

# **APPROCHE SYSTEMIQUE D'UN PROCESSUS D'AUTONOMISATION**

## **Entre autonomie du patient et autonomie du soignant**

Annie LUFUNGULA LOKOTOLO

### **AVANT-PROPOS**

En commençant cette thérapie dans le cadre de mon travail d'interne et ensuite de cheffe de clinique dans une Unité de soins psychiatriques, je me trouvai chargée d'une situation explosive qui avait derrière elle ce qu'on appelle des « casseroles ». La famille avait déjà arrêté le suivi à plusieurs reprises et la Justice s'en était mêlée, car la patiente avait eu des attitudes très agressives envers les membres de la famille et l'entourage proche, par ailleurs très limité. Cet entourage s'était ultérieurement raréfié car les rencontres avec la famille en question devenaient de moins en moins amicales, voire plaisantes.

La responsable de l'Unité m'avait donc confié cette situation avec très peu de confiance de la voir évoluer favorablement. Il est vrai qu'une chose est de donner des schémas théoriques savants, une autre est de vivre des situations cliniques au bord non seulement de la crise de nerfs, mais aussi du code pénal.

Voici donc le récit de cette thérapie. Les noms des personnes, des Institutions et de nombreux détails ont été changés pour préserver l'anonymat, ainsi que les dates et les lieux.

### **INTRODUCTION**

La thérapie familiale que je vais décrire se développe autour d'un problème d'autonomisation chez une patiente âgée de 35 ans, que je nomme Merline, porteuse d'un retard mental léger et ayant un lien très proche avec sa mère. La famille de Merline vient

d'un milieu défavorisé avec de bas revenus et surtout vivant dans un isolement social important, les échanges avec l'entourage étant excessivement pauvres.

La situation de cohabitation avec les parents est habituelle pour l'adulte avec retard mental. Ainsi, la séparation de la famille qui se présente au cours de l'évolution de l'adolescence à la jeunesse, puis à l'âge adulte, peut être vécue comme un moment extrêmement difficile dans la vie familiale. Dès lors, de nombreux adultes avec un retard mental vivent avec leurs parents jusqu'au décès de ces derniers, avec absence de tout processus d'autonomisation. Les parents voient leur enfant «adulte» parfois même comme un tout petit enfant, incapable de vivre en dehors de la sphère parentale. Je vais donc présenter une situation clinique où une thérapie systémique a permis à une femme avec retard mental de s'individualiser, de s'autonomiser sans que cela soit perçu comme une menace pour le lien.

Ma première hypothèse avait été que Merline, porteuse du symptôme, protège le système familial afin de le maintenir dans une stabilité qui exclut toute évolution. Ma deuxième hypothèse avait conçu le symptôme comme un moyen de communication entre les parents, garant donc du maintien de l'homéostasie familiale : ainsi, ils restaient ensemble pour aborder et porter le problème de Merline

Merline devenant adulte avait exprimé dans le passé son désir d'aller vers d'autres liens en dehors des liens familiaux. A l'opposition de sa mère, elle avait réagi avec une certaine timidité au début, laissant ensuite apparaître de la tristesse, des attitudes passives et enfin une réelle agressivité qui s'était finalement traduite en épisodes de violence contre le matériel et ensuite contre la mère et le père.

Le phénomène d'attachement mère-enfant, dans un mouvement de séparation, est toujours délicat et il faut tenir compte du fait que d'être un enfant porteur d'une faiblesse complexifie le processus d'attachement et de séparation. Au début de la vie, l'enfant et sa mère doivent mettre en œuvre un processus d'attachement qui est normal et indispensable dans le développement de l'enfant, nécessaire à sa survie et à son processus d'humanisation. A ce processus d'attachement fait suite un processus de séparation et d'individualisation.

De ce fait, l'enfant, s'il est porteur d'une différence, et sa mère peuvent résister au processus de séparation, que ce soit au cours de l'enfance ou de la vie adulte. Cette

résistance au processus de séparation sera parfois marquée par des séparations brutales, très peu ou pas du tout élaborée. Si besoin il y a d'une intégration en milieu socio-éducatif spécialisé, cette étape sera marquée par une grande anxiété et la famille la vivra comme douloureuse et chargée d'angoisse.

Il est donc essentiel que la famille soit associée aux diverses démarches d'autonomisation qui accompagneront la vie de la personne avec retard mental. Selon Sorrentino il s'agit d'utiliser des capacités créatives afin qu'un développement soit possible pour l'enfant atteint d'une déficience, de cette manière les uns et les autres membres de la famille pourront s'engager dans un processus de croissance en utilisant les ressources innovantes et des possibilités de transformation de l'expérience vécue. (Sorrentino, 2008).

## **DETOUR THEORIQUE**

Dans le cadre de la thérapie systémique, que je ne vais pas détailler mais juste effleurer, je vais rappeler que depuis l'apparition des pensées systémiques dans les années cinquante, cette approche n'a pas cessé de se diversifier et de s'enrichir de nouveaux courants de pensée. Je résumerai les concepts systémiques en quelques lignes et me limiterai à quelques modèles systémiques. Le but de cette brève promenade conceptuelle n'étant pas une énumération exhaustive des théories systémiques, nous nous limiterons à quelques aspects de la théorie des systèmes.

La différenciation du soi est un concept développé par Murray Bowen (1978), qui a postulé un continuum dont le pôle inférieur est celui du plus haut degré de fusion du soi, et le pôle supérieur celui du plus haut degré de différenciation. Selon cet auteur, au pôle inférieur on retrouve les gens dont les émotions et l'intellect sont tellement confondus que leur existence est dominée par l'automatisme de leur système émotif. Ce sont ceux qui présentent les plus faibles capacités d'adaptation et qui sont les plus dépendants émotivement de leur entourage. Au pôle supérieur, on retrouve les personnes qui parviennent à une certaine autonomie de leur intellect durant les périodes de tension sans être submergées par leurs émotions. Elles présentent par conséquent une plus grande capacité d'adaptation et sont plus indépendantes du climat émotionnel de leur environnement. Entre les deux extrêmes, il existe un nombre infini d'états mixtes de fonctionnement.

Les êtres humains étant fortement sociaux, le petit de l'homme a besoin dès le commencement d'une structure sociale, qui est la famille. Les travaux de Salvador Minuchin (1974) sur les structures familiales permettent de préciser les facteurs favorisant ou retardant l'autonomisation. Selon le modèle structural, la famille présente une structure propre composée de sous-systèmes, où l'on établit les frontières internes et externes et où l'on définit les règles. Individu, couple, fratrie sont des sous-systèmes qui sont définis par la génération, le sexe, l'intérêt ou la nature des tâches à remplir. Ces sous-systèmes sont de nature temporaire et se construisent sur un projet commun et des alliances passagères, et fonctionnent conformément à des patterns transactionnels qui sont des régulateurs du comportement. Chaque sous-système est déterminé par des frontières, de même qu'il existe des frontières entre la famille et ses différents contextes sociaux. Les frontières sont les règles qui définissent qui participe parmi les membres de la famille aux transactions avec l'extérieur, et comment s'opère cette participation. Des limites claires sont nécessaires pour permettre des contacts avec l'extérieur tout en prévenant les ingérences.

Des frontières interpersonnelles très diffuses, avec un haut degré de flou, conduisent à des familles enchevêtrées, alors que les frontières très rigides se manifestent par un désengagement. Une perméabilité adéquate est donc nécessaire au bon fonctionnement de la famille et au développement de ses membres. Dans les familles trop fusionnelles, les séparations sont très mal tolérées et le système, par le jeu des feed-back négatifs, s'oppose aux tentatives d'autonomisation. Cela a pour effet d'entraver gravement l'individuation des membres (Salem, 2009).

Toutes les familles, à travers des cycles de vie, vivent divers stades développementaux au cours de leur histoire. Des stades importants dans le cycle de vie, bien reconnus, sont l'arrivée des enfants, l'entrée des enfants dans l'adolescence, le départ de la maison du jeune adulte, etc. Certaines familles rencontrent à un moment ou à un autre de leur histoire des difficultés à évoluer dans leur développement. Par exemple, certains couples ont de la peine à se soutenir mutuellement dans l'exercice des rôles parentaux et à assurer un équilibre entre leur vie conjugale et familiale. La non-résolution de certaines problématiques et le manque d'adaptation rendent la famille plus vulnérable pour l'avenir, avec un dysfonctionnement et une probabilité plus élevée que la famille soit confrontée à des pathologies et crises familiales sévères (Pauzé et Touchette, 2006). L'événement de séparation qui marque le départ des jeunes n'est pas sans répercussions affectives. Cette

étape du cycle de vie est souvent décrite par les mères comme un moment difficile à vivre.

