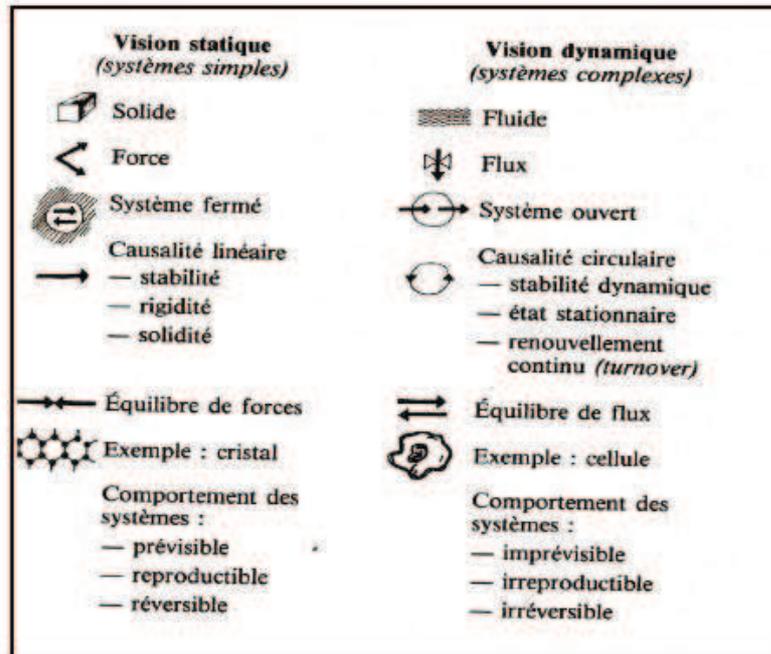
A proprement parler, on ne peut pas affirmer qu'un système existe à l'état naturel. L'analyse de systèmes ne peut admettre de limites aux systèmes autrement que par convention ou de manière transitoire (Roig, 1973) [194]. La frontière définit une interface avec d'autres systèmes et sous-systèmes, ce qui implique que pour comprendre les comportements d'un système, il est nécessaire d'intégrer les relations qu'il a avec d'autres systèmes.

Tout système est, simultanément, partie et tout. La matière, dans toutes ses formes vivantes et non vivantes peut être regardée comme un système, et a fortiori, les individus, les groupes, les organisations, la société, peuvent être appréhendés comme des systèmes et sous-systèmes à différents niveaux.

« Aujourd'hui ... les objets à expliquer sont considérés comme parties de plus grands touts, plutôt que comme des touts qu'il faut décomposer en parties » (Ackoff, 1972) [2].

La pensée systémique contribue au développement d'une vision dynamique où la notion de fluide remplace celle de solide, le mouvant remplace le permanent, souplesse et adaptabilité remplacent rigidité et stabilité (de Rosnay, 1975) [197]. Les notions de flux et d'équilibre des flux s'ajoutent à celles de forces et d'équilibre des forces. La durée et l'irréversibilité entrent comme dimensions fondamentales dans la nature des phénomènes. La causalité est circulaire et s'ouvre sur la notion de finalité. La dynamique des systèmes va faire éclater la vision statique des structures en y intégrant la dimension temporelle.

Visions statique et dynamique



Source : J. de Rosnay, 1975

II.6.5. Approches analytique et systémique

La démarche de la pensée est à la fois analytique et synthétique, détaillante et englobante. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une double approche analytique et systémique apparaît pertinente. En effet, au-delà de l'irréductibilité de ces deux approches l'une à l'autre, il existe une profonde et nécessaire complémentarité de points de vue qu'il s'agit moins d'opposer que de rapprocher dans la même démarche de compréhension.

Joël de Rosnay opère une comparaison entre les approches analytique et systémique [197].

Approches analytique et systémique

Approche analytique	Approche systémique
Isole : se concentre sur les éléments.	Relie : se concentre sur les interactions entre les éléments.
Considère la nature des interactions.	Considère les effets des interactions.
S'appuie sur la précision des détails.	S'appuie sur la perception globale.
Modifie une variable à la fois.	Modifie des groupes de variables simultanément.
Indépendante de la durée : les phénomènes considérés sont réversibles.	Intègre la durée et l'irréversibilité.
La validation des faits se réalise par la preuve expérimentale dans le cadre d'une théorie.	La validation des faits se réalise par comparaison du fonctionnement du modèle avec la réalité.
Modèles précis et détaillés, mais difficilement utilisables dans l'action (exemple : modèles économétriques).	Modèles insuffisamment rigoureux pour servir de base aux connaissances, mais utilisables dans la décision et l'action (exemple : modèles du Club de Rome).
Approche efficace lorsque les interactions sont linéaires et faibles.	Approche efficace lorsque les interactions sont non linéaires et fortes.
Conduit à un enseignement par discipline (juxta-disciplinaire).	Conduit à un enseignement pluridisciplinaire.
Conduit à une action programmée dans son détail.	Conduit à une action par objectifs.
Connaissance des détails, buts mal définis.	Connaissance des buts, détails flous.

Source : J. de Rosnay, 1975

II.6.6. Information, organisation, néguentropie

Les prémisses explicatives en psychologie et dans les sciences du comportement reposent le plus souvent sur la métaphore de la première loi de la thermodynamique : l'énergie (forces, pulsions...), constante si isolée, se comporte comme un fluide. Elle peut être contenue, refoulée, canalisée, ou bien se déverser ou déborder (Wittezael, 2006) [244].

Le premier principe de la thermodynamique nous dit que l'énergie totale d'un système isolé reste constante, c'est-à-dire que l'énergie est une quantité invariable dans la nature. Elle ne peut être produite ex-nihilo, elle ne peut que se transmettre d'un système à un autre. Il rejoint le principe de Lavoisier « Rien ne se perd, rien ne se crée ».

Le deuxième principe de la thermodynamique (principe d'évolution des systèmes) nous dit que l'entropie d'un système isolé ne peut décroître ; elle augmente ou reste constante (au zéro absolu). Ce principe introduit la notion d'irréversibilité d'une transformation. Il rend compte de la tendance à la répartition uniforme de l'énergie dans un système isolé ; tendance spontanée, universelle et irréversible. L'énergie passe de formes concentrées et potentielles à des formes diffuses et cinétiques.

Ce principe, d'origine statistique, met l'accent sur les principes d'ordre et d'organisation. Il est souvent interprété comme une mesure du désordre qui correspond alors à une homogénéité, c'est-à-dire une absence de différences.

« La propagation de la chaleur tend toujours à établir une distribution homogène de température dans le corps où elle se produit (...). L'énergie se dégrade pour tendre vers l'état final, (...) l'état d'équilibre thermique où aucune différence ne subsiste plus qui pourrait produire un effet » (Pirogine, Stengers, 1977) [188].

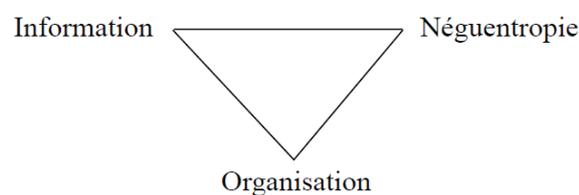
La stabilité d'un système ouvert soumis à l'entropie implique l'existence d'une force contraire, la néguentropie (entropie négative). Si l'entropie maximum correspond à la plus grande probabilité c'est-à-dire à la tendance au plus grand désordre, la néguentropie peut se définir comme sa force contraire. La néguentropie est organisatrice de différences. Elle correspond à la force qui pousse le système à l'ordre, à la régénération et à la réorganisation, assurant ainsi sa pérennité.

Boltzmann, en 1894, fait un premier lien entre l'entropie et l'information ; le désordre est corrélé à une perte d'information, à une « information manquante ». Plus tard, Shannon étudie la notion d'information, à la fin des années cinquante (Shannon, Weaver, 1971) [208]. Travaillant à la modernisation du télégraphe, il considère l'information comme une grandeur statistique abstraite qualifiant le message, indépendamment de son contenu. Le message de l'émetteur est dit informatif s'il change la connaissance du récepteur, s'il est capable de réduire son incertitude, s'il fait, pour lui,

une différence. Il définit l'information comme « de l'ordre arraché au hasard », c'est-à-dire comme l'inverse de l'entropie.

Wiener propose une définition un peu différente : « tout comme la quantité d'information dans un système est une mesure de son degré d'organisation, l'entropie d'un système est une mesure de son degré de désorganisation : l'une est tout simplement l'inverse de l'autre » (Wiener, 1965) [236].

L'influence de la théorie de l'information constitue un point essentiel qui permet d'établir une correspondance entre l'information, l'organisation et l'entropie négative. Morin (1977) inclut la néguentropie dans la relation suivante [172] :



Pour construire cette relation, Morin part d'un constat : « une inscription n'existe comme information que si elle est lue. La lecture d'une signalisation routière nécessite une activité minimale de l'esprit du lecteur (dépense énergétique, activité néguentropique) ». L'inscription présuppose l'existence d'une organisation néguentropique pour devenir information.

Ainsi, la néguentropie mène à une organisation du système et constitue un préalable à l'information.

Le Bas, à propos de l'apprentissage, souligne le caractère organisant et adaptatif de la néguentropie (Le Bas 1993). L'importation d'information dans le système se traduit par ce que Rojot appelle le transformé du système : « Les systèmes ouverts transforment l'énergie qu'ils importent et réorganisent les entrées. Ils accomplissent un travail » (Rojot, 2003) [195]. Ce transformé ou encore cette création de l'organisation est le processus par lequel le système traite, transforme et intègre l'information venue de l'extérieur. Cette notion de transformé souligne le caractère évolutif et dynamique du système, l'apprentissage constituant un des processus d'évolution ou de changement.

L'interaction de l'homme avec son environnement au sens large, se fait au travers de la communication, c'est-à-dire d'échanges d'informations à de multiples niveaux. Ces échanges se structurent, des règles relationnelles s'instaurent, que ce soit dans notre famille, dans nos groupes

d'appartenance, dans notre milieu professionnel, dans notre groupe culturel, etc. Nous sommes influencés par les personnes de notre entourage et nous les influençons. Tout comportement (ou communication au sens large) s'inscrit dans ces boucles ou dans ces réseaux d'interactions.

Si les organismes vivants ont besoin de l'énergie procurée par leur métabolisme pour se mouvoir, se développer, etc. l'élément capital qui déterminera leurs réactions, leur comportement, c'est le passage d'information (et tous les processus qui sont impliqués dans son traitement : le codage, la classification, le mode d'organisation, etc.)

Pour rendre compte du fonctionnement des systèmes récursifs, la logique classique ne suffit pas car elle ne permet de décrire que des phénomènes linéaires dans lesquels la causalité est réversible.

La causalité est circulaire et hiérarchisée en niveaux logiques : les informations contextuelles sont portées par les boucles de rétroactions qui permettent au système de préserver son autonomie. Pour décrire les phénomènes récursifs, irrémédiablement altérés par le passage du temps, la logique traditionnelle ne peut qu'aboutir à des paradoxes.

II.6.7. L'écologie de Bateson : Coévolution et écosystème

Bateson étudie les lois qui gouvernent la forme organique. Les différents organismes et les systèmes et sous-systèmes auxquels ils appartiennent évoluent au gré de leurs interactions. Bateson a appelé tout ce processus de changement naturel la « coévolution » (Witzeael, 2006) [244].

Les travaux de Bateson représentent une tentative de restructuration de tout notre système de pensée pour l'amener à correspondre un peu plus aux caractéristiques présumées du monde du vivant. « Tout d'abord, j'affirme que si vous voulez parler de choses vivantes, non seulement en tant que biologiste académique mais à titre personnel, pour vous-même, créature vivante parmi les créatures vivantes, il est indiqué d'utiliser un langage isomorphe au langage grâce auquel les créatures vivantes elles-mêmes sont organisées - un langage qui est en phase avec le langage du monde biologique » (Bateson, 1991) [21].

« Autrement dit, je soutiens, d'abord, que le langage est très trompeur et, ensuite, que si vous commencez, même sans grande connaissance, à envisager la possibilité de regarder le monde

avec une épistémologie biologique, vous découvrirez des concepts qui n'intéressent pas du tout les biologistes. Vous rencontrerez la beauté et la laideur. Ce sont peut-être là de vraies composantes du monde dans lequel vous, créature vivante, vous vivez » (Bateson, 1991) [21].

Il s'intéresse à toute l'organisation du réseau de communication qui relie l'homme à son environnement et jette les bases de ce qu'il va baptiser une « écologie de l'esprit » (Bateson, 1976). C'est ce processus organisationnel (néguentropique) qu'il appelle « esprit », que l'on retrouve à l'œuvre chez l'homme, mais aussi chez l'animal et même dans les grands écosystèmes, les forêts et les plages.

Pour Bateson, le processus mental est le résultat d'événements qui se produisent dans le processus d'organisation qui émerge de l'interaction entre différents éléments d'un même système. Il a souligné, dans sa conception, la structuration hiérarchisée des processus de la coévolution, tant au niveau des apprentissages individuels qu'à celui de l'évolution des espèces.

Il s'agit donc d'une approche holistique fondée sur la différenciation et l'interaction entre éléments d'un ensemble. On ne peut considérer et étudier l'individu comme une entité isolée, de même qu'on ne peut étudier un arbre sans tenir compte de l'écosystème dont il est une partie : il se développera en fonction de l'eau et des minéraux qu'il pourra puiser dans le sol, de l'air plus ou moins pollué dans lequel il croît, de l'ombre plus ou moins importante que lui feront les autres organismes vivants qui l'entourent, etc. L'arbre tel que nous pouvons le voir est le résultat d'une adaptation unique à son contexte de vie.

De la même manière, on ne peut limiter l'esprit à ce qui se passe à l'intérieur de la tête d'un individu. « Nous avons longtemps débattu pour savoir si un ordinateur pouvait penser. La réponse est non. Ce qui pense, c'est le circuit total, circuit qui peut comprendre un ordinateur, un homme et un environnement. On pourrait tout autant se demander si un cerveau peut penser et, à nouveau, la réponse serait « non ». Ce qui pense, c'est un cerveau à l'intérieur d'un homme appartenant à un système qui comprend un environnement. Tracer une frontière entre une partie d'un système qui réalise la majeure partie du traitement des informations pour le système plus large, et le système auquel il appartient, revient à créer une entité mythologique qu'on appelle habituellement un « soi » » (Bateson, 1979) [20].

Lorsqu'un organisme doit s'adapter à son milieu, il doit maintenir son intégrité en compensant les agressions de son environnement grâce à un mécanisme de feedbacks continus.

Il en va de même pour l'homme qui évolue, apprend, change : tout comme il apprend à tenir compte de la pesanteur pour se déplacer (grâce à une série d'essais et erreurs corrigés par les feedbacks qu'il reçoit), il apprend à se comporter socialement en s'adaptant aux contraintes de ses relations interpersonnelles, sa famille, ses groupes d'appartenance, les différents membres de la société dans laquelle il vit, etc.

Il arrive cependant que, dans des circonstances particulièrement difficiles, lorsque l'individu est confronté en permanence à des conditions qui poussent son organisme près des seuils de fonctionnement « normales », ce processus correcteur s'avère insuffisant pour rétablir les conditions optimales de fonctionnement. Pour survivre, il devra alors, dans la mesure du possible, recourir à des changements plus fondamentaux, plus profonds, qui concernent cette fois une constellation de variables et qui nécessitent la modification de la norme de fonctionnement de l'ensemble du système.

Ces modifications plus profondes, d'un niveau logique supérieur, ne doivent cependant pas entraver le processus adaptatif continu ; aussi, pour céder la place aux régulations par feedbacks, elles doivent passer à l'arrière-plan, c'est-à-dire ne pas faire écran pour la perception d'informations nouvelles sur le milieu. La plupart de ces méta-informations et deviennent plus difficiles à modifier.

II.6.8. Erreurs de type logique

Le système de la pensée consciente véhicule des informations de son environnement. Ces informations sont déformées ou sélectionnées, puis sur base de nos représentations, nous définissons des objectifs, des buts et des moyens pour les atteindre. Mais, ce faisant, nous ignorons volontiers l'aspect circulaire des boucles de régulation du monde de la coévolution, que nous remplaçons par une structure linéaire. Nous ne tenons pas compte, le plus souvent, de la nature systémique ou cybernétique des régulations naturelles.

Cette absence de reconnaissance et de compréhension de la relation se traduit de multiple façon dans notre vie quotidienne. Nous attribuons des qualités intrinsèques à des parties de nos structures (mentales ou sociales...), nous dit Bateson : « nous étudions les fous, les immigrants, les

délinquants. Nous devons nous couper d'eux pour être « objectifs ». Nous pratiquons donc des amputations successives de notre esprit et nous voulons alors en contrôler les réactions. Les différences deviennent des séparations, les séparations des oppositions. « Ils sont comme cela ! », donc il faut les changer, donc il faut imposer notre volonté. ».

Cette erreur systémique, cette croyance selon laquelle une partie peut contrôler le tout conduit à des impasses et des conflits. Nous finissons par déclarer la guerre aux parties aliénées de notre propre corps et esprit, tant d'un point de vue individuel que social, tout comme nous l'avons fait pour notre environnement. Il faudrait, insiste-t-il, oser considérer les caractéristiques de l'ensemble de ce vaste système dont nous faisons partie. « Il y a un proverbe qui dit que ceux qui vivent dans des maisons de verre - et surtout ceux qui partagent des maisons de verre - feraient bien d'hésiter à se lancer des pierres » (Bateson, 1991) [21].

Il a bien souvent regretté la méconnaissance de ces niveaux logiques (et ses conséquences) dans le monde scientifique. Il souligne, par exemple, que de nombreuses approches thérapeutiques confondent les apprentissages de simples conduites avec ceux qui concernent des classes de comportement. C'est ainsi que, pour lui, les conduites exploratoires, l'accoutumance, le jeu et même le crime devraient être envisagés comme des apprentissages plus généraux, donc plus abstraits et plus profonds que de simples conditionnements. « Ce ne sont pas des noms d'actes spécifiques mais bien de classes d'actions, et c'est la façon dont l'organisme perçoit le contexte dans lequel il ou elle agit qui détermine leur classification. Dans le cas du jeu, les joueurs ne comprennent pas facilement qu'une punition, ou l'interdiction de certaines actions, puisse mettre un terme au jeu. (...) L'exemple du crime est plus catastrophique. « Crime » n'est pas le nom d'un acte. Comme le « jeu », c'est le nom d'un agrégat d'actions classées ensemble sous l'égide d'une vision semblable du contexte dans lequel les actes doivent être accomplis. Dans le cas du crime, les actes sont en partie dirigés contre les autorités qui les interdisent. Il est évident que le fait de punir des actes spécifiques repérés par un policier ne conduira pas à une extinction de la perception du contexte qui caractérise la classe des actes du criminel. Vous ne pouvez faire en sorte qu'un homme ne soit plus un criminel (quoi que cela veuille dire) simplement en punissant un acte qu'il a commis. Nous allons continuer à le faire, même si 5000 ans de tentatives ont prouvé que ça ne marche pas » (Bateson, 1991) [21].

Changer notre relation aux exclus plutôt que vouloir lutter contre l'exclusion. Voilà peut-être une base de réflexion ; que voulons-nous que cette relation devienne ? Il ne sert probablement à rien

de vouloir se protéger, les murs ne sont jamais assez hauts pour se protéger des exclus mais nous pouvons les traiter comme des êtres responsables, comme des partenaires.

Bateson souhaite voir les scientifiques renoncer à la « vision simple » du dualisme et les invite dans cette double approche globale, faite à la fois de rigueur analytique et d'imagination intégrative. Elle définit le contexte et situe la perception du particulier, des éléments. Elle est globale et réunit l'observateur et l'observé.

L'approche que Bateson préconise consiste à intégrer notre démarche scientifique habituelle, prosaïque, digitale, qui reçoit les images du monde extérieur comme si elles étaient indépendantes de nos organes des sens à une approche globale, métaphorique, une démarche réflexive qui nous permet de déceler, dans les formes du monde extérieur, un écho de notre propre nature biologique.

Nous trouvons une forme belle ou laide lorsque nous devenons sensibles à la structure qui nous relie aux différentes parties de notre observation. Nous écoutons une explication, nous en saisissons les bribes, les parties, et, subitement, nous comprenons, c'est-à-dire que des liens émergent, structurent et organisent les différents éléments de l'explication. Cette « étincelle » est « un exemple élémentaire de ce qui se trouve à la base de la beauté, à la base du sacré » (Bateson, 1991) [21].

« La monstrueuse pathologie atomiste que l'on rencontre aux niveaux individuel, familial, national et international - la pathologie du mode de pensée erroné dans lequel nous vivons tous - ne pourra être corrigée, en fin de compte, que par l'extraordinaire découverte des relations qui font la beauté de la nature. » (Bateson, 1991) [21].

III. TROISIEME PARTIE : L'ENTRETIEN FAMILIAL

III.1. Le cadre thérapeutique

III.1.1. La demande d'un accompagnement

Chez l'enfant et l'adolescent, la motivation à prendre soin de soi et l'acceptation de s'ouvrir aux autres sont rarement spontanées, et c'est au travers des dysfonctionnements et des contraintes que s'exprime la demande. Une contrainte qui ne peut être dite est un appel aux autres à intervenir (Jeammet, 2007) [116].

La demande des enfants et des adolescents ne s'exprime pas directement mais passe par les parents. Un enfant qui se met en échec à un niveau ou un autre est un enfant qui demande l'intervention d'un tiers. Un tiers qui soit hors de la famille.

Il importe donc de ne pas méconnaître les phénomènes d'amplification existants entre les parents et leur enfant, et les paradoxes des enjeux de dépendance et d'autonomie.

Pour que l'enfant puisse passer du geste à la parole, les soignants doivent prêter attention aux signes de dysfonctionnement relationnel, comme autant de messages codés qu'ils doivent repérer pour interroger l'adolescent sur les paradoxes qui sont les siens.

III.1.2. Le travail avec la contrainte

Dans le cadre des troubles des conduites, les thérapeutes sont habituellement confrontés au paradoxe d'avoir à aider des patients qui ne le demandent pas (Cottencin et al., 2009) [49]. Le thérapeute alors se trouve dans une double contrainte, désigné à la fois par le corps familial (ou social) autant comme un aidant que comme un outil de coercition, au risque de remettre en cause le travail avec la demande, la motivation, l'alliance thérapeutique, le respect de l'autonomie, etc. Lorsque l'enfant ou l'adolescent vient sous la contrainte, l'alliance thérapeutique avec lui est a priori réduite et impose certains réaménagements.

Si, dès le premier entretien, un tel patient élabore au moins une plainte, il est clair que le sujet de sa plainte ne sera pas tant une gêne pour lui qu'une gêne pour les autres. La question du thérapeute est donc de ne pas juger un tel comportement, mais de prendre conscience de la situation afin de ne pas s'évertuer à aider à changer un patient qui ne le demande pas.

En effet, méconnaître la parole de l'intéressé conduit bien souvent le thérapeute à se heurter à un mur de résistance qu'il aura finalement lui-même induit, car un patient contraint aux soins est précisément contraint de résister au changement qui lui est imposé. Se sentant incompris ou inconsideré, il ne pourra que mettre en échec toutes les propositions de soins. Et si la contrainte peut être considérée comme un facteur de résistance, ne pas la considérer, c'est prendre le risque de créer la résistance au changement.

La contrainte est un facteur insuffisant à elle seule pour créer de la résistance. Si elle se trouve au milieu de la relation thérapeutique, la tentation du thérapeute sera naturellement celle de l'escalade symétrique, de la persuasion directe, voire du rejet.

En considérant la contrainte de la consultation comme partie intégrante de la demande soins, le thérapeute peut construire une nouvelle alliance thérapeutique reconnaissant autant les objectifs du sujet (échapper à la contrainte) que ceux du demandeur (arrêter la conduite)

L'objet de la plainte de l'enfant ou de l'adolescent est, en effet, le plus souvent différent de celui de la demande parentale.

Fisch et al. proposent, dans ces cas, de « renégocier le contrat » vers une plainte pour laquelle il serait réellement motivé à faire évoluer la situation (Fisch et al., 1982) [67]. Les auteurs partent du postulat que si un patient n'adhère pas à l'objectif thérapeutique initialement annoncé, il existe une plainte sous-jacente, différente de la demande initiale, pour laquelle il serait motivé à faire évoluer la situation.

Un sujet contraint n'a en général que trois options face à la contrainte : il accepte, il refuse ou il négocie s'il reconnaît qu'il y a un problème même s'il n'adhère pas à la définition du demandeur.

Le thérapeute peut alors prendre une position de médiateur entre deux visions du monde (celle des parents et celle du patient). Si le patient adhère à ce nouveau contrat, le travail thérapeutique pourra commencer, l'objectif pouvant être secondairement élargi.

III.1.3. Objectifs de l'accompagnement

L'accompagnement vise à introduire et porter le rôle d'un tiers sécurisant (Epelbaum C., 1998) [61], ce qui suppose de nouer des relations de confiance avec la famille et ses différents membres. Une alliance n'existera que si les parents sentent les soignants concernés par la globalité de ce qu'ils vivent.

L'objectif de l'accompagnement est de restaurer le travail d'élaboration psychique alimenté par un plaisir de fonctionnement le plus large possible, qui s'étaye sur l'objet d'une façon la moins conflictuelle possible. Créer les conditions d'un cadre contenant, autorisant un travail de subjectivation des contenus, demande d'abord la levée des obstacles à l'ouverture d'un espace de transition, d'échange, de partage et d'élaboration.

Sans renforcer les réactions de défenses narcissiques ou de relations d'emprise, le travail d'accompagnement cherche à créer les conditions d'une relation tolérable, tout en s'appuyant sur une lecture clinique qui peut aider l'adolescent à structurer des représentations inconscientes.

Il consiste à stimuler et utiliser au fur et à mesure de leur apparition les capacités de narration, de métaphorisation, de liaison, de symbolisation. L'accompagnement de l'enfant et de l'adolescent se couple avec celui de ses rapports à ses parents.

III.1.4. Accompagnement des parents : aménagement de la parentalité

Les remaniements des interactions parents-enfant sont au cœur du processus de l'adolescence et il serait illusoire de penser l'adolescent isolément ; « Tout ce qui s'est passé dans l'enfance influence le présent, tout ce qui se passe dans le présent pour l'adolescent se retrouve chez les parents » (Epelbaum, 1998) [61].

Les parents d'un enfant ou d'un adolescent dont le comportement est problématique sont toujours blessés et culpabilisés dans leur propre narcissisme parental. Ils sont en proie à des fantasmes de catastrophe en rapport au comportement de leur enfant. Par ailleurs, l'organisation familiale est remaniée par l'adolescence ; chacun doit trouver une nouvelle place, de nouvelles

marques, de nouveaux investissements, et le couple parental n'échappe pas à ce mouvement. Les parents doivent pouvoir vivre les changements et non en être dépossédés.

Au cours des entretiens, les parents procèdent à des réorganisations fantasmatiques. Si les émotions suscitées par les changements peuvent se dire et se parler, la pensée peut s'ouvrir en dehors de la peur inhibitrice de l'avenir, pour trouver à chacun un rôle dans le temps présent. Il s'agit d'accompagner l'évolution des représentations et les réajustements parentaux.

