

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)

Rue Fabry, 11 — 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - H. Schrod - J. Weber

**LETTRE
CIRCULAIRE**



Hiver 2011

N° 100 Format Numérique

COMMENT LE THÉRAPEUTE SYSTÉMICIEN TRAVAILLE-T-IL AVEC UN SEUL PATIENT ?
CONFÉRENCE PAR NICOLAS DURUZ, PROFESSEUR HONORAIRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE (UNIVERSITÉ DE LAUSANNE)
27/01/2012 de 9h à 15h à la Banque Dexia, [Av. Maurice Destenay 7, 4000 Liège](#)

Inscription : marc.melen@gmail.com

P.A.F. : **35 €** (anciens du CFTF, membres de l'[ABIPFS/BVRGS](#)) ou **40 €**

A verser sur le compte du CFTF : BE67 0010 05080 9787, code BIC : GEBABEBB

Aidez vos collègues à rester informés des conférences et des formations du CFTF en leur envoyant cette Lettre Circulaire [ENVOYER->](#)

Pour ne plus recevoir cette Lettre et vous désinscrire, cliquez sur le lien suivant en écrivant simplement «désinscription» dans le corps du message [ENVOYER->](#)

Enfin, si vous désirez donner votre avis sur la Lettre Circulaire, envoyez un message à cette [adresse](#)

Rectificatif : contrairement à ce qui était indiqué dans la LC99, Mme Geneviève Platteau ne fait plus partie de l'équipe du Service de Santé Mentale *Psycho-Belliard* (Bruxelles). Nous vous prions de nous excuser de cette erreur.

Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique ?

VAUDAN, C, TRIPET , B., CORBOZ-WARNERY , A., & DURUZ, N.

Article paru dans *Thérapie Familiale*, 2009, 30, 3, 136-sqq.

[Un] groupe de travail, concernant la Psychothérapie Individuelle d'Orientation Systémique, [PIOS] s'est constitué dans le cadre de l'Unité d'Enseignement-CEF, qui a été confrontée dès sa création à la question de la PIOS. On était souvent amené, par exemple, à superviser des psychothérapies individuelles dans le cadre de la formation en thérapie systémique, malgré l'absence de références claires à la PIOS.

Quelques travaux précurseurs

Des contributions plus théoriques ont alors été tentées par des figures marquantes du CEF. En 1983, Luc Kaufmann écrit un article fondamental sur la position du thérapeute aussi bien en thérapie de famille et de couple qu'en thérapie individuelle, faisant référence au modèle de l'encadrement, modèle spécifique et de base du CEF.

De son côté, Fernand Seywert (1990, 1994) propose dans deux articles des articulations possibles entre individu et réseau, ainsi qu'entre psychothérapies et pensée systémique.

Plus concrètement, s'interrogeant sur la gestion parfois problématique d'une thérapie de couple, qui a lieu parallèlement à la thérapie individuelle de l'un ou des deux conjoints, Nicolas Duruz organise en 2001 une journée d'études sur le thème de la PIOS pour tous les collaborateurs du CEF autour d'Edith Tilmans-Ostyn. Enfin, Elvira Pancheri anime pendant plusieurs années des séminaires sur le thème de la PIOS dans le cadre de la formation continue du CEF, qui la conduisent à écrire en 2003 un article dans *Psychothérapies*, fruit de son expertise dans le domaine.

Ces dernières années, la réalité du terrain se fait plus pressante encore et nous invite à une réflexion soutenue sur la PIOS. Les nouvelles exigences pour la formation en psychothérapie aussi bien des médecins-psychiatres que des psychologues cliniciens imposent à ceux-ci le choix d'une approche psychothérapeutique spécifique. Ainsi, la Fédération Suisse des Psychologues demande que la thérapie personnelle soit accomplie pour au moins 50 heures en individuel, dans l'approche choisie par les candidats psychothérapeutes. En quoi consiste alors une thérapie individuelle systémique ? Par ailleurs, les jeunes thérapeutes en formation, en particulier les médecins, sont confrontés dès le début de leur pratique clinique à des suivis individuels et ne peuvent pas attendre d'être formés avec des familles et des couples pour se lancer dans des thérapies individuelles. Ainsi, les systémiciens se doivent de disposer d'une approche en thérapie individuelle élaborée, reconnue par le réseau et dont l'enseignement est intégré dans la formation de base.

