

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

THESE N° 120/A

**MODELE SYSTEMIQUE ET PROCESSUS DE
SEPARATION-INDIVIDUATION
A L'ADOLESCENCE**

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 151979 2

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 15 mai 2006 à 16 heures

PAR

Karine EYMAR,
Née le 24 janvier 1974 à Limoges.

Sous la direction du Docteur Fontanier David.

EXAMINATEURS DE LA THESE

- Président : Mr le Professeur GAROUX Roger
- Juge : Mr le Professeur CLEMENT Jean-Pierre
- Juge : Mme le Professeur LIENHARDT-ROUSSIE Anne
- Juge : Mr le Professeur RIGAUD Michel
- Membre invité : Mr le Docteur FONTANIER David

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSEESSEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel
ADENIS Jean-Paul * (C.S)
ALAIN Jean-Luc (Surnombre 31/08/2006)
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)
ARNAUD Jean-Paul (C.S)
AUBARD Yves (C.S)
BEDANE Christophe (C.S)
BERTIN Philippe
BESSEDE Jean-Pierre
BONNAUD François (C.S)
BONNETBLANC Jean-Marie
BORDESSOULE Dominique (C.S)
CHAPOT René
CHARISSOUX Jean-Louis
CLAVERE Pierre (C.S)
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)
COGNE Michel (C.S)
COLOMBEAU Pierre
CORNU Elisabeth
COURATIER Philippe
CUBERTAFOND Pierre (Surnombre 31/08/2006)
DANTOINE Thierry
DARDE Marie-Laure (C.S)
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)
DENIS François (C.S)
DESCOTTES Bernard (C.S)
DUDOGNON Pierre (C.S)
DUMAS Jean-Philippe (C.S)
DUMONT Daniel (C.S)
FEISS Pierre (C.S)
FEUILLARD Jean (C.S)
GAINANT Alain (C.S)
GAROUX Roger (C.S)
GASTINNE Hervé (C.S)
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S)
LE MEUR Yannick
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian
MARQUET Pierre

PHYSIOLOGIE
OPHTALMOLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
NEPHROLOGIE
MEDECINE INTERNE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
DERMATOLOGIE
THERAPEUTIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
PNEUMOLOGIE
DERMATOLOGIE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
RADIOTHERAPIE
PSYCHIATRIE ADULTES
IMMUNOLOGIE
UROLOGIE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
NEUROLOGIE
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
PARASITOLOGIE
PEDIATRIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
CHIRURGIE DIGESTIVE
REEDUCATION FONCTIONNELLE
CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
MEDECINE DU TRAVAIL
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDOPSYCHIATRIE
REANIMATION MEDICALE
IMMUNOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
MEDECINE VASCULAIRE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
NEPHROLOGIE
PEDIATRIE
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

MAUBON Antoine (C.S)
 MELLONI Boris
 MERLE Louis (C.S)
 MOREAU Jean-Jacques (C.S)
 MOULIES Dominique (C.S)
 NATHAN-DENIZOT Nathalie
 PARAF François
 PILLEGAND Bernard (Surnombre 31/08/2008)
 PIVA Claude (C.S)
 PLOY Marie-Cécile
 PREUX Pierre-Marie
 RIGAUD Michel (C.S)
 SALLE Jean-Yves
 SAUTEREAU Denis (C.S)
 SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
 STURTZ Franck
 TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
 TREVES Richard (C.S)
 TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
 VALLAT Jean-Michel (C.S)
 VALLEIX Denis
 VANDROUX Jean-Claude (C.S)
 VERGNENEGRE Alain (C.S)
 VIDAL Elisabeth (C.S)
 VIGNON Philippe
 VIROT Patrice (C.S)
 WEINBRECK Pierre (C.S)
 YARDIN Catherine (C.S)

RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET BIOLOGIE
 CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
 ANTONINI Marie-Thérèse
 BOUTEILLE Bernard
 CHABLE Hélène
 DAVIET Jean-Christophe
 DRUET-CABANAC Michel
 DURAND-FONTANIER Sylvaine
 ESCLAIRE Françoise
 JULIA Annie
 LAPLAUD Paul
 MOUNIER Marcelle
 PETIT Barbara
 QUELVEN Isabelle
 RONDELAUD Daniel
 TERRO Faraj
 VERGNE-SALLE Pascale
 VINCENT François

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Explorations Fonctionnelles Physiologiques
 Parasitologie - mycologie
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
 Médecine physique et réadaptation
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention
 Anatomie – Chirurgie Digestive
 Biologie Cellulaire
 Hématologie
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Biophysique et Médecine Nucléaire
 Laboratoire Cytologie et Histologie
 Biologie Cellulaire
 Thérapeutique
 Physiologie

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
 BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE
 MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui m'ont aidé et accompagné durant ce travail, qui m'ont encouragé et donné envie de poursuivre malgré les doutes...