Accompagner les parents a pour but de permettre à l'enfant de voir sa propre image dans leurs yeux, comme celle d'un être qu'il est possible d'investir d'amour. Regard narcissique fondateur, que l'adolescent doit se réapproprier dans un sentiment d'estime de soi, pour pouvoir tisser des liens ambivalents d'adultes à adultes.

Les parents de l'adolescent doivent se faire suffisamment confiance pour penser avoir transmis les ressources suffisantes à leur enfant, et que celui-ci saura les utiliser à son propre compte et avec compétence. Le message maternel s'articule au message paternel. Ils constituent ensemble le message du couple originaire auquel doit pouvoir se confronter ou se conformer tout adolescent (Voizot, 2007) [224].

Accompagner les parents dans leur long cheminement demande de ne jamais prendre leur place dans la relation avec leur enfant, et suppose de leur reconnaître des valeurs et des capacités parentales, malgré les doutes, l'ambivalence, les émotions qui peuvent les submerger.

III.1.5. Subjectivation à l'adolescence

L'adolescent cesse de se vivre comme un enfant, censé obéir à ce qu'on lui dit de faire pour son bien, et aspire à devenir le partenaire d'un contrat de soin. Un nouveau lien se crée, une nouvelle alliance thérapeutique dans laquelle le jeune patient doit trouver la place et les ressources pour pouvoir discuter et exprimer un choix thérapeutique et sa position dans le sens d'un refus, d'une acceptation, ou bien d'un aménagement (Alvin et al., 2003) [6].

L'adolescent doit devenir sujet de ses soins, de sa vie et de son histoire propre. Cette subjectivation implique l'engagement d'une passivité certaine à la quête d'une certaine maîtrise.

Les entretiens familiaux permettent une prise de parole qui introduit l'altérité, un type de parole circulaire qui cherche à décrire la pensée de l'autre. Cette parole qui rend possible l'identification à un tiers différent, porte-parole de quelqu'un d'autre que soi, qui rend la capacité de figuration permettant à chacun de ses membres de s'individualiser. Approcher les familles dans une écoute favorisant les récits familiaux, peut éclairer les histoires sous un autre angle, notamment autre que médical.

La dimension spéculaire de l'intervention du tiers réside dans sa capacité à parler de façon adéquate du sujet devant lui-même et son entourage, et de le faire exister. Il s'agit de trouver un style de parole subjectivante, qui s'opposerait à une parole objectivante, factuelle. Un style qui présente au sujet son image d'une façon acceptable avec les éléments de la réalité.

Chaque enfant se structure avec son héritage propre, qui transmet les images auxquelles il peut s'identifier. C'est dans la qualité de présentation du contexte dans lequel les parents ont vécu leur propre adolescence qu'ils pourront transmettre à leurs enfants et petits-enfants les repères permettant à ceux-ci de se dégager de l'emprise du message de conformité.

III.1.6. Espace transitionnel

Un espace de transition permet de travailler la sécurité interne, de créer un territoire autonome dégagé des imagos, et d'aménager l'angoisse de séparation.

L'intégration et l'acceptation au sein d'un groupe de pairs, ainsi que la capacité à établir des relations satisfaisantes dans les groupes d'âge est un facteur important de distanciation enfant-parents, mais la possibilité d'ouverture ou de diversification relationnelle est parfois réduite.

L'utilisation d'un registre tiers à travers une relation de médiation est souvent plus opérante chez l'adolescent qu'une formulation trop directe, et par là même intolérable. Un objet culturel (un livre, un film...) est une occasion d'échanges dont les contenus sont susceptibles de façon plus ou moins allusive d'aborder et de travailler le rapport de l'adolescent à ses représentations. Il ouvre un espace intermédiaire, un jeu d'identifications réciproques, voire de connivence ou de complicité dans l'allusion, l'humour et les non-dits.

Le jeu est un véritable outil thérapeutique (Winnicott, 1975) [242]. Il permet de construire et d'établir une aire intermédiaire à distance des conflits majeurs. Il aide à exprimer les craintes, les doutes, les questionnements par la construction de scénarios, et à mettre en scène des angoisses trop difficiles à dire. Qu'elles soient trop intenses, trop excitantes, que l'adolescent n'ait pas les mots pour les dire, ou bien encore, qu'il ne s'y sente pas autorisé.

Ce qui s'y joue et ce qui s'y dit, souvent, ne semble se situer qu'au niveau narratif. Mais le jeu permet un remaniement dans la mise en forme des problématiques portées par l'adolescent, et autorise une nouveauté dans les liens et les échanges, l'histoire, la généalogie, les interrelations du sujet avec autrui. Par des jeux plus ou moins symboliques, un espace s'ouvre sur un terrain plus sécurisant, où des pulsions agressives peuvent se décharger sans se retourner contre lui (Graindorge, 2005). Il s'agit d'un espace de rencontre où puisse se développer une aire d'échange et de plaisirs partagés pour se rendre compte du plaisir qu'il y a là à fonctionner indépendamment des parents.

III.1.7. Narration et fonction signifiante

Le travail psychique est paradoxal puisque d'une part il cherche et favorise l'élaboration d'une mise en sens et que d'autre part il doit tolérer l'absence de signification et déconstruire les significations trop univoques. La narration est nécessaire pour rechercher un sens et introduire des liens de causalités. C'est un récit vivant, une construction toujours susceptible d'être déconstruite et remaniée.

Korffe-Sausse nous rappelle qu'il est impératif de distinguer le sens donné une fois pour toute, avec toute la fermeture qu'il entraîne, de la fonction signifiante, à savoir la possibilité de pouvoir donner des significations multiples, changeantes, contradictoires et successives, avec des glissements de sens et des questions qui interprètent l'évènement selon un modèle totalement différent quant au rôle respectif des différentes causes possibles. Cette position qui consiste justement à ne pas trancher implique également la capacité à tolérer la non-signification ou la relativité de toute signification (Korff-Sausse, 1997) [129].

III.2. Le cadre familial

III.2.1. Histoire et mythes de famille

Toute histoire familiale trouve ses origines dans l'histoire du couple fondateur, qui implique la question du choix du partenaire. Le couple se constitue à partir d'un accord et de résonances partagés d'affinités et de phénomènes plus ou moins conscients et intriqués aux processus biologiques (Hirsch, 1980) (Miermont, 1993) [105, 167]. Les rituels de séduction provoquent les rencontres et amènent par la suite, à resserrer les relations qui débouchent sur des formes particulières et intimes d'attachement, puis de rapports ritualisés (Neuburger, 2003) [177].

Le rituel est l'opérateur qui permet l'établissement d'unités sociales et correspond, au sens large à tout échange de comportements entre deux ou plusieurs personnes, et dont la fonction est de créer, de renforcer ou de dissoudre des liens (Miermont, 2001) [198]. Les rituels d'appartenance et d'inclusion assurent la jonction des relations familiales et sociales (Neuburger, 2003) [177]. Les rituels d'appartenance participent au maintien et à la cohésion des groupes ; une personne, par sa participation active comme faisant partie du groupe considéré, et par le tribut payé d'un certain conformisme d'appartenance, gagne paradoxalement en individualité. Les rituels d'inclusion, par contre, ont tendance à gommer les différences individuelles en reliant des personnes indépendamment de leur adhésion personnelle, tels que l'école et le monde du travail. L'individuation se négocie dans la liberté d'un certain jeu entre ces deux polarités de l'activité ritualisée (Miermont, 1993) [167].

La réalisation du couple par l'union ritualisée est la création d'une identité à travers une histoire partagée qui présente un versant intime et privé, et un versant public et social. Il devient un système qui produit ses propres règles, en principe acceptées par chacun des partenaires et reconnues par l'entourage. Faire le choix de vivre à deux revient à créer une personne morale commune, un personnage social qui modifie les représentations perçues par l'environnement familial et social. Les partenaires cherchent à se frayer un chemin entre « l'intime du couple » (amour, fidélité, sincérité) et « les normes sociales » (les différents conformismes du sexe, de l'éducation, du travail, des amis, de la famille...) (Neuburger, 1997) [175]. Les mythes des familles d'origine sont revisités par le couple naissant qui cherche à en constituer un nouveau, qui soit commun.

Le mythe familial décrit le système de croyances partagées et intégrées par tous les membres de la famille, concernant la description des comportements, des rôles et des statuts de chacun. Il permet de dessiner les limites de la cohésion groupale (Ferreira, 1963) (Ferreira, 1981) [64, 65]. Ces croyances sont le plus souvent implicites, non verbalisables tant qu'elles restent fonctionnelles, et incontestées par tous ceux qui s'y trouvent impliqués. Le mythe fonctionne comme une chose sacrée et tabou : « Pour la famille, le mythe « explique » le comportement des individus dans la famille tandis qu'il cache ses motifs ; et souvent, il devient une formule afin d'agir à certains points définis de la relation » (Roussel, 1989) [198].

Le mythe familial est plus ou moins restructuré, modifié ou prolongé lors de la constitution du couple, par les effets de transmission de la mémoire familiale (Neuburger, 2003). Les deux partenaires sont pris dans un réseau de règles et de principes conscients, préconscients et inconscients qui fondent leur couple, tant pour eux-mêmes que pour leur entourage familial et social.

Les mythes familiaux conditionnent la tonalité des échanges. Les mythes d'harmonie familiale interdisent tout conflit manifeste, imposant une image de bonheur à l'intérieur de la famille (Stierlin, 1977) [217]. Les mythes de disculpation ou de rédemption produisent volontiers des figures de héros ou de boucs-émissaires, les mythes de dysharmonie et d'affrontement précipitent les conflits et les scènes de rupture (Roussel, 1989) [198]. Plusieurs modalités d'organisation mythique ont été décrites selon les types de relation qu'ils engagent (liens sacrés, fusionnels ou contractuels), permettant de distinguer plusieurs modèles familiaux : famille-institution, famille fusionnelle, famille-« club » (Roussel, 1989) [198].

La création d'une union durable repose sur un travail de construction et d'invention partagé. La réalisation d'un jeu commun, sur la base des processus inconscients partagés, liés à l'organisation et l'intensité des fixations prégénitales et génitales prévalentes, assure la solidité des relations par un phénomène de collusion (Willi, 1982) [238]. Le savoir et le savoir-faire de chaque partenaire deviennent un patrimoine commun et partagé. Le couple produit une manière particulière de traiter les problèmes, de faire des apprentissages et de concevoir le monde.

La place et l'importance de ces différents aspects peut varier à l'extrême d'un couple à l'autre, la relation pouvant aller d'un mode fusionnel à un mode contractuel, voire d'une « SARL » (Hefez, Laufer, 2002) [98]. Entre ces deux extrêmes, de multiples déclinaisons sont possibles, plus ou

moins explorées tout au long de l'histoire du couple, de son épanouissement ou de son émoussement.

III.2.2. Attachement

Les travaux de Bowlby sur la carence de soins maternels et les réactions à la séparation servent de socle à la théorie de l'attachement dans laquelle il insiste sur le besoin pour le bébé d'avoir un lien d'attachement précoce continu avec sa mère (Bowlby, 1988) [36]. Le système d'attachement se construit en interaction entre les besoins innés du bébé et les réactions de l'environnement. Très tôt, l'enfant développe un modèle d'attachement particulier, le Modèle Interne Opérant (MIO), en fonction de l'attitude de la figure d'attachement principale à son égard. Ce lien d'attachement, intériorisé, sert par la suite de modèle de base aux relations intimes et sociales de l'individu, l'attachement étant actif « du berceau à la tombe ».

Dans le versant parental de la relation de l'enfant à ses parents, le « caregiving » a été décrit comme un système motivationnel que l'on peut traduire par « comportement de soins parental », et qui désigne l'ensemble des comportements des parents qui tendent à stimuler la proximité et le réconfort lorsque l'enfant est perçu dans une situation de détresse (Cassidy, Shaver, 1999) [44]. Différents comportements comme appeler, rejoindre, étreindre, consoler ou bercer concourent à cette attitude parentale (Guedeney N., Guedeney A., 2006) (Guedeney N., Guedeney A., 2010) [94, 95]. Le système du caregiving décrit spécifiquement la capacité des parents à apporter une protection à leur enfant. Il comprend la sensibilité des parents aux sollicitations de leur enfant, leur accessibilité psychologique, leur accordage affectif ou leur empathie, ainsi que leur aptitude à régir de façon prévisible, cohérente et adéquate, en offrant la résolution du problème ou en aidant l'enfant à trouver des solutions aux difficultés.

Ensemble, attachement et caregiving composent un système interactif de régulation émotionnel apportant protection et sécurité à l'enfant dans l'exploration de l'environnement.

Le travail de recherche dans le cadre de la « situation étrange » élaborée par Ainsworth et al. (1978) [4] a permis de différencier trois types d'attachements : « sécure », « insécure-évitant » et « insécure-ambivalent ». Les travaux de Main et al. (1990) [151] ont permis d'introduire une quatrième catégorie d'attachement de type « insécure-désorganisé », particulièrement retrouvée

chez les enfants carencés, abusés ou maltraités et chez les enfants présentant un trouble des conduites (Hess, Main, 2000) [101].

- L'attachement de type « sécuritaire » s'accompagne, chez l'enfant, d'une meilleure estime de soi et de la capacité à faire appel lorsqu'il en a besoin. Il favorise également la capacité d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour.
- L'attachement de type « insécure-évitant » : l'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaye de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents ;
- L'attachement de type « insécure-ambivalent » ou résistant. L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie d'augmentation de fonctionnement du système d'attachement et d'augmentation des signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, des difficultés à être réconforté.
- Les enfants « désorganisés/désorientés » présentent, en présence de leur figure d'attachement, des comportements ambivalents ou contradictoires, qui semblent dépourvus de stratégie cohérente de recherche de sécurité en cas de stress.

Les études longitudinales américaines et allemandes ultérieures sur l'attachement ont montré la capacité prédictive de l'attachement dit « sécuritaire », en terme de relation avec les pairs, d'aisance sociale, de stabilité de l'attention, d'affect positif, de curiosité, de capacité d'exploration, de capacité de résilience et d'empathie (Grossman KE, Grossman K, 1991) (Sroufe et al., 1990) [91, 215]. L'attachement sécuritaire n'est pas fixé la vie durant : il peut devenir insécure si les conditions d'environnement changent (traumatismes, deuils...), et inversement. Les catégories insécures, qu'elles soient résistantes ou évitantes, correspondent à des stratégies adaptatives, et ne sont pas, en elles-mêmes, synonymes de pathologie. Les différents comportements observés sont plutôt considérés comme des stratégies de l'enfant contre l'angoisse de séparation

De manière comparable à la modélisation du comportement de l'enfant, quatre types relationnels et d'attachement parental ont été décrits : « sécuritaire », « insécure-détaché », « insécure-préoccupé » et « désorganisé-non résolu ».

- Les parents « sécures » sont accessibles et disponibles. Ils sont capables de lire les signaux de leur enfant et d’y répondre de façon prévisible, assurée et ajustée.
- Les parents « insécures-détachés » montrent un faible engagement affectif dans des relations vécues sur le mode de la contrainte, du déplaisir ou du rejet. Ils présentent une réticence aux contacts physiques étroits, les tentatives de l’enfant pour initier une proximité physique étant repoussées. Ils manquent d’attention et de sensibilité aux manifestations de l’enfant, jusqu’à pouvoir ignorer la détresse de leur enfant.
- Les parents « insécures-préoccupés » affichent une préoccupation excessive dans leur relation avec leur enfant. Ils se révèlent hyper-vigilants à la moindre manifestation et volontiers contrôlant et intrusifs lors des activités autonomes de l’enfant. Ils répondent ainsi à leur propre besoin de proximité et de réassurance plutôt qu’aux besoins du bébé. Ils apparaissent inquiets du développement, surprotecteurs et irréguliers dans l’intensité de leurs réponses selon leur niveau de tension, d’anxiété ou de colère.
- Les parents « désorganisés non résolus » ont souvent une biographie marquée par des antécédents de maltraitance, d’abus ou de deuils mal résolus. Les relations avec l’enfant sont dures, abruptes, manquant de réciprocité émotionnelle envers les demandes de l’enfant. Les réponses parentales sont marquées par l’imprévisibilité et l’incohérence, avec des risques accrus de maltraitance psychique ou physique envers l’enfant.

III.2.3. Développement parental

Ellen Galinsky a proposé un modèle du développement parental dans les années 1980 qui repère six étapes dans la progression de la fonction parentale selon une succession de stades directement mis en parallèle avec les stades de développement de l’enfant (Galinsky, 1981) [80].

Le stade des représentations correspond à la construction imaginaire de l’enfant avant sa naissance marqué de caractéristiques physiques, émotionnelles et comportementales ; représentations volontiers idéalisées par des parents qui projettent les qualités souhaitées à leur enfant attendu.

Le stade de l’attachement correspond à la construction du lien avec l’enfant né et réel, doté de ses caractéristiques propres. C’est le stade de l’investissement dans les soins et les préoccupations des premières années de vie, lorsque l’enfant est dans un rapport de dépendance

complète. La construction de ce lien est facilitée lorsque l'enfant correspond aux attentes et que les conditions sont sécurisantes.

Le stade de l'autorité débute avec l'acquisition du « non » par l'enfant qui marque par là sa nouvelle compétence à pouvoir s'opposer à l'autre. Le rôle des parents évolue vers la nécessité de poser des limites, des interdits et des repères à l'enfant. Il mobilise de nouvelles compétences parentales qui dépendent de leur propre rapport à l'autorité.

Le stade de l'ouverture au monde correspond à la période pendant laquelle l'enfant entre dans les apprentissages scolaires et a besoin d'un accès à un environnement stimulant. Il reçoit et construit les connaissances et les valeurs morales qui rendent son expérience plus intelligible et conditionnent son adaptation aux exigences de la vie sociale.

Le stade de l'interdépendance correspond à l'adolescence, période à laquelle la dynamique relationnelle intrafamiliale et les processus identificatoires sont remaniés, marquée par la prise de distance avec les parents. Ceux-ci doivent modifier l'exercice de leur autorité et chercher de nouvelles positions de compromis dans les situations d'opposition.

Enfin, le stade du détachement correspond au départ du foyer familial de l'enfant. Les parents doivent s'engager dans un travail de séparation, souvent identifié à un travail de deuil, où ils doivent faire évoluer leur relation avec un sujet qui est à la fois leur enfant et un adulte.

III.2.4. Aspects de la parentalité

La notion de parentalité et les différents aspects des processus psychiques chez le sujet en devenir parent ont été développés par Racamier (1961) [190]. Grisi définit la parentalité comme l'ensemble des mécanismes psychologiques conscients et inconscients concernés par les expériences de la parenté (Grisi, 2011) [92].

Houzel et al. (1999) [112] ont proposé trois axes pour analyser ces phénomènes complexes, qu'ils ont nommé « exercice », expérience », et « pratique » de la parentalité.

L' « exercice » de la parentalité représente les éléments fondateurs et organisateurs de la parenté sur le plan symbolique. Le terme est utilisé dans un sens juridique, comme l'exercice d'un droit. Il organise les liens familiaux en situant chaque individu dans ses liens de parenté, ces liens constituant un ensemble généalogique régit par des règles de filiation et d'alliance. Il rassemble la désignation des parents, la transmission du nom, l'exercice de l'autorité parentale ou des droits de gardes ou de visites. Dans les familles monoparentales et recomposées, les liens biologiques, sociaux, juridiques sont souvent dissociés.

L' « expérience » de la parentalité désigne la part subjective de la parentalité, engagée dans le rôle et la fonction parentale. Elle accompagne le processus du « devenir parent » au sein de la personnalité de l'adulte et constitue une étape identitaire au même titre que la crise d'adolescence. Les mécanismes de projection et d'identification qui se mettent en place chez les parents à partir de l'image des enfants qu'ils avaient eux-mêmes été et des parents qu'ils avaient eux-mêmes eut (Manzano et al., 1999) [152].

La « pratique » de la parentalité rassemble les éléments réels de soins qui satisfont les besoins primaires d'alimentation, de sommeil, de protection ou de propreté, mais également de présence et d'interaction, nécessaires au développement de l'enfant. Les parents, par leur activité parentale, remplissent différentes fonctions rassemblées en cinq apports principaux : la fonction d'apaisement, la fonction sécurisante, la fonction stimulante, la fonction socialisante et la fonction de transmission transgénérationnelle des valeurs (Solis-Ponton, 2002) [214].

III.2.5. Familles nucléaires et complexité des familles recomposées

La gestion des conflits, des contraintes, des obligations et le travail de négociation sur les désaccords viennent modifier l'expérience amoureuse du couple parental. Pouvant jouer un rôle perturbateur, ils peuvent aussi, lorsque les éventuels conflits sont résolus, contribuer à forger et consolider l'identité du couple. Il n'existe pas de normes généralisables à toute situation pour qu'une union entre deux personnes soit perçue comme réussie. Des solutions satisfaisantes pour un couple pourront être considérées comme inacceptables par un autre. Chaque couple est amené à trouver des formes de compromis face à ses aspirations et ses contraintes opposées. Ces compromis se modifient et se remodelent plus ou moins tout au long des cycles de la vie personnelle, du couple, et de la famille.

Dans le temps, les couples sont confrontés à plusieurs crises (Hefez, Laufer, 2002) [98], liées à des modifications identitaires et narcissiques d'un des partenaires ou des deux. La première crise est fréquemment liée à la disparition de la cristallisation amoureuse et au deuil à faire du conjoint idéal ; la seconde à la naissance du premier enfant, qui triangule les relations et transforme le couple familial en un couple parental. Celui-ci se voit obligé de faire face à de nouvelles contraintes éducatives mobilisant de nouvelles compétences parentales, et à la redéfinition des positions par rapport aux familles d'origines. La troisième peut être liée à l'arrivée d'autres enfants, qui bouscule à chaque fois les rapports intrafamiliaux et complexifie les triangulations possibles. A ces différentes étapes se surajoutent les crises liées à la mise à l'épreuve de la fidélité, la jalousie, la gestion de la confiance et de la défiance (Bruehl, Flye Sainte Marie, 2002) [39], avec les cortèges du secret, du mensonge et de la désinformation (Neuburger, 1997) [175], les crises liées au décès d'un parent, l'apparition d'une maladie chez l'un des conjoints, la ménopause, l'andropause, le départ des enfants du nid familial, la retraite...

La famille est un groupe doué d'un certain degré d'unité et de cohésion. Elle offre à chacun une appartenance à priori indiscutable, assumable par chacun des membres et reconnaissable par tous. Elle implique le partage de représentations communes que chacun utilise dans la construction de sa propre identité, et notamment les enfants. Mais certaines crises touchent les parents aux raisons mêmes d'être ensemble, c'est-à-dire aux mythes fondateurs du couple. Le choix peut être alors, pour eux, la séparation ou le divorce.

La famille, en tant que telle, possède en règle deux qualités : être un système non équivoque d'appartenance, et posséder des références spécifiques intériorisées par les membres du groupe familial (Schmit et al., 2003) [204]. L'enfant fait l'expérience de l'appartenance à une famille ; il y est reconnu dans une place, facile ou difficile à tenir, et se construit dans la logique des références familiales.

La rupture du couple parental peut amener à plusieurs cas de figure : le célibat ou la construction d'un nouveau couple. Dans la décision éventuelle pour les parents d'une nouvelle vie commune, les liens se complexifient. Couple parental et couple conjugal se distinguent de fait et l'organisation de la famille se recompose.

La famille se perçoit le plus souvent comme recomposée lorsqu'un enfant naît du nouveau couple, mais pour autant, les couples parentaux initiaux ne disparaissent pas. Ils sont maintenus par

la responsabilité parentale, régulée par les exigences éducatives des premiers enfants, leurs problèmes et leurs symptômes éventuels, et les contraintes légales imposées par la société.

La famille recomposée se définit à partir des enfants et de leur espace de circulation (Van Custem, 1998) [221]. Une telle famille n'est pas seulement constituée par la création d'un nouveau couple ou d'une nouvelle famille nucléaire, mais comprend à la fois, la famille des parents gardiens des enfants et la famille des parents non gardiens.

Les familles recomposées sont une affaire de négociation évolutive, tant au sein de ces familles que dans le cadre des consultations familiales. « La famille recomposée sera sans cesse confrontée à des problèmes qui n'ont rien à voir avec ceux que posent les premiers mariages. Sans solutions instituées, ces familles doivent résoudre des problèmes quotidiens entraînant l'embarras, l'indécision, le conflit entre les différents membres. Non seulement les relations familiales seront complexes, car les nouvelles figures parentales ne remplacent pas les parents du premier mariage, mais en plus les familles élargies sont beaucoup plus vastes et souvent en conflit les unes avec les autres. L'obligation de dialoguer, de négocier, de chercher des compromis est bien plus grande dans une famille recomposée, car la complexité relationnelle provoque des occasions incessantes de définir ou redéfinir les relations » (Van Custem, 1998) [221].

L'enfant est amené à s'inscrire dans une nouvelle situation familiale, voire une succession de situations, que Schmit et al. (2003) [204] désignent par le terme de « constellation familiale complexe », constituée de l'ensemble des noyaux se formant autour de coparents séparés (qu'il s'agisse d'une ou plusieurs séparations successives). Soulignant le changement de nature logique du système d'appartenance de l'enfant, cette appellation désigne un groupe hétérogène de personnes liées de diverses manières par des liens de filiation ou de conjugalité, fonctionnant de fait comme un système d'interactions réunissant enfants d'une part, et adultes-parents ou beaux-parents d'autre part (Schmit et al., 2003) [204].

Les deux caractéristiques de la famille manquent dans la constellation familiale complexe : l'évidence naturelle de l'appartenance au groupe et l'existence d'un ensemble de références communes.

La famille nucléaire est le plus souvent fondée sur le désir du couple parental et son projet d'avoir des enfants, alors que c'est la réalisation de la séparation qui fonde la constellation familiale complexe. Ce nouveau schéma relationnel ne repose pas sur des désirs partagés ; son existence est

d'abord une existence de fait. La constellation familiale complexe se constitue autour d'un ou plusieurs enfants issus d'un premier couple parental séparé, sans que puisse être assumé un désir fondateur portant sur la constellation elle-même. La constellation comporte en elle-même le paradoxe d'un groupe qui ne peut se reconnaître comme groupe. Son existence est d'abord une existence de fait qui peut être en contradiction avec un vécu subjectif de non-appartenance pour les anciens conjoints et leur nouveau partenaires. La formalisation des conflits et la définition des places de chacun de ses membres nécessitent un cadre symbolique interne suffisamment clair et représente un enjeu relationnel important.

L'enfant dont les parents divorcent est pris dans un système d'appartenance complexe, composé d'au moins deux familles recomposées. Il s'agit d'un groupe hétérogène qui comprend une hétérogénéité des mythes familiaux. Son appartenance aux deux systèmes ne fait le plus souvent aucun doute pour lui, ce qui le met dans une situation différente de celle des adultes, parents ou beaux-parents. Il conserve le plus souvent un fort sentiment d'appartenance à sa famille d'origine, bien que disparue, tandis que les adultes ont tendance à s'efforcer de faire le deuil de leur relation passée.