Des travaux de différents auteurs (Harkins, 1978; Borland, 1982; Edwards, *in* Whyte et Edwards, 1990) ont mis en évidence un certain nombre de «malaises» vécus par les femmes (dépression, confusion des rôles) au moment de la décohabitation de leurs jeunes adultes et lors de la phase du nid vide. Terkelsen (1980) postule qu'une transition de stade peut être influencée par des facteurs sociaux, comme le mariage et les naissances. Fulmer (1989) a attiré l'attention sur des tendances socio-familiales plus récentes : l'étirement/ralentissement des stades chez des couples d'universitaires à deux carrières et le télescopage/accélération dans des familles sous-prolétaires. Chez les premiers, la conception d'enfants peut être retardée jusque dans la trentaine, tandis que chez les seconds, la maternité débute dès l'âge de 15 ans. Dans les familles pauvres, la naissance d'un enfant donne une identité (devenir mère), un sens à la vie, un statut social, des avantages matériels et un plaisir créatif. Dans les familles défavorisées, différents stades sont télescopés dans le temps : l'adolescence vue comme période moratoire, le stade du jeune adulte non lié, la période qui entoure le mariage et l'établissement du lien conjugal, et celle aux alentours de la grossesse et de la naissance. Nous remarquons que ces stades sont supprimés ou inversés. Il n'y a pas de moratoire, pas de jeune adulte non lié, la grossesse est engagée éventuellement avant que ne s'établisse un lien conjugal.

Pour revenir aux thérapies systémiques, il faut rappeler qu'elles s'appuient sur la notion de système : « Ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres. » Par ailleurs, «il est bien entendu qu'une famille tend à préserver sa stabilité, à sauvegarder son équilibre ou homéostasie, comme tous les systèmes vivants. Cette stabilité nécessaire n'est pas toujours la même. Elle varie d'une famille à l'autre et au sein d'une même famille, selon son stade évolutif» (Salem, 2009, p. 34).

Le symptôme est alors une tentative du système de préserver sa survie en maintenant une certaine constance de son organisation. Sa fonction est homéostatique, car elle a pour but de protéger l'équilibre familial. Il va donc s'agir, pour le thérapeute extérieur au système et non influencé par lui, de diriger la famille par ses interventions vers un nouvel équilibre dans lequel le symptôme ne serait plus nécessaire.

Suite aux travaux de Von Foerster (1981) sur la relation indissociable entre les systèmes observateur/observé, on a pu introduire le concept d'auto-référence de toute observation,

les caractéristiques intrinsèques de l'observateur influençant forcément sa description de ce qu'il voit. Le rôle de l'observateur devient donc de favoriser la co-création avec la famille d'une nouvelle structure, le système thérapeutique, qui permettra l'évolution vers un nouvel équilibre.

Mony Elkaïm définit ce processus ainsi: « Il est capital, me semble-t-il, que le thérapeute ne cherche pas à savoir ce qui est bon pour la famille ni ne s'interroge sur la direction que le système thérapeutique devrait suivre; son travail pourrait plutôt consister à aider les membres de la famille à ne pas emprunter les circuits de relations qui imposaient le maintien du symptôme, afin d'ouvrir d'autres possibles. Quant à ces possibles, le thérapeute les découvrira en même temps que la famille, en changeant lui-même à mesure qu'il aidera les autres à changer» (Elkaïm, 1989, pp. 174-175).

Le système présente donc, selon cette vision de l'approche systémique, des facultés intrinsèques d'auto-organisation par l'interaction avec l'environnement, ce qu'on nomme autopoïèse. De réparateur, le thérapeute devient révélateur des compétences familiales qui amèneront à l'auto-solution (Ausloos, 2003).

Les modèles constructiviste et constructionniste social postulent que toute réalité est une construction et que « la réalité » est une construction qui se fait à travers et par les relations que nous entretenons les uns avec les autres (notre environnement); nos descriptions du monde prennent forme à l'intérieur même du langage. La relation du thérapeute et du patient, elle aussi, n'échappe pas à cette règle (Gergen, 2005).

Un autre concept théorique qui nous sera utile dans la compréhension des problèmes d'un système familial, et particulièrement du système familial autour de Merline, est la description des types d'interactions existants effectuée par Watzlawick et son équipe de Palo Alto dans les années septante (Watzlawick, 1972). Selon l'un des axiomes de la théorie de communication, « il est impossible de ne pas communiquer ». Qu'on le veuille ou non, parole ou silence, tout a valeur de message. De même pourrait-on dire qu'on ne peut pas ne pas interagir; même un refus est une façon d'être en relation. Ainsi, toute interaction entre deux personnes est de nature symétrique ou complémentaire. Dans le premier cas de figure, les deux protagonistes adoptent le même comportement, amenant souvent chacun à amplifier ce comportement en une montée en symétrie. Dans le deuxième, la conduite de l'un entraîne chez l'autre un comportement de type différent, qui complète l'attitude du premier et la rend compréhensible.

Le concept de métacommunication a été introduit par Gregory Bateson, Paul Watzlawick *et al.*, de l'école de Palo Alto, dès les années 1970. La méta-communication est une communication qui se prend elle-même pour objet. Ou si l'on veut, une communication sur la communication. Elle présuppose que dans le conflit lui-même, il y a autre chose qui se joue que le contenu et même la forme.

Pour comprendre l'évolution de la famille de Merline, il est utile de revisiter d'autres concepts systémiques en lien et parfois en conflit l'un avec l'autre : l'autonomie et l'appartenance.

Nous pouvons définir l'autonomie comme le pouvoir d'agir ou de ne pas agir, donc de choisir l'orientation de sa conduite selon ses propres règles et celles établies socialement. Ce concept correspond à celui à la notion d'indépendance comportementale.

L'autonomie est une notion largement commentée et débattue dans différentes sphères des sciences humaines et sociales, en particulier la sociologie. Alain Ehrenberg souligne la difficulté du travail des opérateurs de la santé mentale, des psychiatres et des intervenants sociaux, face à des situations où l'autonomie de l'individu est réduite et entravée par la situation psychique ou la maladie physique, ou encore la détresse sociale. Ils s'efforcent de relever le défi d'activer ces individus souvent brisés par leurs conditions désastreuses de vie, de les aider à se reprendre en charge eux-mêmes et de leur redonner un minimum de confiance en soi. Alain Ehrenberg déclare: « La souffrance sociale est une expression de l'antilibéralisme confronté au changement des rapports entre la société et l'État ». Il semble aussi regretter « une ambivalence à l'égard de l'autonomie » que les opérateurs de la santé mentale et du social continueraient à manifester. De fait, ces opérateurs qui affrontent au quotidien la souffrance sociale demeurent attachés à l'idée de protection (qui, jusqu'à preuve du contraire, en appelle à l'État et aux institutions), car ils savent bien que leur clientèle est trop fragile pour pouvoir réaliser par elle-même et sans supports objectifs cette autonomie à laquelle ils s'efforcent en même temps de les faire accéder (Ehrenberg, 2010).

Pour F. de Singly (2000), « les jeunes à l'âge adulte sont dans des conditions sociales et psychologiques qui leur permettent d'accéder à une certaine autonomie, sans pour autant disposer des ressources, notamment économiques, suffisantes pour être indépendants de leurs parents. »

Dans une situation de maladie psychique, ce processus d'autonomisation est souvent perçu comme perturbé par les troubles et par la difficulté des jeunes à se détacher de l'accompagnement parental. L'autonomie des jeunes adultes souffrant de troubles psychiques ne se fait pas en dehors de ces dispositifs. Les institutions sanitaires ou médico-sociales, au même titre que l'institution familiale, deviennent des cadres où s'acquiert l'autonomie par les voies de l'accompagnement et du « coping ».

Pour la personne avec retard mental, les différences par rapport à une « autonomie normale » sont flagrantes. L'équilibre familial est parfois fragile et peut être rudement bousculé par le besoin d'autonomie des enfants qui deviennent adultes. « Nous avons constaté que les familles ne décident de se séparer d'un enfant avec un retard mental qu'après une demande très douloureuse. Parfois, on oublie que pour une personne avec retard mental, il peut être finalement apaisant de vivre ailleurs. Le lien affectif familial, crucial, pourra s'épanouir plus sereinement. Si le chemin de la séparation est parcouru de force, face à une réalité incontournable, la famille pourrait tenter de s'opposer au changement. Un soutien thérapeutique s'avère nécessaire, non dans le but de changer la structure de la famille, mais plutôt pour l'aider à faire face à la situation et à se protéger d'un comportement extrême d'hyper-investissement ou de désinvestissement » (Galli Carminati, 2000, p. 33).

D'autre part, le sujet a besoin d'appartenance pour créer son identité et il doit puiser dans de multiples appartenances pour que puisse émerger son autonomie par rapport à ses supports identitaires. Ces appartenances à des groupes, qu'ils soient familiaux, professionnels, politiques, sont créées et maintenues par des mythes et rituels communs. Les mythes familiaux se rapportent à une série de croyances créées et partagées par tous les membres, nous remarquons que ces mythes et croyances, même si éloignés d'une réalité prouvée, donnent un sens aux actions, aux pensées et aux émotions de chacun, assurant ainsi la cohésion interne de la famille et une protection contre l'extérieur. (Miermont , 1987).