MODELE SYSTEMIQUE ET PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION A L'ADOLESCENCE

INTRODUCTION

ADOLESCENCE

I. BASES PHYSIOLOGIQUES ET COGNITIVES

A. BASES PHYSIOLOGIQUES DES TRANSFORMATIONS DE L'ADOLESCENCE

B. POINTS DE REPERES COGNITIFS

II. MODELE PSYCHANALYTIQUE

A. GENERALITES

B. DEROULEMENT DU PROCESSUS DE SEPARATION- INDIVIDUATION A L'ADOLESCENCE

C. ENTRE INDIVIDUATION INTRAPSYCHIQUE ET SOCIETE

III. MODELE SOCIOLOGIQUE

A. TENTATIVE DE DEFINITION

B. L'ADOLESCENCE ENTRE SOCIETE MODERNE ET SOCIETE TRADITIONNELLE

1) Les sociétés traditionnelles

2) Les sociétés modernes

IV. POST-ADOLESCENCE

L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE

I. NOTION DE FAMILLE

A. DEFINITIONS

B. EVOLUTION DE LA FAMILLE

- 1) Modifications structurales
- 2) Modifications qualitatives
- 3) Au total

C. NOTION DE FILIATION

II. INTERACTIONS ENTRE L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE

A. LE CONFLIT AVEC LES PARENTS COMME PARTIE PRENANTE DE LA « CRISE D'ADOLESCENCE »

B. INTERACTIONS ENTRE CRISE PARENTALE ET PROBLEMATIQUE DE L'ADOLESCENT

C. INTERACTIONS PATHOLOGIQUES PARENTS-ADOLESCENTS

D. AU TOTAL

APPROCHE FAMILIALE ET THERAPIE SYSTEMIQUE

I. THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

A. LES BASES DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE

- 1) Théorie générale des systèmes
- 2) Théorie de la communication
- 3) Cybernétique de second ordre

B. LES DIFFERENTS MODELES DE THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE

- 1) Ecole de Palo Alto et thérapies interactionnelles brèves
- 2) Thérapies familiales transgénérationnelles

● La pensée de Boszormenyi-Nagy

● La théorie des systèmes familiaux de Bowen ou théorie bowénienne

● Quelques autres auteurs

- 3) Approche structurale
- 4) Approche stratégique
- 5) Approche expérientielle
- 6) Courants constructiviste et constructionniste
- 7) Globalement...

II. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME FAMILIAL

A. NOTION DE SYSTEME FAMILIAL

B. CYCLE DE VIE ET CRISES FAMILIALES

C. ORGANISATION DES RELATIONS INTRAFAMILIALES

III. LE SYMPTOME ET LA NOTION DE PATIENT DESIGNE

A. EMERGENCE DU SYMPTOME

B. SENS DU SYMPTOME

C. FONCTION DU SYMPTOME

PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION DE L'ADOLESCENT D'UN POINT DE VUE SYSTEMIQUE :

I. LE PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION AU SEIN DU SYSTEME FAMILIAL

A. L'ADOLESCENCE EN SYSTEMIQUE

B. LE PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION

1) Entre identité individuelle et identité familiale

● L'adolescence de la famille en écho à l'adolescence du jeune

● L'individuation entre appartenance et séparation et la famille comme lieu de différenciation

● La séparation du milieu familial et les nouvelles modalités relationnelles

2) Vers l'autonomisation

● Le départ du jeune

● L'autonomie ou la reconnaissance de ses dépendances

● Quand l'autonomisation de l'adolescent est liée à celle de ses parents

II. ECHEC DU PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION : ADOLESCENCE SYMPTOMATIQUE

A. MECANISMES IMPLIQUES DANS L'ECHEC DU PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION

1) La parentification

● Définition

● De la normalité à la pathologie

● La parentification pathogène correspondrait à un phénomène transgénérationnel avec dysfonctionnement au niveau des frontières qui seraient trop diffuses

● Rôles de la parentification et conséquences sur le processus de séparation-individuation