C'est porté par toutes ces impulsions qu'en 2004 Nicolas Duruz, alors responsable de l'Unité d'Enseignement-CEF, sollicite deux collègues, qui en furent longtemps ses piliers : Antoinette Corboz-Warnery et Elvira Pancheri, en vue de constituer un groupe de réflexion consacré à la PIOS. Il s'agissait de réunir autour de ces deux psychothérapeutes différentes personnes (des vieux routiniers mais aussi des plus jeunes) qui, pratiquant la thérapie individuelle systémique, seraient intéressées à réfléchir sur cette forme de thérapie et à proposer un programme de formation spécifique. Onze thérapeutes répondirent au premier appel et s'engagèrent ainsi dans des discussions longues, passionnées, parfois conflictuelles, les obligeant à reprendre les définitions de base aussi bien de la systémique que de la psychothérapie en général. Tout un programme !

Premiers éléments de réponse à des questions centrales concernant la PIOS

[Voici] le résultat de nos réflexions à ce jour, concentrées autour de 7 questions que le groupe a formulées à un moment donné de son histoire, afin de structurer ses échanges. Emergeant dans la zone de croisement entre le travail psychothérapique au sens large et la référence à l'orientation systémique, loin d'être définitives évidemment, ces réponses devraient contribuer, à notre sens, à une meilleure définition de la PIOS.

1. Y a-t-il des indications spécifiques à une PIOS ?

Nous pensons qu'il n'y a pas à proprement parler d'indications spécifiques à la PIOS, mais plutôt des accents et une sensibilité propres à l'orientation systémique, lorsqu'il s'agit de déterminer si une personne peut bénéficier d'une thérapie individuelle. Comme pour tout travail psychothérapique, le thérapeute d'orientation systémique exige de la part du patient un minimum de demande personnelle. Toutefois, particulièrement sensible aux manières dont le patient vit ses relations, avec les problèmes que celles-ci lui posent, il se déclare compétent :

- lorsque le patient présente des problèmes au contenu directement familial ou conjugal (ex. conflit autour d'un héritage, difficulté d'autonomisation, renouer après une longue rupture, etc.), en lien avec une étape de vie (naissance d'un enfant, décès d'un parent, etc.), ou à visée explicitement relationnelle (ex. difficultés avec des collègues de travail, absence de confiance dans les autres, etc.) ;
- lorsque le patient présente une souffrance liée à ses troubles psychiques, dont il est particulièrement conscient de l'impact sur son entourage ;
- lorsque le patient consulte avec des demandes indirectes au nom de ses proches ;
- lorsqu'il est faiblement différencié par rapport à son groupe d'appartenance (ce qui peut conduire le thérapeute à gérer en parallèle, en début de processus, des entretiens de famille/couple et des entretiens individuels) .

Dans toutes ces situations et dans les deux dernières en particulier, il est évident que le clinicien systémicien, considérant toujours les liens d'un individu à ses systèmes d'appartenance, se demandera si cette personne pouvant bénéficier d'une thérapie individuelle ne devrait pas être rencontrée d'abord dans le cadre d'une thérapie de famille ou de couple. Il faut savoir toutefois qu'il y a des cas où la thérapie de famille ou de couple est simplement impossible, ou explicitement contre-indiquée. En effet, la famille du patient est parfois inexistante, très éloignée géographiquement, trop disloquée, voire décédée, ou encore refuse tout contact avec les psy ; il est ainsi matériellement impossible de la réunir. Dans d'autres situations, sa présence, du moins celle de certains de ses membres, pourrait être trop intrusive ou destructrice pour le patient, celui-ci ayant besoin en vue de se reconstituer d'un espace thérapeutique pour lui seul. Dans ces cas, le dispositif d'une thérapie de famille ou de couple, du moins au départ, est à déconseiller (c'est le cas pour les situations de violence, intrafamiliale par exemple).

2. Y a-t-il une manière spécifiquement systémique de mettre en place un cadre thérapeutique, qui réunit un patient et son thérapeute ?