## **AU CŒUR DU CONFLIT**

C'est dans le cadre de la consultation de l'Unité psychiatrique où je travaillais comme médecin interne au début de la prise en soins, que je reçois Merline pour la première fois

en octobre 2005. Elle revient d'une courte incarcération en raison d'une agression physique envers un gérant de magasin qui avait porté plainte contre elle et envers un policier. Merline avait volé un parfum et des crèmes de beauté dans un magasin au centre ville et elle avait été repérée par le surveillant, d'où la bagarre avec le gérant, qui avait appelé la police. Au lieu de faire profil bas, Merline avait insulté et attaqué les policiers. La plainte devenait inévitable. A la fin de sa peine, le juge avait ordonné une obligation de soins en milieu psychiatrique, où Merline séjourna environ 12 mois, sans incident. Le juge avait assorti le séjour hospitalier, à la sortie, d'une prise en charge soutenue à l'Hôpital de Jour les Tournesols pendant environ 6 mois. L'évolution clinique y avait été favorable, permettant une sortie de la patiente de l'Hôpital de Jour pour poursuivre son suivi à la consultation psychiatrique dans l'Unité où je travaillais.

C'est dans ce contexte que j'avais pris en soins Merline en individuel. La situation de sortie de l'Hôpital de Jour avec donc plus de moments en famille avait déclenché ou, on le verra, réactivé le conflit entre Merline et sa mère. Merline souhaitait jouir de plus de liberté et d'autonomie et devant le refus répété de sa mère, leur relation était devenue tendue avec apparition progressive de passages à l'acte envers cette dernière.

C'est à ce titre que la mère de Merline avait fait cette demande d'une thérapie impliquant la famille, ce que nous avons appuyé, et qui avait été accueilli favorablement par la patiente. Nous avons obtenu finalement l'accord du père de Merline ainsi que de son frère. La famille avait accepté aussi l'implication d'intervenants sociaux.

En étudiant le dossier de Merline, j'avais trouvé plusieurs périodes de suivi dans la même Unité et dans une autre, ainsi qu'un résumé du Service des Enfants, très sobre à vrai dire. Les suivis, dès la majorité – ceux pendant l'enfance ayant un caractère quasiment obligatoire – avaient été interrompus sur demande de la patiente ou de la mère, qui s'engageaient à des suivis dans le privé dont on n'avait que des traces très ponctuelles. J'avais donc la sensation qu'en dehors des suivis « publics », la patiente et sa famille se renfermaient sur eux-mêmes dans une vision magique de solution des problèmes autarcique et somme toute irréaliste.

## **MERLINE ET SON HISTOIRE**

Merline est une jeune femme d'aspect très agréable, âgée de 35 ans, d'origine italienne.

Elle est la fille cadette d'une fratrie de deux. Son frère aîné est âgé de 40 ans. Merline est à l'assurance invalidité (A.I.) à 100% en raison de son retard mental.

Elle a une tenue et une hygiène correctes. Au moment du premier entretien avec moi, d'après son dossier elle présente un retard mental léger, son QI (Quotient Intellectuel), selon la WAIS-R, est de 69. Elle est calme, collaborante, orientée dans le temps et dans l'espace. Elle est autonome dans les actes de la vie quotidienne (alimentation, toilette, habillage et déplacement).

Sa mère l'accompagne au premier rendez-vous, ce qui arrivera aussi pour d'autres rendez-vous successifs.

Merline sourit facilement, avec un air un peu timide, garde la tête baissée, ne faisant bouger que ses yeux quand elle me regarde, assez furtivement. Elle est assise d'une manière qui voudrait sembler décontractée, mais ses mains souvent crispées et le fait qu'elle se ronge les ongles démontrent une tension interne. Elle tente visiblement de se contrôler et de contrôler la situation, sans doute par envie de paraître « relaxe ».

Elle présente, en dépit de sa tentative de paraître ouverte et à l'aise, une attitude réservée et elle se retrouve souvent figée sur sa chaise. Tout en étant adéquate dans son discours, son expression verbale est caractérisée par une pauvreté de vocabulaire qui ne limite pas pour autant sa capacité à expliquer et à se faire bien comprendre par l'autre en recourant à des exemples très concrets.

Elle présente une légère tristesse et angoisse, pas de symptomatologie de la lignée psychotique, elle ne présente pas d'idéation suicidaire, pas de problème de sommeil et son appétit est conservé.

Merline a été un enfant désiré. Elle n'a présenté aucune complication périnatale apparente, mais son développement psychomoteur sera lent, avec émergence tardive de la marche et de la parole. Le pédiatre annoncera aux parents le retard de leur fille alors qu'elle est âgée de 5 ans.

Dès l'annonce du diagnostic, Merline sera suivie par le Service des Enfants, elle fréquentera les écoles spécialisées jusqu'à l'âge de 15 ans.

L'enfance se passe de manière assez problématique, avec des moments de repli, une grande passivité, quelques moments d'irritabilité et un désinvestissement important des

activités scolaires. Le début de l'adolescence sera marqué par une augmentation des moments d'irritabilité et de repli, avec des agressions envers sa mère et une brève fugue à 14 ans. A cette fugue avaient succédé des épisodes répétés de violence envers la mère et le père, ce qui avait motivé une tentative de placement en milieu institutionnel.

A 15 ans elle effectuera donc une tentative d'intégration dans une Institution dans un canton voisin, d'où elle sera renvoyée car elle présentait un comportement opposant, marqué par un manque de motivation au travail et par des troubles du comportement qui avaient justifié plusieurs renvois et changements d'institution.

Merline aurait commencé sa consommation de cannabis, de cocaïne et d'alcool à l'âge de 18 ans, pour se détendre, elle passe alors la majeure partie de son temps au domicile familial, ne sortant que pour s'approvisionner de ces substances toxiques, dormant la journée et jouant en ligne sur Internet pendant la nuit, cela durant plusieurs années. Elle a une relation sentimentale chaotique avec un jeune homme qui souffre de troubles psychiatriques et d'une toxicomanie. Merline n'a jamais réussi à se faire des amies ni des amis, le seul contact étant avec sa grand-mère maternelle, décédée quand Merline avait 24 ans suite à un accident de la circulation. Merline maintenait aussi un lien régulier avec ses tantes maternelles. La famille ne recevait pas de visiteurs, ne rendait visite à personne et avait dû se protéger des jugements des autres membres de la famille et du voisinage face au retard mental et aux troubles de Merline.

Les parents émettent l'hypothèse que Merline exprime son mal-être par la violence et également qu'elle se sent mal dans sa peau car elle voudrait « faire sa vie » et « sortir du cocon familial ». En effet, à plusieurs reprises, après la brève fugue à 14 ans, Merline fait mine de faire ses bagages et de quitter de manière très impulsive le domicile familial. Par ailleurs, elle se montre jalouse de son frère aîné qui a pu mener une scolarité normale, un apprentissage et qui peut vivre de façon autonome avec une femme et des enfants.

La mère, après les aller-retour de Merline dans les différentes institutions, avait donc trouvé un appartement indépendant à proximité du domicile parental où Merline avait emménagé. Malgré cela, elle passait tout son temps au domicile parental, la mère s'étant beaucoup investie dans la prise en charge alors que le père s'en était désinvesti.

Les parents de Merline sont d'origine italienne, venant la mère du Nord et le père du Sud de l'Italie. La mère de Merline avait épousé le père en désaccord avec les deux familles,

pour différentes raisons, surtout sociales et économiques, les uns trouvant les autres trop pauvres. Sa première grossesse se serait déroulée dans un climat de mésentente avec la mère de son mari. Les propres parents de la mère de Merline étaient également mécontents, elle avait dû vivre les premiers temps de son mariage et sa grossesse en mauvais termes avec eux. Cinq ans plus tard, les deux conjoints décident d'avoir un autre enfant. Cette deuxième grossesse aurait été marquée par des conflits et violences conjugaux de la part du mari et cela en majorité dans un contexte de difficultés économiques majeures.

Le père de Merline, âgé de 65 ans, avait été placé dans des foyers pour jeunes en difficulté. Il n'a pas de métier et travaillait comme manoeuvre. Depuis de très longues années, il n'a aucun contact avec le reste de sa famille.

La mère de Merline est âgée de 58 ans, elle aurait eu beaucoup de difficultés scolaires. Elle a travaillé de manière irrégulière dans la restauration.

Les parents de Merline sont actuellement tous deux à l'Assurance Invalidité.

La mère porte une forte culpabilité quant à l'instabilité de son couple, qui souffre de problèmes liés aux difficultés économiques, maintenant moins importantes, quant à la violence de son mari ainsi qu'au retard mental de Merline. Elle avait envisagé de divorcer de son mari, qu'elle décrira comme violent et tyrannique, alors que Merline avait 15 ans. Le couple s'était d'abord séparé, puis remis ensemble pour maintenir une certaine cohérence auprès de leurs enfants, soi disant suite aux discours désastreux que la mère avait entendus à propos des enfants de divorcés.