Une fidélité, voire une loyauté au mythe d'une famille nucléaire unique continue de fonctionner au sein de la constellation familiale complexe. L'enfant se comporte comme le gardien vigilant des mythes familiaux de ses origines (Miermont 2001) [168]. Tandis que l'enfant s'est construit dans cette appartenance initiale qu'il ne peut dénier sans se renier, ses propres parents ont parfois à l'égard de leur passé conjugal commun une position de défiance pour ce qui peut représenter un échec, voire une erreur. Cette dynamique renforce des mécanismes de refoulement ou de déni susceptible d'entraîner des phénomènes d'hostilité ou de rejet à l'égard des parties non communes des familles d'origine. La difficulté ou la résistance des parents à reconnaître ou penser leur propre appartenance à une constellation familiale complexe peut contribuer à accroître les conflits de loyauté de l'enfant concerné et à l'enfermer dans des clivages objectaux.

Les motifs de consultation peuvent être liés à des symptômes présentés par les enfants, mais aussi à des difficultés liées à la renégociation des liens, des tâches éducatives des différents parents, et au besoin de reconnaissance sociale de leur nouvelle organisation. Lorsqu'un parent souhaite consulter pour un enfant, il apparaît nécessaire de s'assurer que l'autre parent séparé soit informé de cette demande de consultation et ait donné son accord.

III.3. Un enjeu transversal : l'alliance thérapeutique

La rencontre avec un professionnel de santé se fait en général dans une situation de détresse ou de menace, c'est-à-dire dans une position de vulnérabilité et réactive les émotions et les représentations liées aux modes d'attachement, qui vont conditionner les attentes vis-à-vis du professionnel (Guedeney, 2002) (Morales-Huet, 2002) [93, 171]. Un temps d'ajustement réciproque s'avère le plus souvent nécessaire et constitue l'un des premiers objectifs en consultation.

Le concept d'alliance thérapeutique est issu du courant psychanalytique (Zetzel, 1956) (Luborsky, 1976) [249, 147] et de la psychologie humaniste (Rogers, 1957) (Barrett-Lennard, 1962, 1978, 1986) [15, 16, 17]. L'étude du rôle des facteurs communs non spécifiques à une psychothérapie particulière et de l'importance de la qualité de la relation humaine dans le processus de changement a permis d'élaborer une conception nouvelle du lien thérapeutique (Strupp, Hadley, 1979) [218], que Castonguay et al. décrivent comme un facteur thérapeutique majeur (Castonguay et al., 2006) [45].

La mise en œuvre d'une relation d'aide nécessite un minimum de confiance et de représentations communes entre celui qui la demande et les professionnels qui la proposent. L'alliance thérapeutique conçoit la thérapie comme une entreprise de collaboration, et considère le thérapeute et le patient comme des joueurs d'une même équipe. L'idée d'alliance vise l'accord entre le patient et le thérapeute sur les buts et les tâches de la prise en charge et la qualité de la relation thérapeutique.

Les taux de perdu de vue et les études sur l'observance reflètent l'importance de la question en pratique clinique (Knesper, 1982) et les données empiriques de la littérature soutiennent l'intérêt des études sur l'alliance thérapeutique dans le cadre de la relation médicale ou psychothérapeutique, quelle que soient les techniques ou la théorie de cette dernière. L'alliance est considérée comme un facteur commun à toutes les thérapies, par opposition aux facteurs spécifiques, et comme un élément de la relation thérapeutique différent du transfert permettant la mise en place d'un travail de changement, au sein d'une relation thérapeutique qui semble être à elle seule un facteur d'évolution du patient (Horvath, Luborsky, 1993) (Leconte, Castongay, 1987) [111, 137].

III.3.1. Définition (approches analytique et humaniste)

Les premiers travaux théoriques et expérimentaux proviennent essentiellement d'approches psychodynamiques (Luborsky, 1976) (Zetzel, 1956) [147, 249] et centrées sur le client (Rogers, 1957) (Barrett-Lennard, 1962, 1978, 1986) [193, 15, 16, 17]. Rogers poursuit l'idée de Freud que le thérapeute joue un rôle important dans sa relation avec son patient. L'un de ses concepts centraux est que la relation offerte par le thérapeute est une condition nécessaire et suffisante pour aider le patient à résoudre ses problèmes.

Zetzel introduit en 1956 le concept d'alliance thérapeutique (*therapeutic alliance*) [249]. Il considère que l'alliance thérapeutique comprend la relation positive du patient avec le thérapeute et son identification à lui, et la considère comme un élément important pour la réussite de l'intervention. Greenson introduit en 1965 le concept d'alliance de travail (*working alliance*) (Greenson, 1965, 1967-1977) [89, 90], et l'emploi comme synonyme d'alliance thérapeutique. Il considère l'alliance comme une relation positive entre le patient et le thérapeute et comme la capacité du patient à travailler au succès de l'intervention.

Il faut souligner le rôle important des Centres de recherche en psychothérapie nord-américains dans les années 70, sur le développement du concept d'alliance thérapeutique et notamment Luborsky, pour qui la formation de l'alliance thérapeutique qu'il nomme « alliance aidante » dépend de l'expérience qu'a le patient de la relation thérapeutique comme plus ou moins aidante pour atteindre ses buts (Luborsky, 1976) [176]. Il distingue deux types d'alliance thérapeutique. L'alliance de type I désigne l'expérience qu'a le patient du thérapeute, vécu comme aidant ou potentiellement aidant. L'alliance de type II désigne l'expérience qu'a le patient du traitement, comme processus de travail, effectué conjointement entre lui et le thérapeute vers des buts assignés. Luborsky a développé avec son équipe une série d'instruments mesurant ces deux types d'alliance, permettant ainsi le passage du concept théorique de l'alliance thérapeutique à son évaluation quantitative, et peuvent être utilisables soit par des observateurs, soit par le patient ou encore par le thérapeute.

Les conceptions divergentes de l'alliance et les difficultés de sa définition peuvent faire l'objet de discussions, voire de controverses. Luborsky et al., par exemple, décrivent l'alliance comme le soutien et l'impression de collaboration vers un but commun que le patient perçoit de la part du thérapeute (Luborsky et al., 1983) [148]. Frieswik et al., par contre, définissent l'alliance comme la collaboration active du patient dans les tâches du traitement (Frieswik et al., 1986) [78]. Outre la

notion de lien relationnel et d'accords sur les buts de la thérapie, d'autres auteurs soulignent l'importance de l'accord sur les tâches à réaliser (Horvath, Symonds, 1991) [109]. Ces différentes positions peuvent se concevoir comme distinctes mais comme toutefois dépendantes et complémentaires.

Bordin propose la conception de l'alliance la plus reconnue, pour qui les trois principales dimensions de l'alliance thérapeutique sont les tâches, les objectifs et le lien (Bordin, 1979) [31]. La dimension des tâches porte sur les activités dans lesquelles le patient et le thérapeute s'engagent pendant l'intervention, et la façon dont le patient considère que les tâches correspondent à ses attentes et les trouve confortables. Le confort dans cette dimension se réfère au degré d'aise ou d'anxiété que le patient éprouve par rapport aux tâches. La seconde dimension, celle des objectifs, se réfère à la définition du problème pour lequel le client sollicite une aide. La dimension du lien se rapporte à la qualité affective de l'alliance, et inclut des aspects de la relation patient-thérapeute comme la confiance, la sollicitude et l'engagement. Le lien est la réponse émotionnelle du patient au thérapeute et ses effets, à savoir que le thérapeute devient une personne significative et un objet chargé d'émotion pour le patient, et que celui-ci perçoit que le thérapeute s'engage et se préoccupe de lui. Les trois dimensions de l'alliance de travail sont interdépendantes.

Les relations de transfert et d'alliance coexistent et s'influencent mutuellement. La relation médecin patient oscille entre des périodes où domine l'alliance, et des périodes où domine le transfert (Greenson, 1967) [90]. Contrairement au transfert, l'alliance ne va pas de soi car elle constitue un problème co-construit et partagé avec le patient, où la contribution du thérapeute et du patient sont en interaction. L'union positive du patient et du thérapeute contre la souffrance de ce dernier, à la base de l'alliance, se distingue des projections inconscientes du patient sur le thérapeute, à la base du transfert (Bordin, 1994) [32]. Le contre transfert influence également l'alliance, celle-ci étant favorisée par une surveillance attentive par le thérapeute de ses réactions contre-transférentielles.

III.3.2. Approches cognitive et systémique

Safran et Muran développent une approche cognitive de l'alliance thérapeutique qui suggère que des structures cognitives centrales organisent la signification perçue des actions de quelqu'un d'autre et donc le comportement interpersonnel. Selon ce modèle, les structures cognitives

dysfonctionnelles activent des cycles cognitifs interpersonnels conduisant à des attentes et un comportement inadaptés, les conséquences interpersonnelles et comportementales venant par la suite confirmer les attentes dysfonctionnelles. L'équipe de Safran travaille sur les ruptures de l'alliance qui se produisent généralement quand les actions du thérapeute confirment la structure cognitive dysfonctionnelle du client (Safran, Muran, 2000) [201].

Le modèle systémique de l'alliance thérapeutique permet l'incorporation du concept d'alliance thérapeutique dans une approche familiale (Pinsof, 1995) [185]. Pinsof propose un modèle systémique qui se conçoit comme une interaction entre les systèmes du client et du thérapeute, où l'alliance qui unit les systèmes du client et du thérapeute crée un système thérapeutique efficace. Il se compose de tous les différents aspects de la relation entre ces deux systèmes et à l'intérieur de ces systèmes concernant la capacité à investir mutuellement et à collaborer dans les tâches et les objectifs de la thérapie, « allant de l'attraction sexuelle à l'identification raciale ou ethnique, en passant par les sentiments de confiance et de respect ». Les deux composantes critiques de l'alliance sont l'investissement psychologique que chacun des systèmes apporte à la relation, et la capacité de chaque système à collaborer pour qu'un changement se produise dans le système du client. Le modèle de Pinsof de l'alliance systémique se fonde sur la dimension interpersonnelle d'une part et la dimension du contenu de l'alliance (Pinsof, 1994, 1995) (Baillargeon et al., 2005) [184, 185, 10].

La dimension interpersonnelle de l'alliance considère quatre niveaux du système thérapeutique : le niveau des alliances individuelles, celui des alliances sous-systémiques, celui des alliances avec le système familial, et enfin celui des alliances intrasystémiques. L'alliance individuelle se produit entre les individus des systèmes du thérapeute et du client. Les alliances sous systémiques portent sur les alliances entre le thérapeute et les sous-systèmes du thérapeute (les équipes de soin) avec différent sous système du système du client (les parents, la fratrie, l'école...). L'alliance avec le système entier se définit comme l'alliance entre le système du thérapeute et celui du client. Les clients détiennent une alliance non seulement avec le thérapeute, mais aussi avec le système dont fait partie le thérapeute (l'hôpital et le système de soins). L'alliance intrasystémique se définit comme l'alliance entre les individus et les sous-systèmes à l'intérieur, soit du système du client, soit du système du thérapeute. Par rapport au système du thérapeute, les alliances intrasystémiques portent sur l'alliance entre le thérapeute et les membres de l'équipe thérapeutique. Quand différents thérapeutes travaillent différents sous-systèmes du même système du client, l'alliance intra systémique entre eux peut jouer un rôle dans le résultat de la thérapie.

Chaque niveau de l'alliance s'influence mutuellement, et constituent ensemble l'alliance totale. Certains niveaux peuvent jouer selon les cas un rôle plus sensible que dans la détermination de la force de l'alliance totale, selon sa capacité à faciliter les changements adaptatifs.

La dimension du contenu s'appuie sur la conception tripartite de l'alliance thérapeutique de Bordin dont on a vu les trois aspects que sont les tâches, les objectifs et les liens.

III.3.3. Approches empiriques

L'alliance thérapeutique est aujourd'hui l'une des variables de processus psychothérapeutique les plus étudiées (Rodgers et al., 2010) [192]. La validation d'échelles de mesures du concept, possédant des propriétés psychométriques voisines et comparables, a permis de réaliser un nombre important de recherches quantitatives, et les travaux récents accordent une reconnaissance croissante au rôle de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité d'une thérapie. Elles se différencient essentiellement par les dimensions observées. Un modèle contextuel, centré sur le rôle des facteurs non spécifiques du processus thérapeutique, lié à une psychothérapie particulière et sur l'importance de la qualité de la relation humaine dans le processus de changement, vient remplacer le modèle médical fondé sur la spécificité des traitements (Piper et al., 2005)[187].

Les différentes hypothèses concernant le rôle de l'alliance en tant que facteur de changement ne sont pas sans soutien expérimental. Trois grands courants de pensée se distinguent pour aborder l'alliance thérapeutique comme facteur de changement durant le travail thérapeutique. Un premier courant, « pharmaco-thérapeutique », considère l'alliance comme un facteur qui influence l'observance thérapeutique, et notamment la prise médicamenteuse, et potentialise en ce sens l'activité spécifique du traitement prescrit et par conséquent le résultat de la thérapie (Docherty, 1989) [54]. Un autre courant aborde l'alliance thérapeutique comme un facilitateur de la thérapie, encourageant l'intervention thérapeutique, et puisant son efficacité de la perception de collaboration en vue d'un but commun (Kozart, 2002) [132]. Elle favoriserait la co-construction d'un espace interpersonnel de sécurité au sein duquel le patient sera plus à même de réaliser les tâches nécessaires à la progression du travail thérapeutique. Enfin, un troisième courant considère l'alliance comme un facteur actif en lui-même, notamment par les cycles de rupture et de réparation du lien, grâce auxquels le patient va pouvoir adopter de nouvelles stratégies relationnelles avec l'aide du thérapeute (Hovart, 2000) [110].

Les difficultés à cerner les facteurs actifs jouant sur le changement dans une psychothérapie motivent l'intérêt pour la recherche empirique. L'alliance apparaît liée au patient, au thérapeute, à l'interaction patient/thérapeute, et enfin aux techniques thérapeutiques. Certaines caractéristiques du patient semblent favoriser la mise en place d'une bonne alliance qui peuvent se regrouper en trois grandes catégories : les aspects diagnostiques (la gravité du diagnostic allant dans le sens de l'alliance), les capacités interpersonnelles (relations sociales), et les dynamiques intra-personnelles (motivation de changement, les relations d'objet, les styles d'attachement) (Hovart, Symonds, 1991) [109]. Le thérapeute influence aussi la prise en place de l'alliance à travers des caractéristiques personnelles telles que la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la chaleur, l'intérêt, l'assurance et l'ouverture (Alexander, Luborsky, 1986) [5]. De plus l'empathie, la congruence et l'estime du patient ont émergé en tant que prédicteur d'une bonne alliance (Hersoug et al., 2001) [102]. D'autres caractéristiques nuisent à l'alliance, à savoir, la rigidité, l'incertitude, une attitude critique, distante, tendue et distraite (Ackerman, Hilsenroth, 2003). L'interaction entre le patient et le thérapeute apparaît comme un facteur important pour la mise en place de l'alliance thérapeutique (Derubeis et al., 2005) [52] mais peu d'études ont évalué les contributions relatives du patient, du thérapeute et de leur interaction, et ont donné des résultats contradictoires et divergents (Baldwin et al., 2007) (Rodgers et al. 2010) [11, 192]. Enfin, certaines techniques thérapeutiques semblent jouer sur l'alliance, notamment la reformulation, la notification des succès thérapeutiques passés, la justesse des interprétations, la facilitation de l'expression des affects et l'attention portée aux expériences du patient qui influent de façon favorable sur l'alliance (Ackerman, Hilsenroth, 2003) [1].

L'alliance se forme le plus souvent en début de thérapie, au cours des cinq premières séances (Hovarth et al., 1993) [108], et la majorité des auteurs décrit le niveau de l'alliance comme variable au cours de la thérapie. Deux méta-analyses (Horvath, Symonds, 1991) (Martin et al., 2000) [109, 154] retrouvent des résultats concordant en faveur d'un lien statistique entre l'alliance précoce et le devenir des patients au décours du traitement. Les travaux incluent en majorité des thérapies psychodynamiques, gestalt, cognitives et intégratives. Cette même association entre alliance précoce et devenir a été décrite au sein des thérapies familiales (Perreira et al., 2006) [183] et des thérapies brèves (Wampold, 2001) (Wettersten et al., 2005) [226, 233]. Certaines études ont mis en évidence une association entre l'amélioration symptomatique précoce et l'alliance (Barber et al., 2000) [13] ainsi qu'un lien entre le devenir clinique et les attentes envers la thérapie (Meyer et al., 2002) [164].

III.3.4. Limites de l'alliance thérapeutique

Pour les professionnels de l'enfance, l'interlocuteur est multiple, qu'il s'agisse de la famille ou bien des intervenants extra-familiaux (école, pédiatre, services sociaux...), et il s'agira dans un premier temps, de nouer une relation dans laquelle les parents et l'enfant se sentiront suffisamment en sécurité, afin qu'ils puissent se sentir autorisés et prêts à aborder les représentations trans-générationnelles et conflictuelles. Les parents doivent s'adapter aux capacités de leur enfant et le thérapeute à celles de chaque famille. Celui-ci se trouve confronté à deux tâches importantes : repérer les difficultés d'alliance et poser les conditions pour la favoriser.

On peut différencier deux grands types de difficultés dans l'alliance qui peuvent s'associer. D'une part, les difficultés dans la mise en place d'un lien stable et sûr, et d'autre part, les difficultés liées à un décalage entre les représentations de la famille et des professionnels quant aux tâches ou aux objectifs (Hervé, Maury, 2004) [103].

Les épreuves éprouvées par les complications relationnelles peuvent venir réveiller chez les parents des émotions caractéristiques d'une relation d'attachement insécure (Main et al., 1991). Les émotions correspondantes risquent de nourrir et de renforcer un sentiment profond d'incompétence et peuvent poser des difficultés dans la mise en place d'un lien stable et sûr, en particulier si elles sont projetées sur le thérapeute. Il s'agit pour lui alors de garder une considération suffisante pour les parents. L'alliance passe d'abord par une diminution des angoisses des parents et de l'enfant, et par la réintroduction d'une estime suffisante d'eux-mêmes. Les patients ayant eu des relations précoces problématiques ont essentiellement besoin de former une relation gratifiante avec le thérapeute plutôt que d'explorer leur pattern relationnel dysfonctionnel (Gaston, 1990) (Piper, McCallum et al., 1993) [82, 186]. Souligner les similarités entre des relations difficiles et la relation d'aide affaiblit en général l'alliance ; il s'agit plutôt d'expérimenter ensemble la continuité d'un lien fiable.

Un désaccord entre les représentations du thérapeute et de la famille peut se rencontrer lorsque le professionnel situe le problème plutôt à un niveau relationnel ou bien lorsqu'il estime que les parents minimisent les difficultés de l'enfant. La première situation pose la question de déterminer avec qui faire alliance en premier, quand un soutien de chacun est difficile. L'alliance avec l'enfant peut être ressentie par les parents comme une accusation à leur égard, ou tout du moins une mise en porte à faux, et les propositions risquent d'être entendues comme une remise en question de leurs compétences parentales. Les interventions ont plus de chances de succès

lorsqu'elles prennent en compte les préoccupations et les aspirations de la famille (Zeanah, McDonough, 1989) [248], et il s'agira alors de recadrer le problème comme un problème familial.

Le décalage entre les parents et les professionnels peut également porter sur les hypothèses de travail (tâches), et on retrouve une problématique proche de la précédente, c'est-à-dire une remise en cause éventuelle des compétences familiales. Il peut être alors utile de s'interroger sur les représentations parentales de l'aide proposée, dans quelle mesure sont-elles acceptables pour eux et dans quelle mesure elles les renvoient éventuellement à des représentations de « mauvais parents ».

Lorsqu'il existe un conflit entre les parents ou entre les parents et l'enfant, chacun peut tenter de mettre le thérapeute dans son camp sur un mode exclusif ; situation que Hervé et Maury nomment « alliance collusive » (2004) [103]. L'enjeu sera alors de ne pas prendre parti et d'éviter de faire alliance avec l'un contre l'autre. Le travail s'appuiera d'abord sur la reconnaissance et le soutien des points de vue de chacun et sur les difficultés et possibilités d'opérer un recadrage qui soit acceptable pour tous (Fillatre, 2002) [66]. Il s'agit de trouver un objet commun d'attention, de préoccupation et de réflexion.

Des sentiments de lourdeur et d'irritation chez le thérapeute peuvent témoigner d'une alliance difficile et peuvent être le signe que le thérapeute tente de s'imposer plutôt que de s'ajuster à la famille (Zeanah, McDonough, 1989) [248]. Le sentiment d'échec peut correspondre à un partage implicite de ce qui est à l'œuvre dans la famille et celle-ci sait en général très bien nous faire sentir que nous faisons fausse route. Cela pose la question de ce qui est partagé explicitement avec la famille du vécu des consultations.

L'alliance peut passer par la révision d'hypothèses ou de propositions initiales, et la proposition d'objectifs plus acceptables, plus limités et facilement atteignables, dans l'idée d'une revalorisation et d'un étayage narcissique. Il est plus thérapeutique de soutenir les ressources de la famille que de se focaliser sur les difficultés (Stern, 1995) [216].

Des études proposent que le thérapeute ajuste ses interventions en fonction des mécanismes de défense des patients afin de préserver l'alliance thérapeutique (Despland et al., 2001) [53]. Ainsi, en présence d'une alliance basse, le thérapeute devrait utiliser des interventions plus soutenantes, alors qu'une forte alliance serait propice à des interventions plus interprétatives.

III.3.5. Place dans la pratique

L'alliance n'est pas un phénomène linéaire. Elle suit dans le temps des cycles d'affaiblissement et de renouvellement (Horvath, 1994) [107]. C'est un phénomène dynamique qui diffère d'un système thérapeutique à un autre et varie au cours d'une même thérapie. Différents types de thérapie et différents psychothérapeutes forment différents profils de l'alliance avec des patients semblables. Le changement le plus commun dans une bonne thérapie se traduit par un approfondissement progressif des liens de l'alliance.

Les thérapies plus courtes impliquent plus d'alliance sur les tâches et les objectifs et les thérapies plus longues, plus d'alliance sur les liens (Baillargeon et al. 2004) [10]. De façon générale, plus la thérapie devient psychosociale, plus le besoin de liens forts est grand.

Une évolution positive du patient se retrouve plus souvent lorsque l'alliance varie que lorsqu'elle est stable dans le temps. Une baisse relative de l'alliance peut être fructueuse.

A propos de la résolution des dyscoordinations dans la relation mère-bébé, Tronick et Weinberg (1998) [219] considèrent que l'élément majeur de la normalité interactive n'est pas tant la synchronie interactionnelle fugace, que la possibilité de réparer les erreurs interactives en ajustant son comportement de façon de passer d'un état dyscoordonné à un état coordonné.

Il apparaît essentiel dans un premier temps de revaloriser les différents membres de la famille. L'alliance se fonde en grande partie sur la façon dont les sujets se sentiront soutenus par le thérapeute quant à leur point de vue sur les troubles. Accepter leur définition du problème revient à accepter leur définition d'eux même, de leurs relations aux autres et des valeurs qu'ils défendent. Plusieurs auteurs ont montré que si le thérapeute peut repérer les ruptures d'alliance et peut travailler à résoudre ces moments de tension, il s'ensuit en général un gain thérapeutique important. (Bordin, 1994) (Safran, Muran, 1996) [32, 200].

III.4. Présentation des thérapies dites « brèves »

III.4.1. Introduction

L'approche thérapeutique systémique s'est développée tout au long d'une soixantaine d'années de recherche sans lien avec les théories d'orientation individuelle sur le comportement humain. L'épistémologie systémique cherche à restituer l'individu dans son système et à clarifier les interactions circulaires qui le relient à son contexte.

Watzlawick parle de rupture épistémologique entre l'approche de la psychiatrie « classique » et l'approche systémique : « La première possède un modèle théorique de l'esprit humain, et l'on s'occupe d'un comportement perturbé en essayant de le comprendre en fonction de cette idée plus ou moins préconçue concernant ce qui se passe à l'*intérieur* de l'esprit. (...) L'approche introduite par Bateson tient compte de ce qui se passe *entre* les sujets, et comment cela influence le comportement » (Widler, 2000) [237].

La Thérapie Brève du Mental Research Institute (MRI), la Thérapie Familiale Stratégique du Brief Therapy Center (BTC) et la Thérapie Brève Orientée sur les Solutions (SBFT) font échos au travail thérapeutique pionnier de Jakson. Selon ce dernier, la famille ou le couple peut être vu(e) comme un système ouvert, complexe, auto-organisé, et où le comportement est une forme de communication qui comprend une part de contenu (le message) et une part relationnelle (le contexte). Le modèle de la causalité auquel on se réfère pour comprendre les plaintes et les problèmes est cybernétique. Un système ne peut rester dans un état stable que s'il est soumis à des restrictions qui maintiennent en équilibre les boucles de rétroaction, renforçant la nature des interactions (Watzlawick et al., 1967).

Bateson nous rappelle que « l'essence et la raison d'être de la communication, c'est la création de la *redondance*, de la signification, du modèle, du prévisible, de l'information et/ou de la réduction du hasard par la restriction » (Bateson, 1976) [19].

En effet, sur un plan purement théorique, la gamme des interactions possibles entre individus est infinie. Rien ne permet de prévoir la réponse comportementale de l'un en fonction du message reçu. Mais dans l'organisation systémique qui se met en place, tout se passe comme s'il s'installait des règles relationnelles tacites entre les individus (Watzlawick, Weakland, 1977) [230]. En

se structurant, la famille ou la société fait apparaître des règles et des codes de conduite qui limitent le nombre de réponses.

L'explication cybernétique est une explication de type négatif, c'est-à-dire qu'elle considère l'ensemble des événements qui auraient pu se produire, et étudie le particulier selon les restrictions auxquelles le système est soumis. Cette approche est explicitée par Bateson : « Une explication causale est habituellement positive. On dit que la balle de billard B s'est déplacée dans telle direction parce que la balle A l'a poussée selon tel angle. Par contre, une explication cybernétique est toujours négative. On considère alors possible qu'il existe des alternatives, et ensuite, on se demande pourquoi certaines d'entre elles n'ont pas été suivies ; on conçoit donc l'événement particulier qui a eu lieu comme l'un de ceux qui aurait pu arriver... En langage cybernétique, on dit que cette série d'événements est soumise à des contraintes et l'on fait l'hypothèse qu'en dehors de celles-ci, ce sont les valeurs égales des probabilités qui déterminent les voies du changement. En fait, les « contraintes » dont dépend l'explication cybernétique peuvent dans tous les cas être considérées comme des facteurs qui déterminent l'inégalité des probabilités... D'un point de vue cybernétique, (...) le rôle d'une espèce dans un écosystème ou le comportement d'un membre d'une famille sont tous expliqués (de façon négative) par une analyse des contraintes. La forme négative de ces explications est précisément comparable à la forme de la preuve logique réduite à l'absurde » (Bateson, 1972) [19].

Toute réponse, donc, représente une sélection parmi un ensemble de possibilités. Ainsi, le comportement problématique n'est pas interprété en termes de déficit ou d'anormalité, mais comme une manière de s'adapter à un contexte plus large (Fisch et al., 1986) (Weakland, 1993) [67, 231].

Chaque attitude est abordée à partir de sa place dans un système plus large et organisée de comportements impliquant des rétroactions et des renforcements récursifs.