2) La triangulation et le processus de projection familiale

● Notion de projection familiale

● Notion de triangulation

3) Le non-respect des frontières

● Frontières interindividuelles et intergénérationnelles

● Frontières entre couple parental et couple conjugal

4) Les conflits de loyauté

● Loyauté et délégation

● Entraves au processus d'autonomisation

5) Secrets, règles et mythes familiaux

● Un secret... et des mythes comme moyens de défense du système familial

● Les mythes comme fondations de l'identité familiale et individuelle

● Le génogramme

- 6) La rigidité du système
- 7) Quand séparation ne signifie pas rupture et quand distance ne signifie pas autonomie

B. CONDUITES SYMPTOMATIQUES

- 1) Passages à l'acte suicidaire
- 2) Conduites addictives
- 3) Troubles des conduites alimentaires
- 4) Psychose maniaco-dépressive
- 5) Troubles psychosomatiques
- 6) Troubles psychiques graves
- 7) L'adolescent antisocial
- 8) Echecs scolaires

C. LA PLACE DU DIAGNOSTIC EN THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE ET LA NOTION D'INDICATION

- 1) Place du diagnostic
- 2) Notion d'indication

D. CAS CLINIQUE

- 1) Commençons par évoquer l'histoire du patient et de ses troubles
- 2) Poursuivons avec l'histoire de la famille et de la thérapie familiale
- 3) Terminons en positionnant la thérapie familiale au sein d'un système thérapeutique plus vaste

III. PLACE DE LA THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES SYMPTOMATIQUES A L'ADOLESCENCE

A. POURQUOI LA THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE DEVANT UN ADOLESCENT SYMPTOMATIQUE ?

- 1) Importance du travail avec la famille

• La thérapie familiale comme méthode de choix pour traiter les problèmes de l'adolescence et l'intérêt de l'approche systémique

● Le cadre des entretiens familiaux

2) Risque d'une thérapie individuelle seule

B. COMPLEMENTARITE DES DIFFERENTES APPROCHES

1) Les thérapies multifocales

2) Différentes modalités des prises en charge individuelle et familiale systémique

● Prise en charge individuelle au sein du travail systémique

● Thérapie individuelle d'inspiration psychanalytique et thérapie familiale systémique

● Un mot sur la place des psychotropes et de l'hospitalisation

3) Intérêt d'autres approches

CONCLUSION

MODELE SYSTEMIQUE ET PROCESSUS
DE SEPARATION-INDIVIDUATION
A L'ADOLESCENCE

INTRODUCTION

Ce travail de thèse retrace un peu mes questionnements et le chemin parcouru entre l'antenne de pédopsychiatrie d'un service de pédiatrie et le centre de thérapie familiale systémique.

Il est né de mes inquiétudes et de mon incompréhension face à ces adolescents hospitalisés pour divers motifs : Chrystelle et son trouble anorectique, Julie et ses automutilations, Marie et sa tentative de suicide, Alexis et ses troubles des conduites et les fugues, les conduites addictives, les manifestations psychosomatiques de tant d'autres...

Se poser des questions sur la place de ces symptômes : sont-ils le reflet d'un dysfonctionnement intrapsychique ou doit-on les considérer comme « presque normaux » à cette période de bouleversements qu'est l'adolescence... Quel est leur sens ? Leur fonction ? Et se dire qu'au-delà de toute cette symptomatologie souvent bruyante et déconcertante, on peut voir une sorte de lien qui les unit et qui concerne justement le lien, le lien aux autres et tout particulièrement le lien à la famille, trop ou trop peu ou compliqué mais le lien toujours. Et en écho à cette « pathologie du lien », la difficulté à s'autonomiser, à s'individualiser...

Et cette impression de les voir à un moment de leur vie où il y a encore des possibilités, où tout n'est pas fixé et se demander comment faire pour leur donner le maximum de chances de ne pas s'enfermer dans la pathologie, dans la chronicité...

Se rendre compte qu'il est important d'entendre la famille, d'entendre sa demande (quand demande il y a !), de ne pas se positionner comme un générateur de conflits de loyauté...

Il est né également de ce que j'ai pu découvrir lors de mon passage dans une unité mère-bébé : outre l'importance évidente des relations précoces entre les parents et l'enfant, outre le fait que ces relations sont grandement en rapport avec le climat émotionnel du moment, j'ai pu ressentir le poids de l'histoire de chaque parent dans sa famille d'origine sur la place qui était laissée à ce nouveau venu... tout neuf mais déjà vieux de cette histoire familiale.