Comme c'est le cas pour la pratique des psychothérapies psychodynamiques, le cadre thérapeutique est entendu ici comme le dispositif et l'ensemble des règles définissant la relation entre le patient et le thérapeute en fonction de leur statut. Selon Gilliéron (1994), ce cadre est mis en place sur la base de l'analyse de la demande, de la formulation d'une hypothèse de crise et de la prise en compte du type de relation instaurée par le patient. S'il y a toutefois une spécificité à la PIOS concernant la mise en place du cadre thérapeutique, elle se situe, selon nous, dans l'attention constante que le thérapeute systémicien va prêter à l'ajustement du cadre tout au long de la thérapie. En référence au modèle de l'encadrement élaboré par Fivaz, Fivaz & Kaufmann (1982), un tel ajustement s'opère sous la responsabilité du thérapeute mais en co-construction avec le patient : garantissant la stabilité dynamique et tensionnelle du cadre, c'est en partie grâce au retour d'informations du patient que le thérapeute parviendra à se montrer suffisamment proche de lui, tout en lui restant extérieur.

Pour l'ajustement continu du cadre, le thérapeute systémicien est particulièrement attentif :

- à la dimension contextuelle de la demande : les modes de venue à la consultation, les personnes de l'entourage concernées par la consultation, les démarches thérapeutiques antérieures et le réseau d'intervenants sont particulièrement investigués (Tilmans, 1999)
- à la demande, la pathologie du patient, mais aussi à ses compétences
- à la visée de la thérapie, à savoir l'autonomie du patient (conçue d'un point de vue systémique comme une distribution équilibrée entre ce qui lui revient et ce qui revient à son environnement, dans son travail d'adaptation optimale).

Dans ce but, le thérapeute peut être conduit à intégrer activement dans le processus thérapeutique individuel les proches du patient, soit au moyen de questions ou de tâches les concernant, soit à la faveur d'échanges qu'il encouragera à tenir avec eux (cf. Terry, 1989, Jenkins et Asen, 1992). Il travaillera souvent avec l'idée d'interventions limitées dans le temps, proposant même parfois un nombre limité de séances.

Exemple clinique :

Mireille a 25 ans et vient consulter pour un problème de jalousie. C'est une jeune femme très jolie, cultivée, travaillant dans un laboratoire de chimie. Elle demande d'emblée à la thérapeute si elle peut l'aider pour ce problème précis et combien de temps la thérapie durera. Elle ajoute, cependant, qu'elle voudrait se libérer de toutes les entraves à son bien-être, car un problème dépassé, en voilà un autre qui le remplace. Elle a déjà suivi une thérapie cognitivo-comportementale pour des troubles alimentaires et a obtenu des bons résultats en trois mois. Mireille n'a pas confiance en elle, et s'en veut d'imaginer que son partenaire puisse la tromper, mais n'arrive pas à se rassurer. Elle est en crise ; son ami ne sait plus comment l'aider ; elle rumine souvent en solitaire ses soupçons. Sa demande reste ambivalente : elle veut savoir à l'avance combien de temps va durer la thérapie pour le problème de la jalousie et elle exprime en même temps son envie de s'attaquer à la base de son malaise sur le sujet du temps de la thérapie et du degré de la gravité de sa

situation. L'angoisse présente se mêle à son besoin de contrôler la situation. Pour respecter la situation de la patiente, la thérapeute propose un cadre de travail qui tient compte de la demande explicite (jalousie et référence au cadre de la thérapie comportementale) et de la problématique implicite exprimée au travers de ses craintes (angoisse et besoin du contrôle). La négociation commune aboutit aux décisions suivantes concernant le cadre : mise en place de séances bimensuelles, et non hebdomadaires comme demandé au départ, établissement d'un bilan concernant sa vie relationnelle actuelle et évaluation de la thérapie après quatre séances en vue d'une renégociation de la suite, si nécessaire. L'absence de précipitation de la part de la thérapeute et la souplesse de la démarche ont abaissé le niveau d'angoisse de la patiente et l'ont rassurée.