Jackson synthétise cette approche : « l'une des modifications immédiates apportée par l'étude de la famille a touché l'ordre des données étudiées. On est passé d'une description de la « nature de » quelqu'un à celle des relations entre lui et une autre personne. Cette dernière approche requérait l'usage d'un comportement observable comme source de données plutôt que de se baser sur des « propriétés » invisibles de l'intérieur de l'individu. Les données sont devenues des séquences d'« actes » répétitifs et observables entre membres d'une famille ; avec cette réorientation vers un nouveau type de données, a émergé une manière inédite de conceptualiser le problème... Étant donné une variété de possibilités de comportements qui sont également probables

en théorie, une entité organisée en utilisera certains plus que d'autres, c'est-à-dire que parmi les possibilités allant de "a" à "f", peut-être n'aura-t-elle recours qu'aux seules "a" et "b", et peut-être que "d" n'arrivera jamais » (Jackson, 1967) [113]. Il ajoute : « nous considérons les symptômes, les défenses, la structure de caractère et la personnalité comme des termes qui décrivent les interactions typiques de l'individu, qui ont lieu en réponse à un contexte interpersonnel particulier, bien plus que comme des entités intrapsychiques » (Jackson, 1967) [113].

En entretien, une implication utile d'une telle approche est l'absence d'évocation de faute, puisque l'objet d'étude est la relation et précisément, la manière de la ponctuer : « Il n'y a pas de personnes bonnes ou de mauvaises, ou d'épouses en souffrance et de maris salauds. Il y a des configurations d'interaction qui doivent être conceptualisées de telle sorte qu'il soit impossible de dire que le mari se replie parce que sa femme le harcèle ou l'inverse » (Jackson, 1967) [113].

Le « problème », dans cette conception, est la résultante de l'action conjointe de deux processus complémentaires, l'un réflexif et l'autre interactionnel. Fisch décrit le processus par « persister à maintenir le comportement dont on se plaint ». Il précise ainsi sa pensée : « notre vision des problèmes est essentiellement comportementale. Nous pensons que, pour exister, tout problème doit, de façon continue ou répétée, être actualisé. Un problème consiste pour nous en quelque chose qui est fait, et non pas simplement en quelque chose qui est. Quelle que soit la manière dont un problème a commencé, c'est sa persistance qui est la question centrale, celle qu'il faut prioritairement comprendre et traiter. Notre hypothèse, partagée avec nos collègues de la thérapie familiale, était que le problème est maintenu par une interaction. Nous sommes allés plus loin : notre hypothèse aujourd'hui est que ce sont les tentatives de contrôle ou de résolution auxquelles s'appliquent le patient et les autres personnes concernées par lui qui maintiennent le problème » (Fisch, 1965) [67].

Les données de cette orientation sont donc constituées par les interactions synchroniques du patient et des personnes de son entourage. Les équipes du MRI et du BTC s'appuient sur des transactions relationnelles, observables dans l'ici et maintenant. L'attention porte avant tout sur la manière dont les problèmes sont provoqués, maintenus et perpétués dans les interactions (Watzlawick, Weakland, 1977) [230].

Ils abordent les situations à travers ce type de questionnement : En quoi le comportement problématique est-il un problème ? De quelle manière et pour qui est-ce un problème ? De quelle façon le problème est-il entretenu ?

En d'autres termes, comment les plaintes et les comportements s'intègrent-ils dans le contexte relationnel (familial et social) ?

L'attention ne porte donc pas sur l'individu, mais plutôt sur l'« interaction entre », ne serait-ce qu'entre le sujet et son problème. Les interprétations d'expériences passées, de « causes » génétiques, biochimiques ou autres ne sont retenues qu'en termes de compréhension du « cadre de référence » du patient.

Le thérapeute recherche les règles qui gouvernent ce système ; la thérapie consiste alors en ce que le thérapeute se conduit d'une manière telle que celles-ci doivent changer. Le modèle de thérapie brève développé par Fisch, Weakland, et Watzlawick au Brief Therapy Center (BTC), a explicitement une orientation *stratégique* (Fisch, et al., 1982) [67] qui tend à promouvoir le *changement minimum* nécessaire pour résoudre le problème présenté bien plus qu'il n'essaye de restructurer l'ensemble du système familial. Il est devenu l'une des approches thérapeutiques les plus influentes dans le domaine des thérapies brèves et stratégiques (Wittezael, 2006) [244].

Ces thérapies sont dites « brèves », mais le mot s'entend au sens anglo-saxon du terme : « Brief : reach to the point ». Il s'agit d'un briefing au sens du briefing professionnel (une réunion préparatoire pour définir les objectifs à atteindre). Ainsi, nous traduirions que les thérapies brèves sont des thérapies qui visent le changement : elles sont focalisées, ciblées et stratégiques (Cottencin, 2009) [49].

III.4.2. Modèle des thérapies brèves

III.4.2.1. Modèle relationnel : la carte et le territoire

Watzlawick différencie la perception des objets et celle des relations. Il cite Epictète : « ce ne sont pas les choses elles-mêmes qui nous préoccupent mais l'opinion que nous avons des choses » (Watzlawick, 1971) [227]. Les objets ont des propriétés habituellement vérifiables. Si le doute ou le désaccord naît à leur propos, la vérification de leur nature est habituellement possible, même si elle se révèle parfois extrêmement difficile. « Dès lors, le désaccord peut être évacué et nous sommes

censés pouvoir dire que l'un avait raison et l'autre tort ». Dans le domaine des relations humaines, « il n'y a pas de vérité objective dont un partenaire serait plus conscient que l'autre et sur lequel un accord serait possible » (Watzlawick, 1971) [227].

La perception des objets et celle des relations renvoient à deux niveaux logiques, distingués par Watzlawick comme deux « niveaux de réalité » (Watzlawick, 1976) [228] :

- La « réalité de premier ordre » concerne les propriétés physiques des objets de notre perception. Elle est vérifiable de façon « objective, répétable et scientifique ».
- La « réalité de second ordre » désigne la relation à ces objets. Elle est contextuelle et fondée sur l'attribution d'une signification et d'une valeur.

Un exemple classique est celui de la bouteille de vin à moitié vide ou à moitié pleine. Le volume de liquide est identique, mais on comprend aisément qu'il ne s'agit pas du même regard...

Un autre exemple classique est la formule métaphorique, « la carte n'est pas le territoire », utilisée par Korzybski (1933) [103] et reprise par de nombreux auteurs. Ce que nous percevons de la réalité n'est qu'une représentation de celle-ci. Ce n'est pas « toute » la réalité. Au moment même où nous la percevons, nous lui donnons un sens, nous en dessinons une carte. C'est à partir de cette carte que nous pouvons nous orienter et agir. La carte que nous dessinons est fonction du contexte, de la focalisation de notre attention, de nos souvenirs, de notre histoire, de nos affects, etc. C'est essentiellement un outil destiné à aider à trouver son chemin pour aller d'un endroit à un autre, et de même qu'on ne peut pas *ne pas* communiquer, on ne peut pas *ne pas* théoriser (Kourilsky, 1999) [131].

En faisant référence à la théorie des types logiques et à la façon de Bateson de l'appliquer aux idées telles que le changement et les apprentissages, on peut remarquer une certaine analogie de forme dans le raisonnement à propos du relationnel. On pourrait ainsi distinguer plusieurs « niveaux » relationnels :

- Relationnel niveau zéro : la « chose » (ou ce qu'elle signe)
- Relationnel de niveau I : le rapport du sujet à la chose (ou ce qu'elle signifie)
- Relationnel de niveau II : le rapport du sujet à la relation qu'il entretient avec la chose (ce que signifie « la relation à la chose »)
- Etc..

III.4.2.2. Modélisation du « problème » et de la « stratégie » de résolution

Les praticiens des thérapies brèves distinguent les limitations, les difficultés et les problèmes (Cabié, 2007) [40].

Nous ne choisissons pas la famille dans laquelle nous naissons, pas plus que bien d'autres éléments de notre vie, qu'il s'agisse du siècle dans lequel nous vivons, du fait d'être un homme ou une femme, d'être grand ou petit, etc. Le passé ne peut pas être changé. Il s'agit de limitations.

Toute limitation est constituée par un certain nombre de faits, d'événements, d'actions sur lesquels nous ne pouvons avoir prise. Par contre, nous donnons un sens à ces événements, nous construisons une histoire qui guide nos choix et nos actions et tissons une relation à eux. Comme le soulignaient déjà les stoïciens, si nous ne pouvons pas changer les faits, nous pouvons changer la perception que nous en avons.

Quelqu'un de confronté à une difficulté met en place un comportement pour la résoudre. Si celui-ci est efficace, la difficulté disparaît et tout rentre dans l'ordre. Le comportement efficace constitue une « solution logique » pour la situation et peut être utilisé de nouveau. Une difficulté est donc un événement de vie contraignant, banal et quotidien, pour lequel le sujet a une solution efficace (Shazer, 1986) [213].

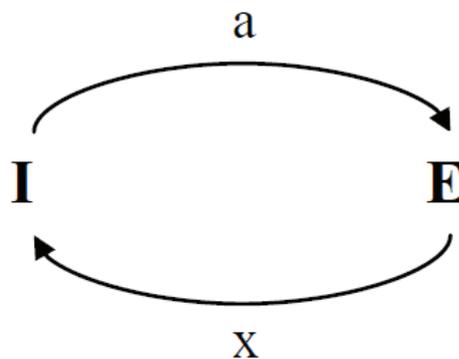
Cependant, cette « solution logique » peut être utilisée de nouveau, mais de manière inappropriée. La personne peut continuer à l'utiliser alors qu'elle ne résout pas la difficulté, ou bien l'emploie dans un contexte différent qui la rend inefficace. Mal utilisée, cette « tentative de solution » conduit à l'aggravation de la difficulté qui devient un « problème » (Watzlawick, 1976) [228].

« La vie est une succession de problèmes que nous devons résoudre et de limitations que nous devons accepter » (Cabié, Isebaert, 1999) [41]. Dans cette optique, ce n'est pas la situation en elle-même qui pose un problème, mais les solutions inefficaces.

La problématique du thérapeute devient celle d'aider son patient à trouver d'autres sortes de solutions, ou bien celle d'aider son patient à accepter la situation s'il s'agit d'une limitation.

III.4.2.3. Tentatives de solution et changement

Wittezaele et Garcia schématisent la relation circulaire patient-environnement (Wittezael, Garcia, 1992) [245] :



L'individu « I » met en place un comportement « a » qui agit sur l'environnement « E », aussi bien les personnes que les situations. Cet environnement répond sous la forme d'un comportement « x ».

Si la réponse ne satisfait pas « I », il essaye d'autres comportements (« a1 », « a2 »...) jusqu'à obtenir satisfaction. L'environnement produit de nouvelles réponses (« x1 », « x2 »...). Quand aucun des essais ne donne de réponse satisfaisante, l'individu, s'il ne peut essayer un comportement d'un autre type (b, c, d...), est confronté à un « problème ».

À la question qui lui viendrait à l'esprit sous la forme « d'où vient le problème ? », le thérapeute substituera « comment le problème se reproduit-il ou se maintient-il ? » ou, plus précisément, « comment les personnes impliquées dans le problème s'y prennent-elles pour l'entretenir ? ».

L'enjeu devient ici de pouvoir amener « I » à opérer un changement de type comportemental (« b », « c »...) à même de produire un type de réponse différent (« y », « z »...). Ce raisonnement sur le *type de changement* à opérer rejoint celui sur les types logiques ainsi que sur les types d'apprentissage.

Par exemple, une mère et son enfant, ou plutôt, le comportement problématique de son enfant (il ne s'agit pas pour elle de changer d'enfant, mais bien le comportement de celui-ci) :

- L'enfant n' « obéit pas », « fait des bêtises »
- La mère est contrariée, elle répond par une punition (comportement de type a) : « va dans ta chambre ! » (isolement) = comportement a1
- Le comportement désobéissant de l'enfant persiste. La mère peut alors changer de réponse ; elle change de punition : « plus de jeu vidéo » (privation) = comportement a2

Remarque : ce changement est un changement de type de punition ; on peut en effet imaginer d'autres modalités d'isolement, par exemple « privé de sortie pendant x temps »... Néanmoins, si la privation est un autre type de punition, la réponse reste de type « punition », c'est-à-dire que l'enfant est face à un même type de réponse comportemental.

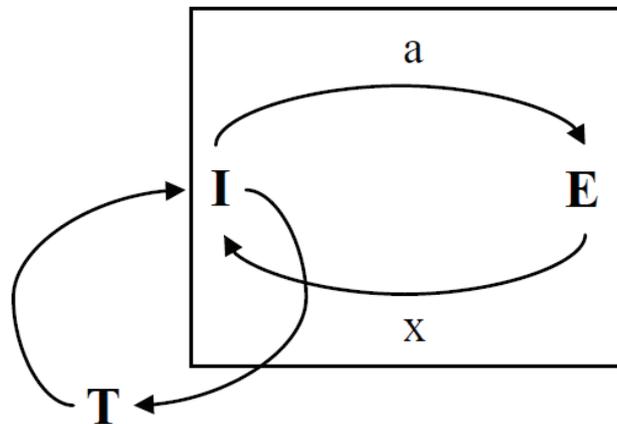
- Si ça marche (pour la mère), alors la réponse maternelle est une solution au problème. La situation redevient une difficulté gérable.
- Si cela ne marche pas, alors le type de réponse de la mère n'est pas une « solution » mais bien une « tentative de solution ». Le problème persiste. Si les réponses restent d'un même type logique (c'est-à-dire d'un type logique qui ne marche pas), il s'installera alors, selon toute vraisemblance, une escalade de « tentatives de solution » (types a3, a4, a5 ... a25, etc.) et une escalade des comportements « x3 », « x4 », « x5 »... « x25 », jusqu'à l'épuisement du système (« on a tout essayé, mais rien n'y fait ! ») : le problème est, d'une part, bloqué, et d'autre part la complication est majorée par les tentatives de solutions inefficaces qui surajoutent au problème.

Dans une telle situation, une solution ne peut se chercher qu'en variant le type de réponse (c'est-à-dire en opérant à un changement de niveau II, selon le raisonnement par types logiques : exploration et essais de réponses comportementales type b, c, d...).

- Il s'agit donc pour la mère de changer de type d'interaction. Par exemple, plutôt que de punir un comportement répréhensible (solution inefficace malgré une escalade de mesures répressives), il pourrait s'agir, pour elle et l'enfant, de récompenser un comportement valorisant. Cette étape est l'étape stratégique de la thérapie : amener le patient confronté à un problème à changer la logique de la réponse plutôt que de changer la réponse elle-même, c'est-à-dire, à changer de « stratégie ». Cette étape peut apparaître paradoxale, dans le sens où elle consiste à prendre à contre-pied le déséquilibre du système.

III.4.2.4. Le système thérapeutique

Le système « client / thérapeute » est schématisé de la façon suivante : le thérapeute « T » établit une boucle de régulation avec le système « I - E » (Wittezael, Garcia, 1992) [244].



Ce schéma, explique Wittezaele, à l'avantage de mettre l'accent sur plusieurs aspects :

- Le point de vue interactionnel, aussi bien entre individu et environnement qu'entre client et thérapeute.
- Les deux niveaux de la relation thérapeutique : la position « méta » du thérapeute qui garde une vue d'ensemble sur le système « I - E » en même temps qu'il interagit directement avec son interlocuteur.
- L'aspect nécessairement transitoire de la boucle de régulation « T - I ».
- La place de chacun : le thérapeute ne résout pas le problème (à la place) du client, c'est-à-dire, il n'interagit pas directement avec son environnement, mais aide son patient à modifier son comportement.

O'Hanlon et Weiner-Davis définissent la séance comme une intervention, mettant l'accent sur le rôle actif du thérapeute qui mène l'entretien par ses questions. Elle est le lieu, disent-ils, qui permet aux clients de faire l'expérience du changement « dans leur façon de penser à leur situation. » (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1989).

III.4.2.5. Typologie de la relation du patient au problème

Fisch, Weakland et Ségal ont procédé à une typologie du patient en fonction de la position qu'il adopte vis-à-vis du motif de la consultation, c'est-à-dire de la demande. « La position du client [définit son] attitude générale, son orientation (...) indiquant à la fois le sens et l'ampleur de sa relation au problème et à l'intervention thérapeutique » (Fisch et al., 1986) [67]. L'identifier permet au thérapeute d'obtenir des repères pour favoriser l'alliance thérapeutique.

Idéalement, une personne dans une relation de « client » répond à trois caractéristiques, toujours selon Fisch, Weakland et Segal (1986) [67] : elle a lutté contre un problème important, elle n'a pas réussi à le résoudre par ses propres efforts, elle demande de l'aide pour le dépasser. C'est le type de relation qui constitue l'objectif idéal de toute relation thérapeutique. Cette personne est vivement intéressée par la perspective d'un changement et le soulagement de sa plainte. Celle-ci peut la concerner elle-même, elle est alors aussi « patiente », ou peut intéresser quelqu'un de son entourage.

Pour Insoo Kim Berg et Peter de Jong, dans une perspective « solutionniste », cette relation de type « client » où l'individu « indique qu'il se considère lui-même comme une partie de la solution et qu'il désire faire quelque chose à propos de son problème » est appelée une « relation d'acheteur » (Jong, Berg, 2002) [118]. La personne consulte souvent de sa propre initiative, elle a réfléchi à ce qu'elle attend de la consultation et sait qu'elle devra fournir un effort pour obtenir ce qu'elle veut.

Dans une relation de type « plaignant », par contre, le thérapeute peut « identifier une plainte ou un problème [conjointement avec le patient], mais [il est] incapable d'identifier un rôle pour le client dans la construction de solution » (Jong, Berg, 2002) [118].

Il existe une demande d'aide, mais celle-ci n'est pas travaillable (Cabié, Isebaert, 1999) [41]. Aucun objectif satisfaisant ne peut être formulé. Les problèmes comme les solutions semblent venir ou dépendre des autres.

Ainsi, le premier travail consiste à aider ce type de patient à distinguer ce qu'il pense dépendre de lui ou non, afin de lui permettre de changer ce qui le fait souffrir et d'accepter ce qu'il ne peut changer.

D'autres patients développent des relations de type « visiteur ». Ils sont particulièrement difficiles à faire participer au travail de la thérapie. Trois cas sont possibles : le patient n'est pas réellement gêné par le problème, il pense disposer encore de solutions personnelles pour le régler

ou, enfin, il ne pense pas qu'un thérapeute puisse l'aider. Cette situation est souvent retrouvée quand le patient est amené en thérapie par un tiers. Outre le sentiment d'incompréhension qu'ils ressentent (puisqu'ils ne s'attribuent pas le problème), ces patients ne sont pas motivés à changer le comportement qu'on leur reproche.

La thérapie avec ces patients est possible, mais impose de travailler différemment. Il est toujours possible d'introduire une triangulation avec le demandeur, car le patient a, le plus souvent, effectivement un problème... mais avec le demandeur. Plutôt que de discuter les torts ou les raisons qui l'amènent, il est peut être proposé au patient de voir comment se débarrasser de la demande qu'il ne s'attribue pas. Le thérapeute n'est alors ni l'allié du demandeur ni celui du patient, mais devient un médiateur, comme dans toute triangulation. Cette première étape devient alors un bon moyen pour rechercher si le patient a une autre plainte (différente de celle du demandeur).

Un patient dans une relation de type « visiteur » peut donc être mis au travail, mais pas sur sa plainte (puisqu'il n'en a pas).

III.4.3. La relation thérapeutique

III.4.3.1. Généralités

Lorsqu'il est sollicité, le thérapeute recherche tout d'abord la personne qui souffre le plus de la situation, qui désire que les choses s'améliorent et qui, pour cela, est décidée à agir : le « client ». Il l'aide à exprimer sa souffrance et présenter les interactions et les circonstances dans lesquelles elle se manifeste. Son récit s'accompagne de commentaires (*sur* lui-même et *sur* les autres) et de jugements de valeurs sur la situation.

La conversation thérapeutique met à jour, ce faisant, les éléments d'information à traiter et classer. Les faits, tels que représentés, forment des séquences interactionnelles. Les réflexions de la personne sur les faits, ses réactions, le paradoxe qu'elle construit pour tenter d'améliorer la situation, le type d'injonction lié à ses valeurs, forment une progression dans les niveaux. Puis, le thérapeute invite le « client » à se donner, pour la thérapie, un objectif minimal et réaliste. Il identifie ce qui a déjà été tenté sans succès pour résoudre le problème.

Le but thérapeutique dans la perspective des thérapies brèves, est d'aider le « client » à développer ses ressources et à construire ses propres solutions au problème. Le thérapeute expérimente différentes méthodes visant à l'induire à agir autrement (c'est-à-dire abandonner le comportement qui maintient le problème) (Fisch et al., 1986) [67].

Le travail thérapeutique consiste à recadrer les cognitions, ce qui permet l'émergence d'une nouvelle compréhension de la situation pour le patient. Le thérapeute accompagne le patient dans l'étape initiale du changement et crée un contexte propice à leur expérimentation d'un nouveau rapport au monde à la fois corporel, intellectuel et affectif (Lelarge et al., 2005) [138].

L'objectif minimal de changement doit être petit, concret, réalisable, accessible (réaliste) et défini en termes interactionnels (Jong, Berg, 2002) [118].

Le « client » n'acceptera une intervention extérieure que si elle est adaptée à son cadre de références et à ses convictions personnelles. Des solutions idéales mais inconcevables pour le client ne peuvent que déboucher sur un échec thérapeutique.

Pour favoriser l'alliance thérapeutique et construire une relation de confiance, le thérapeute veille à valider les émotions décrites ou ressenties par le patient et à ne pas disqualifier ses perceptions (quelles qu'elles soient). Il doit respecter leur système de croyances, même s'il ne le partage pas et adopter une manière non-pathologisante, non normative (c'est-à-dire, explicitement non-culpabilisante) de voir et d'engager le client (Bateson et al., 1956) (Fisch et al. 1986) (Wittezael, 2006) [23, 67, 244]

Pour cela, l'attitude préconisée en thérapie brève est une position basse par rapport au problème, une position de non-savoir (Cottencin, 2008) [49]. Le praticien fait confiance aux définitions des problèmes que livrent les patients et leur famille, à leurs capacités de les résoudre. Si être thérapeute veut dire, dans ce contexte, être expert en résolution de problèmes ou plutôt en construction de solutions, le patient, lui, est l'expert de sa propre difficulté et de sa solution particulière.

La position basse permet de ne pas accentuer le caractère complémentaire de la relation thérapeutique, autorise la personne à s'exprimer dans son langage habituel et d'être claire dans l'exposé des faits. Le thérapeute laisse à la personne la latitude de l'objectif de la thérapie, tout en veillant à ce que cet objectif soit réaliste.

Le praticien résume régulièrement les propos du patient pour vérifier qu'il les a bien compris et l'invite à lui signaler s'il se trompe. Il ne poursuit l'entretien qu'après accord de celui-ci ou précisions si nécessaires. Cela est utile pour éviter de s'égarer et pour favoriser le maintien d'une position basse.

Les reformulations fonctionnent sur le même principe mais sont plus courtes que les résumés. Elles permettent d'introduire de légères nuances dans les propos des patients, de les recadrer pour favoriser l'émergence d'une nouvelle compréhension de la situation ou de solutions inattendues (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1989) [181].

III.4.3.2. Calibration, synchronisation

Il importe d'utiliser un mode de communication « holistique », qui prend en compte les différents niveaux du message (contenu et contexte), ainsi que ses modalités d'expression (digital et analogique ou verbal et non-verbal) (Jong, Berg, 2002) [118]. C'est l'ensemble de ces éléments qui définit le « langage du patient » (Wittezael, Garcia, 1992) [245].

La confiance du patient est étroitement liée à son sentiment d'être compris du praticien. C'est l'ensemble du message qu'il véhicule, ce qu'il dit et la façon dont il se comporte, qui fait l'objet de l'attention du thérapeute. Celui-ci cherche à utiliser la vision du monde des patients et leur fait du sur-mesure en leur parlant dans leur propre langage.

La communication non verbale repose sur la synchronisation entre le thérapeute et le patient. Les éléments de cette technique sont fondés sur la calibration, c'est-à-dire sur l'observation de la respiration, du regard, de la voix, des gestes fins plus ou moins visibles (de la position de la main à l'attitude globale) du patient. La synchronisation repose sur un mimétisme subtil. Il se crée ainsi une sorte de « danse » entre les deux intervenants, une communication corporelle où le thérapeute répond aux messages non verbaux de son patient sur ce même mode (Kerouac, 2000) [123].

Des aspects de l'expression verbale ont été étudiés par Bandler et Grinder (1979) [13]. Ils ont observé, notamment, comment les mots employés par les gens ainsi que leurs attitudes reflètent leurs modalités sensorielles préférentielles. Par exemple, au lieu d'employer le verbe « comprendre », qui n'a pas de lien particulier avec un sens précis, une personne utilise

préférentiellement un autre verbe qui témoigne de son orientation neuro-sensorielle. Celle-ci peut être :

- visuelle : « je vois ce que vous voulez dire »
- auditive : « j'entends votre message »
- kinesthésique : « je saisis vos propos »
- etc.

Chaque individu utilise en effet des entrées sensorielles plus facilement que d'autres que le champ lexical permet de repérer. Certains se savent plus auditifs, d'autres plus visuels et d'autres encore plus kinesthésiques (Kerouac, 2000) [123].

III.4.3.3. Souplesse du lien

Parfois, certains patients tentent d'imposer les conditions de la thérapie dès le début du traitement. Ceci est délicat à double titre : le thérapeute qui se laisse entraîner perdra les commandes de la thérapie et peinera pour les reprendre. Le traitement se trouvera menacé dès l'origine.

Tel peut vouloir empêcher le thérapeute de dire ce qu'il veut, de fixer les rendez-vous et la fréquence des séances, de voir ou non d'autres personnes impliquées dans le problème. Le thérapeute doit se sentir autorisé à dire qu'il souhaite être libre d'en décider lui-même et ce, toujours dans un discours prudent et mesuré.

Une erreur consisterait à tenter de cacher ses émotions et de se replier sur sa position ou bien d'adopter une position relationnelle complémentaire.

Face à un client qui tente de l'intimider, par exemple, il est préférable pour le thérapeute de dire qu'il lui est impossible de travailler dans ces conditions. Il vaut mieux s'exprimer clairement sur ses sentiments : *“Lorsque vous me parlez ainsi, vous m'intimidez et je n'arrive pas à réfléchir calmement. Si je ne peux pas réfléchir, je ne pourrai vous être d'aucune utilité”* (Watzlawick, 1976) [228]. L'usage du paradoxe peut faciliter les choses : *“Je sais que cela peut vous sembler drôle, mais pour que je puisse vous aider, il va falloir que vous aussi vous me donniez un coup de main”* (Fisch et al., 1986) [67]. Si la personne cesse de se montrer menaçante, le thérapeute pourra en rester là. Sinon, il envisagera explicitement avec elle l'interruption du traitement.

Une traduction concrète des principes de Fisch se trouve dans les quelques techniques dites de défense qui suivent, dues à Wittezaele. Déclarer l'impuissance : lorsque le patient donne l'impression au thérapeute qu'il veut le mettre en échec (retards aux rendez-vous, non-exécution des tâches, remise en cause), dire : *"Oui, je crois que nous n'allons pas y arriver"*. Si le patient menace (de retourner en H.P., de se suicider), dire : *"Si vous avez vraiment envie de ..., il est évident que je ne pourrai pas vous en empêcher"*. Si le patient déclare : *"faites vite il y a urgence"*, éviter d'entrer dans son jeu et freiner le changement. Si le changement tarde à se manifester, déclarer *"j'en ai parlé à des collègues ; ils m'ont dit que j'allais beaucoup trop vite"*. Lorsque le patient est hésitant à se lancer dans une démarche de changement, on n'a que trop tendance à vouloir le rassurer, ce qui l'inquiète encore davantage. Demander au patient quels sont les dangers de l'amélioration ou déclarer *"avancez lentement !"* renforce la motivation. Savoir faire preuve de pessimisme a pour effet paradoxal de générer l'optimisme.