Le retard mental de Merline avait été mal vécu par sa famille, qui le vivait comme un malheur intergénérationnel vertical, ayant le sentiment que les personnes autour d'eux se méfiaient de Merline, craignant de la fréquenter à cause de la possibilité, voire du risque, de partager ses malheurs et ceux de sa famille.

Le frère aîné de Merline est marié et père de trois enfants qui entrent dans l'adolescence. Il travaille comme boulanger. Il avait quitté le domicile familial lorsqu'il avait à peine 18 ans, suite aux comportements conflictuels de ses parents. Il dira avoir ressenti un sentiment de jalousie et d'isolement car toute l'attention des parents se portait sur Merline. Il se dira aussi content d'avoir pu s'éloigner de sa famille, mais s'inquiète de la situation de Merline car il la voit au domicile familial comme un « gardien » de ses parents qui sont

régulièrement en conflit.

## **MERLINE, SA FAMILLE ET LES THERAPEUTES**

Nous sommes face à une famille perturbée au niveau de sa structure et de sa hiérarchie.

L'objectif de la thérapie sera donc de changer l'organisation de la famille en favorisant la différenciation de chacun des membres, une stratégie centrée sur le présent. Le thérapeute fait partie du système thérapeutique et agit pour le modifier en séance. Une situation familiale avec une structure et une hiérarchie perturbées correspond aux théories de Minuchin, qui opte pour une approche structurale.

Pour donner une idée du contexte logistique, je précise que les entretiens ont eu lieu dans les locaux de la Consultation ambulatoire de l'Unité où je travaillais à l'époque et ils se sont déroulés sur une période d'environ deux ans et demi. Durant ces mois, on a pu témoigner de l'émergence de la crise, de quelques interruptions suivies par des reprises des consultations.

Comme je l'avais dit au début, la prise en soins a commencé avec une approche individuelle, rapidement remplacée par une approche familiale demandée dès le début par la mère de Merline. Très classiquement j'ai suivi le parcours en trois étapes : affiliation active (joining) à la famille, évaluation de la structure familiale et, si possible, transformation de cette structure.

Au vu de la situation médico-légale de Merline, il a fallu élargir le contexte thérapeutique à une prise de contact avec les structures sociales, à savoir un curateur de portée générale, une avocate, un accompagnateur et une aide pour les soins à domicile, ainsi que le référent de l'autorité de surveillance juridique.

La réunion de réseau nous a été indispensable pour comprendre le contexte légal de notre prise en soins.

Le cadre thérapeutique comportait moi-même et une psychologue, en co-thérapie et sous la supervision d'un superviseur systémicien. La présence d'un superviseur externe à l'Unité où je travaillais permet une vision enrichie de la situation, une meilleure attention portée aux interactions et une plus grande facilité à méta-communiquer.

Nous avons donc appris au cours de ce réseau que le bail du studio de Merline, quasiment pas utilisé et cher, avait été résilié car il pénalisait lourdement les finances de Merline sans lui donner, en fait, l'espace d'indépendance espéré.

La thérapie s'est déroulée à raison d'une à deux séances mensuelles. La famille s'est montrée compliant durant tout le suivi thérapeutique et venait régulièrement aux séances prévues, hormis en cas d'empêchement.

Revenons un moment au début de la thérapie. Pour ce qui est des séances individuelles, Merline avait été amenée à plusieurs reprises par sa mère à la consultation. Mes tentatives de la voir seule sont accueillies favorablement par sa mère qui, dans la réalité, ne quitte jamais le bureau spontanément et s'oppose avec sa présence au déroulement en tête à tête des entretiens. J'arrive enfin à obtenir quelques entretiens individuels en l'envoyant « boire un café ».

De plus, la mère de Merline tente de me rencontrer à l'insu de sa fille. Je suis obligée d'amener cette problématique et Merline refuse avec véhémence que j'établisse un lien avec sa mère, leur relation étant en ce moment tendue, avec des menaces hétéro-agressives à l'encontre de sa mère.

Mes interventions à ce stade sont plutôt de m'intéresser au monde de Merline, d'évaluer son état clinique, de créer un climat de confiance, d'établir une alliance thérapeutique avec elle. Lors des entretiens où j'arrive à la voir seule, elle peut s'exprimer plus librement sur tout ce qui l'intéresse ou l'inquiète, je peux l'inviter à partager ce qu'elle ressent. Un lien de confiance s'installe peu à peu, Merline peut évoquer ses ressentis sur sa famille, ses soucis avec ses parents et son attachement à ces derniers. Elle peut alors verbaliser sa colère, sa tristesse ainsi que sa vulnérabilité et son impuissance face à son retard mental. Conjointement au renforcement du lien thérapeutique avec la patiente, j'élabore la nécessité d'un suivi familial, qui était une demande initiale faite par sa mère, acceptée aussi par Merline.

Nous arrêtons la thérapie individuelle au profit de la thérapie familiale, le suivi psychiatrique individuel de Merline sera confié à un médecin de l'hôpital de jour de l'Unité psychiatrique où je travaille.

## LES ETAPES DE LA THERAPIE DE FAMILLE

Lors de la première rencontre avec la famille, nous faisons connaissance avec chaque membre et nous établissons le génogramme. Sont présents, en plus de ma co-thérapeute et moi-même, les parents et le frère de Merline, et Merline elle-même.

Pendant cette première séance ainsi que pendant les suivantes, après avoir mis la famille à l'aise autant que possible, nous avons posé des questions circulaires en invitant chacun à décrire l'interaction des autres membres du groupe familial.

Dès les premières minutes de l'entretien, ma co-thérapeute et moi-même avons été frappées par la difficulté du père et de Merline à verbaliser les problèmes qu'ils rencontraient. Très vite aussi nous avons senti le besoin de la mère de s'exprimer.

Par la suite, rapidement, Merline a le courage d'évoquer son souhait de quitter le domicile familial pour vivre de manière autonome. Elle était tendue, rongait ses ongles, restait très figée sur sa chaise.

La mère, visiblement, était la personne détenant l'autorité, se montrant soucieuse, mais aussi fatiguée et désespérée; elle semble avoir une position de « dominante » et Monsieur de « dominé », ce qui n'est pas tout à fait cohérent avec les accusations de Madame par rapport à son mari, décrit comme violent et tyrannique. La mère de Merline mentionne que depuis quelque temps sa relation avec sa fille est tendue, mais en dehors des crises elles sont complices.

Lorsque j'explore les tentatives de solution, la mère de Merline explique qu'elle a l'habitude de jouer les pompiers au point qu'elle ressent avoir sacrifié sa vie pour sa fille. On imagine facilement le rôle que cela joue dans sa vie conjugale où le mari est quasiment laissé pour compte.

Le frère de Merline hausse le ton et reproche à son père et à sa mère de ne s'être jamais occupés de lui, passant leur temps à se bagarrer. Il ajoute que sa mère, tout en se dédiant comme elle le dit à Merline, ne laisse pas une place à celle-ci pour elle-même, si ce n'est de jouer le rôle du gardien de la famille. Tous se tournent vers Merline, qui les regarde d'un air absent. Le rôle de catalyseur/gardien de la famille se confirme. A plusieurs reprises, nous devons refréner la tendance de la mère à occuper toute la place, coupant la parole au père et aux enfants. Merline, qui est le « patient désigné », se voit couper la

parole par sa mère qui répond à sa place.

Le discours de la mère de Merline est souvent oblique, ne parlant pas à la personne à qui elle doit adresser le message, disant « elle » au sujet de Merline ou « il » au sujet de son mari. Même si l'origine de la famille est italienne et peut donner une manière différente de s'adresser aux personnes, les « il » et « elle » étant parfaitement admis en italien, l'attitude à la troisième personne est assez dérangeante car très peu directe.

Je propose à la mère de Merline de parler aux membres de la famille en leur disant « tu », ce qui permet d'observer la communication et de la rendre plus directe.

Nous demandons leur accord pour donner un temps de parole équitable à chacun.

Sur le point central de la problématique, le processus d'autonomisation de Merline, le père se montre relativement favorable au processus d'individuation/autonomisation avec nécessité de la mise en place d'un encadrement. La mère s'y oppose catégoriquement. Nous observons des tensions surtout entre le père et la mère à propos de Merline, avec des échanges hostiles. C'est la valse des coupables : le père en veut à la mère d'avoir couvé Merline, la mère en veut à son mari de l'avoir abandonnée en poursuivant sa vie centré sur lui-même, ses habitudes, ses compagnies ; le frère en veut aux parents d'avoir préféré Merline et à son père de les avoir délaissés en tant que père. Merline, stoïque, ne dit rien.

Aux séances suivantes, nous encourageons la famille à interagir directement. Nous donnons quittance à la souffrance de chacun.