3. Qu'est-ce qui change pour le psychothérapeute d'orientation systémique lorsqu'il se trouve en présence d'une seule personne, et non plus d'un couple ou d'une famille ?

Le choix de travailler avec un individu implique quelques changements dans la manière d'être présent pour le psychothérapeute habitué à rencontrer les couples et les familles. Nous pensons que cette différence de présence découle d'abord du fait que la position d'écoute étant renforcée, les silences sont ressentis plus intensément et le style relationnel du patient, comme sa pathologie, prennent plus de place. L'évaluation psychopathologique du patient, respectueuse et non stigmatisante, s'avère ici capitale, comme nous le verrons au point 7, pour permettre au clinicien une présence à l'autre spécifiquement adaptée. Face à une seule personne, le thérapeute se trouve aussi engagé dans une relation où il est souvent plus exposé émotionnellement et davantage sollicité par la relation avec le patient. La relation duelle implique un focus sur une seule personne présente et non un couple ou une famille en interactions, ce qui génère, selon nous, une tension relationnelle patient-thérapeute plus intense et dont on peut moins facilement s'extraire. Par ailleurs, le thérapeute systémicien travaille moins sur la réalité des interactions observées que sur celles des interactions représentées à partir du monde intérieur du patient (cf. Reiss, 1989) et va donner dès lors plus d'importance aux « dialogues intérieurs » de ce dernier.

Exemple clinique :

Le même thérapeute est amené à voir Mme V. en famille, puis dans le cadre d'une thérapie individuelle. La consultation de la famille V., à l'initiative de la mère, Mme V., est motivée par les insomnies dont souffre depuis trois mois Pauline la fille cadette de 2 ans, et qui perturbent profondément la vie de ses parents. Prenant en compte par ailleurs les fortes crises d'angoisse de Mme V. qui dit ne plus pouvoir être disponible pour les siens autant qu'elle le voudrait, un double objectif est alors fixé pour la thérapie de famille : faire retrouver le sommeil à Pauline et favoriser des relations familiales, qui autorisent la mère à prendre soin d'elle, éventuellement à la faveur d'une thérapie individuelle (elle a été abusée sexuellement à l'âge de 4 ans et demi). Après 6 séances, le thérapeute prend congé de la famille, les insomnies ayant complètement disparu et la mère se disant mieux disposée à affronter les conséquences psychiques de son traumatisme.

Une année plus tard, elle demande à ce même thérapeute une thérapie individuelle. Après hésitation, celui-ci accepte. Pouvant alors comparer sa posture relationnelle dans les deux dispositifs, il réalise à quel point en situation individuelle il est davantage sollicité émotionnellement, comme s'il devenait l'unique réceptacle des pensées et affects de la patiente. De plus, au fil des entretiens, le partage par la patiente de son monde intérieur et intime, les attentes qu'elle lui exprime directement, mais aussi les moments de silence inévitables, tout cela le mobilise fortement dans sa propre activité imaginaire. Moins accaparé par l'observation des multiples interactions intrafamiliales, il se vit comme plus disponible pour l'autre et pour lui-même, davantage à l'écoute de ses propres résonances.

4. Par rapport à d'autres modèles de psychothérapie individuelle, peut-on mettre en évidence chez le psychothérapeute systémicien une méthode d'observation et d'intervention particulière ?

Dans une PIOS, l'accent est mis sur le relationnel du patient (avec ses proches, mais avec le thérapeute également), tel qu'il en fait l'expérience dans sa dimension intersubjective directe et actuelle (cf. Stern, 2003). Dans sa méthode d'observation, le thérapeute privilégie l'« ici et maintenant » des relations du patient en prenant en compte leurs dimensions non verbales et comportementales, sans se couper pour autant, quand c'est indiqué, d'une exploration du passé et du monde intrapsychique du patient, qu'il mettra en lien avec l'expérience de ses relations actuelles.