Garder la conduite de la thérapie avec toute la souplesse nécessaire, permet de progresser plus sûrement sur le chemin de la résolution.

III.4.3.4. Jeux de langage et « solutionnisme »

La relation thérapeutique est négociée, consensuelle et coopérative. Elle n'est pas donnée en soi et repose sur un constructivisme interactionnel (Shazer, 1991) [211]. L'approche de Weakland en posant des questions sur les détails, sur les séquences interactionnelles, en demandant des exemples précis, cherche à découvrir la vision du client, sa logique interactionnelle. Il cherche en quoi cette chose-là est un problème pour ce client-là. « L'insistance qu'il [Weakland] met à obtenir autant de détails que possible témoigne de son désir de s'en tenir à ce que dit le client, de rester à l'intérieur de la logique du client » (Shazer, 1994) [212].

Il fait très attention de s'en tenir à ce qui est dit, de rester centré sur le texte lui-même, de ne rien présumer. Le thérapeute est considéré comme ayant une compétence spéciale en résolution de problème tandis que le client possède toutes les informations nécessaires pour résoudre son problème. La question sur laquelle il focalise l'entretien n'est pas « Qu'est ce qui ne va pas ? » mais

« Etant donné que quelque chose ne va pas, qu'est-ce que vous allez faire pour y remédier ? » (Shazer, 1994) [212].

Dans son approche thérapeutique « orientée vers les solutions », Shazer adopte une perspective constructiviste. « Aucun énoncé en général ne peut être attribué au seul locuteur : il est le *produit de l'interaction* des interlocuteurs et, plus largement, de toute *situation sociale* complexe dans lequel il surgit » (Shazer, 1994) [212]. Considérer que la réalité est inventée plutôt que découverte implique que les réalités émergent de processus linguistiques consensuels : le monde est perçu comme langage. Il prend pour exemple sur le terme « dépression » : ce terme est à la fois arbitraire et instable, c'est-à-dire que son sens varie en fonction de ceux qui l'utilisent et de ceux à qui il est adressé dans un contexte donné.

Au cours de la conversation thérapeutique, client et thérapeute construisent donc des « jeux de langage » qui déterminent le « champ des possibles » pour les clients et permettent l'émergence de nouvelles significations, de nouveaux comportements...

La signification des mots est inséparable des façons dont les personnes les utilisent au sein de contextes sociaux concrets. Dans l'abstrait, chaque mot peut avoir une infinité de significations, mais ceci n'est pas le cas dans le monde pratique de la vie quotidienne. Ici les mots sont utilisés par l'auteur (et les lecteurs) pour arriver à ses (leurs) fins. Nous utilisons le langage pour faire des choses et, ce faisant, nous attribuons des significations concrètes aux mots que nous utilisons.

La notion de « jeux de langage », que Shazer emprunte à Wittgenstein, vise les manières typiques dont nous utilisons le langage pour construire des significations et bâtir des relations. Les jeux de langage construisent et maintiennent les réalités et les relations sociales. Ils comprennent des phrases, des gestes, des mots, des pensées, des expressions faciales, des postures... Ils constituent un « système complet de communication humaine » (Shazer, 1991) [211]. Ce sont, au moins jusqu'à un certain point, des modes d'utilisation du langage, culturellement standardisés, que les autres et nous-mêmes reconnaissons et auxquelles nous répondons au cours de nos rencontres quotidiennes. Les jeux de langage incluent par exemple nos comportements habituels au cours d'interactions sociales avec nos médecins, nos façons d'exprimer notre colère aux autres, ou encore les façons dont l'on nous sollicite au téléphone pour obtenir des dons. Comprendre ce qui est dit, c'est comprendre le « jeu de langage ».

Les jeux de langage sont associés à des formes de vie que Wittgenstein analyse comme nos différentes manières d'exister dans le monde (Wittgenstein, 1958) [243]. Les formes de vie consistent dans les relations et les rôles sociaux concrets à l'intérieur desquels nous dirigeons nos vies. Cela inclut des activités très diverses comme acheter des objets dans un magasin du quartier, recevoir un ami chez soi, et aller à l'école. Chacune de ces formes de vie est inextricablement liée à un ensemble de déplacements observables dans le jeu de langage, déplacements qui définissent ces activités comme distinctes. C'est pourquoi acheter de l'épicerie n'est pas la même chose que de recevoir un ami.

Le langage et les circonstances matérielles de la vie ne sont pas des entités séparées. Ils sont inextricablement entrelacés (Shazer, 1994) [212]. Notre façon d'expérimenter les conditions matérielles est toujours influencée par les jeux de langage que nous « jouons ». Ces jeux façonnent notre façon de catégoriser et de nous orienter vis-à-vis des circonstances de la vie. Ils nous encouragent à faire attention à certains aspects de nos vies et à ne pas prêter attention ou à ignorer d'autres aspects. Les prétendues conditions matérielles de nos vies sont aussi contingentes du langage, discontinues et en cours de construction.

On peut dire la même chose à propos des problèmes et des solutions (Shazer, 1985) [210]. Ce sont des formes de vie qui sont construites socialement et maintenues par différents jeux de langage. D'un côté, les jeux de langage centrés sur les problèmes mettent en valeur ce qui est mauvais dans la vie des personnes (Miller, Shazer, 1991) [170]. Souvent, ce jeu de langage décrit les sources de nos problèmes comme des forces puissantes, bien au-delà de nos capacités de contrôle et parfois même de notre compréhension. D'un autre côté, les jeux de langage centrés sur les solutions se centrent sur les façons dont chacun gère ses problèmes, lorsqu'il n'est pas possible d'y remédier (Miller et de Shazer, 1991) [211]. Ici l'accent est mis sur l'identification des ressources que nous utilisons, ou que nous pourrions utiliser pour changer nos vies et les mener sur des chemins que nous préférons. Une façon de « jouer » ce jeu de langage est de considérer le changement comme un travail pour gagner du contrôle sur les problèmes.

Les jeux de langage centrés sur les problèmes et les jeux de langage centrés sur les solutions sont également associés à des formes de vie différentes (Shazer, 1994) [212]. Evidemment, les jeux de langage centrés sur les problèmes sont les plus intéressants des deux. C'est fréquemment une partie des conversations entre les membres de la famille au moment du repas, des interactions ordinaires entre voisins, et des habituels « bavardages » échangés au travail à propos des chefs et des collègues. Commenter nos problèmes est une façon de construire et de maintenir des relations

sociales. C'est souvent une activité agréable qui remplit de nombreuses heures de nos vies. Mais cela peut devenir aussi une expérience très difficile et très frustrante. En « jouant » à ce jeu de langage, nous prenons le risque de créer, pour nous-mêmes, une histoire tragique de notre vie. Cette histoire est organisée comme un cycle autosuffisant : nous nous projetons comme des « victimes » des contingences de la vie, et à partir de cette hypothèse nous interprétons les expériences suivantes comme des confirmations de notre statut de victime.

Nous construisons les problèmes en interprétant et en décrivant des aspects de notre vie comme des conditions indésirables que nous souhaitons changer. Et nous maintenons nos problèmes en continuant à parler de cette manière. Nous nous persuadons nous-même des solutions en changeant notre façon d'interpréter et de décrire nos vies.

L'école de Thérapie Brève Orientée sur les Solutions soutient que les solutions font partie d'un jeu de langage qui peut être déconnecté des jeux de langage centrés sur les problèmes. Quelles sont nos chances, par exemple, d'apprendre à danser le tango si nous passons nos jours et nos nuits à jouer aux échecs? Parler des problèmes revient à jouer aux échecs, et parler des solutions à danser le tango. L'idée de l'absence de connexion entre les jeux centrés sur les problèmes et les jeux centrés sur les solutions est l'un des points-clés de la pratique de la thérapie centrée sur les solutions. «Trouver » les causes des problèmes (relationnels) des clients n'est pas nécessaire pour construire des solutions, et le temps passé à la recherche des causes peut en fait empirer les problèmes. L'approche « solutionniste » crée des « jeux de langage » sur les exceptions, les objectifs, les solutions... (Shazer, 1985) [212]. Nous avons besoin, nous dit shazer, non pas « d'une vision pénétrante, mais d'une vue dégagée ». Celle-ci négociée et produite par l'interaction entre le thérapeute et le client qui, ensemble, interprètent, donne un sens à des évènements, des sentiments, des relations sociales par ailleurs ambigus.

III.4.3.5. Influence de M. Erickson

Milton H. Erickson, psychiatre, ancien adepte des théories psychodynamiques, a révolutionné les techniques hypnothérapeutiques et tient une place importante dans l'histoire des thérapies brèves. Il rencontre en 1940, Bateson, et collabore plus tard avec John Weakland et Jay Haley. Ses travaux ont été observés et réutilisés en thérapie brève, et ont fait évoluer de manière substantielle les techniques thérapeutiques stratégiques.

M. Erickson a particulièrement développé l'art de la communication verbale et non verbale, et les moyens de nouer une relation thérapeutique de qualité, empreinte de respect et propice aux innovations des patients. Il a étudié les moyens pour installer un contexte de changement (Erickson M., 1999) [67].

Il utilise avec finesse et subtilité les formes de langage (langage permissif et métaphorique, suggestions indirectes et composées...) pour aider certains patients à « voir », « sentir » autrement leurs troubles et à modifier leur perspective de leur situation.

Parmi les aspects principaux qui ont eu le plus d'influence, on peut retenir l'absence d'*a priori* sur le patient, le contact avec lui « *sur son propre terrain* », la progressivité du changement et la construction de situations dans lesquelles le patient apprend à modifier son jugement des faits.

Cinq idées directrices ont été retenues par les observateurs du travail d'Erickson :

- Il avait un objectif précis, pour éviter les dérives utopiques et savoir décider du moment où la thérapie est terminée.
- Il usait de son influence bienveillante pour obtenir le changement.
- Il se focalisait sur le présent et, si le passé se manifestait, il examinait en quoi ce passé exerçait une influence dans la vie présente du patient.
- Il utilisait un langage injonctif et savait prescrire au patient une action visant à lui permettre d'expérimenter un autre type de relation à autrui et à soi-même.
- Il employait le langage du patient. "Langage" est ici représentant de la vision du monde, de l'ensemble des croyances et des valeurs, dont il est rendu compte par le discours, les images et les métaphores.

Sa pensée se trouve bien exprimée dans l'extrait suivant de ses écrits (Erickson, 1999) : « La raison première pour laquelle on entreprend une psychothérapie n'est pas le fait qu'on cherche à être éclairé sur un passé auquel on ne peut plus rien changer mais tient à ce que l'on est insatisfait du présent et que l'on veut un avenir meilleur. Dans quelle direction et à quel degré le changement est nécessaire, cela, ni le patient ni le thérapeute ne le savent. Mais un changement intervenant dans la situation présente est nécessaire et, une fois réalisé, aussi petit soit-il, ce changement rend nécessaires d'autres changements mineurs, et un effet boule de neige fait que tous ces petits changements ajoutés mènent à d'autres changements plus considérables variant selon les

potentialités du patient. La question de savoir si les changements sont fugaces ou permanents ou évoluent pour apporter d'autres changements plus significatifs, est d'une importance vitale qui conditionne toute compréhension du comportement humain qui soit utile à soi-même et aux autres. J'en suis venu à considérer qu'une grande partie de ce que j'ai fait revenait à accélérer le cours du changement déjà en ferment dans la personne et dans la famille, mais il s'agissait de ferments qui avaient besoin de l'inattendu, de l'illogique et d'une soudaine altération pour qu'ils portent leurs fruits de façon tangible ».

L'objectif thérapeutique est de permettre de transposer les expériences et les apprentissages passés dans le problème (Kerouac, 1989) [123]. Cela permet, dit-il, de découvrir une nouvelle dimension à la situation dans laquelle les patients sont enfermés.

Si dans la vision analytique, l'inconscient est un réservoir pulsionnel, il est, dans la vision de l'hypnose ericksonienne, un réservoir de ressources « dans lequel, entre autres, deux potentiels, adaptatif et rééducatif, sont emmagasinés et prêts à être mis au service d'un apprentissage. (...) C'est le lieu où le sujet peut trouver, avec l'aide contextuelle du thérapeute, les solutions non utilisées, ses capacités restées intactes, non explorées » (Kerouac, 1989) [123]. C'est la partie la plus riche de l'individu, et l'enjeu thérapeutique est celui de l'accès aux ressources de changement et d'apprentissage.

La métaphore thérapeutique offre une alternative à la réalité perçue par le patient.

Par exemple, dans un cas de frigidité, Erickson demande à la patiente d'imaginer dans les moindres détails comment elle s'y prendrait pour dégivrer son réfrigérateur... Il propose à un couple où le mari présente des éjaculations précoces de se promener dans toute la ville pour le faire arriver à un restaurant situé à 5 minutes de son domicile... Il n'évoque jamais le problème sexuel ; le langage figuratif limite les effets de censure et constitue une sorte de rêve *à l'envers* : contrairement au rêve "normal" représentant l'expression d'un conflit intérieur, le langage métaphorique est une intervention active.

Autre exemple: plutôt que d'aborder directement les relations sexuelles des deux conjoints, Erickson s'intéresse à leur façon de se retrouver: ainsi la femme explique qu'elle apprécie les amuse-gueule avant le dîner et le mari préfère manger le plat principal directement. Elle prend son temps

pour manger, alors que son mari expédie le repas. Si le couple commence à faire le rapprochement avec la sexualité, Erickson change de conversation, mais peut y revenir en fin de séance en proposant une tâche mettant en scène un repas.

La métaphore thérapeutique implique un recadrage analogique au niveau inconscient et une nouvelle compréhension de la situation qui favorise l'autonomie du sujet en faisant appel à sa créativité, et aide à développer des stratégies personnelles (Erickson M., 1999) [67].

III.4.3.6. L'interaction entre le style du thérapeute et le style du client

Beutler et al. (2003) [29] ont passé en revue une quantité importante d'études concernant les variables thérapeutiques susceptibles d'influencer l'issue de la thérapie : le sexe, l'âge, le type de formation (psychologue, psychiatre, etc), la durée de formation, l'expérience et le style interpersonnel. S'agissant de cette dernière variable, cinq classes de styles peuvent être identifiées. Chacune d'entre elles se présente sous la forme d'un continuum qui joint deux pôles opposés : directivité du thérapeute *versus* auto-directivité du patient, focalisation sur *l'insight versus* focalisation sur le symptôme, focalisation sur l'émotion *versus* focalisation sur des tâches, et intensité du traitement élevée *versus* intensité du traitement basse.

Plus que le style propre du thérapeute, il semble que ce soit l'interaction entre le style du client et le style du thérapeute qui influe sur les résultats (Hendrick, 2007) [99]. Ainsi, les patients introvertis bénéficient davantage d'une approche focalisée sur l'insight. A l'inverse, des sujets plus actifs, voire agressifs, impulsifs ou manquant d'autocontrôle tirent plus d'avantages d'une approche focalisée sur le symptôme.

Le rôle du thérapeute est d'initier le changement. Nous retrouvons ce point dans toutes les thérapies brèves. « Vous essayez de faire quelque chose qui amène un changement chez le patient... Un changement, quel qu'il soit, parce que ce patient veut un changement, quel qu'il soit et il va l'accepter comme changement. Et le changement va se développer en harmonie avec ses propres besoins... Cela ressemble fortement à faire rouler une boule de neige le long du versant d'une montagne. Cela commence comme une petite boule de neige, mais elle devient de plus en plus grosse au fur et à mesure qu'elle descend... et devient une avalanche qui prend la forme d'une montagne » (Gordan, Meyers-Anderson, 1981) [86].

III.4.4. Outils stratégiques

III.4.4.1. Recadrage

Paul Watzlawick considère le recadrage comme l'action de « changer le point de vue perceptuel, conceptuel et/ou émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue, pour la déplacer dans un autre cadre qui s'adapte aussi bien et même mieux aux « faits » concrets de la situation et qui va en changer toute la signification » (Watzlawick, 1976) [228]. Plus simplement, un recadrage est toute intervention qui permet de changer le regard sur une situation. Le travail thérapeutique passe par des recadrages qui s'appuient sur les perceptions du patient. Le recadrage aide à percevoir les aspects économiques d'une situation, c'est à dire à la fois positifs et négatifs. Il s'agit pour le thérapeute de saisir les opportunités durant l'entretien qui vont l'autoriser à faire ce type d'intervention.

Le recadrage est une interaction ; il n'a pas de qualité intrinsèque puisqu'il est dépendant du contexte relationnel dans lequel il prend place. Il suppose que le thérapeute ait reçu un mandat (implicite ou explicite) pour intervenir. Un bon recadrage doit être acceptable et offrir une nouveauté. Le thérapeute doit tenir compte de la position du patient, de ses valeurs, croyances, cadres conceptuels, en se saisissant de son langage pour s'intégrer dans sa vision du monde.

Amin Maalouf, dans *Les Echelles du Levant* (1996), fait dire au narrateur à propos de la manière dont lui et sa sœur percevaient la relation à leur père : « De nous trois, elle seule a su, dès l'enfance, conquérir sa place. On aurait dit que pour elle, mon père était un toit ; pour moi, il était un plafond. Les mêmes paroles qui, elle, la rassuraient et lui donnait confiance, m'étouffaient ou me désarçonnait » (Deneux et al. 2009) [51].

Deneux et al. distinguent trois sortes de recadrage : le recadrage de point de vue, le recadrage des sens et le recadrage de comportement (Deneux et al., 2009) [51].

Le recadrage de point de vue vise la façon de percevoir une situation et d'en varier les perspectives. Il permet d'aider le patient à se concentrer sur un problème à la fois et à identifier un problème prioritaire.

Dans la description d'un évènement, on peut ainsi :

- Varier le champ de vision, que l'on peut élargir ou focaliser sur une partie de la situation
- Jouer sur la profondeur de champs, focaliser sur un détail contextuel ou relationnel
- Mettre en lumière dans l'histoire contée, certains évènements ou certains personnages permettant de travailler sur les exceptions, les valeurs, les compétences ou les ressources.

Quand un patient raconte une interaction, la façon dont il le vit dépend étroitement de la manière dont elle est ponctuée, si bien qu'introduire un petit changement dans cette ponctuation amène un recadrage complet de l'interaction telle qu'elle pouvait être décrite.

Une histoire racontée par Watzlawick (1976) [228] illustre bien l'importance de la ponctuation. Elle met en scène un rat de laboratoire parlant de son expérimentateur et disant : « J'ai fait subir à cet homme un entraînement pour qu'à chaque fois que j'abaisse ce levier, il me donne à manger ».

Les recadrages de sens et de comportement sont basés sur l'hypothèse que chaque émotion, comportement ou symptôme porte une fonction utile, et qu'ils sont une réponse adaptative au contexte dans lequel il se produit. Ce type de recadrage cherche à diminuer la lutte contre le symptôme qui encourage la répétition des tentatives de solution inopérantes. Ainsi, la colère ou l'inquiétude sont utiles pour protéger les choses importantes, les valeurs. La tristesse témoigne toujours d'un attachement précieux... Ce changement de regard sur le symptôme peut confiner à l'interprétation, mais il n'est jamais la recherche d'un sens absolument juste. Il ne s'agit pas d'imposer une vision de la situation, mais bien de construire plusieurs visions alternatives parmi lesquelles le patient pourra opter pour celle qui lui convient le mieux.

Ainsi la timidité devient-elle une capacité à écouter, à faire attention à autrui. Un parent exigeant peut devenir aussi un parent qui a confiance dans les capacités de ses enfants. Un parent intrusif ou inquiet est un parent qui se préoccupe de son enfant et souhaite le protéger, etc.

III.4.4.2. Le questionnement circulaire

Le questionnement circulaire est une méthode spécifique des entretiens familiaux (à condition qu'il y ait au moins trois membres de la famille), et qui permet, outre une description interactionnelle d'une situation, un recueil méta-informatif sur le système familial. L'intervention peut être considérée comme agissante au niveau intrapsychique, mais aussi au niveau du système des relations familiales : « en remettant subtilement en question le sens des prémisses et des croyances de l'individu ou du groupe qui vient consulter, le thérapeute crée un contexte où de nouvelles modalités de perception, de pensée et d'action peuvent émerger » (Seywert, 1993) [207].

Concrètement, ce principe prend la forme suivante : le thérapeute invite un membre de la famille à dire comment il voit la relation entre deux autres membres de la famille. Il s'agit donc de la description d'une relation dyadique telle qu'elle est vue par une tierce personne, et non par ceux qui y sont impliqués. Cette demande est une invitation à la description des actions, matériel à partir duquel les relations sont nettement plus identifiables. Il est plus fructueux de demander à un fils : « Dites-nous comment vous voyez la relation entre votre sœur et votre mère » que d'interroger directement la mère sur sa relation avec sa fille (Selvini et al., 1982) [205].

Cette technique de questionnement amorce un tourbillon de réponses dans la famille, ce qui transforme, pour chacun, la perception qu'il se faisait des autres. Le questionnement circulaire injecte une petite dose de différence dans le système par le biais de création de réactions et de rétroactions des membres de la famille présents. Cette petite dose de différence, comme par une réaction en chaîne, va entraîner des recadrages et donc des différences de relations qui vont s'organiser naturellement sur un mode circulaire. Elle permet de mettre en mouvement le système en le mettant en crise, pour que celui-ci puisse évoluer vers un nouvel équilibre où pourront émerger de nouvelles solutions possibles aux problèmes actuels de la famille.

Guy Ausloos insiste sur l'importance du questionnement circulaire pour activer le processus de changement, ce qui est en soi une stratégie d'intervention thérapeutique : « La définition la plus simple que je pourrais donner d'une intervention systémique est circulariser l'information » (1995) [8].

Le thérapeute est en position paradoxale : il doit poser les questions sans savoir ce qu'on cherche à circulariser, rechercher de l'information sans savoir quelle information mérite de l'être.

Faire émerger cette information donne un matériel pour élaborer de nouvelles solutions aux problèmes rencontrés par le groupe. Il s'agit d'activer un processus qui modifie les chaînes interactionnelles, de sorte que ce qui s'énonçait comme problématique ne le soit plus.

III.4.4.3. Génogramme

Le génogramme est un support de la relation thérapeutique, et constitue un moyen d'aborder l'histoire familiale dans un temps limité (Garnier, Mosca, 2007) [81]. La prise de notes sur le mode du génogramme rend immédiatement visibles la place et de la fonction de chaque membre de la famille. En effet, le dessin du génogramme est souvent très clarifiant pour les enfants de familles séparées et/ou recomposées, et permet une approche intéressante de la famille en vue d'un travail d'élaboration psychique. En montrant la valeur accordée au recueil de données concernant l'environnement familial de l'enfant, il est signifié que l'intérêt n'est pas exclusivement dirigé vers les symptômes, les dysfonctionnements, mais vers l'ensemble de ce qui constitue leur milieu de vie. Il s'agit pour le thérapeute de pouvoir se construire une représentation de l'histoire des enfants dans leur famille qui permette d'imaginer une évolution positive et qui mobilise son intérêt, son empathie et ses compétences.

Le génogramme interroge les difficultés existentielles de la famille, les crises qu'elle a traversées, les deuils qu'elle a endurés... Si ce moment thérapeutique provoque parfois l'expression des émotions et des souffrances traversées, il débouche sur une vision constructive des efforts fournis transgénérationnellement pour survivre et se pérenniser dans cet arbre de vie que le génogramme objective. Cela ouvre un certain nombre de pistes qui rendent surmontables des obstacles qui, jusque-là, ne l'étaient pas. Cela permet aussi de trouver des stratégies d'adaptation en cas de limitation, ou de découvrir des solutions en cas de problèmes, c'est-à-dire de mettre à jour les ressources que la famille a déjà pu utiliser pour dépasser, parfois, les situations les plus dramatiques.

Le génogramme met à jour les valeurs dont le patient a hérité du passé familial, et qu'il peut alors modéliser pour son propre compte dans le futur. Peuvent émerger ainsi des anecdotes ou des légendes familiales qui se transmettent d'une génération à l'autre, participant aux mythes familiaux. On peut observer que des patients, en prenant conscience de certains aspects positifs de ces mythes familiaux, les intègrent pour en faire une ressource dont ils pourront disposer à l'avenir et qu'ils souhaiteront transmettre à leurs enfants.

L'usage du génogramme remet ainsi en perspective les générations. Il met les parents dans une place d'héritiers de leur propre famille, et ancre les patients dans une histoire familiale plus large. Ils peuvent se situer ainsi dans une continuité, reconnaître ce qu'ils doivent à leurs ascendants et ce qu'ils ont eux-mêmes apporté au groupe familial. Cette inscription historique permet d'apporter plus de confiance dans leur assise identitaire.

Souvent, il ne s'agit alors plus, pour les enfants, de faire « comme les parents » ou de prendre la position inverse, mais de faire leurs propres choix de vie en fonction de leur héritage symbolique. Le génogramme aide ainsi les enfants à rester loyaux à l'égard du mythe familial tout en les autorisant à se sentir plus libre. Il instaure une dynamique de changement en sensibilisant le patient à des possibilités de choix de solutions plus diverses.

Le génogramme contribue ainsi à un travail de construction narrative auquel le thérapeute participe par ses questionnements et recadrages. Ce dialogue autour du génogramme enveloppe parents et enfants dans un même récit qui relie et révèle. En suscitant l'évocation de souvenirs d'événements, d'émotions, de visages, de lieux, et en les rassemblant autour de petits symboles graphiques, le génogramme est un outil à tisser des histoires tout en ouvrant sur un futur qui reste à inventer.

Il importe de le laisser vivant et inachevé, de respecter l'esprit d'une mise en récit partielle, à réécrire ou à compléter qui appartient plus à la famille qu'au thérapeute (Cabié, 2007) [40]. Il est possible d'utiliser le génogramme par petites touches, en partant à la recherche de valeurs familiales importantes ou de personnes ressources dans les générations précédentes, et il peut être repris à plusieurs moments de la thérapie. Il est toujours essentiel de valoriser les ressources dont la famille a fait preuve. Tout au long des entretiens, le génogramme reste un réservoir d'hypothèses, qui se peuvent se succéder, se contredire parfois, se complexifier par moment pour se simplifier à d'autres.

III.4.4.4. Questions à échelle

Les questions à échelle consistent à demander au patient d'associer une valeur chiffrée comprise entre deux normes à quelque chose de préalablement définie.

Dans le cadre des thérapies brèves, leur utilisation est très différente des échelles psychométriques d'évaluation clinique qui cherchent à objectiver le degré de gravité du tableau. Les questions à échelle constituent ici un outil de traduction très efficace du langage analogique au langage digital, et permettent d'évaluer un contexte difficilement exprimable verbalement. Les échelles sont autoréférentielles. Elles n'ont d'autres buts que d'aider le client en lui permettant de rendre plus concret ce qui est flou et abstrait.