Symptôme, fonctionnement intrapsychique, histoire personnelle, histoire familiale, culture, société... Moi aussi, le « lien » me posait problème... je ne savais pas par quel angle regarder la situation, surtout qu'il y avait des angles qui m'étaient quasi inconnus !

De là, réfléchir sur les différents modèles de compréhension de l'adolescence et du fonctionnement de la famille... s'ouvrir au modèle d'intervention familiale et à la théorie systémique et l'appliquer aux troubles de l'individuation des adolescents.

ADOLESCENCE

Le terme « adolescence » vient du latin « adolescere » qui signifie grandir. On peut en parler comme d'une étape de l'évolution de chacun d'entre nous qui le mène de l'enfance à l'âge adulte.

L'adolescence débute avec la puberté et ses modifications corporelles mais il est plus difficile d'en situer le terme dont les critères sont davantage d'ordre psychologique et psychosocial ; c'est d'ailleurs de cet écart (qui s'allonge de plus en plus) entre les manifestations biologiques de la puberté et la maturité psychologique et sociale qu'est née dans notre culture la notion d'adolescence (Delage, 1993). Cette période est un passage d'un état de dépendance et d'immatrité à celui d'une maturité sexuelle, affective et relationnelle associée à une autonomie sociale (économique et résidentielle). La notion récente de post-adolescence permet de prendre en compte les changements actuels, les nuances et la progressivité de l'entrée dans l'état adulte.

Comme l'évoque Jeammet (1994), l'adolescence est exemplaire de l'articulation entre l'histoire du sujet, sa structure et la conjecture :

- l'histoire : c'est le poids des contraintes du passé, celles de ses liens avec l'environnement depuis sa conception comme celles de l'héritage transgénérationnel qu'il soit génétique ou fantasmatique,
- la structure : c'est celle de son appareil psychique tel qu'il s'est mis en place pendant la première enfance et qu'est venue stabiliser ou non la phase de latence,
- la conjecture : c'est celle de l'adolescence avec la double dimension qui la caractérise, physiologique et psychosociale, à laquelle il faut adjoindre les événements qui peuvent survenir (deuils, séparations, rencontres...) et la nature de son environnement familial et social (notamment son aptitude à entrer en résonance positive ou négative avec la problématique de l'adolescent et à lui fournir ou non des supports efficaces).

Les transformations inhérentes à cette période s'intègrent ainsi dans plusieurs plans, ce qui nous amène à aborder différents modèles de compréhension : nous nous pencherons, dans un premier temps, sur les modèles physiologique, cognitif, psychanalytique et sociologique ; il est bien sûr évident que ces diverses approches doivent être comprises de manière complémentaire et interdisciplinaire.

I. BASES PHYSIOLOGIQUES ET COGNITIVES :

A. BASES PHYSIOLOGIQUES DES TRANSFORMATIONS DE L'ADOLESCENCE :

Ces transformations physiologiques correspondent à la **crise pubertaire** avec ses remaniements somatiques et l'émergence de la maturité génitale.

Elle se caractérise par une poussée de croissance contemporaine de l'apparition des caractères sexuels secondaires. La maturation pubertaire est contrôlée par des facteurs neuroendocriniens et endocriniens (elle est déclenchée par la réactivation, après une période de quiescence en post-natal et tout au long de l'enfance, de la fonction gonadotrope).

Les différents stades du développement sont cotés de 1 (stade prépubère) à 5 (stade adulte) selon la classification de Tanner (Crosnier, 1996).

Dans les deux sexes, il existe des variations (Marcelli et Braconnier, 2002) :

- Individuelles : On situe classiquement le début du développement pubertaire chez la fille vers 10,5 – 11 ans (âge osseux) mais il est considéré comme physiologique entre 8 et 13 ans et chez le garçon vers 11,5 – 12 ans avec des limites physiologiques comprises entre 9,5 et 15 ans en raison de données génétiques et environnementales (santé, alimentation, exercice physique, niveau socio-économique).
- Collectives : Il existe une avance séculaire de l'âge de la puberté ; pour exemple, il s'est abaissé d'environ 4 ans au cours du XX^{ème} siècle, réduisant d'autant la période prépubaire (période favorable entre autres à la stabilisation de la personnalité, aux apprentissages et à l'éveil intellectuel et social) et prolongeant celle de l'adolescence.