Exemple clinique :

Matilde, une femme d'une quarantaine d'année, vivant seul et sans enfants, exerce dans le monde des soins et consulte pour un épuisement professionnel. Elle est l'enfant unique de sa mère (elle-même handicapée souffrant de séquelles de poliomyélite), mais aînée de 3 autres enfants du côté paternel (père remarié à 2

reprises). Elle a toujours été enfant modèle, gentille et obéissante, faisant constamment l'intermédiaire entre les familles, avocate inépuisable de sa mère et soutien de son frère et ses sœurs. Elle a déjà participé à de nombreux groupes de formation et travaillé sur elle-même comme professionnelle. Face à sa thérapeute femme, elle se montre là aussi la patiente modèle ponctuelle et souriante, valorisant le travail thérapeutique et minimisant sa symptomatologie. De grands yeux noirs se cachent à moitié derrière une frange de cheveux bruns, son habillement est recherché tout en harmonie de couleurs. Elle s'assied sur le bord du fauteuil et ne s'appuie jamais au dossier. Son discours est intelligent et plein de nuances. La thérapeute s'y laisse facilement entraîner et a de la peine à intervenir verbalement. Par contre rien n'échappe à la patiente à l'affût de ses réactions non-verbales. Un détournement de regard ou un haussement de sourcils est aussitôt interprété comme un avis négatif, et un sourire comme une approbation. Cela met la thérapeute dans une sorte d'obligation d'être toujours attentive et adéquate. Celle-ci décide alors d'arrêter ce cercle vicieux de l'excellence où chacune est sous tension et s'épuise à vouloir faire toujours la même chose et toujours mieux (lien avec l'épuisement professionnel). Sans rien dire, elle s'assied à côté de la patiente, quittant le face-à-face, au moment où celle-ci parle de sa tristesse et de sa solitude. Elle la prend par les épaules et la berce légèrement. D'abord sidérée, la patiente se détend peu à peu et les larmes se mettent enfin à couler. C'est le début d'une autre rencontre entre patiente et thérapeute où les émotions peuvent être exprimées et partagées sans destruction de la relation.

- Le thérapeute systémicien observe et intervient avec un questionnement actif, permettant de contextualiser les événements. Il confronte le patient avec les émotions exprimées et les valide. Il peut même se mettre à la place d'autres personnes liées au patient et formuler de manière circulaire des questions que ces personnes pourraient lui poser. L'intervention active du thérapeute vise la mobilisation du potentiel du patient, à l'abri d'inquisitions instructionnistes et au service du système auto-poïétique (cf. Gaillard, 2003) et pas seulement un changement précis de comportement.
- Le thérapeute systémicien cherche aussi à situer le patient en fonction de ses appartenances à différents systèmes (y compris le système thérapeutique), et des conflits de loyauté que cela peut générer. En parvenant à vivre de manière différenciée avec chacun de ces systèmes (être le même tout en étant différent), le patient devient ainsi plus autonome.
- Dans une PIOS, les ressources du patient sont constamment activées afin de ne pas l'enfermer dans sa pathologie.
- Le thérapeute systémicien a une vision circulaire du monde du patient et de la relation thérapeutique : il est conscient qu'il ne réagit pas seulement à ce que dit ou fait le patient, mais qu'il y contribue (co-évolution du processus thérapeutique). Il doit rester attentif à l'influence sur le processus thérapeutique de sa propre personne qui dépasse sa fonction professionnelle. Ses appartenances à de multiples contextes, socio-familio-religieux, peuvent interférer dans le maintien de certains problèmes ou séquences interactionnelles dysfonctionnelles (Seywert, 1994).

5. Quelles techniques utilisées dans la thérapie de famille ou de couple d'orientation systémique sont transférables dans une PIOS ?

Nous pensons que beaucoup de techniques utilisées dans la thérapie de famille ou de couple d'orientation systémique sont transférables au setting individuel, moyennant une adaptation. Elles sont particulièrement utiles lorsque le patient éprouve de la difficulté à parler de lui-même et en cas d'impasses dans la relation thérapeutique.

Nous recommandons entre autres le questionnement circulaire, le génogramme, l'appartenançogramme, les « objets flottants » (masques, contes, jeu de l'oie, blason familial, dessins), les métaphores, les tâches et prescriptions et les échelles techniques « solutionnistes ». Le recours à l'une de ces techniques permet souvent l'élargissement de la portée du contenu travaillé. D'autres lieux et périodes de vie, avec l'évocation de nouvelles personnes, peuvent alors prendre place dans l'imaginaire du patient et faciliter ainsi l'accès à un niveau jusqu'ici non explicite de son monde intérieur.