L'utilisation de ce type de questions est très souple. Pour reprendre l'expression de Wittgentsein (1958) [243], cité par Steve de Shazer, « *la signification* d'un chiffre est *son usage* et en particulier son usage *par rapport* aux autres chiffres de l'échelle. (...) Les échelles d'évaluation nous donnent un moyen créatif de traiter l'incompréhension mutuelle en utilisant les nombres comme moyen de décrire l'indescriptible » (Shazer, 1994) [212].

John Weakland fait remarquer à propos du travail de Steve de Shazer : « Quand quelque chose n'est pas concret, vous le concrétisez (...). Vous inventez l'une de ces échelles d'évaluation. Grâce à une telle échelle, on peut considérer n'importe quelle chose floue et informe et la réduire à un nombre. Voilà alors la chose qui devient réelle et concrète » (Weakland, 1993) [231].

La liste des échelles n'est pas exhaustive et chacun reste libre d'en inventer de nouvelles pour servir dans un contexte donné. Elles peuvent être utilisées pour accéder aux opinions des clients sur presque n'importe quoi, notamment la taille ou la gravité du problème, l'inquiétude, l'humeur, l'estime de soi, la confiance ou la méfiance, la distance à l'objectif, l'espoir dans la résolution du problème, la faisabilité d'une tâche... (Jong, Berg, 1998) [118]. Leur utilisation n'est limitée que par la créativité du thérapeute, des patients et de leur famille, qui parfois les reprennent à leur compte ou les modifient d'une séance à l'autre.

Le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur l'utilisation des chiffres. Ils construisent ensemble un moyen pour parler des choses difficiles à décrire (Shazer, 1994) [212]. Le plus souvent, 0 est utilisé comme le plancher et 10 comme la solution, le but à atteindre. Pour parler des problèmes ou des aspects pénibles, une échelle négative peut être utilisée, où 0 est le moins pénible et -10 le plus. Il peut s'agir d'échelles de 1 à 10 ou de 1 à 100, ou bien n'importe quelles valeurs que le client accepte facilement. Celui-ci peut d'ailleurs les modifier à son aise, pour exprimer quelque chose de très intense par exemple. A propos d'une interaction en particulier, un enfant peut reprendre l'échelle de colère comprise entre 1 et 10 pour en faire une échelle comprise entre 1 et 20

par exemple. Il peut exprimer par-là la spécificité de cette interaction, dans laquelle un « seuil » lui paraît franchement dépassé et dont le débordement de sa colère témoigne.

Le chiffre en lui-même ne possède aucune valeur qui soit transmissible ou reproductible d'un patient à l'autre. Il n'a pour signification que celle que lui accorde le client, dont le point de vue est ainsi privilégié, et ne s'entend que par rapport aux autres cotations de la même échelle. Néanmoins, il permet de construire un pont entre client et thérapeute. Les réponses appellent inmanquablement des commentaires sur les nuances qu'elles apportent. Ainsi « 4, c'est est mieux que 3 mais moins bien que 5 » ; « 6 représente deux fois plus que 3 » ou encore : « Qu'est-ce qui a permis de faire progresser la situation de 5 à 7 ? ». Aussi, le chiffre donné permet de questionner la réponse dans un double sens. S'il peut représenter un progrès parcouru, il représente également celui qu'il reste à faire.

Le thérapeute peut également utiliser une analogie visuelle et montrer avec ses mains la longueur de l'échelle ou la dessiner sur un tableau.

En entretien familial, une question à échelle permet à chacun de s'exprimer sur point particulier ; comment estime-t-il la situation ? A quel degré est-il d'accord avec la définition du problème ? Les différences d'évaluation permettent d'aborder les différences d'opinion de façon plus sécurisée qu'une question directe. Elles peuvent également se combiner facilement aux questions circulaires, par exemple en demandant au patient où un tiers le situerait sur l'échelle, et en l'interrogeant alors sur les raisons des différences et des similitudes.

Les échelles permettent aussi de poser des seuils, car 10/10 représente volontiers un idéal inatteignable. Ainsi fixer comme objectif d' « aller à 8/10 » peut constituer un objectif plus réalisable. De même qu'une mère refuse le plus souvent d'être « inquiète à 0/10 ». Passer d'une inquiétude de -7/10 à -3/10 constitue un objectif plus acceptable car respectueux de ses valeurs. Toutes disent, en effet, qu'il leur est important de s'inquiéter un « minimum » pour leur enfant ; quels en soient les tenants, quel est ce minimum pour cette mère-là ? A quelle distance en sommes-nous aujourd'hui ?

Ces échelles ont pour but de motiver les clients, de les encourager à avancer, de les aider à voir qu'ils ont déjà fait une partie des progrès.

III.4.4.5. Question miracle

Inventée par Insoo Kim Berg et Steve de Shazer au Breif Family Center à Miliwaukee dans les années 80 (Berg, Dolan, 2001) [25], la question miracle est une métaphore qui propose au patient de se projeter dans une situation où le motif de la consultation a disparu. Elle l'autorise à imaginer une telle version de l'avenir et l'invite à décrire quelles y seraient les nouvelles séquences interactionnelles : qu'y ferait-il ? Qu'y ferait son entourage ?

L'idée centrale sur laquelle repose la question miracle est que selon que nous utilisons un langage de problèmes ou un langage de solutions, nous n'avons pas la même perception, ni la même action : « Wittgenstein a élaboré et décrit les concepts de jeux de langage et de formes de vie comme des façons de se promener dans le monde » (Shazer, 1994) [212]. Ces différents chemins se poursuivent ou bien changent de direction, selon la perception du sujet qui s'y promène. Avec quelques « jeux de langage », le mouvement de la solution peut se glisser dans la décontextualisation du problème. « Hors contexte », le jeu de langage organisé autour du problème n'a plus lieu d'être. Peut alors se développer un nouveau jeu de langage, organisé dans une perspective dégagée, autour de nouveaux éléments représentant le problème solutionné.

Bien cadrée, la question permet d'obtenir des réponses utiles à l'élaboration de nouvelles stratégies relationnelles, souvent étonnantes dans leur simplicité et leur réalisme.

Shazer formule ainsi la question miracle : « Imaginez... lorsque vous allez partir d'ici, vous allez rentrer chez vous et dîner, faire les travaux de ménage habituels, regarder la télé, ou tout autre chose, et ensuite vous allez au lit et vous endormir... et pendant que vous dormez... un miracle se produit, et les problèmes qui vous ont amenés en thérapie ont disparu, juste comme ça !... Mais cela est arrivé pendant que vous dormiez, alors vous ne savez pas que cela s'est produit... Alors, lorsque vous vous réveillez le matin, comment découvrirez-vous que le miracle a eu lieu ? » (Shazer, 1985) [210].

Pour être convaincante, la question doit être posée dans un contexte qui s'y prête, c'est-à-dire qu'elle doit pouvoir être contée. Son principe repose sur la projection dans un imaginaire le plus crédible possible, et a en cela quelque chose de l'hypnose. Le thérapeute doit poser la question d'une voix douce et d'un air absorbé, et ponctuer son récit afin d'inviter le patient à élaborer le scénario imaginaire. Il peut marquer ensuite une pause suffisante pour que le client se sente libre de réfléchir quelques instants avant de répondre. Il doit être sensible aux messages non verbaux

(expressions faciales, hochements...) qui indiquent l'adhésion à la question et l'élaboration imaginaire.

La première étape consiste à susciter l'attention en prévenant du caractère incongru de la question. Puis le thérapeute invite à imaginer comment se passent une journée et une soirée ordinaires. Ce qui est souhaité, c'est que le patient s'échappe de la consultation et imagine les détails concrets de sa maison et de sa vie quotidienne. La formule de la question telle que citée représente un canevas, le thérapeute peut affiner son récit et intégrer des détails qui semblent cadrer avec la vie du patient. Lorsque le miracle est évoqué, Shazer recommande de marquer une courte pause et d'attendre une forme quelconque de réaction. Si le problème doit être bien défini avant de poser la question, il est préférable de ne pas en évoquer les détails dans la question, afin de ne pas relancer les constructions autour. Mais par contre, pour le détail des réponses, il importe de rappeler que c'est bien le problème défini, ayant motivé la consultation, qui disparaît. Que le miracle se produise pendant le sommeil contraint le patient à imaginer le cadre qu'il connaît. Et c'est bien dans ce cadre qu'il lui est ensuite demandé d'y voir une différence, c'est-à-dire de la construire dans le même temps.

Une réponse de type « je ne sais pas... » peut être entendue comme « je réfléchis... ». Shazer recommande dans ce cas d'attendre silencieusement quelques secondes en s'efforçant de communiquer le moins possible sur le plan non verbal.

Les gens commencent souvent à raconter ce qu'ils ne ressentiront pas, ne feront pas, ne penseront pas ou comment d'autres personnes ne réagiront pas. Il est alors souvent utile de demander « Quoi d'autre serait différent ? » ou « Que pensez-vous que vous allez ressentir (faire/penser) à la place ? » afin d'obtenir une réponse qui définisse positivement la situation.

Les questions s'orientent ensuite vers les actions : « Donc, quand vous vous sentez ainsi, que ferez-vous de différent de ce que vous faites à présent ? ». Les réponses comportementales, concrètes et détaillées servent de référents externes. Elles constituent ce que le patient désire voir se produire dans sa vie. Les descriptions comportementales font le pont avec les descriptions interpersonnelles du comportement. Les réponses servent à élaborer les questions suivantes afin de clarifier et amplifier les détails de leurs descriptions.

Les questions, à ce stade sont volontiers circulaires, et interrogent les séquences interactionnelles : « Que verront les autres ? », « Que feront les autres ? » « Comment seront les

interactions entre les autres ? ». Ici aussi, ce qui est recherché, c'est la présence d'émotions, de réflexions et de comportements. Détailler précisément les actions et les relations, est important pour s'inscrire dans le visible, le réaliste et le possible.

Le fait de poser la question miracle permet un puissant recadrage et suscite un changement dans le mode de pensée des clients : « Avec le : « on ferait comme si » du miracle, une séparation se fait entre la construction des solutions et l'arrêt du processus de la plainte » (Steeve de Shazer, 1996).

La question miracle permet, en se projetant dans l'avenir, d'énoncer des comportements différents, et tout comportement réellement différent fournit une solution. Cette technique de thérapie brève peut donc être l'amorce d'un processus de solution dont le patient est l'acteur. Cela renvoie à ce que dit François Roustang : « Nos paroles deviennent des actes et non pas des mots qui viennent donner une explication, qui viennent sur-coder la réalité, mais au contraire des mots qui la transforment, des mots qui sont des gestes qui font bouger les choses » (Roustang, 2001) [199].

III.4.5. Vignettes cliniques

III.4.5.1. Martin

Martin a quatorze ans. Il est fils unique et ses parents sont mariés. Il est en troisième, n'a jamais redoublé et n'a pas d'antécédents psychiatrique ou médico-chirurgicaux. Il est suivi en consultation de pédopsychiatrie depuis quatre mois pour des troubles comportementaux dont se plaignent ses parents, à type essentiellement de conflits à domicile, de façon répétée. Les conflits sont fréquents, violents verbalement ; le père de Martin craint d'en venir à une violence physique. Les parents ne comprennent plus leur enfant : ils le décrivent replié dans sa chambre, jouant en excès aux jeux vidéo, peu investi dans son travail. Les résultats scolaires ont chuté quelques mois avant la première consultation pour ne devenir que médiocre. Ils ont décidé de consulter, lorsqu'un jour, rentrant ensemble d'une journée de week-end et après avoir caché les manettes de la console de jeu, ils ont retrouvé le bureau du père de Martin « saccagé ». « On aurait dit un cambriolage », nous a dit la mère de Martin.

Durant les entretiens, Martin présente un contact pauvre et nonchalant : le regard, sans être évitant ni fuyant, n'est presque jamais croisé (à peine lors des « bonjour » et « au revoir »). Le plus souvent, Martin regarde le plafond ou le sol. Le discours est flou et laconique : « mouais... », « non... », « chaipas.. » sont les réponses habituelles. Mais par ailleurs, Martin est le plus souvent souriant et semble parfois amusé de la situation. Il semble manifestement se sentir peu concerné par les entretiens et ce qui s'y dit. Venir aux entretiens est pour lui une contrainte ; il accepte de venir mais ne participe pas aux échanges directs avec le thérapeute qu'il évite par ses réponses floues.

En entretien, les parents se montent solidaires face au comportement de Martin, et tiennent une position complémentaire dans la relation problématique avec leur fils. Ils sont très investis dans les entretiens, leur inquiétude est vive, leur discours est prolix. Leur vision respective de la situation n'est pourtant pas la même.

Le père de Martin est informaticien et revendique une logique opératoire. Il fait volontiers confiance mais accepte mal le doute. Il ne parvient pas à comprendre le comportement de son fils qui le pousse à la méfiance, ce qu'il tolère très mal : « une boîte noire, un point d'interrogation » nous dit-il pour parler de Martin. L'émotion qui domine par rapport à ce problème est la colère, qu'il cote en début de suivi à -8,5/-10.

La mère de Martin aborde le problème différemment. Elle nous dit être surtout inquiète pour l'avenir de son fils. Ses notes ont chuté sans raison apparente et sans qu'il puisse en dire grand-chose, il lui semble que ses activités se sont très appauvries, tant sur le plan personnel que social, et qu'il n'a aucun projet. Elle pense que Martin doit être en grandes difficultés mais ne parvient pas à aborder cela avec lui ; il se montre systématiquement fuyant par rapport à ces sujets, connaissant le tempérament de sa mère qui la pousse à ne pas monter au conflit direct. Elle évalue son inquiétude à -9/-10 en début de suivi.

Durant les premiers entretiens, le travail thérapeutique est difficile. Martin n'apporte que très peu d'éléments ; il accepte de venir et valide l'ambiance dégradée à domicile (3/10 d'après lui, estimation que ses parents valident). Il entend ses parents s'exprimer sur leurs affects, mais ne manifeste aucune réaction ; il laisse dire ou bien contredit mollement avec sourire, ce qui a tendance à amplifier les réactions parentales en entretien. La définition même du « problème » est compliquée : le père adopte un point de vue disciplinaire, la mère est perplexe, Martin est désintéressé. Aucun accord commun sur la définition de la situation ne parvient à être dégagé. Sur les trois premières consultations, la situation apparaît bloquée, bien qu'elle ait cessé de se dégrader.

Ici, un questionnement circulaire a permis de faire évoluer la situation. Il a été demandé à la mère de Martin de décrire les relations typiques entre son mari et son fils. Elle décrit des conflits auxquels elle ne participe pas, mais dont elle a à supporter les cris. Le motif est invariablement la transgression d'une règle fixée par le père ; cela peut-être être l'extinction de l'ordinateur, la participation aux tâches collectives, le rangement des pièces communes, les chaussons à porter dans le domicile, l'assiduité aux repas... Nous en choisissons une que nous décrivons en détail. Lorsqu'elle essaie de s'interférer, elle nous décrit les deux protagonistes se retourner contre elle, car se mêlant de ce qui ne la regarde pas. Puis, après s'être exprimée également par la colère, elle se replie sur des tâches ménagères, laissant le conflit père-fils se poursuivre. Elle nous explique que ce schéma évolue depuis un an et s'aggrave au fil du temps. Ses tentatives de solutions sont inefficaces.

La description de l'interaction lui permet d'exprimer au thérapeute l'idée éventuelle de quitter le domicile. Nous en discutons comme d'une idée recevable devant Martin et son père qui ne manifestent pas de réactions particulières. Elle avait déjà exprimé cette idée, pendant les interactions conflictuelles, et elle n'est pas sûre qu'en parler ne soit guère utile dans le cadre de l'entretien.

Mais lors de l'entretien suivant, l'ambiance a pourtant changé : les conflits, bien que toujours présents, sont moins envahissants. Chacun, Martin et son père, a changé quelque chose dans leur relation. En effet, Martin s'oppose un peu moins à son père et celui-ci s'exprime plus calmement. Par exemple, il n'appelle Martin plus qu'une fois pour se mettre à table et les parents commencent à dîner sans lui. Celui-ci est là immanquablement dans les cinq minutes, sans qu'il n'y ait eu d'énervement. Et lorsque la mère s'interfère dans un conflit, ils le cessent plus rapidement. Martin cote cette nouvelle ambiance à 5/10, ce que valident les parents, et le père cote sa colère à -5/10. Ces améliorations semblent assez éloignées des préoccupations exprimées au départ par la mère, mais elles ont pourtant contribué à apaiser également ses inquiétudes, dont l'importance est estimée ce jour-là à -5/-10.

Cette intervention circulaire a permis au système familial un retour d'information sur son état et un processus de maintien s'est mis en place. Elle a permis de dégager une information utile, c'est-à-dire ayant permis au système de gérer son état, tout en contournant les difficultés initiales. Un travail relationnel a pu alors commencer entre Martin et ses parents sur la base « comment gérer l'ambiance à domicile ? », devenu un problème commun, dans lequel chacun tient un rôle.

III.4.5.2. Yohan

Yohann est âgé de douze ans. Il est accompagné par son père en consultation car il présente des troubles comportementaux à type de colères clastiques violentes à domicile et un comportement irrespectueux vis-à-vis de ses professeurs de collège (indiscipline, insultes...), s'aggravant depuis un an. L'école menace Yohan d'exclusion. Ce jeune adolescent a une grande sœur de 14 ans. Ses parents sont divorcés depuis deux ans, sa mère ayant quitté le foyer pour se mettre en couple avec une autre femme dans un département éloigné. Les enfants vivent avec leur père et leur belle-mère, puisque celui-ci s'est remis en couple. Ils voient leur mère la moitié des vacances scolaires.

Sur le plan sémiologique, Yohan est un patient au contact sympathique et souriant. Il n'y a pas de signes de timidité lors des rencontres, son moral est un peu entamé (6/10) et il estime l'importance du problème à 8/10. Il ne parvient pas à dire grand-chose des colères ni de leur motif. Il semble y avoir une irritabilité diffuse mais qui ne rend pas compte du caractère explosif et de

l'importance des crises. Le père craint en effet d'en venir aux mains avec son fils lors des conflits. Ceux-ci sont violents verbalement, et se sont accompagnés une fois d'une bousculade. Cette évènement a motivé le père à prendre rendez-vous. Yohan confirme le récit, en évoquant un débordement affectif qu'il critique, mais sur lequel il ne parvient pas à élaborer.

La question miracle est posée à Yohan. Il nous donne comme réponse que le jour du miracle, la famille pourrait regarder la télévision ensemble et au calme. Cette réponse pousse le thérapeute à décrire comment se passe d'habitude une séance « télévision » à domicile. Le schéma est stéréotypé : Yohan s'installe en premier, puis vient son père, puis sa sœur et enfin sa belle-mère. Au fur et à mesure que les gens s'installent en silence, Yohan doit faire de la place, mais celui-ci s'énerve et finit par quitter le canapé en colère. Cette situation est paradoxale, car Yohan semble ne pas supporter quelque chose qu'il souhaite pourtant. Il est proposé au père de changer un élément contextuel : ne plus s'asseoir en silence mais demander explicitement une place pour s'asseoir, c'est-à-dire de ratifier l'action de prendre place.

A la consultation suivante, une telle prescription de tâche semble avoir été efficace ; en effet, les soirées télévision sont à nouveau possibles, et la fréquence des crises a franchement diminué. Cette solution, quoiqu'anecdotique, a montré au père de Yohan une façon « autre » de s'y prendre, c'est-à-dire ratifier ses actes vis-à-vis de Yohan. Voyant l'efficacité de cette démarche, il l'a généralisée dans la vie quotidienne. Cet apprentissage d'une autre façon de faire illustre le deutéro-apprentissage et le changement visé par les thérapies brèves.

Mais, deux mois plus tard les crises d'énervement reviennent. Quoique moins intenses, elles génèrent de nouvelles inquiétudes chez le père. Mais en consultation, le problème est présenté différemment : Yohan demande à voir le thérapeute seul et lui livrera ne pas supporter le discours dévalorisant de son père au sujet de sa mère. Celui-ci est effectivement toujours affecté de la séparation et a très mal supporté l'orientation homosexuelle de son ex-épouse après son départ. Ces éléments pourront être repris en entretien avec son père par la suite et une élaboration autour du conflit de loyauté pourra se construire par la suite.

III.4.5.3. Dorian

Dorian a douze ans. Il est accompagné par sa mère en consultation pour des troubles comportementaux à type de conflits (bagarres) répétés à l'école. Il est fils unique et ses parents sont séparés depuis huit ans. Il vit chez sa mère et son beau-père avec la fille de celui-ci (âgée de quinze ans). Il voit son père un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Il n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux, mais a déjà été vu en consultation ponctuelle avec la psychologue scolaire en raison des conflits à l'école. La mère ne nous rapporte pas de problèmes particuliers à domicile, les relations dans la famille sont paisibles. Dorian est obéissant à la maison, ses résultats scolaires sont satisfaisants, et elle ne comprend pas les difficultés de son fils. Elle nous explique que souvent, Dorian se plaint de l'école, se sent persécuté par ses camarades. Elle nous parle d'un « discours de victime ».

Dans l'entretien, Dorian est calme, présente un contact facile, sans timidité, mais sans sourire non plus. Il porte de grosses lunettes et son regard est franc. Son discours est structuré mais maladroit. Il semble hésiter dans ses réactions fines lorsqu'on lui parle, mais ses réponses sont adaptées. Il définit d'emblée le problème comme relationnel : il ne parvient pas à s'entendre avec ses camarades et se bagarre souvent à l'école, ce qui le rend triste. Le problème est important : il est estimé à -8/-10.

L'entretien se focalise sur la dernière interaction problématique, une semaine avant la consultation. Dorian a été repris par un surveillant après avoir donné un coup de pied dans le buste d'un camarade. Il nous dit que c'est parce que celui-ci lui a donné une gifle qui a fait tomber ses lunettes, or ses lunettes semblent être « quelque chose » de sensible pour lui. En effet, il nous dit que c'est le fait qu'elles soient tombées, plutôt que la gifle, qui l'a mis en colère. Celle-ci est alors passée de 0 à +20 (sur l'échelle de 10 proposée). Lorsqu'on lui demande ce qui a bien pu motiver cette gifle, il nous dit qu'il jouait avec ce camarade : il lui a fait des « chatouilles ». A la question « Mais était-il en colère lorsqu'il t'a giflé ? » Dorian nous répond par l'affirmative et que la colère de son camarade devait être à 15/20, alors que l'instant d'avant, elle devait être à 5/20, en raison d'un autre qui l'avait déjà un peu énervé avant. En nous apportant spontanément cette précision, Dorian nous montre par là qu'il s'approprie l'échelle, et qu'il tient compte des états mentaux d'autrui. Puis nous lui demandons de nous décrire gestuellement les « chatouilles » qu'il lui faisait, et il est apparu que Dorian l'avait en fait attrapé par le cou pour coincer sa tête sous son épaule. Ne pensant pas à mal, il n'a pas compris la réaction de son camarade, et surtout ses lunettes sont tombées.

La description détaillée de cette interaction a permis de la re-ponctuer. Ils jouent aux billes pendant la récréation, un autre enfant vient taquiner son camarade (d'où le 5/10), il fait le geste, puis le reste. D'une situation qu'il ne semblait pas savoir interpréter, nous avons pu explorer ensemble, comment les agissements auraient pu être différents. Ce moment a permis à sa mère de pouvoir reprendre avec lui ce geste et de pouvoir de nouveau lui apporter une aide, là où elle se sentait impuissante.

Changer la ponctuation d'une interaction permet de la recadrer sans que de faute ne soit évoquée : un geste mal compris devient une réponse contextuelle. Dès lors, il devient possible de travailler sur le contexte de la relation. L'entretien s'est poursuivi, toujours sur la relation avec ce camarade, par exploration anticipatoire des scénarios interactionnels dans le cadre des valeurs parentales. Qu'est devenue sa colère de 15/20 ? A-t-elle diminuée ? Jusqu'à combien ? Dorian estime qu'elle doit être retombée entre 7 et 0. Comment vérifier, c'est-à-dire, comment voit-on que quelqu'un est en colère à 7/20 ou à 0/20 ? Dorian trouve des signes tels que le froncement de sourcil, le regard noir... Et comment travailler une relation emprunte d'une colère à 7/20 ? Des hypothèses sont élaborées par l'enfant qui de temps en temps demande conseil à sa mère. A l'entretien suivant, la situation est améliorée. Le problème est à -4/10. La relation mère-fils a changé ; la mère de Dorian l'observe plus dans ses interactions et aborde avec lui, maintenant, le thème des relations.

Discussion

La violence chez l'enfant interroge les relations familiales

Face à des troubles des conduites de l'enfant, le pédopsychiatre doit être attentif au repérage de la violence intrafamiliale. Ceci nécessite que les troubles soit reconnus comme problème du groupe familial, et qu'ils puissent être abordés au cours d'entretiens familiaux.

La cohésion familiale tient de la solidarité issue du sentiment d'appartenance, du partage de mythes familiaux communs (Miermont, 1987) [166], producteurs de rituels et de règles de vie, et à la reconnaissance de la différenciation des sexes et des générations, essentielle à l'ordre symbolique de la filiation.

Les dysfonctionnements individuels, l'importance des projections réciproques, les identifications projectives, le caractère archaïque des défenses mises en jeu sont autant de facteurs aggravant l'expression de violence qui se produit sous l'effet conjugué de l'intensité des investissements objectaux, des menaces narcissiques, de la tendance à la régression. Or, la famille est un milieu où s'entrecroisent des relations affectives très investies, un lieu qui est, de façon structurelle, volontiers très exposé aux ressentis et expressions violentes (Chaisnaies, 1981) [47] et qui échappe partiellement aux régulations sociales (Miermont, 1987) [166].

La violence peut être masquée, non reconnue ou non déclarée, et apparaître au détour d'un discours très péjoratif ou disqualifiant sur un enfant ou un adulte. Elle peut encore occuper le devant de la scène, voire être agie au cours même de la consultation.

Schmitt et al. la considèrent d'abord comme un phénomène relationnel exprimant un blocage et une souffrance au niveau du groupe familial dans son ensemble, loin d'être une spécificité des groupes familiaux parqués par les ruptures, la folie, les drames ou la misère (Schmitt et al., 2002) [202].

Les familles dans lesquelles une violence particulière de l'enfant s'exprime sont marquées par la rigidité et la fragilité des liens. La difficulté à tenir un écart suffisamment souple entre les parents et leurs enfants, la difficulté à respecter les rôles de chacun, entament les différences intergénérationnelles et notamment la spécificité des places de chacun au sein de la famille. La

violence, réelle ou symbolique, infiltre la vie familiale qui ne parvient plus à se structurer un conflit représentable.

De nombreux auteurs (Angel, 2004) (Marcelli, 1996) (Mazet, Houzel, 1975) (Schmit, Misès, 2002) [7, 153, 159, 203] ont insisté sur la pluralité dimensionnelle du symptôme en pédopsychiatrie : symptomatique, structurale, développementale, environnementale et somatique. La consultation distingue différentes situations en fonction du poids respectif de chacune des dimensions concernées, c'est-à-dire des situations où le symptôme relève principalement de contraintes internes pesant sur le psychisme de l'enfant, et d'autres où il est porté par l'enfant mais reflète d'un dysfonctionnement familial.

La violence ayant toujours une valeur relationnelle et communicationnelle, ces situations sont le plus souvent intriquées dans la pratique. Il importe de travailler conjointement avec l'enfant et son environnement, de façon à favoriser un mouvement de réorganisation familiale dans le sens d'une différenciation des places de chacun.