Pour modifier directement des comportements à l'intérieur de la famille, nous leur prescrivons des tâches avec des activités concrètes ensemble, à savoir des sorties, des dîners, voir des films et faire des petits voyages. Cela surtout pour ce qui est des parents et de Merline, le frère étant engagé dans sa propre famille. Peu importe le moyen déployé pour effectuer les tâches prescrites par les thérapeutes, l'essentiel est qu'il contribue à un tournant décisif dans le processus de différenciation où les parents deviennent à nouveau un couple, puis un homme et une femme ayant une tâche individuelle à effectuer en mettant Merline hors de leur conflit.

Certes, le parcours n'est pas aisé et le conflit resurgit dans toute sa splendeur, parfois quand la situation semble plus calme : le père explique à quel point il est inquiet de la

situation de Merline et voilà que la mère l'interrompt : « C'est à cause de toi que Merline en est arrivée là, car tu ne t'occupes pas d'elle. » Le père lève les yeux et rappelle à la mère sa relation avec sa propre mère (grand-mère maternelle de Merline) dont elle s'occupait, de la haine que celle-ci lui portait, l'insultant et la traitant de « folle » car si sa fille avait des problèmes c'était à cause d'elle ; la mère, s'exprimant avec une vive émotion, éclate en sanglots et se lance dans sa propre défense en affirmant que sa mère était difficile et malade. Merline et son frère écoutent avec stupéfaction, et Merline, voyant sa mère pleurer, l'embrasse.

Il s'agit là d'un épisode que les enfants et nous-mêmes ignorions. Il y a une large palette du passé familial qui appartient à la difficile période du mariage et de la découverte du retard mental de Merline que les enfants ne connaissent pas.

Tout au long de la thérapie, en profitant parfois d'une certaine fatigue ou d'un épisode comme celui que je viens de décrire, où les thérapeutes se trouvaient face à une surprise, la mère de Merline remettait en question les règles posées par les thérapeutes. Elle exprimait son malaise de se sentir, selon son point de vue, contrôlée par eux. Une fois, par exemple, elle se lève et vient empoigner le dossier de mon siège en disant que je ne suis pas en droit de commander tout le monde. Je reste assise et je lui propose de se remettre à sa place pour continuer à parler ensemble et dissiper si possible son malaise.

Après environ trois mois de thérapie, je propose de continuer pendant une période de deux mois avec les seuls parents de Merline. La famille accepte, mais avant la première séance avec ce setting, la mère me contacte, inquiète, en m'annonçant que son mari a quitté la maison pour aller faire des courses et n'est pas encore de retour, il n'est pas joignable au téléphone. Elle demande que le moment du rendez-vous soit annulé. Je propose de garder l'heure du rendez-vous et le couple arrive en retard à la séance. Nous recadrons la situation en définissant les règles de la rencontre du jour et les raisons de voir les parents seuls puisque nous devons discuter sans les enfants ni avec le réseau. Nous demandons au couple ce qui s'est passé. J'intègre dans la séance les informations que j'ai reçues de la mère hors contexte thérapeutique, pour ne pas être en coalition avec l'un des parents. Une idée jaillit dans mon esprit, car je suis persuadée que le couple ne veut rien changer aux règles de leur système et que l'annulation du rendez-vous avait été un moyen d'y parvenir.

L'information ne doit pas circuler en sens unique de la famille vers le thérapeute, mais doit

retourner vers la famille, donc je donne mon interprétation de cette situation spécifique en expliquant que le maintien du rendez-vous fait partie du cadre et que le respect du cadre est essentiel au changement de la dynamique du couple.

Pour Guy Ausloos, l'information pertinente est celle qui provient du système familial et y retourne pour informer le système sur son propre fonctionnement. Ma fonction de thérapeute n'est pas seulement de comprendre ou de m'informer des événements écoulés entre deux séances, mais de mettre en forme, d'organiser et de restituer à la famille sa réalité qu'elle connaît mais sans savoir qu'elle le sait (Ausloos, 2003). Certes, les concepts sont une chose, une autre est de répondre à une épouse affolée au téléphone...

Le père de Merline nous explique qu'il était sorti effectivement et était resté un peu devant l'immeuble pour fumer en attendant de venir au rendez-vous, qu'il n'avait pas vu l'heure passer et qu'il n'a pas entendu son portable sonner car il l'avait mis en silencieux. Il s'en excuse.

Il est clair que l'information que j'ai reçue du couple, surtout du père, me renforçait dans mon idée de résistance au changement, seulement cette fois c'était plutôt Monsieur qui passait à l'acte, ce qui était loin de ce que je pensais, ce qui a fait la différence pour moi (Bateson, 1972) : « L'information, c'est la différence qui fait la différence. »

Dans les séances dédiées au couple, nous explorons l'histoire de leur rencontre, les éléments qui les ont attirés, les points communs qui les réunissaient. Je n'ai pu mettre en évidence aucun élément marquant me permettant d'évoquer un mythe fondateur de couple : un mythe fondateur fort et unique, sur lequel s'appuyer pour re-narcissiser les partenaires et leur permettre de renforcer leur sentiment d'appartenance à une relation leur envoyant une identité positive d'eux même (Neuburger, 2002).

Le couple nous raconte qu'ils se sont rencontrés très jeunes et qu'ils ont décidé de vivre ensemble malgré l'opposition de leurs parents. Ils se sont mariés mais aucune des deux familles ne les a soutenus. Le couple ne faisait que des petits boulots et ils n'avaient pas assez de moyens pour faire, par exemple, un voyage de noces. A la naissance de leurs enfants, la famille n'est venue qu'à la Maternité, presque par devoir de présence et sans manifester du soutien. Leurs mères respectives étaient des personnes très peu soutenantes, les pères aussi. Ni Monsieur, ni Madame n'ont eu de modèle pour devenir un homme ou une femme. Ils ont passé beaucoup de temps à réparer leur enfance. Ils

devaient se soutenir, afin de s'aider mutuellement à grandir et devenir une femme et un homme, dans une grande solitude. Nous valorisons donc leur compétence à être restés en couple depuis tant d'années, malgré les moments de crises qu'ils ont pu dépasser, ils sont donc un couple qui s'inscrit dans la durée et il est important de les légitimer en tant que couple. Nous leur exprimons notre admiration quant à leurs capacités, permettant une autre narration d'eux-mêmes plus valorisante.

Une fois terminée la période de travail sur le couple, nous proposons de reprendre les séances de famille.

Le jour même de cette séance dans laquelle nous devions recommencer le travail thérapeutique en famille, la mère me téléphone pour annuler le rendez-vous, elle explique que son mari a quitté le domicile et qu'elle n'est pas sûre qu'il viendra à l'entretien. Elle relate qu'une crise est survenue le jour avant ce rendez-vous, son mari l'a frappée au cours d'une dispute, mais elle n'a pas appelé la police, ni porté plainte. Sur ce, je propose de fixer un rendez-vous pour le lendemain. Malgré cette crise majeure, la famille est présente à l'entretien fixé, signe – je veux tout au moins le croire – de bonne alliance thérapeutique et de la confiance qu'ils témoignent lorsque nous abordons des sujets particulièrement sensibles.

Le facteur déclenchant cette dernière crise était lié à un nouvel épisode de disqualification de la part de la mère envers le père et Merline.

L'entretien s'annonce difficile, nous ressentons, moi-même et ma co-thérapeute, qu'il y a beaucoup de tension et de colère au sein du couple, ils se font des reproches l'un à l'autre. Le père commence de dire « qu'il n'y a pas de solution et qu'[il] ne voit pas ce qui peut changer. » La mère à son tour réplique que son mari passe son temps à fumer et dormir dans la chambre et se réveille tard, comme le fait aussi Merline. Elle reconnaît, au moins, que son mari passe aussi du temps avec Merline en se rendant au match de foot. J'essaie de diminuer un peu la tension en citant un proverbe du Roi Salomon disant : « Une réponse douce calme la fureur, mais une parole blessante excite la colère. » Soudain, et à ma propre surprise, je sens la colère tomber. L'ambiance est devenue plus détendue avec un certain dialogue entre les thérapeutes et la famille.

La suite du travail thérapeutique sera marquée, néanmoins, par une succession de critiques de la part des membres de la famille. Cette famille nous faisait travailler avec

intensité : construire des hypothèses, élaborer des stratégies et trouver des prescriptions afin de contrecarrer les pièges.

Le point positif était la régularité de la présence, car la famille venait à ses rendez-vous sans en rater aucun, par contre le contenu des séances était très conflictuel et de gestion difficile.

Je remarque que des crises se sont déclenchées spécialement aux moments de changement, quand j'ai proposé les séances « de couple », et ensuite pour revenir aux séances « de famille ». Cette famille a un grand besoin de routine pour se rassurer, ce dont je vais tenir compte.

Le frère de Merline, pour des raisons pratiques et probablement dans le but de se préserver et de se dédier à sa famille plus qu'à la famille des parents, avait à ce point demandé de quitter la thérapie, ce qui était compréhensible, mais nous ôtait un élément stabilisateur important.

Nous avons donné comme consigne que la durée de sortie du couple seul augmente de manière progressive d'une heure à deux heures, pour arriver à un jour de week-end avec des activités de couple, et enfin à un week-end par mois.