La créativité du clinicien a tout loisir de s'exprimer, mais à condition qu'elle ne vienne pas illusoirement colmater les moments de malaise qui s'installent dans la relation thérapeutique - par exemple des séquences de silences lourds - sans avoir préalablement élaboré des hypothèses qui donneraient du sens à ce malaise.

Exemple clinique : Solène, jeune fille de 22 ans, vient consulter sur les conseils de sa sœur aînée. Elle est en dernière année du collège avec des mauvais résultats et ne trouve plus la motivation de continuer. Elle considère sa vie comme un échec monumental et se sent inférieure dans tous les domaines. Solène vit encore chez ses parents, sa sœur ayant quitté le foyer familial depuis 5 ans pour emménager avec son ami. Elle se décrit comme timide et effacée, avec une confiance et une estime de soi au plus bas. Elle se sent très seule et proche de ses parents. La patiente a de la peine à s'exprimer en séance et la thérapeute doit beaucoup la solliciter, plus particulièrement et systématiquement en début d'entretien. Ce type d'interaction

observée en séance reflète visiblement les difficultés décrites par la patiente en ce qui concerne ses contacts avec les autres : elle reste silencieuse et évite de parler au risque de dévoiler le vide qui l'habite.

Après quelques séances, la thérapeute sent la nécessité d'aborder ces silences répétés. Tenant compte de la difficulté de sa patiente à exprimer son ressenti, elle lui propose de penser à ces moments de silence inconfortables et de laisser venir en elle une image ou un tableau qu'elle pourrait ensuite lui décrire. Voici ce que Solène produit : « Je suis seule parmi des millions de personnes qui me regardent et je ne trouve pas mes mots, tous ces gens me jugent et sont contents de mon malaise. »

Cette scène sera comme un fil rouge pendant plusieurs séances, permettant à la jeune patiente de raconter combien elle avait souffert de sa position de bouc émissaire à l'école, sans pouvoir le dire à ses parents, trop préoccupés à l'époque par leurs conflits et les déboires de leur fille aînée.

6. Quand on conduit une PIOS, peut-on passer d'un dispositif à deux (patient-thérapeute) à un dispositif qui intègre les proches du patient, et inversement ?

En principe, il est plus facile de passer d'un système élargi à un système plus restreint, comme cela peut être le cas parfois lors la mise en place d'une PIOS. Une fois celle-ci démarrée, le thérapeute peut envisager, compte tenu de la nature des problèmes rencontrés, de voir ponctuellement un ou des membres du système élargi. Nous pensons toutefois que cette décision gagne à être prise sur la base d'hypothèses formulées en fonction d'un processus thérapeutique souvent bloqué.

De plus, en partageant avec le patient les raisons de la modification momentanée du cadre, le thérapeute se doit de bien gérer la question difficile de la confidentialité qui le lie à son patient, comme celle de la loyauté envers lui, eu égard aux alliances qu'il devra établir en sa présence avec les autres membres de sa famille. Le modèle de J. Framo est un exemple d'une telle modification ponctuelle dans le suivi de couple ou de famille (Framo, 1976).

Exemple clinique : Au cours de la thérapie individuelle de Mme V. (cf. *supra*), le thérapeute s'est demandé à certains moments, particulièrement quand le processus évolutif semblait piétiner, s'il ne serait pas indiqué de rencontrer la patiente en compagnie de son mari, et à un autre moment, de son père. En effet, durant toute une période, elle ne cessait d'incriminer son mari qui prenait trop à la légère certains problèmes de santé qu'il rencontrait, incapable qu'elle était de l'influencer. Quant à son père, elle ne supportait pas l'indifférence affective qu'il lui manifestait, d'autant plus qu'elle avait été abusée par un de ses employés. Mais dans le cas de cette thérapie individuelle, non sans hésiter il est vrai, le thérapeute s'en tint strictement à ce cadre. D'abord, parce que la thérapie individuelle avait été expressément définie comme un espace appartenant à la patiente, nécessaire pour son travail de différenciation de sa famille. La revoir avec son mari aurait pu la remettre en trop grande dépendance de lui. Ensuite, parce que Mme V. semblait présenter des ressources suffisantes d'autonomisation, qui lui permirent en effet de se comporter progressivement de manière nouvelle envers son mari et son père, ceux-ci ne présentant pas par ailleurs des comportements menaçant gravement sa vie ou celle des siens. Mais ces moments de la thérapie furent des moments où le thérapeute se montra particulièrement attentif aux relations familiales de la patiente, qui purent être positivement travaillées grâce au questionnement circulaire.