Une clinique de situation

La consultation pédopsychiatrique se distingue autant d'un examen médical strict que d'une séance de psychothérapie individuelle ou d'une séance de thérapie familiale, mais elle rassemble des aspects de ces trois situations.

La consultation en pédopsychiatrie réunit le thérapeute, le jeune patient, et le ou les adultes exerçant sur lui des responsabilités parentales. L'attention du pédopsychiatre est centrée autour des besoins de l'enfant à être aidé et soutenu. Les parents sont eux-mêmes impliqués, ce qui institue d'emblée un lien fonctionnel entre eux et le consultant. Le médecin rencontre donc une demande groupale et non une demande individuelle, et il découvre dans un premier temps un groupe familial : un ou deux parents (ou substituts parentaux), l'enfant lui-même, parfois un ou plusieurs membres de la fratrie, voire un grand parent. Il reçoit l'expression d'un groupe avec son style, ses règles, ses tensions, ses défenses et ses attentes. Tout naturellement, les consultations en pédopsychiatrie sont orientées vers la découverte du système familial. Rapidement, le clinicien se représente des sous-systèmes au sein du système familial, ainsi que les relations entre ces sous-systèmes.

Il est confronté à une « clinique de situation » (Schmit, 2003) [204] qui a presque toujours trois caractères la différenciant de la clinique médicale adulte et qui rappelle la nécessité de considérer en première intention l'enfant comme un enfant toujours impliqué dans une situation familiale singulière.

Gérard Schmit reprend l'aphorisme de Winnicott « un bébé seul, ça n'existe pas » pour l'appliquer à l'enfant : « un enfant seul, ça n'existe pas » dans le cadre de la consultation pédopsychiatrique, même si l'objectif est le plus souvent de contribuer à l'autonomisation de celui-ci.

L'ouverture à une « clinique du sujet » passe en effet par une « clinique de situation » : avant de s'entretenir avec un enfant, il est important de pouvoir s'assurer qu'il se sente autorisé à se livrer. L'inverse est également à prendre en compte : l'enfant autorise-t-il ou supporte-t-il que ses parents parlent de lui, et ceux-ci se sentent-ils autorisés ? Il ne s'agit pas d'autorisations formelles mais plutôt d'acceptations, que vise le travail sur la situation qui motive la consultation.

Penser la situation d'ensemble et interroger la demande permet d'éviter de s'engager dans des réponses opposant demande/non-demande des différents acteurs impliqués dans la situation.

La demande portée par un groupe

R. Neuburger (1988) [175] a insisté sur l'éclatement des éléments de la demande groupale. Reprenant un passage du cas Dora, il relève trois éléments qui composent la demande adressée à l'analyste : l'existence d'un symptôme, la souffrance liée à ce symptôme, et enfin l'allégation du symptôme pour demander de l'aide. Ces éléments sont réunis sur la même personne lorsqu'elle sollicite de l'aide pour elle-même vis-à-vis d'un symptôme dont elle souffre. En pédopsychiatrie, la demande est le plus souvent éclatée : symptôme, souffrance et allégation se répartissent diversement sur les parents, l'enfant et les institutions (école, services sociaux...).

Une première étape consiste à questionner comment et à qui l'aide en question peut être apportée ; aux adultes, dans leur rôle parental ou éducatif, à leur enfant, à la cellule familiale ?

En pédopsychiatrie, ces trois éléments sont habituellement dissociés. Ainsi, si l'enfant est le porteur du symptôme, un parent peut se trouver porteur de la souffrance, tandis que l'autre parent pourra être le porteur de l'allégation et être in fine celui qui porte la demande.

Ce qu'exprime le groupe familial est à la fois le reflet de son fonctionnement habituel et à la fois celui de son accommodation à une situation nouvelle pour lui, et il importe pour le thérapeute d'analyser les conditions d'émergence de la plainte qui aboutit à la demande. Le cheminement qui a amené les parents à la demande de consultation mobilise leur subjectivité. En effet, des conditions sont préalables à toute demande de soins, lorsqu'elle n'est pas contrainte ou sollicitée par les services éducatifs ou sociaux.

Les parents ont d'abord dû repérer une conduite de leur enfant comme symptomatique, et appliquer des tentatives de solution inopérantes. Puis ils ont dû imaginer qu'une aide pouvait être apportée. La réalisation de ces conditions suppose une modification de leur regard sur leur enfant et sur eux-mêmes en tant que parent.

La consultation est souvent déjà précédée d'un travail psychique qui touche le narcissisme parental, et suscite des attentes, des doutes et des angoisses. Le travail d'élaboration s'appuie sur un questionnement personnel, sur une réflexion commune parfois conflictuelle au sein du couple, et parfois sur les avis de tiers (l'école, les services sociaux...).

Parfois, la reconnaissance du symptôme se fait de façon brutale et bruyante, et les parents sont plus volontiers dans ce cas, face à des représentations d'inconnu et d'étrangeté, devant un enfant qu'ils ne reconnaissent plus.

La question de la scolarité focalise souvent l'inquiétude parentale, que les résultats soient insatisfaisants selon l'attente des parents, que la scolarité soit un lieu privilégié d'expression de la souffrance de l'enfant ou bien qu'elle entraîne une dégradation des relations familiales

Un des objectifs du consultant semble être de travailler, avec les parents, la représentation d'une souffrance psychique de leur enfant, par un travail de recadrage de la demande sur la qualité de la relation de l'enfant à son environnement (la famille, la scolarité...).

Le système d'appartenance

La notion d'appartenance recouvre des notions très hétérogènes. Elle s'appuie sur des phénomènes archaïques mais toujours actuels, d'attachement réciproque de l'enfant et de ses parents, sur un ensemble de relations objectales personnelles à chacun, et résulte enfin de l'intériorisation par chaque membre de la famille d'un ensemble de représentations conscientes ou inconscientes définissant le groupe familial lui-même, son histoire, son organisation propre et ses mythes spécifiques (Schmit et al., 2003) [204].

Il semble important de distinguer deux types d'appartenance : « être la propriété de » et « faire partie d'un ensemble ».

La légitimité de ce premier type d'appartenance peut sembler indiscutable dans l'esprit du sujet en engageant son identité même (« cet enfant qui est mon enfant m'appartient en ce qu'il fait de moi un parent », « je ne suis plus rien si je le perds »). La relation d'emprise exprime un type relationnel envahit par ce type d'appartenance.

L'autre type d'appartenance consiste dans le sentiment des enfants et des parents d'appartenir au groupe familial. Il est en rapport avec la croyance dans les mythes familiaux, et il se caractérise plus par l'intensité de cette croyance que par les contenus mythique proprement dit.

L'appartenance familiale, d'une manière dynamique et structurelle, se définirait pour chacun des membres de la famille comme la relation qu'il entretient avec le mythe familial.

L'enfant y est naturellement massivement pris, et y tire ses repères pour la construction de ses représentations de soi et du monde. L'appartenance familiale participe toujours pour une grande part à l'identité de l'enfant et à ses remaniements successifs, y compris dans les situations conflictuelles ou de rupture, ne serait-ce que par opposition ou référence. L'enfant n'est pas un sujet complètement libre de disposer à sa guise de ses orientations personnelles.

Dans les situations de familles éclatées ou recomposées, marquées par la rupture des liens, l'appartenance à sa famille d'origine garde toujours pour l'enfant toute son importance identitaire, et il se comporte comme le « gardien vigilant » de celui-ci (Schmit et al., 2003) [203].

Un problème collectif

La dépendance de l'enfant à l'égard de son environnement, l'importance de son appartenance familiale, la nécessité dans laquelle il se trouve pour créer ses propres réponses (dans la créativité ou dans la passivité) font que dans la plupart des situations, il est difficile en pratique de définir avec précision ce qui relève d'une psychopathologie intrapsychique de l'enfant et celle qui relève d'un jeu relationnel intrafamilial dans ce qui génère et maintient le symptôme. Les deux propositions : « l'enfant crée son symptôme » ou « l'enfant est symptôme du dysfonctionnement groupal de la famille » ont chacune leur part de vérité.

Il est des situations où les contraintes pesant sur le développement de l'enfant, y compris des contraintes biologiques, incitent à formaliser le problème comme appartenant essentiellement à l'enfant. Il en est d'autres où la situation de l'enfant apparaît comme l'enjeu d'un conflit se situant à un autre niveau (parental, conjugal, social...), et où le problème semble être familial.

Plutôt que de s'attacher à répondre trop vite à cette question, pertinente dans une visée diagnostique descriptive, il peut être utile pour le thérapeute de se créer sa propre représentation de la situation d'ensemble dans laquelle est survenu le problème, et d'aider chaque membre à enrichir sa représentation personnelle du problème, y compris de son implication, et de l'aider à jouer de ses potentialités de changement situationnel dont il porteur. Le thérapeute essaie alors de formaliser comment chacun tient sa place dans la situation et la relation qu'il entretient à la situation.

Ainsi, le thérapeute s'abstient de jugement sur la responsabilité des parents ou de l'enfant dans la situation créée mais essaie de formaliser comment chacun y tient sa place et y a un rôle à investir.

A partir d'un symptôme, souvent présenté comme un objet isolé, chargé de négativité et producteur de souffrance, la tâche consiste alors à ouvrir un espace de représentations, de récits concernant la situation, et de passer d'une visée diagnostique descriptive à une visée dynamique et relationnelle, c'est-à-dire à une visée psychothérapeutique.

L'approche systémique permet d'éclairer le contexte dans lequel ont surgit symptôme et souffrance chez l'enfant ou ses parents, et d'en faire émerger des éléments de compréhension d'un point de vue relationnel. Ceci implique de porter attention aux individus, mais aussi au groupe ou au

système qu'ils forment ensemble, et d'éviter d'entrer dans des identifications trop importante de façon à garder une ouverture au groupe familial et à chacun de ses membres.

Il est donc utile de s'intéresser à la logique propre du niveau groupal, avec l'hypothèse qu'au sein du groupe familial, comme dans la consultation elle-même, les protagonistes du jeu relationnel participent ensemble à la situation problématique et à l'élaboration des solutions.

Le clinicien participe au travail de co-création au sein de la consultation elle-même, et au jeu relationnel à l'égard du problème développé en consultation.

Il s'agit d'un réel travail thérapeutique s'appuyant sur l'expression en séance des relations imaginaires ou actualisées de chacun, dont l'objectif est de permettre à tous les membres d'être présents dans les dires et les pensées partagés, et que l'enfant se sente autorisé à parler d'eux. Ce travail sur les relations imaginaires et sur les interactions vise à faire évoluer la formalisation du problème et à inscrire l'enfant dans la filiation symbolique familiale.

Souvent, l'essentiel de ce travail passe par un recadrage des agissements de l'enfant ou adolescent, et par une acceptation nouvelle des adultes à entendre ce que les enfants expriment sur la situation familiale. Ceci suppose, au préalable, l'assouplissement de certains interdits et l'apaisement de certaines angoisses parentales et beau-parentales.

Le clinicien nous semble avoir à s'engager dans l'exploration de la situation d'ensemble en prenant si besoin la responsabilité d'inviter des personnes ou des groupes qui n'étaient pas impliqués dans la demande initiale.

Si l'enjeu du thérapeute familial est de rendre à la famille sa capacité d'évolution, pour un temps bloquée, l'enjeu du pédopsychiatre est de rendre à l'enfant ses capacités de développement et d'autonomisation. « La difficulté à traiter la complexité tient d'abord à la difficulté de la reconnaître et de l'accepter » (Schmit et al., 2003) [203]. Son travail passe par aider les membres du groupe familial, qu'il soit nucléaire ou recomposé, à reconnaître et à accepter la complexité de leurs propres histoires définissant leurs liens familiaux actuels.

Le clinicien, confronté à des situations conflictuelles, ne peut accepter de ne considérer qu'une partie de l'environnement familial de l'enfant, sans risquer de s'exposer à des contresens sur

la nature de son problème, sur le sens à donner à ses manifestations, sur l'incidence ou non de sa famille sur ses difficultés.

Le processus thérapeutique utilise des modes de travail centrés sur l'ici-et-maintenant : les interactions familiales, autour du symptôme et plus largement, sont explorées, questionnées et mises en jeu pendant la consultation.

Les thérapies brèves ont un aspect très pratique et proposent des outils intéressants qui permettent d'aborder les problématiques comportementales dans une logique communicationnelle. La modélisation des tentatives de solution du « client » sur un plan relationnel permet un recadrage du problème propice à la mobilisation du groupe familial. Les méthodes de questionnement circulaire permettent d'indiquer que le clinicien considère l'ensemble de la constellation familiale comme une réalité digne d'intérêt et que, quelles que soient les tensions qui y règnent, les relations que l'enfant établit avec chacune de ses parties ont leur importance. C'est également un outil intéressant pour questionner les séquences relationnelles et leur ponctuation. Souvent, en entretien, il génère une série de réactions fertiles entre les membres du groupe familial, le cadre sécurisé de l'entretien les autorisant à remanier cadre et ponctuation (parfois avec humour). Le génogramme permet, dès le début de l'entretien, d'avoir une vision sur le système. Particulièrement pratique pour les situations de familles recomposées (parfois plusieurs fois), il permet de questionner les relations et de dégager des problématiques d'affiliation et de transmissions des valeurs familiales et identitaires, éléments essentiels dans les problématiques du narcissisme et de l'estime de soi. Les questions à échelle permettent de traduire de façon simple une ambiance, un contexte, une perspective et sont utiles pour évaluer la dimension contextuelle et le point de vue du patient. Elles représentent un outil de traduction rapide d'une information analogique en digital. Enfin, la question miracle est un outil subtil et original qui, utilisé avec justesse, permet de dégager des « solutions » à des problèmes relationnels apparemment insolubles. Ses conditions d'utilisation sont toutefois délicates, puisqu'il faut avoir défini clairement un problème relationnel qui fasse l'unanimité en entretien familial. Sur ce point, l'approche relationnelle est intéressante, car, en se focalisant sur des séquences d'interactions (que l'on peut aisément recadrer par la ponctuation), elle permet de se dégager d'une cause culpabilisante. Tout le monde est d'accord pour dire qu'à un certain point, les relations humaines peuvent se compliquer, et il est rare que, dans les troubles comportementaux de l'enfant et de l'adolescent, l'amélioration relationnelle ne puisse être un objectif minimum. Dès lors, la question miracle permet de façon subtile : « que seriez-vous prêt à faire demain matin pour améliorer la relation et que vous ne faites pas en ce moment ? ». Poser une telle question directement aurait un effet agressif, pointant les insuffisances de chacun. Appuyé de quelques

méthodes hypnotiques (calibration verbale et non-verbale, voix enveloppante, ratifications, saupoudrages...), le recadrage sur une situation « solutionnée » autorise le patient et ses parents à envisager de nouvelles actions possibles. On retrouve ici tout le raisonnement de causalité circulaire des systèmes ; information et contexte sont intriqués et s'influencent mutuellement et en permanence dans ce système ouvert et complexe que représente la famille. Modifier l'un, modifie l'autre. Ces deux modifications sont pourtant de types logiques différents, de sorte que la relation englobe le contenu. Opérer à un changement au niveau contextuel revient à opérer un méta-changement (changement II), c'est-à-dire d'opérer à un changement de classe de comportements, de sorte que le système puisse se donner de nouveaux moyens de régulation.

Ainsi, à travers la conversation thérapeutique que permet de déployer ces outils, les relations ne sont plus envisagées strictement sous l'angle réprobateur et suspicieux ; aspect essentiel pour établir une alliance thérapeutique avec le groupe familial. Il est remarquable comme l'approche thérapeutique brève, en termes de modélisation de l'action thérapeutique, recoupe les définitions retenues pour l'alliance thérapeutique, paramètre clé dans l'efficacité de l'action psychothérapeutique. En effet, l'alliance thérapeutique telle que définit par Bodin, associe l'accord sur les tâches, sur les objectifs et sur le lien. Les outils stratégiques permettent d'aborder la situation sur le plan relationnel (vis-à-vis du problème comme du thérapeute) et aborde ouvertement la question du lien. Définir le problème, le fait que la situation soit devenue ingérable, revient à définir l'objectif : que la situation soit de nouveau gérable. Lorsqu'un problème est clairement défini et que les différents acteurs impliqués sont d'accord sur la façon de le voir, c'est-à-dire sur le cadre qui l'entoure, alors le plus souvent, ils sont d'accord sur les nouvelles tâches à réaliser. Le recadrage permet au thérapeute de demander d'une façon acceptable et constructive : « comment pensez-vous pouvoir agir dans votre relation au problème ? », « que comptez-vous faire ? ». Chacun peut marquer ses positions par les actions envisagées. Celles-ci peuvent faire l'objet de nouveaux recadrages dans la recherche d'un accord commun sur les tâches à réaliser.

Guy Ausloos (1995) définit ainsi une information utile : « Si une famille est compétente et responsable, et pourtant se trouve parfois confrontée à des difficultés qu'elle ne peut pas arriver à résoudre, c'est qu'elle ne dispose pas toujours de l'information nécessaire pour fonctionner de façon satisfaisante ». Il entend ici information au sens où Bateson l'a définie : « Une différence qui fait la différence », quelque chose qui fait que l'on ne voit plus les choses comme avant, qui fait que l'on s'étonne, qui fait dire : « Je n'avais jamais vu les choses comme cela », ou encore : « Je ne m'étais pas posé cette question. »

Il ajoute un peu plus loin : « Quand je recueille des données en tant qu'intervenant, je me rends service à moi-même mais je fais perdre son temps à la famille. Quand je leur donne des conseils, je les empêche de trouver les solutions qui leur conviennent ». L'important pour lui est de faire circuler l'information : « Quand je parle de faire circuler l'information, je ne veux pas dire qu'il faut recueillir des informations, cette fameuse cueillette ou récolte de données dont on parle dans les milieux socioprofessionnels. Je ne veux pas dire non plus qu'il faut donner des informations [dans le sens de conseils], parce que, pour moi, les conseils ne sont pas de l'information, mais bien plutôt du bruit qui empêche de penser [...] Pour moi, circulariser l'information, c'est aller chercher dans la famille l'information pertinente. Et je définirai cette information pertinente comme "celle qui vient du système" et qui va y retourner pour informer le système sur son propre fonctionnement. En d'autres termes, je dirais que les familles savent, mais qu'elles ne savent pas ce qu'elles savent » (Ausloos, 1995).

Il s'agit de rétablir un cadre propice à des échanges riches, qui restitue aux parents leur rôle, leur connaissance de leur enfant, leur expérience, et qui, sans nier le savoir d'un autre ordre que le thérapeute est censé posséder, permette de l'articuler avec le leur. Travailler avec la famille en tant que système relationnel et s'allier avec elle, constitue une étape pour la mise en route du travail thérapeutique.

CONCLUSION

L'agitation d'un enfant ou d'un adolescent est souvent le reflet d'un environnement complexe ou instable. De nombreux aspects relationnels intrafamiliaux sont de nature à influencer les comportements agressifs tels que rencontrés dans le trouble des conduites. En effet, l'importance des caractéristiques du système familial joue un grand rôle dans l'équilibre émotionnel de l'enfant. Les outils relationnels développés par les approches thérapeutiques brèves et stratégiques apportent des moyens pratiques qui permettent de développer l'intervention thérapeutique dans le sens d'une collaboration avec le patient et sa famille. A travers les recadrages, les questions sur les relations et la circularisation des échanges, l'approche systémique permet d'aborder les aspects comportementaux à travers un regard étayant, à la fois pour l'enfant et ses parents, ce qui paraît essentiel d'un point de vue psychothérapeutique, les problématiques de narcissisme et d'estime de soi étant au cœur du trouble des conduites.

S'inscrivant dans deux cadres épistémologiques différents, l'approche systémique se distingue de l'approche analytique. L'approche systémique fait apparaître que toute communication dans un système est composée d'un échange d'information et d'un échange synchronique méta-informatif assurant l'équilibre du système. Elle montre comment le fait d'agir sur le cadre met au travail le système, et comment cette action peut être dirigée dans un sens constructif et étayant. L'approche analytique, en décrivant les mécanismes du développement psychique, constitue un savoir essentiel qui permet une lecture fine des enjeux problématiques et des besoins de l'enfant. Ces deux approches se complètent. En effet, l'approche psychodynamique constitue une approche diachronique du sujet alors que l'approche communicationnelle travaille sur les aspects synchroniques des relations du sujet à son environnement.

Par les positions qu'elles adoptent, les thérapies brèves et stratégiques développent des méthodes d'entretiens médicaux qui mettent la collaboration médecin-famille au cœur la relation thérapeutique ; facteur central de l'alliance thérapeutique, dont on connaît l'importance pour toute action thérapeutique efficace.

REFERENCES

- [1] Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *ClinPsychol Rev* 2003 ; 23 : 1 — 33.
- [2] Ackoff, R.L., Emery, F.E. (1972) : *On Purposeful Systems*, Londres, Tavistock Publications.
- [3] Aichhorn A. *Wayward youth*. Foreward S. Freud. Pref. K.R. Eissler, Imago Published: Londres; 1951. p. 236.
- [4] Ainsworth M, Blehar MC, Water E. *Patterns of attachment a psychological study of the strange situation*. Erlbaum: Hillsdale ; 1978.
- [5] Alexander LB, Luborsky L. The Penn helping alliance scales. In: Greenberg LS, Pinsof WM, editors. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York : Guilford ; 1986. p. 325—66.
- [6] Alvin P., Tournemire R., Anjot N.M., Vuillemin L., *Maladies chroniques à l'adolescence : dix questions pertinentes*. *Archives de pédiatrie* 10 (2003) 360–366
- [7] Angel P, Duriez N. *Introduction à la psychopathologie familiale*. In : Angel P, Mazet P (sous la direction de). *Guérir les souffrances familiales*. Paris : PUF, 2004 : 5-25.
- [8] Ausloos, Guy. (1995). *La compétence des familles: Temps, chaos, processus*. Les éditions Érès.
- [9] Baer RA, Nietzel MT. Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *J Clin Child Psychol* 1991 ; 20 : 400–12.
- [10] Baillargeon et al. *Modèle systémique de l'alliance thérapeutique*. *Revue européenne de psychologie appliquée* 55 (2005) 137–143
- [11] Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZA. Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult ClinPsychol* 2007 ; 75 (6) : 842—52.

- [12] Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF p.21 (1988)
- [13] Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, et al. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 (6) : 1027—32.
- [14] Barel Y., « *Prospective et Analyse de systèmes* », La Documentation française, Paris, 1971
- [15] Barrett-Lennard, G.-T., 1962. Dimension of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs* 76 (42, Whole No 562).
- [16] Barrett-Lennard, G.-T., 1978. The relationship inventory: later development and adaptations (Nos 8, 68). *JSAS catalog of selected documents in psychology*.
- [17] Barrett-Lennard, G.-T., 1986. The relationship inventory now: issues and advances in theory, method, and use. In: Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford Press, NewYork.
- [18] Bateson G. (1936), *Naven : A Survey of the Problems suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe drawn from Three Points of View*, Cambridge University Press, Cambridge. Réimpression, McMillan Co., NY, 1937. Trad. fr. *La cérémonie du Naven*, Minuit, Paris, 1971.
- [19] Bateson G. « *Steps to an Ecology of Mind* », San Francisco : CHANDLER PRESS, 1972, 5ème éd., New York : BALLANTINE BOOKS ED., 1976. Traduction française, « *Vers une écologie de l'esprit* », Paris : EDITION DU SEUIL, tome I, 1977, tome II, 1980.
- [20] Bateson G. (1979), *Mind and Nature: A Necessary Unit*, Dutton, NY. Trad. fr. *La Nature et la Pensée*, Seuil, Paris, 1984.
- [21] Bateson G. (1991), *A Sacred Unity - Further Steps to an Ecology of Mind*, Comelia & Michael Bessie Books, New York. Trad. fr., *Une unité sacrée - quelques pas de plus vers une écologie de l'esprit*, Seuil, Paris, 1996.

- [22] Bateson G. & Mead M., « Balinese Character : A Photographic Analysis », New York : NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES, 1942.
- [23] Bateson G., Haley J., Jackson D. & Weakland J. (1956), « Towards a Theory of Schizophrenia », in Steps to an Ecology of Mind, San Francisco : CHANDLER PRESS, 1972. (Traduction française, « Vers une théorie de la schizophrénie » in Vers une écologie de l'esprit, Paris : EDITION DU SEUIL, tome II, 1980.)
- [24] Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Schefflen, Sigman, Watzlawick : La nouvelle communication, p. 7/8, Seuil 1984.
- [25] Berg, I. K., & Dolan, Y. (2001). Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories. New York: Norton.
- [26] Bergeret J. La violence fondamentale. Paris: Dunod; 1984.
- [27] Bernard C., « Leçons sur les phénomènes de la vie commune aux animaux et aux végétaux », 2 vol. Paris : BAILLIÈRE, 1878.
- [28] Bertalanffy L., « General System Theory » (1968), New York : BRAZILLER, 1968. (Traduction française, « Théorie générale des systèmes », Paris : DUNOD, 1973.)
- [29] Blanz B, Schmidt M, Esser G. Conduct disorders (CD): the reliability and validity of the new ICD-10-categories. Acta Paedopsychiatr 1990 ; 53:93–103.
- [30] Boden JM, Ferguson DM, Horwood LJ. Self-esteem and violence: Testing links between adolescent self-esteem and later hostility and violent behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42(11): 881–91.
- [31] Bordin, E.-S., 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: theory, research and practice 16,252–260.
- [32] Bordin E. S. (1994), Theory and research on the therapeutic working alliance : New directions, in The Working Alliance : Theory, Research, and Practise, A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds), New York, Wiley & Sons, 13-37.

- [33] Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life. Londres: Baillière and Cox; 1947, p. 56.
- [34] Bowlby J. Maternal care and mental health. Genève: World Health Organization monograph series; 1951.
- [35] Bowlby J. Attachement et perte. Trois vol : 1) l'Attachement 2) La perte 3) la fuite : Tristesse et dépression. Paris, Presses Universitaires de France, 1978, 1984.
- [36] Bowlby J. A secure base. New York: Basic books; 1988.
- [37] Braunschweig D, Lebovici S, Van Thiel-Godfrind J. La psychopathie chez l'enfant. *Psychiatr Enfant* 1969;12:5–106.
- [38] Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatment of conductdisordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, 5275 children. *J Clin Child Psychol* 1998;27:180–9.
- [39] Bruel Y, Flye Sainte Marie MH. Le code secret du couple. Paris: L'Harmattan; 2002.
- [40] Cabié M.C. « Génogramme et thérapie brève », in *Génogrammes, ères*, 2007, p. 67-84.
- [41] Cabié M.C. & Isebaert L., « Pour une thérapie brève, le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie », réédition, ERES, 1999.
- [42] Campbell M, Gonzallez NM, Silva RR. The pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outbursts. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(1):69–85.
- [43] Cannon W. B., « The Wisdom of the Body », New York : NORTON, 1932.
- [44] Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: theory research and clinical applications. New York: The Guilford Press; 1999.
- [45] Castonguay LG, Constantino MJ, Grosse Holtforth M. The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, research, practice. Training* 2006 ; 43(3):271–9.