B. POINTS DE REPERES COGNITIFS :

Piaget et Inhelder (cités par Marcelli et Braconnier, 2002) ont décrit la mise en place vers 12-13 ans d'une nouvelle forme d'intelligence : l'**intelligence opératoire formelle**. Elle se caractérise par la capacité à raisonner par hypothèses, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier ; les capacités d'abstraction se structurent et permettent de modifier le rapport au monde. La pensée concrète de l'enfant fait place à la pensée hypothético-déductive.

Les capacités de programmation se développent et s'affinent, prenant une place importante à l'adolescence dans le sens où elles permettent de penser au futur pour organiser ses projets de manière réaliste.

L'intelligence dans son sens le plus extensif apparaît comme une donnée nécessaire pour que l'adolescent puisse assumer et intégrer les modifications corporelles, affectives et relationnelles qui s'opèrent dans et autour de lui, ainsi que pour se construire une représentation théorique du monde et élaborer un système de valeurs qui lui est propre.

II. MODELE PSYCHANALYTIQUE :

A. GENERALITES :

● La réflexion psychanalytique à propos de la problématique spécifique de l'adolescence prend son véritable essor en 1962 avec 3 publications phares : celles de Winnicott, de Kestenberg et de Blos. Si l'adolescence était jusque là considérée comme une simple transition, répétition de l'enfance au niveau pulsionnel (S. Freud cité par Stassart, 1995), de nouveaux concepts voient le jour et placent l'adolescence comme **une étape capitale dans la formation de la personnalité**. Elle est alors considérée comme un processus dynamique, certes en lien avec le passé mais ouvert vers l'avenir, restant dans le « champs des possibles » (Biloua, 1997).

Période de crise pour certains (comme A. Freud, Laufer...), temps de tous les bouleversements, elle est décrite par d'autres (notamment Blos) comme le deuxième processus de séparation-individuation (Marcelli et Braconnier, 2002).

● Le concept de **crise** semble renvoyer à celui de « conflit de développement » (Nagera cité par Marcelli et Braconnier, 2002) lié à la dualité entre le désir d'autonomie et d'individualité d'une part et la dépendance au système familial et à son « vécu » d'enfance d'autre part (Alba et al, 2001), dualité sous-tendue par la réorganisation intrapsychique de cette période. Sous le

terme de « crise d'originalité juvénile » de Debesse (Jeammet, 1994), la crise d'adolescence correspond à l'émergence brutale de comportements originaux qui apparaissent en rupture avec la norme des conduites antérieures de l'adolescent et avec celle de son environnement, sorte de désorganisation temporaire au moment où l'adolescent quitte les appuis de l'enfance sans avoir encore trouvé ceux de l'âge adulte : on peut alors lui rapporter une symptomatologie variée (situations conflictuelles, passages à l'acte, conduites d'opposition... certains allant même jusqu'à considérer comme « normales » les conduites les plus atypiques et à évoquer l'absence de parallélisme entre les troubles du comportement et l'éventualité d'un processus psychopathologique sous-jacent). La crise d'adolescence aurait une fonction maturante, Kestemberg (citée par Stassart, 1995) la considère à ce titre comme le quatrième organisateur psychique au sens de Spitz ; synonyme d'évolution, son absence serait pathologique : l'adolescence venant interrompre la tranquillité de la période de latence, le maintien prolongé d'un équilibre stable devient alors en lui-même anormal (Marcelli et Braconnier, 2002). Elle est considérée comme une période d'essais anarchiques sous le joug de la maturation pulsionnelle avant l'accès à une certaine stabilité ; Erikson dans *Adolescence et crise, la quête de l'identité* (1972) évoque ainsi la crise d'identité de l'adolescence comme un « tournant nécessaire, un moment crucial dans le développement lorsque celui-ci doit choisir entre des voies parmi lesquelles se répartissent toutes les ressources de croissance, de rétablissement et de différenciation ultérieure ».

Le fait que la notion de crise soit assimilée à cette phase particulière de développement qu'est l'adolescence ne fait toutefois pas l'unanimité et certains (notamment les tenants de la conception développementale) voient dans les manifestations symptomatiques des adolescents l'expression de ruptures sous-jacentes qui peuvent mettre en cause le monde interne et le monde externe (risque de rupture de la continuité psychique et de mauvaise adaptation à la réalité).

● Quoi qu'il en soit, l'adolescence correspond à une importante phase de maturation et c'est au nom de ces changements qu'elle peut être considérée comme le **deuxième processus de séparation-individuation**.