Notons encore qu'il y a une contre-indication à modifier le setting individuel dans certains cas où les problèmes traités ont une dimension psycho-légale ; en souhaitant mêler quelqu'un de son entourage, le patient pourrait instrumentaliser la thérapie, par exemple dans les cas de violence conjugale.

7. Quelles connaissances en psychopathologie comme en psychologie du développement sont requises en PIOS ?

Pour mener à bien une thérapie individuelle, le thérapeute doit disposer selon nous de connaissances solides en psychopathologie comme en psychologie du développement. D'autant plus que le setting duel, comme évoqué plus haut, donne plus d'importance au style du patient et à sa pathologie, d'où l'obligation de leur donner une place plus appropriée dans la relation thérapeutique.

Dans une thérapie individuelle, le fonctionnement psychique du patient est au premier plan : l'attention portée à ses formes défensives actuelles, comme à leur formation au cours de son histoire (mécanismes de projection, clivage, contrôle narcissique, agir, etc.), est riche d'informations pour le thérapeute. Des connaissances de psychologie développementale (cf. particulièrement les modèles de l'attachement et ceux des relations interpersonnelles, Bowlby 1969, Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery 2001; Pierrehumbert 2003, Rochat, 2006) et de psychopathologie (cf. particulièrement les modèles de Gilliéron, 1994, et de

Berger, 1995) lui permettent de repérer plus facilement les niveaux de différenciation du patient et leurs effets sur les relations que celui-ci établit avec autrui.

Le thérapeute peut ainsi fixer de manière plus réaliste les objectifs de la thérapie, établir une meilleure relation avec le patient et travailler plus efficacement avec lui sur ses expériences relationnelles actuelles, en prenant en compte les styles relationnels qu'il a acquis et construits depuis son enfance (cf. Byng-Hall, 1995, Cirillo, 2006).

Exemple clinique : Eric est un jeune homme de 25 ans envoyé en consultation par sa famille (sa sœur et son père) « pour l'aider à faire le deuil » de sa mère qui vient de se suicider. Celle-ci était suivie pour schizophrénie depuis de nombreuses années. Il a vécu avec ses parents et sa sœur aînée jusqu'à l'âge de 10 ans, puis a suivi son père lors du divorce. Il a passé son adolescence avec la nouvelle famille de son père remarié, période durant laquelle il ne vit que très rarement sa mère. Actuellement, il fait des études de chimie qu'il est en train de terminer. Il passe beaucoup de temps à jouer sur son ordinateur, a peu d'amis et n'arrive pas à établir une relation affective stable. Sa famille craint beaucoup une décompensation de type psychotique suite au décès de la mère. Lui-même parle de son chagrin impossible à exprimer, de son incompréhension des événements. Durant les séances de thérapie, Eric garde une certaine distance vis-à-vis de la thérapeute, refuse des rendez-vous trop fréquents, mais reste intéressé à essayer de comprendre ce qui est arrivé à sa mère. Il peut décrire des événements de son enfance avec une apparente froideur, par exemple ses envies de petit enfant de se blottir contre sa mère quand il avait peur et ses angoisses quand il était rejeté de manière incompréhensible. De cet attachement « insécure », il a développé des stratégies d'évitement, de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention, stratégies très utiles et de survie à l'époque mais bien encombrantes et inhibantes actuellement. Tout un programme pour la thérapie !