- [46] Chapelier J.B. Groupes thérapeutiques à l'adolescence. EMC-Psychiatrie 1 (2004) 228–231.
- [47] Chesnaies JC. Histoire de la violence. Paris : Pluriel; 1981.
- [48] Cohen D. Vers un modèle développemental d'épigénèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56 (2008) 237–244
- [49] Cottencin O., Doutrelugne Y., Goudemand M., Consoli S.M., Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte, L'Encéphale (2009) 35, 214—219
- [50] Denenberg VH, Hoplight BJ, Mobraaten LE. The uterine environment enhances cognitive competence. Neuroreport 1998;9:619–23.
- [51] Deneux A., Poudat F.X., Servillat T., Vénisse J.L., L'art du recadrage, in : Les psychothérapies : approche plurielle (2009), Masson, p.310–316
- [52] DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. ClinPsycholScience Pract 2005;12:174—83.
- [53] Despland J-N, de Roten Y, Despars J, et al. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development for early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. J PsychotherPract Res 2001;10:155—64.
- [54] Docherty, J.P., 1989. The individual psychotherapies: efficacy, syndrome based treatments, and the therapeutic alliance. In: Lazare, A. (Ed.), Outpatient psychiatry: diagnosis and treatment 2nd ed. Williams and Wilkins Co. xxiv, Baltimore, MD, US, pp. 624–644.
- [55] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris: Le Seuil; 1984.
- [56] Donnadieu G., La communication interhumaine [online], <http://www.afscet.asso.fr/dgcommtu.doc>

- [57] Donnadiou G., Karsky M.: La systémique, penser et agir dans la complexité, Éditions Liaisons, 2002
- [58] Donnelan MB, Trzesniewski K, Robins RW. Low self-esteem is related to aggression antisocial behavior and delinquency. *Psychol Sci* 2005;16(4):328–35.
- [59] Dupuy, J.P. (1982), *Ordres et désordres*, Paris, Seuil.
- [60] Dupuy J.P., *Aux origines des sciences cognitives*, Paris, La Découverte, 1994
- [61] Epelbaum C. Adolescence et maladie : du corps à la parole. *ArchPédiatr*, 1998 ; 5 ; 1122 – 31
- [62] Erickson M., *L'intégrale des articles sur l'hypnose*, Tomes I, II et III, Bruxelles, SATAS, 1999 (Trad. fr. de *Collected Papers on Hypnosis*).
- [63] Ferguson D, Horwood L, Lynskey M. Structure of DSM-III-R criteria for disruptive childhood behaviors: confirmatory factor models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1145–57.
- [64] Ferreira AJ. Family myth and homeostasis. *Arch Gen Psychiatry* 1963;9:457–63.
- [65] Ferreira AA. Les mythes familiaux. In: Watzlawick P, Weakland JH, editors. *Sur l'interaction*. Paris: Le Seuil; 1981. p. 91–9.
- [66] Fillatre M. (2002), Être observant : pourquoi donc ? L'histoire d'Arnaud, un adolescent placé, in *Observance à l'adolescence*, Actes du Colloque, 4e Journée Médecine et santé de l'adolescent, Tours, 14 déc. 2002, GRPPMC Ado / FIREA Éditeur, Poitiers,99-104.
- [67] Fisch R., Weakland J.H., Segal L., « The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly », San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers, 1982. Traduction française, « Tactique du changement. Thérapie et temps court », Paris : EDITION DU SEUIL, 1986.
- [68] Foerster H. (von), « Cybernetics of cybernetics », Chicago : BIOLOGICAL COMPUTER LABORATORY, Université of Illinois, 1974.
- [69] Foerster H. (von) (1981) : *Observing systems*. Intersystems Publications, Seaside, California.

- [70] Foerster H. (von), « Ethique et cybernétique de second ordre », conférence prononcée au Congrès International Système et Thérapies familiales, Paris, 4 au 6 octobre 1990
- [71] Francis D, Diorio J, Liu D, Meaney MJ. Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 1999;286:1155–8.
- [72] Francis DD, Szegda K, Campbell G, Martin WD, Insel TR. Epigenetic sources of behavioral differences in mice. *Nat Neurosci* 2003;6:445–6.
- [73] Freud S. (1910) Contribution à la psychologie de la vie amoureuse. Trad. Laplanche J., Paris, PUF, 2011
- [74] Freud A. Le normal et le pathologique chez l'enfant. Paris: Gallimard ; 1968.
- [75] Freud S. Pour introduire le narcissisme. In: La vie sexuelle. Paris : PUF ; 1969.
- [76] Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *J Clin Psychiatry* 1995;56((suppl) 1):11—6.
- [77] Friedlander K. La délinquance juvénile. In: Étude psychanalytique : théories, observations, traitements (Traduit de l'anglais par A. Berman). Presses Universitaires de France: Paris; 1951, p. 288.
- [78] Frieswyk, S.H., Allen, J.G., Colson, D.B., Coyne, L., Gabbard, G.O., Horowitz, L., et al., 1986. Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54, 32–38.
- [79] Gaillard J. P. et al., « Vers une neuro-éco-systémique » Manifeste pour l'urgence d'un changement, *Thérapie Familiale*, 2011/1 Vol. 32, p. 171-190. DOI : 10.3917/tf.111.0171
- [80] Galinsky E. *Between generations: the six stages of parenthood*. New York: Berkeley; 1981.
- [81] Garnier A.M., Mosca F., « Le génogramme en consultation thérapeutique familiale », in *Génogrammes, èrés*, 2007, p. 85-128.

- [82] Gaston L. (1990), The concept of the alliance and its role in psychotherapy. Theoretical and empirical considerations, *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- [83] Gerardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF. Drug treatment of conduct disorder in young people. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002; 12(5):361–70.
- [84] Gerardin P. Violence à l'adolescence. In: Mazet P, editor. *Difficultés et troubles à l'adolescence*. Paris: Masson; 2004. p. 67–74.
- [85] Gillibert J. Le meurtre de l'imaginaire et le processus d'individuation. *Rev Fr Psychoanal* 1969;33(3):375–414.
- [86] Gordan D. & Meyers-Anderson M., « Phoenix : Therapeutic patterns of Milton Erickson », Cupertino CA : META, 1981.
- [87] Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci* 2007;10:1–11.
- [88] Graindorge C. *Comprendre l'enfant malade : du traumatisme à la restauration psychique*. Paris: Dunod; 2005.
- [89] Greenson, R.R., 1965. The working alliance and the transference neuroses. *Psychotherapy Quarterly* 34, 155–181.
- [90] Greenson, R.R., 1967–1977. *Technique et pratique de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Paris (Traduction : F. Robert. L'ouvrage original a été publié en 1967).
- [91] Grossmann KE, Grossmann K. Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In : Stevenson Hinde J, Parkes CM, eds. *Attachment across the life circle*. London : Routledge, 1991 : 93-114.
- [92] Grisi S. Placement institutionnel de l'enfant et dispositif d'accompagnement de la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (2011) 59, 376–384.

- [93] Guedeney N. (2002), Théorie de l'attachement et application aux techniques psychothérapeutiques chez l'adulte, in N. Guedeney et A. Guedeney (eds), L'attachement, Paris, Masson, 155-162.
- [94] Guedeney N, Guedeney A. L'attachement : concepts et applications. Paris: Masson; 2006.
- [95] Guedeney N, Guedeney A. L'attachement : approche théorique. Paris: Masson; 2010.
- [96] Guile JM, Cohen D. Les perturbations de l'empathie sont au coeur des troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2009.
- [97] Gutton P. Le pubertaire. Paris: PUF; 1991
- [98] Hefez S, Laufer D. La danse du couple. Paris: Hachette Littératures; 2002.
- [99] Hendrick Stéphan, « Un modèle de thérapie brève systémique intégrée », *Thérapie Familiale*, 2007/2 Vol. 28, p. 121-138. DOI : 10.3917/tf.072.0121
- [100] Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, et al. *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Guilford; 1998.
- [101] Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioural and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2000;48:1097–127.
- [102] Hersoug AG, Hoglend P, Monsen JT, et al. Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and and patient/therapist similarity as predictors. *J PsychotherPractRes* 2001;10:205—16.
- [103] Hervé MJ, Maury M. Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 2004/2 Vol. 47, p. 491-510.
- [104] Hinshaw SP, Lahey BB, Hart EL. Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1993;5: 31–49.

- [105] Hirsch S. La famille, répertoire émotionnel spécifique. Interview du 14 avril 1980 avec G. Maruani et J. Miermont. In: Passions de familles. Génitif; 1981. p. 7–11 3.
- [106] Hofstadter, D. (1979 - 1985), Gödel, Escher et Bach. Les brins d'une guirlande éternelle, Paris : InterEditions,.
- [107] Horvath A. O. (1994), Research on the alliance, in A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds), The Working Alliance : Theory, Research, and Practise, New York, Wiley & Sons, 260-287.
- [108] Horvath AO, Gaston L, Luborsky L. The therapeutic alliance and its measures. In: Miller L, Luborsky L, Barber J, Docherty P, editors. Psychodynamic treatment and research. New York : Basic Books; 1993.p. 247—73.
- [109] Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. J Counsel Psychology 1991;38(2):139—49.
- [110] Horvath AO. The alliance. Psychotherapy 2000;38(4): 365—72.
- [111] Horvath A. O., Luborsky L. (1993), The role of the therapeutic alliance in psychotherapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (4), 561-573.
- [112] Houzel D. Les enjeux de la parentalité. Enfance et parentalité. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 1999.
- [113] Jeammet P. La violence à l'adolescence. Adolescence 1997 ; T15 (no 2).
- [114] Jeammet P. Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence. Ann Med Psychol (Paris) 2001;159:672–8.
- [115] Jeammet P. La violence à l'adolescence : une défense identitaire Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 50 (2002) 434–441
- [116] Jeammet P. Le moi à l'épreuve de la liberté. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 55 (2007) 321–328

- [117] Jones NA, Field T, Davalos M. Right frontal EEG asymmetry and lack of empathy in preschool children of depressed mothers. *Child Psychiatry Hum Dev* 2000;30:189–204.
- [118] Jong P, Berg I. K. De l'entretien à la solution. Bruxelles : Satas, 2002.
- [119] Kazdin AE. Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry* Feb 1997;38(2):161–78.
- [120] Kazdin AE. Treatment for aggressive and antisocial children. *Psychiatr Clin North Am* 2000;9(4):841–58.
- [121] Kernberg O. Quand le narcissisme devient pathologique. In: *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (dir C. Geismann et D. Houzel). Paris: Bayard ; 2003. p. 799–816.
- [122] Kernberg P. L'enfant anti-social. In: *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (dir C. Geismann et D. Houzel). Paris: Bayard; 2003. p. 817–32.
- [123] Kerouac M., « Les métaphores, contes thérapeutiques », Québec : EDITIONS DU IIIe MILLENAIRES, 1989.
- [124] Kerouac M. La métaphore thérapeutique et ses contes, études éricksoniennes. Bruxelles : Satas, 2e Edition, 2000.
- [125] Kestemberg, Identité et identification chez les adolescents, *Psychiat. Enf.*, vol. 5, 1962
- [126] Klein M. Les tendances criminelles chez les normaux. In: *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot; 1967. p. 211–28.
- [127] Knesper DJ. A study of referral failures for potentially suicidal patients: A method of medical care evaluation. *Psychiatr Serv* 1982;33:49–52.
- [128] Kohut H. (1971) *Le soi. La psychanalyse des transferts narcissiques*. Presses Universitaires de France: Paris; 1974. p. 374.

- [129] Korff-Sausse S., « “ Vous n’y êtes pour rien ”. Hasard et devenir psychique », *Topique*, 1997, p. 97-123.
- [130] Korzybski A., « Science and Sanity », The International Non-Aristotelian Library, Conn. 1933
- [131] Kourilsky F., « Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement », 2ème édition, Paris : DUNOD, 1999.
- [132] Kozart MF. Understanding efficacy in psychotherapy: An ethnomethodological perspective on the therapeutic alliance. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72(2):217—31.
- [133] Kruesi MJP, Lelio DF. Disorders of conduct and behaviour. In: Wiener JM, editor. *Diagnosis and Psychopharmacology of Childhood and Adolescent Disorders*, 2nd Edition. 1996. p. 402–47.
- [134] Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France; 1967, p. 520.
- [135] Layole, G. (1984), *Dénouer les conflits professionnels*, Paris, Éditions d'Organisation.
- [136] Le Bas C., « La firme et la nature de l'apprentissage », *Économies et Sociétés, Série dynamique technologique et organisation*, n° 1, vol. 5, 1993, p. 7-24.
- [137] Lecomte C., Castonguay L. G. (1987), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur.
- [138] Lelarge E., Martineau W., Servillat T., Burgos V., Prescription de tâches, prescription d'expériences dans le cadre des thérapies brèves, *L'Information psychiatrique* 2005 ; 81 : 555-62
- [139] Le Moigne, J.L. (1994). *La théorie du système général, Théorie de la modélisation*, Paris : PUF, quatrième édition, 338p
- [140] Le moigne J.L.: *Les épistémologies constructivistes*, Presses Universitaires de France, Collection « Que sais-je ? », 1995

- [141] Le Moigne J.L.: Le constructivisme, 3 tomes, L'Harmattan, 2002
- [142] Lipset D. (1980), Bateson: The Legacy of a Scientist, Beacon Press, Boston.
- [143] Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A, et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 1997;277:1659–62.
- [144] Liu D, Diorio J, Day JC, Francis DD, Meaney MJ. Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. *Nat Neurosci* 2000;3:799–806.
- [145] Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1468–84.
- [146] Locke KD. Aggression, narcissism self-esteem and the attribution of desirable and humanizing traits to self versus others. *J Res Pers* 2009;43:99–102
- [147] Luborsky, L., 1976. Helping alliance in psychotherapy. In: Cleghorn, J.L. (Ed.), *Successful psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York, pp. 92–116.
- [148] Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, et al. Two helping alliance methods for predicting outcomes in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1983;171(8):480–91.
- [149] Maes S. Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel. *Nervure* 2003;16:23–5.
- [150] Malone RP, Luebbert JF, Delaney MA, Biesecker KA, Blaney BL, Rowan AB, et al. Nonpharmacological response in hospitalized children with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):242–7.
- [151] Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In : Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. *Attachment during the preschool years: theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.

- [152] Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. Paris: PUF; 1999.
- [153] **Marcelli D. Enfance et psychopathologie**, 5e ed. Paris : Masson, 1996 : 52-64.
- [154] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult ClinPsychol* 2000;68(3): 438—50.
- [155] Marty F., (sous la direction) in *L'illégitime violence*, Ramonville, Eds. Erès, actualités de la psychanalyse (1ère édition 1997), 2000.
- [156] Matsuura N, Hashimoto T, Toichi M. The relationship between self-esteem and AD-HD characteristics in the serious juvenile delinquents in Japan. *Res Dev Disabil* 2009;30(5):884—90.
- [157] Maturana H., 1990. « La biologie du changement » in revue *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* n° 9/11.Toulouse.
- [158] Maturana H. et Varela F. (1980) : *Autopoiesis and Cognition*. Reidel Publishing Company, Pays-Bas.
- [159] **Mazet P**, Houzel D. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2 vol. Paris : Maloine, 1975.
- [160] Mazet P, Rabain D, Downing G, et al. Le déni de l'intersubjectivité dans les interactions précoces comme paradigme de la violence psychologique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002;50:424—8.
- [161] Mazet P, Cohen D, Fosse S. L'adolescents, face à un handicap : la place de l'estime de soi et la problématique narcissique dans cette confrontation. In « L'annonce du handicap à l'adolescence » (sous la dir. de Alvin P.) *Espace éthique*, Vuibert; Paris: 2005. p. 22—28.
- [162] Mazet P., Rachidi L., Quelle est la place du narcissisme et de l'estime de soi dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 58 (2010) 248—255
- [163] Meadows P., « *Models, Systems and Science* », *American Sociological Review* », 1957.

- [164] Meyer B, Pilkonis PA, Krupnick JL, et al. Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analysis from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult ClinPsychol*2002;70:1051—5.
- [165] Miermont J, (Sous la direction de). Violence. *Dictionnaire de Thérapies Familiales*. Paris: Payot; 1987. p. 595—8.
- [166] Miermont J, (Sous la direction de). Mythes familiaux. *Dictionnaire de Thérapies Familiales*. Paris: Payot; 1987. p. 370—1.
- [167] Miermont J. *Écologie des liens*. Paris: ESF; 1993.
- [168] Miermont J. *Dictionnaire des thérapies familiales*. Paris : Payot; 2001.
- [169] Mirescu C, Peters JD, Gould E. Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. *Nat Neurosci* 2004;7:841—6
- [170] Miller, G. and S. de Shazer (1991) *Jenseits von Beschwerden: Ein Entwurf der Kurztherapie*. In L. Steiner and C. Ahlers (eds.), *Systemisches Denken und Therapeutischer Prozeß*. Heidelberg: Springer Verlag: 117-135.
- [171] Moralès-Huet M. (2002), *Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies parents/jeunes/enfant*, in N. Guedeny et A. Guedeny (eds), *L'attachement*, Paris, Masson, 147-154.
- [172] Morin, E. (1977). *La méthode 1. La nature de la nature*, Paris : Seuil, 398p
- [173] Mucchielli, A., (1999), *Théories systémiques des communications*, Paris, Colin.
- [174] Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Dev* 1999;70:1181—96.
- [175] Neuburger R. *Les nouveaux couples*. Paris: Odile Jacob ; 1997.

- [176] Neuburger R. Les rituels familiaux. Paris: Payot; 2003.
- [177] Neuburger R. Le mythe familial. Paris: Payot; 2003.
- [178] Nixon RD. Treatment of behaviour problems in preschoolers: a review of parent training programs. *Clin Psychol Rev* 2002;22(4): 525–46.
- [179] O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002;180:502–8
- [180] O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry* 2005;58:211–7.
- [181] O'Hanlon W H. & Weiner-Davis M., « In Search of Solutions », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1989. Traduction française, « L'orientation vers les solutions », 2ème édition, Bruxelles : SATAS, 1995.
- [182] Perisse D., Gérardin P., Cohen D., Flament M., Mazet P., Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 54 (2006) 401–410
- [183] Perreira T, Lock J, Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:677–84.
- [184] Pinsof, W.M., 1994. An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In: Horvath, A., Greenberg, L.S. (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice*. Wiley, New York, pp. 173–195.
- [185] Pinsof, W.M., 1995. *Integrative problem-centered psychotherapy: a synthesis of family, individual, and biological therapies*. Basic Books, New York.

- [186] Piper W. E., McCallum M., Azim H. F., Joyce A. S. (1993), Understanding the relationship between transference interpretation and outcome in the context of other variables, *American Journal of Psychotherapy*, 47, 4, 479-493.
- [187] Piper WE, Ogrodniczuk JS, Lamarche C, et al. Level of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. *Int J Group Psychother* 2005;55(4):527—50.
- [188] Prigogine I. & Stengers I., « L'ordre par la fluctuation et le système social. », in L'idée de la régulation dans les sciences, Paris, 1977.
- [189] Racamier PC. L'inceste et l'incestuel. Paris: Collège de Psychanalyse; 1995.
- [190] Racamier P-C, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum. *Evol Psychiatr* 1961;4:525—57.
- [191] Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *J Crim Law Criminol* 1991;82:360—95.
- [192] Rodgers R.F., Cailhol L., Bui E., Klein R., Schmitt L., Chabrol H. L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale* (2010) 36, 433—438
- [193] Rogers, C.R., 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95—103.
- [194] Roig Ch., « Analyse de Système et Connaissance sociale », *Études et Recherches*, n° 2, Département des Sciences Politiques, Faculté des Sciences Économiques et Sociales, Genève 1973.
- [195] Rojot J., *Théorie des organisations*, Éditions ESKA, Paris, 2003.
- [196] Roskam I., Kinoo P., Nassogne M.C., L'enfant avec des troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 204—213
- [197] Rosnay, J. de. (1975), *Le microscope : vers une vision globale*, Paris : Seuil, 295p

- [198] Roussel L. La famille incertaine. Paris: Odile Jacob; 1989.
- [199] Roustang F : Le thérapeute et son patient – L’Aube (2001)
- [200] Safran J. D., Muran J. C. (1996), The resolution of ruptures in the therapeutic alliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3, 447-458.
- [201] Safran, J.D., Muran, J.C., 2000. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Guilford, NewYork.
- [202] Schmit G., Dichant F., Rolland A.C. Violence des enfants, violence des parents au cours d’entretiens familiaux. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence* 50 (2002) 494–499.
- [203] **Schmit G**, Misès R. La consultation pédopsychiatrique. *La Lettre de Psychiatrie Française* 2002 ; 119.
- [204] Schmit G., Rolland A.C., Jeckel C. Qui inviter ce soi ? *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence* 51 (2003) 170–177
- [205] Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1982) : « Hypothétisation – circularité – neutralité », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 3,1982, p. 117-132.
- [206] Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis. *Behav Ther* 1996;27:171–86.
- [207] Seywert F., « Le questionnement circulaire », *Thérapie familiale*, vol. 14, n° 1, 1993, p. 73-88
- [208] Shannon C. & Weaver W., « *The Mathematical Theory of Communication* » Urbana, Chicago et Londres : University of Illinois Press, 1949, 12ème Edition, 1971
- [209] Shannon C., Weaver W., *Théorie mathématique de la communication* – Retz-CEPL 1975

- [210] Shazer S. (de), « Keys to Solution in Brief Therapy », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1985. Traduction française, « Clés et solutions en thérapies brèves », Bruxelles : SATAS, 1998.
- [211] Shazer S. (de), « Putting difference to work », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1991. Traduction française, « Différence, Changement et thérapie brève », Bruxelles : SATAS, 1996.
- [212] Shazer S. (de), « Words Were Originally Magic », New York : W. W. NORTON & COMPANY INC., 1994. Traduction française, « Les mots étaient à l'origine magiques », Bruxelles : SATAS, 1999.
- [213] Shazer S. (de), Berg I. K., Lipchik E. & all., « Brief therapy : Focused solution development », in Family Process, n°25, p 207 à 221, 1986. Traduction française, « Thérapie brève : un développement centré sur la solution », in « Stratégie de la thérapie brève », sous la direction de Nardone G. & Watzlawick P., Paris : EDITION DU SEUIL, 2000.
- [214] Solis-Ponton L. La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Un hommage international à Serge Lebovici. Paris: PUF ; 2002.
- [215] Sroufe LA, Egeland B, Kreutzer T. The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. Child Dev 1990 ; 61 : 1363-1373.
- [216] Stern D. N. (1995), La constellation maternelle, Paris, Calmann-Levy, 1997 (traduit par D. Cupa de Motherhood Constellation, New York, Basic Books).
- [217] Stierlin H. Psychoanalysis and family therapy. New York : Jason Aronson; 1977.
- [218] Strupp HH, Hadley SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy :A controlled study of outcome. Arch Gen Psychiatry 1979;36:1125—36.
- [219] Tronick E. Z., Weinberg M. K. (1998), À propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère/bébé : l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques, in P. Mazet et S. Lebovici (eds), Psychiatrie périnatale, Parents et bébé, du projet d'enfant aux premiers mois de vie, Paris, PUF, 298-333 (traduit par M. Robert).

- [220] Varela F. (1989). *Autonomie et connaissance*, Seuil, Paris.
- [221] Van Cutsem C. *La famille recomposée. Entre défi et incertitude*. Ramonville Saint-Agne: Érès; 1998.
- [222] Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-yearolds. *Child Dev* 2004;75:1085–97.
- [223] Vermeiren R, Bogaerts J, Ruchkin V. Subtypes of self-esteem and selfconcept in adolescent violent and property offenders. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(2):405–11.
- [224] Voizot B., *Le message que la mère adresse à l'adolescent*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 269–276
- [225] Walliser B., « *Systèmes et Modèles. Introduction critique à l'analyse de systèmes* » ; Paris, Le Seuil, 1977.
- [226] Wampold BE. *The great psychotherapy debate :Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
- [227] Watzlawick P., « *Patterns of Psychotic Communication* », in *Problems of Psychosis*, textes rassemblés par Doucet & Laurin, Amsterdam : EXCERPTA MEDICA, 1971. Traduction française, « *Structure de la communication psychotique* » in *La nouvelle communication*, sous la direction de Winkin Y., 2ème édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « *Points Essais* », 2000.
- [228] Watzlawick P., « *How Real is Real? Communication, Disinformation, Confusion* », New York: RANDOM HOUSE, 1976. Traduction française, « *La réalité de la réalité, Confusion, désinformation, communication* », Paris : EDITION DU SEUIL, 1978 et coll. « *Points Essais* », 1984.
- [229] Watzlawick P., Beavin J. & Jackson D., « *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes* », New York : NORTON, 1967. Traduction française, « *Une logique de la communication* » Paris : EDITION DU SEUIL, 1972 et coll. « *Points Essais* », 1979.

- [230] Watzlawick P. & Weakland J, « The Interactional View », New York : NORTON, 1977. Traduction française, « Sur l'interaction », Paris : EDITION DU SEUIL, 1981.
- [231] Weakland J., (1993) Conversation – But what kind ? in S. G. Gilligan & R. Price (Eds) Therapeutic conversations New York : Norton
- [232] Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. Nat Neurosci 2004;7:847–54.
- [233] Wettersten KB, Lichtenberg JW, Mallinckrodt B. Associations between working alliance and outcome in solution-focused brief therapy and brief interpersonal therapy. PsychotherRes2005;15:35—43.
- [234] Whitehead, L. & Russel, B. (1910-1913), Principia Mathematica, 3 vol., Cambridge, Cambridge University Press, in Watzlawick & alii (1975).
- [235] Wiener N., *Cybernétique et société*, Paris, Deux-Rives, 1952
- [236] Wiener N., « Cybèrnètics : Or Control and Communication in the Animal and the Machine », Cambridge : MIT PRESS, 1965.
- [237] Widler C., « Entretien avec Paul Watzlawick », in La nouvelle communication
- [238] Willi J. La relation de couple. Paris: Delachaux et Niestlé ; 1982.
- [239] Winkin Y., 2ème édition, Paris : EDITION DU SEUIL, coll. « Points Essais », 2000.
- [240] Winnicott DW, Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis (London: Tavistock, 1958)
- [241] Winnicott DW. La tendance antisociale. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969. p. 175–84.

- [242] Winnicott DW, *Jeu et réalité*, traduit de l'anglais par Monod C. et Pontalis J.B., Gallimard, Paris, 1975
- [243] Wittgenstein L., « The blue and brown books », New York : Harper & Row., 1958. Traduction française, « Le cahier bleu et le cahier brun », Paris : GALLIMARD, 1965.
- [244] Wittezael (2006) *L'écologie de l'esprit selon Gregory Bateson*, in *Ecopolitique now !* n°24 [online] (complément de la revue papier : *Un deuxième âge de l'écologie politique ?*, *Revue Multitude* n°24, printemps 2006)
- [245] Wittezael J.-J. & Garcia T., « A la recherche de l'école de Palo Alto », Paris : EDITION DU SEUIL, 1992.
- [246] Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Dis Child* 2002;86(4):251–6.
- [247] Yeager CA, Lewis DO. Mental illness, neuropsychologic deficits, child abuse, and violence. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am* 2000;9(4):793–813.
- [248] Zeanah C. H., McDonough S. (1989), *Clinical approaches to families in early intervention*, *Seminars in Perinatology*, vol. 3, no 6, 513-522.
- [249] Zetzel, E.R., 1956. Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis* 37, 369–376.
- [250] Zoccolillo M, Pickles A, Quintan D, Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychol Med* 1992;22:971–86.