Nous avons précisé que s'ils étaient interrogés sur ces sorties, la personne qui se sentait la mieux placée pouvait répondre. Au début, la mère de Merline n'avait parlé que d'une sortie avec Merline, pas avec son mari qui n'avait pas répondu à son invitation. Le père était resté passif, inexpressif et évitant notre regard lorsque sa femme parlait. Chacun disqualifiait l'autre d'une façon verbale ou non verbale.

La valse des coupables recommence de plus belle : la mère de Merline affirme douter de la capacité du père à prendre ses responsabilités en tant que père de famille. Le père met en doute la capacité de sa femme en tant que mère et épouse. De la part de Merline, qui aurait pu avoir vécu la période où le couple parental était seul avec les thérapeutes comme une sorte d'abandon – bien qu'elle ait affirmé avoir bénéficié d'un moment de tranquillité où elle n'était plus le centre des problèmes et des discussions – la réponse est claire : mutisme et bouderie.

Je commence à être découragée par le peu d'évolution, avec l'impression de tourner en rond : d'une part le couple ne suit pas les consignes, de l'autre ils s'en échappent avec

l'habituelle valse des coupables. Au lieu de reprendre une thérapie de famille, je m'engouffre dans une thérapie de couple avec comme témoin Merline et les thérapeutes en otage. Moi-même et ma co-thérapeute, absorbées dans la protection de l'équilibre familial, nous tombons dans le piège d'être envahies par un sentiment de colère et de désespoir devant notre impuissance à produire du changement. Pendant que ses parents se critiquent mutuellement, Merline commence à s'agiter, tourne à travers la pièce, montre une grande détresse, enfin elle s'adresse à moi et me disant : « Vous n'êtes capable de rien faire. »

Pendant une séance spécialement houleuse, avec les parents qui s'insultent violemment et Merline qui devient de plus en plus agitée, j'avais craint un passage à l'acte violent ou de Merline ou du père et j'avais interrompu la séance en disant que la situation était insoutenable et qu'on se reverrait au prochain rendez-vous, dans trois semaines. En fait, j'avais été prise d'un découragement aussi grand que l'inquiétude face à un passage à l'acte et ma co-thérapeute n'arrivait plus à dire un mot et avait l'air effrayée.

J'avais discuté avec mon superviseur à propos de cette situation car je ne me sentais pas à l'aise et j'avais la sensation d'avoir perdu la confiance de la famille et de ma co-thérapeute.

A la séance suivante, en appliquant le conseil du superviseur de recentrer la famille sur elle-même, j'avais demandé aux membres de la famille de me décrire leur quotidien, les moments de satisfaction dans leur famille, même s'ils alternent avec des mécontentements et des reproches récurrents entre eux.

J'avais explicité le jeu du système familial et qualifié les troubles de la communication, les interactions véhiculées dans le contexte thérapeutique, en ajoutant que le système thérapeutique était dans une impasse. J'avais déclaré avoir probablement commis des erreurs et que je voudrais prendre du temps pour y réfléchir jusqu'à la prochaine séance. La réaction du père avait été immédiate : « Je ne reviendrai plus ici. Moi, je viens pour Merline et non pour que sa mère me disqualifie. »

J'avais souligné alors que malgré ce que venait de dire le père de Merline, le système familial était décrit par eux-mêmes avec une atmosphère assez calme, le père venait de dire, en effet, avant sa dernière phrase que quand il y a eu un clash ou une dispute, ils ont réussi à gérer la suite, cette fois-ci, et chacun a réussi à entendre l'autre sans monter en

symétrie.

J'avais pu alors ajouter que, même si entre eux pendant les séances les parents tendaient à se disqualifier, il y avait apparemment une nette amélioration, il n'y avait plus eu de violences physiques, ni d'interventions de la police, ni d'autres désagréments. Nous les avons félicités de leur effort d'entendre l'autre et d'avoir évité un important conflit, en leur proposant de garder cette expérience en mémoire afin de pouvoir la répéter.

Les séances ont continué pendant plus de six mois avant de ré-aborder la problématique de l'autonomie factuelle de Merline. La mère accepte d'accompagner Merline chez l'assistante sociale pour qu'elle puisse l'aider à trouver un studio protégé et un atelier où travailler à temps partiel. Il y a une certaine confiance dans le système extérieur à la famille, qui n'est plus vu comme persécuteur comme avant.

La famille a pu faire des changements importants et chacun décrit une amélioration au niveau du système et surtout le maintien du nouvel équilibre interactionnel. Elle est rassurée et impressionnée par la fluidité de la communication et du dialogue sans cris, ce qui diminue la tension au sein de la famille. Les parents passent beaucoup de temps en couple, puis en famille. Le père explique la capacité nouvelle de son épouse à s'affirmer et l'aspect plus « égalitaire » de leur relation. La structure est restée la même, seul le contenu a changé : la confiance entraînant l'estime de soi a remplacé le doute et la dévalorisation. Cette assurance naissante dans la famille leur a permis de se confronter aux regards des autres, comme le dispositif extra-familial (structure psycho-sociale, avocat curateur, SAPEM, médecins, etc.) ainsi que les familles éloignées.

Bien que les démarches pour entrer dans un appartement protégé restent longues et que Merline vive encore en famille, sa consommation de substances toxiques s'étant fortement réduite, elle demeure abstinente depuis plus d'une année. Elle n'exerce plus de violence envers ses parents, ni d'autres personnes.

Peu avant la fin de la thérapie, elle intégrera un appartement protégé et une activité dans un atelier jardin. Elle a développé un réseau d'amis de l'atelier avec lesquels elle sort régulièrement et pour les camps de vacances. Elle n'a plus été hospitalisée en milieu psychiatrique.

Le jour de la dernière séance, la famille de Merline nous fait part du maintien d'un bon équilibre de leurs relations au sein de la famille, nous remercie chaleureusement,

essayant de nous dire à quel point notre rôle de thérapeutes a été crucial pour l'équilibre de leur couple et leur famille. Nous acceptons très volontiers ces remerciements et réaffirmons notre confiance dans les compétences qu'ils ont développées et qui leur permettront de continuer à aller de l'avant. La famille ne ressent plus le besoin de poursuivre la thérapie, se sentant suffisamment en confiance pour affronter l'avenir ensemble et ne souhaitant pas de rendez-vous ultérieur.

## **LE ROLE DU TEMPS DANS LA THERAPIE**

Le temps est un élément essentiel de cette psychothérapie. Le processus thérapeutique s'initie sur un rythme plutôt lent, nécessaire à l'instauration d'un climat où règnent une confiance mutuelle, la tolérance et le respect du « mouvement de non-changement » qui anime alors la famille. Guy Ausloos évoque « le temps arrêté des systèmes à transactions rigides ». Selon lui, il est important de mobiliser ce temps arrêté de la famille en suscitant la crise, mais en respectant leur crainte de changement et en leur permettant de faire des projets qui leur donneront un futur. « Ils sont prudents, et ils ont raison de l'être; il n'y a pas de famille résistante mais des thérapeutes impatients. »

La question du temps sera le fil rouge de la thérapie. Le système thérapeutique a laissé à la famille le temps de ne pas changer trop vite. Durant les premiers entretiens, nous ne cesserons de leur rappeler qu'ils ne doivent pas se précipiter : « Nous ne sommes pas sûrs qu'il soit bénéfique pour vous de changer dans l'immédiat. Si des changements devaient apparaître, il faudrait être attentifs, vous et nous, à ce qu'ils soient suffisamment lents et progressifs. »

Cela s'est révélé essentiel pour mon vécu au sein de ce processus, en m'autorisant à sortir de l'urgence de remettre cette famille sur les rails de la normalité. Je prenais moi aussi le temps, tout comme ma co-thérapeute. Ce « temps partagé » du système thérapeutique renforça l'alliance et ouvrit la voie aux premières ébauches de changement.

Le travail sur la différenciation (Bowen, 1978) pendant la thérapie avait permis au système familial une prise de conscience des modifications : le couple parental devait augmenter son engagement dans la relation conjugale.

D'autre part, les frontières du système étaient imperméables et rigides, et la famille avait

besoin d'établir une nouvelle structure avec établissement de frontières clairement délimitées entre le couple parental, renforcé, et les enfants. Une réorganisation de la relation familiale et une de triangulation libérant Merline étaient importantes pour la libérer de son rôle de « gardien » et pour lui permettre une reprise évolutive dans un nouvel équilibre dynamique.

En ce qui concerne le cycle de la vie familiale, donc dans une vision plus large du temps dans cette famille, Merline avait pu choisir des expressions qui ne sous-entendent pas la rupture mais qui marquent plutôt une certaine continuité.

« Cette manière de présenter le départ met en avant le maintien des relations intergénérationnelles après la séparation. » (de Singly, 2000).

Le processus d'intégration sociale (atelier et appartement protégés) s'était passé dans les meilleures conditions avec le soutien du dispositif social sans que les parents, particulièrement la mère, soient troublés.