Si le premier processus de séparation-individuation, décrit par Mahler en 1952, correspond à la distinction fondamentale entre le Moi et le non-Moi qui occupe les premières années de la vie, le second pas de ce même processus correspondrait au travail de transformation propre à l'adolescence, ensemble de tâches développementales comprenant l'intégration du nouveau corps pubère avec achèvement des identifications sexuées et l'autonomisation avec séparation des objets parentaux (Jeammet, 1994) ; ainsi, si le jeune enfant s'est séparé de sa mère par internalisation, l'adolescent se dégage des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extrafamiliaux.

Selon Offer et coll. (cités par Pouliot, 2003), ce processus de changement conduirait à :

- acquérir une vision de soi claire et cohérente,
- prendre ses distances par rapport à sa famille d'origine,
- apprendre à mieux gérer de façon autonome ses relations avec les pairs et se préparer à une future relation conjugale,
- se définir une identité sociale viable harmonisant ses caractéristiques personnelles et un rôle social acceptable.

Le processus de séparation-individuation débouche donc sur la capacité à exister par soi-même en devenant autonome par rapport aux objets primitifs, ce second pas vers l'individuation aboutissant ainsi au sens de l'identité (Blos cité par Stassart, 1995).

B. DEROULEMENT DU PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION A L'ADOLESCENCE :

- L'adolescence débute avec la puberté marquée par les transformations corporelles et une forte poussée pulsionnelle.

La poussée sexuelle pubertaire correspond à une véritable explosion libidinale avec accès au stade génital de l'organisation pulsionnelle ; ce stade est marqué par le fait que la satisfaction essentiellement auto-érotique des pulsions partielles (stade oral, anal, phallique) est alors remplacée par la recherche élective d'un objet, élément extérieur au corps propre et plus précisément une personne globale susceptible de devenir un partenaire sexuel (S. Freud cité par Stassart, 1995).

Elle s'accompagne sur le plan dynamique d'une réactivation du conflit oedipien (avec menace d'un inceste maintenant réalisable par la maturité instrumentale sexuelle) mais également de conflits plus archaïques (angoisse primordiale de séparation et angoisse de morcellement).

Parallèlement, les modifications corporelles induisent la nécessité de la sexualité (appartenance à l'un des deux sexes), la nécessité de se soumettre aux apparences corporelles (héritage des parents) et la nécessité de s'inscrire dans une filiation (Jeammet, 1994).

Les changements liés à la puberté mettent les fondements de la personnalité à l'épreuve et risquent d'en révéler les faiblesses ; l'adolescence sera donc d'autant mieux traversée que les acquisitions du Moi accumulées pendant la phase de latence auront été qualitativement et quantitativement importantes (Marcelli et Braconnier, 2002).

- Conséquence de la maturation pubertaire et de la nécessité de sexualité : les images parentales sont sexualisées et l'adolescent doit détacher sa libido de ses parents pour la porter sur de nouveaux objets.

Ce travail de **déplacement des investissements** correspond pour certains auteurs comme A. Freud (cité par Marcelli et Braconnier, 2002) à un travail de deuil : deuil des objets oedipiens mais également deuil de l'objet primitif ; l'adolescent doit donc renoncer définitivement à la jouissance incestueuse, à l'idée de trouver l'objet qui le réparerait et le garantirait complètement et à la toute puissance primitive, et il doit affronter ces mêmes parents, sur le terrain de la réalité cette fois, afin de conquérir son identité propre (S. Freud cité par Stassart, 1995). Dans ce travail où l'adolescent doit dépasser l'image de parents omniscients et parfaits, il pourra avoir besoin de les déprécier mais il ne convient pas, comme le souligne Lidz (cité par Marcelli et Braconnier, 2002), qu'il les détruise comme modèle car l'estime qu'il a pour lui-même est étroitement liée à l'estime qu'il porte à ses parents.