Les débats enrichissants mais parfois difficiles de notre groupe de travail, comme les résultats de sa revue de littérature et ses premières réflexions cliniques, obligent à reconnaître que l'approche systémique ne propose pas une ligne de pensée cohérente et claire en matière de thérapie individuelle. Le simple fait de ne disposer que d'un seul ouvrage dans le domaine et de ne pouvoir se référer à aucun auteur qui ait poursuivi, après un premier essai, sa réflexion et ses publications autour de ce thème, est déjà parlant en lui-même. Nous l'interprétons quant à nous, en partie, comme l'effet d'une pensée systémique ouverte à toutes sortes de thématisations ou modèles, rendus possibles précisément par le paradigme systémique de la complexité, tel que l'a promu Bateson dans son œuvre et qu'il s'est développé dans la cybernétique de second ordre dès les années 80. Mais les articulations entre ces différents modèles restent à faire. Y a-t-il vraiment une place pour la thérapie individuelle en systémique ? Si au terme de cet article nous sommes invités à travailler sur certaines questions cliniques précises qui y ont été soulevées (par exemple, ses indications, sa durée, son lien avec la psychanalyse, l'importance à accorder à la psychopathologie, etc.), nous sommes tout autant sollicités à poursuivre la réflexion sur le statut et la place qu'il faut accorder à l'individu humain dans une vision systémique du monde. Essentiellement : que signifie son autonomie, son appartenance à des systèmes, compte tenu qu'il est doté d'une pensée productrice de sens ? Plusieurs écrits sur ce thème (entre autres, Caillé, 1989 ; Duss-von Werdt, 1990 ; Gaillard, 2003 ; Guntern, 1985 ; Luhmann, 1996, Miermont, 1995 ; Neuburger, 1996 ; Seywert, 1990, 1994 ; Willi, 1987, etc.) ont été rédigés – est-ce un hasard ? – autour des années 1980-2000 en lien avec l'émergence de la seconde cybernétique. Même s'ils ne sont pas directement consacrés à la clinique systémique de l'individu, ces écrits sont importants dans la mesure où leur réflexion théorique sur la place de l'individu dans la pensée systémique tend à légitimer une telle clinique. Mais, là aussi, cette réflexion n'a pas été vraiment poursuivie. Le constat de Seywert en ouverture de son article de 1990 nous semble donc toujours d'actualité : « Il faut relever que jusqu'à maintenant un concept systémique bien intégré de la personnalité n'a pas encore pu être dégagé » (p. 310). La systémique a pour tâche de nous convoquer à la croisée des chemins. C'est ce qui se passe tout particulièrement quand on pratique l'intervention ou la thérapie individuelle d'orientation systémique. Richesse d'une telle pratique sans doute, mais inconfort également, dès le moment où l'on veut la thématiser et transmettre, dans le cadre d'un enseignement structuré, les enjeux et les outils cliniques qui la rendent possible.

Article complet et références sur le site www.systemique.be

Prochaine Conférence du CFTF
La transmission intergénérationnelle des traumatismes familiaux
Florence Calicis, Psychothérapeute, Formatrice à Chapelle-aux-Champs
27/03/2012 de 9h à 15h à la Banque Dexia
Av. Maurice Destenay 7, 4000 Liège

N'hésitez pas à vous inscrire sur le site www.systemique.be et à le consulter. Vous y trouverez des centaines de contributions en tous genres relatives à la systémique : des articles, des notes de lecture, des extraits de mémoires, des conférences en format vidéo et audio, des podcasts d'émissions de radio, etc. Et puisque ce site est une plateforme d'échanges de savoirs entre les personnes inscrites (plusieurs milliers), déposez vos propres contributions (procédure expliquée sur le site).

A NOTER AUSSI DANS VOS AGENDAS

Une journée d'étude avec le Professeur L. Cancrini, Psychiatre, auteur notamment de *L'océan borderline (Deboeck)*, le 15 mars prochain à propos de l'approche des adolescents avec comportements violents. En collaboration avec le service de Psychologie systémique et relationnelle du Pr. S. D'Amore (ULG). Lieu et modalités pratiques d'inscription dans une très prochaine Lettre Circulaire.

TOUTE L'ÉQUIPE DU CFTF VOUS SOUHAITE

UNE EXCELLENTE ANNÉE 2012

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)

Rue Fabry, 11 – 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - H. Schrod - J. Weber

**LETTRE
CIRCULAIRE**