Un autre outil d'intervention, la métacommunication du modèle de Bateson, a permis de réguler le tempo des échanges et de les fluidifier en aidant les membres de la famille à prendre du recul. Pour donner un exemple, lorsque tout le monde parlait en même temps, notre intervention type était : « Nous ne pouvons pas continuer à vous écouter si vous parlez de cette façon », tout en faisant la pause, ce dont la famille était incapable au début. L'introduction des pauses, d'une autre manière de vivre le temps dans la communication dans la famille, a permis de parvenir à méta-communiquer spontanément.

Au lieu de réagir avec un mot désagréable, la mère arrivait à faire répéter une phrase à son mari en lui disant : « Je ne comprends pas ce que tu dis, peux-tu me parler lentement, s'il te plaît ? » L'agressivité du couple diminuait et leur communication s'était nettement améliorée.

## **LE ROLE DE L'HOMEOSTASE DANS LA THERAPIE**

Par rapport à la fonction homéostatique, la théorie de Minuchin dont j'ai déjà parlé a permis d'accompagner la famille dans le sens d'un changement, mais en respectant les équilibres internes et le rythme d'assimilation du changement.

Selon les travaux de von Foerster, ainsi que le modèle de Gergen, les thérapeutes ne sont plus vus comme étant à l'extérieur du système. Tout en les observant de façon neutre, ils sont perçus comme faisant partie de la « réalité observée », c'est-à-dire comme participant à la « co-construction » de la réalité de ce système.

Un nouveau système se forme : « famille et thérapeutes ». Le symptôme n'est plus perçu comme ayant la fonction de maintenir l'homéostasie dans le système, mais comme indicateur d'un état de crise et d'un désir d'évolution.

Notre travail thérapeutique devrait, dans la mesure du possible, aider le membre du système à échapper à l'emprise d'une histoire dominante qui le définit comme « étant » un problème, pour accroître son sentiment d'être un auteur, d'être autonome. Autrement dit, le travail thérapeutique doit aider la famille à re-crée et à vivre sa propre histoire.

En considérant les interactions systémique et complémentaire, l'utilisation thérapeutique de la communication non verbale selon la théorie de Watzlawick s'est montrée efficace par le simple fait d'écouter chaque membre de la famille avec attention, sans distinction, le fait d'intégrer Merline, « patient désigné », aux réunions comme sujet participant, de ne pas la traiter d'irresponsable, de ne pas banaliser son discours même s'il peut être par moments difficile à suivre, en lui laissant autant le temps de parole qu'aux autres.

Pour Jean-Claude Kaufmann, « les propos recueillis dans les entretiens ne doivent être considérés ni comme la vérité à l'état pur, ni comme une déformation systématique de cette dernière. Ils sont complexes, souvent contradictoires, truffés de dissimulations et de mensonges. Mais ils sont aussi d'une extraordinaire richesse, permettant justement par leurs contradictions d'analyser le processus identitaire, donnant des pistes (phrases récurrentes) pour repérer des processus sociaux sous jacents. » (Kaufmann, 1995, p. 268).

## **LA SOCIETE AUTOUR DE LA FAMILLE**

Abordons le travail sur le processus d'autonomisation avec accompagnement par le réseau des soins selon la théorie de Galli Carminati (2000). Merline a pu s'insérer professionnellement dans un atelier protégé. Il est clair que cette autonomie est définie comme un déplacement des liens de dépendance avec la famille vers le dispositif extra-

familial (structure psycho-sociale) pour soulager la famille, en espérant que le conflit ne se déplace pas sur ce dispositif. Merline expérimente non seulement une phase de prise en charge autonome, avec toutes les difficultés que cela comporte par exemple dans l'appartement protégé qu'elle occupe, mais elle le fait sans attirer l'attention constante des autres. Il s'agit ici d'une autonomie « accompagnée » qui n'est pas entendue comme une indépendance institutionnelle, mais est au contraire projetée dans des relations d'accompagnement, que ce soit dans la cellule familiale ou dans le cadre de prise en charge avec des professionnels (Parron, 2011).

Le travail avec le réseau social, selon la théorie de Sorrentino (2008), a pour thérapie de favoriser une intégration sociale de Merline en lui donnant d'abord une occupation de son temps dans un atelier protégé (jardinage). Ce travail permet à Merline d'appartenir à un groupe, elle y trouve des amis, d'autres comme elle. Elle y trouve un terrain de défis, de confrontation positive. Et aussi une compensation financière, un accueil adapté, les cafés aux pauses, le moniteur qu'elle connaît bien, etc., un autre besoin primaire que nous avons tous.

Pour Merline, travailler, c'est le besoin d'exister, d'être reconnue, fière des travaux réalisés dans les jardins, ce qui marque « la preuve socialement établie de l'aboutissement de la construction de son identité » (de Singly, 1996).

Notre intervention avec la structure sociale en vue d'une insertion professionnelle à l'atelier et l'intégration de Merline dans son appartement ont permis à la famille de mobiliser ses potentialités pour la soutenir dans ce projet et a pu sortir la jeune fille de son rôle emprisonnant de gardien de la maison parentale.

### **... ET MA CO-THERAPEUTE...**

Psychologue et en formation en systémique, ma co-thérapeute avait vécu avec moi des moments de grand découragement et de fatigue.

Elle avait un superviseur différent du mien pour des exigences de formation, ce qui a été un avantage d'une part, mais aussi une complication, car les conseils venaient de témoignages différents, forcément, le mien étant beaucoup plus ciblé sur une non-réhospitalisation de Merline et le sien sur une prise en soins psychothérapeutique que je

définirais comme classique. Ma manière de travailler ne voulait pas arriver à de trop graves crises, ce qu'elle pensait par contre être nécessaire.

Ma co-thérapeute avait comme moi suivi les méthodes d'investigations typiques : la collecte d'informations et l'observation des interactions familiales lors de l'entrevue sont les méthodes adoptées par la plupart des thérapeutes familiaux, ainsi que l'approfondissement de l'anamnèse familiale avec l'établissement d'un génogramme, outil indispensable dans toute prise en charge systémique. Prendre note des relations entre les membres du système et entre les sous-systèmes (chaque membre de la famille est analysé) et formuler des hypothèses sur les causes agissantes à partir desquelles il est possible d'établir des objectifs et des stratégies pour les atteindre.

L'idée étant de ne pas reproduire en séance ce qui se passe à domicile, ma co-thérapeute trouvait mon positionnement trop semblable à celui de la mère de la patiente dans un rôle de martyr qui se sacrifie sur l'autel de la famille. Ainsi, elle avait trouvé mon positionnement trop direct, car la désignation du patient est à éviter et moi je ne l'avais pas vraiment évitée. Les moyens thérapeutiques pour « sauver le couple » avaient, selon elle, sacrifié Merline, comme d'habitude, au rôle de gardien sacrificiel de la famille, sans arriver à innover en proposant d'autres patterns relationnels.

Selon moi, nous avons encouragé les personnes à se parler entre elles, de sorte que la présence du thérapeute devienne de moins en moins nécessaire. Cela dit, je devais reconnaître avoir pris un rôle de martyr et que ce rôle, étant celui prétendu de la mère de Merline et dans les faits celui de Merline, avait sûrement aggravé la symbiose des deux.

Son superviseur avait évoqué des hypothèses qui pouvaient être différentes des nôtres et par ailleurs, vu que le superviseur n'est pas directement en lien avec la famille, cela pouvait lui donner une bonne distance pour analyser les mouvements relationnels du système thérapeutique. D'autre part, cela pouvait créer des incompréhensions entre thérapeutes, surtout quand, comme c'était le cas, les superviseurs étaient deux et que la situation de la famille, étant explosive, ne permettait pas toujours des moments de réflexion.

La demande explicite de thérapie de Merline, de son frère et du père était de l'aider dans son processus d'individuation, autonomisation et différenciation, et aussi d'aider la famille

à retrouver une meilleure communication. La demande explicite de thérapie de la mère était de les aider à ce que la communication au sein de la famille puisse se faire « sans explosion. » Visiblement, la mère ne voulait rien ou très peu changer au sein du système familial, ce qui était, selon moi, la demande d'un rétablissement des frontières, telles quelles, pour amener sa famille vers une « normalité » familiale.

Ma co-thérapeute était d'accord avec moi, mais soulignait l'incohérence des propositions de la mère de Merline, qui d'une part se posait en victime d'un mari violent et incapable et de l'autre ne voulait rien changer à un système dans lequel elle était dominante. Elle mettait aussi en avant le fait que le père de Merline, tout en étant disqualifié devant sa fille par sa femme et devant sa femme par sa fille, continuait sa vie de tous les jours, sans se soucier ni des tâches quotidiennes, ni des problèmes économiques de la famille.

Des moments très difficiles pour ma collègue et moi durant cette thérapie avaient été lors des séances où nous avons assisté aux disqualifications du couple et aux disputes, avec des gestes de violence qui nous avaient mises dans une position difficile, car nous étions prises dans une escalade symétrique avec le système familial de reproche les uns envers les autres.