Ce travail de deuil pourrait entraîner des sensations de solitude ou de vide intérieur, des états dépressifs, voire des envies de mort, ou des périodes d'hostilité et d'agressivité. Il semble toutefois, pour certains auteurs (Jeammet, 1994), que la problématique du deuil serait plutôt de l'ordre d'une menace et concernerait les adolescents dont les relations précoces auraient été dysfonctionnelles. En effet, la prise de distance nécessaire, en éprouvant les appuis auprès des parents, va réactiver les angoisses de séparation, l'insécurité initiale et peut être vécue comme une rupture des liens et la perte d'une partie de soi (cas des relations fusionnelles avec identification projective qui correspond à un état de dépendance réciproque où chacun attribue à l'autre une partie de lui-même) ; à l'opposé, des bases narcissiques solides et un sentiment de sécurité interne (via l'expérience d'un entourage disponible et prévisible dans l'enfance

avec une concordance et une continuité entre ce qui est vécu et ressenti, soit le bon déroulement du processus d'attachement selon Bowlby) autorisent un élargissement et une diversification des investissements sans vécu de perte, permettant d'affronter séparations et frustrations, préalables incontournables à l'individuation (Hervé et Visier, 1999).

● Cet élargissement des investissements associé à l'intégration du nouveau corps sexué permet **l'achèvement des identifications** et donc la poursuite du développement de l'identité et de l'autonomisation.

Le développement de l'identité n'est pas propre à l'adolescence, il s'est amorcé avant (notamment avec la distinction Moi / non-Moi, la résolution du complexe d'Œdipe et les acquis de la latence) et se poursuit après cette période, mais c'est à ce moment que prennent place les modifications majeures dans le sens de la représentation de soi en tant qu'individu avec des croyances, des sentiments et des projets personnels. Cahn (cité par Piquilloud, 1996), évoque ces modifications sous le terme de « sentiment subjectif d'identité » qu'il définit comme la « conscience réflexive permettant à l'individu de se situer dans un rapport différencié avec lui-même et avec les autres, c'est le sentiment d'une unité et d'une continuité personnelle, à la fois spécifiques du sujet et reconnues par tous ».

L'adolescence est le temps d'un conflit identificatoire d'une extrême complexité et, selon Kestenberg (cité par Stassart, 1995), le dilemme majeur est alors celui qui anime la **dialectique de l'identité et des identifications** : l'adolescence est une phase de vie où il y a recherche de sa propre identité par l'intégration de différentes identifications (introduction inconsciente en soi d'un sens de l'autre).

Cette tension entre identité et identifications tend à être comprise comme le reflet de l'**antagonisme narcissico-objectal** (Marcelli et Braconnier, 2002). Rappelons que les assises narcissiques (qui représentent ce qui assure la continuité du sujet et la permanence de son investissement envers lui-même) se sont constituées à partir des relations d'étayage précoces (relations de soins maternels déterminantes dans la constitution du Moi). Plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré et moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir (dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique). La survenue de l'adolescence et son besoin d'objet n'apparaît alors pas comme une menace et l'adolescent peut s'engager dans sa quête identificatoire. Il aura de multiples occasions de s'identifier de façon plus ou moins expérimentale à des gens réels ou imaginaires des deux sexes ainsi qu'à des habitudes, des manières d'être, des métiers et des idées (Erikson, 1972) ; l'extérieur (groupe des pairs, idéaux proposés par la société, professeurs...) va servir de relais d'identifications et de gratification narcissique (l'adolescent se trouve confronté aux nouvelles espérances que le monde extérieur met en lui et il s'identifie à elles) : c'est l'époque de la faim d'objet de Blos où selon Lacan, l'adolescent s'identifie dans cette dialectique de la connaissance de soi dans la reconnaissance d'autrui.

A l'inverse, l'expérience de relations peu satisfaisantes avec un entourage peu disponible ou imprévisible risque d'entraîner chez l'enfant des attitudes de dépendance relationnelle, protection contre l'angoisse de perte et de séparation. Ainsi, si l'assise narcissique est fragile ou incertaine, le réveil pulsionnel de l'adolescence et son besoin d'objets seront ressentis comme un danger pour elle, contraignant l'adolescent à une attitude d'opposition, de rejet ou de négativisme à cause de l'aspect « anti-narcissique » que prend l'investissement d'objet : « Ce dont j'ai besoin, pour pouvoir être moi-même et développer mon autonomie, parce que j'en ai besoin, et à la mesure de ce besoin, représente une menace pour mon autonomie » ; c'est un état de contrainte paradoxale correspondant à une dépendance aux objets externes

dont la mission est de contre-investir une réalité interne qui menace de désorganisation. L'adolescent pourra alors chercher à s'assurer un sentiment de continuité avec lui-même, en essayant de substituer à ses liens affectifs relationnels (vécus comme plus menaçants qu'ils sont plus nécessaires) des liens de maîtrise et d'emprise (Corcos et Jeammet, 2000) : il s'agit d'introduire entre le sujet et ses possibles attachements des objets substitutifs qu'il pense maîtriser (par exemple la nourriture, la drogue... ainsi, la conduite toxicomaniaque permet d'avoir toujours sous la main ce qui peut réparer et garantir et certaines conduites addictives tiennent alors lieu d'identité de compensation face à un vide identificatoire). Si les liens précoces n'ont pas été structurants, l'adolescent pourra donc se trouver en difficulté pour accéder à un espace psychique autonome et différencié de l'autre.