A ce moment-là, je me suis sentie complètement découragée et paralysée; je ne savais pas comment réagir face à cela. D'un commun accord avec ma collègue, nous arrêtons la séance qui en était presque à la fin, tout en leur fixant le prochain rendez-vous dans trois semaines, et cela à leur grand étonnement.

Mon message implicite était : « Nous ne pouvons pas partager votre pattern interactionnel douloureux, nous avons confiance en vous, nous vous laissons partir, et nous nous verrons dans trois semaines. » La famille avait vécu cette situation comme la reconnaissance de leurs compétences plutôt que comme un abandon par les thérapeutes.

Il faut dire que face à cet épisode, ma collègue et moi sommes rentrées fort probablement dans le rôle de filles craintives face à une violence conjugale. La décision d'interrompre cette séance n'était pas forcément inadéquate, elle avait répondu à un besoin, mais à la réflexion nous aurions dû ne pas arrêter, assurer le cadre protecteur et permettre au conflit de trouver des mots.

Nous parvenons finalement à un objectif commun : réfléchir ensemble à la relation des

membres de cette famille, voir comment « être ensemble autrement ». Définir les attentes actuelles, le rôle, l'implication de chacun, et les progrès effectués.

L'utilisation d'instruments de mesure pouvant faciliter l'écoconstruction d'une hypothèse de travail avec la famille et contribuer à l'amélioration de l'efficacité thérapeutique, nous avons décidé de faire des points écrits toutes les quatre séances pour évaluer de façon régulière et concrète l'évolution des progrès de la famille (Lambert, 2007).

Cela dit, nous avons dû nous aussi, en tant que thérapeutes, revoir nos rôles d'un œil moins idéal, il y avait certainement une compétition entre nous pour le leadership thérapeutique et parfois les prises de positions étaient dictées, aussi, par un jeu de pouvoir entre nous deux, à travers le conflit de cette famille en détresse.

### **... ET MOI...**

Au début de la thérapie, il m'a été difficile de comprendre qu'en fait la demande de changement était une non-demande. L'intervention de mon superviseur m'a permis de voir que la dynamique de cette famille mettait à l'épreuve ma capacité de tenir à long terme.

Un des moments les plus difficiles a été le moment où j'ai eu tendance, au début, à considérer Merline comme une victime des difficultés et de la violence de ses parents, ce qui a entraîné chez moi une grande sympathie, mais aussi une coalition avec elle contre sa famille. Durant les phases de négociation des symptômes, je me suis trouvée déstabilisée et surprise par les menaces de Merline envers ses parents, que je prenais très au sérieux et qui me figeaient.

J'ai moi-même vécu dans ma famille une histoire difficile marquée par une carence affective importante, une triangulation dans laquelle la famille paternelle joue un rôle important, ainsi qu'une maltraitance. Cela a engendré une sympathie envers Merline et ses parents épuisés et désespérés face à la situation malgré leurs efforts. C'est probablement pour cela qu'à un certain point j'ai pris un rôle trop soutenant pour la mère de Merline dans laquelle je me suis identifiée à un certain moment, étant moi-même mère de famille.

Une autre difficulté avait été lorsque j'avais eu l'impression de tourner en rond et que le processus de thérapie était bloqué. Le soutien de mon superviseur m'a permis de

constater combien il était utile d'insister et de poursuivre à nouveau mon hypothèse de base, tout en gardant confiance dans les capacités et compétences des membres du système familial. Guy Ausloos affirme dans son « postulat de la compétence » que l'évolution d'un changement nécessite du temps : il faut croire aux compétences de nos patients, car « une famille ne peut se poser que les problèmes qu'elle est capable de résoudre » (Ausloos, 2003, p..29).

Il me fallait d'une part donner confiance à la famille et de l'autre garder la bonne distance. Cela dit, l'approche systémique stipule que le thérapeute fait partie du système thérapeutique, son vécu et ses attitudes influencent la famille (Minuchin,1974 ; Barrelet et Merlo, 2006 ; Elkaïm, 1989). La distance thérapeutique a donc toute son importance pour que l'influence du thérapeute ne soit ni trop proche et envahissante, ni trop lointaine et inefficace : pointer les faiblesses et les difficultés des membres de la famille plutôt que valoriser leur travail est en fait le signe de ces deux attitudes opposées et semblables.

Au cours de cette thérapie, j'ai pu expérimenter la puissance thérapeutique de la lecture positive des dynamiques au sein de la famille, ainsi que de la valorisation des compétences (Ausloos, 2003).

## **CONCLUSION**

Salvator Minuchin postule qu'une famille change non parce qu'on interprète verbalement ses conflits, mais parce qu'elle fait l'expérience d'une alternative possible.

L'approche structurale de Minuchin est le modèle choisi et adapté au contexte thérapeutique, cette méthode me réconfortait en marquant la réinstallation des frontières intergénérationnelles. Cela ne m'a pas empêchée de m'appuyer sur d'autres méthodes ou d'autres théories contemporaines.

L'approche systémique de cette famille a offert l'avantage de ne pas isoler Merline dans son rôle et a permis aux membres de la famille d'évoluer afin qu'elle ne soit plus le symptôme de la souffrance familiale, mais un signe de la force du lien qui les unissait. Les membres de la famille avaient pu explorer de nouvelles manières d'exister dans le système familial.

Les rôles dans la famille de Merline avaient évolué et les membres de la famille pouvaient

être en désaccord sans que pour autant le couple parental ou la famille même ne soit obligé de se séparer.

De manière semblable, le vécu de nous, les thérapeutes, avait aussi changé et s'était transformé. Chacune de nous ressentait la solidité de l'autre, car exprimer un désaccord ne mettait plus en danger nos rôles de thérapeutes, mais constituait un véritable outil d'évolution de nos compétences.

## BIBLIOGRAPHIE

Ausloos G. (2003) : *La compétence des familles*. Toulouse, Erès.

Barrelet L., Merlo M. (2006) : Formation à la systémique. *Psychothérapies*, 26 (4) : 233-239.

Bateson G. (1972) : *Vers une écologie de l'esprit*. Paris, Seuil, 1980.

Borland D.C. (1982) : A cohort analysis approach to the empty nest syndrome among three ethnic groups of women : a theoretical position. *J. Marriage and Fam.*, 44 : 114-129.

Bowen M. (1978) : *La différenciation de soi*. Paris, ESF, 1984.

Ehrenberg A. (2010) : *La Société du Malaise*. Paris, Odile Jacob.

Elkaïm M. (1989) : *Si tu m'aimes, ne m'aimes pas*. Paris, Seuil, rééd. 2001.

Fontaine P. (2002) : A la rencontre du temps des familles défavorisées. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 1 (28) : 165-192.

Fulmer R. H. (1989) : Lower-income and professional families : A comparison of structure and life cycle process, in : Carter B., McGoldrick M. (eds) : *The changing family life cycle. A framework for family therapy*, pp. 545-578. Boston, Allyn & Bacon.

Galli-Carminati G. (2000) : *Retard mental, autisme et maladies psychiques chez l'adulte*. Genève, Éditions Médecine et Hygiène.

Gergen K. J. (2005) : *Construire la réalité, Un nouvel avenir pour la psychothérapie*. Paris, Seuil.

Harkins E. B. (1978) : Effects of empty nest transition on self-report of psychological and psychosocial well-being. *J. Marriage and Fam.*, 40 : 549-556.

- Kaufmann J. C. (1995) : *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus sur la plage*. Paris, Nathan, Presse Pocket.
- Lambert M. J. (2007) : *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and change*. New York, John Wiley and Sons.
- Minuchin S. (1974) : *Familles en thérapie*. Toulouse, Erès, 1998.
- Miermont J. (1987) : *Dictionnaire des thérapies familiales*. Paris, Payot.
- Neuburger R. (2002) : *Le mythe familial*. Paris, ESF.
- Parron A. (2011) : *Enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients*. Toulouse, Erès.
- Pauzé R., Touchette L. (2006) : *Crises familiales et interventions systémiques*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Salem G. (2009) : *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson.
- Singly F. de (1996) : *Le soi, le couple et la famille*. Paris, Nathan, rééd. 2005.
- Singly F. de (2000) : Penser autrement la jeunesse. Lien social et politique. *RIAC*, 43 : 2-9.
- Sorrentino A. M. (2008) : *L'enfant déficient. La famille face au handicap*. Paris, Fabert.
- Terkelsen K. G. (1980) : *The family life cycle*. New York, Gardner.
- Von Foerster H. (1981) : «*Observing Systems*», *The Systems Inquiry Series*. Intersystems Publications, California, U.S.A.
- Watzlawick P. (1972) : Troubles pathologiques virtuels de l'interaction symétrique ou complémentaire, in : *Une logique de la communication*, pp. 104-116. Paris, Seuil.
- White L., Edwards J.N. (1990) : Emptying the nest and parental well-being : an analysis of national panel data. *Amer. Soc.Rev.*, 55 : 235-242.