Ainsi, la tension conflictuelle entre l'appétence objectale pour quérir les identifications nouvelles et la préservation narcissique pour conserver l'assise identitaire représente un des enjeux essentiel de l'adolescence (Marcelli et Braconnier, 2002).

L'identité sexuelle ne peut s'établir que si l'identité personnelle est bien établie (Piquilloud, 1996) ; appelée aussi identité de genre, elle rend compte du sexe psychique de l'individu et est une partie intégrante de l'identité du Moi.

Le problème de l'identité sexuelle se pose lorsque les relations deviennent objectales, la sexualisation des relations obligeant alors l'adolescent à acquérir une identité sexuée.

L'unification du Moi autour de l'identité sexuelle et de la filiation est la tâche de fin d'adolescence. Elle est sous-tendue par l'intégration de la loi affective (loi de la prohibition de l'inceste, loi de la différence des sexes, loi de la reconnaissance des générations) et par la résolution de la bisexualité psychique : elle se met en place avec la résolution du conflit oedipien et les identifications secondaires mais elle se poursuit (du moins pour certains auteurs) tout au long de l'adolescence (Anatrella, 2002).

● Par rapport aux conflits précédemment évoqués et à l'angoisse qu'ils génèrent, l'adolescent peut mettre en place un certain nombre de défenses dont certaines paraissent assez spécifiques à cet âge (Marcelli et Braconnier, 2002) :

- L'intellectualisation : Elle est, selon A. Freud dans *Le Moi et les mécanismes de défense*, un mécanisme défensif du Moi pour mieux contrôler les pulsions au niveau de la pensée (surinvestissement de la dimension rationnelle du vécu ou interrogations métaphysiques...), elle est souvent associée à l'idéalisation projective (exemple : adhérence massive aux théories philosophiques ou politiques).

Elle en rapproche l'ascétisme qui correspondrait à un mécanisme défensif du Moi pour mieux contrôler les pulsions au niveau du corps (comportements physiques de maîtrise : exercices physiques violents, restriction alimentaire...)

- Le clivage et les mécanismes associés : Le clivage est un mécanisme archaïque qui réapparaît pour protéger l'adolescent de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux imagos parentales ainsi que pour disperser ses désirs génitaux (et ne pas affronter la menace incestueuse) entraînant toute une série de comportements contradictoires.

Les mécanismes associés correspondent à l'identification projective, à l'idéalisation primitive (Moi idéal mégalomane) et à la projection persécutive (sentiment d'un monde hostile).

- La mise en acte : Elle protège l'adolescent du conflit intériorisé et de la souffrance psychique mais elle empêche toute maturation progressive. Les tensions vont se déchargées dans des actions à caractère souvent impulsif : fugues, crises clastiques, violences diverses, tentatives de suicide, toxicomanie, actes sexuels précoces et anarchiques... Cette quête d'un moyen de maîtrise par le recours à l'agir fait appel à l'utilisation de l'espace comme maniement de la distance psychique aux objets : l'agir chez l'adolescent sert de protection

contre tout mouvement d'investissement. Le contrôle de la distance aux objets externes apparaît plus maîtrisable que la relation aux objets internes et les attitudes d'opposition offrent un compromis plus facile entre le désir de proximité et le besoin de se différencier que la prise de conscience et l'aménagement interne d'une relation d'ambivalence.

● Ce second processus de séparation-individuation est complexe et peut être difficile. Pour Blos (cité par Anatrella, 2002), la finalité de ce processus est de trouver de nouvelles solutions comportant des buts instinctuels et des intérêts du Moi qualitativement différents de la première enfance ; son corollaire est **l'unité et la cohérence de la personnalité** qui peuvent être définies par les cinq critères suivants :

- les fonctions et les intérêts du Moi se sont stabilisés dans une individuation singulière, propre au sujet,
- le sujet est devenu « autonome », il n'est plus soumis à des luttes internes inhibantes (le Moi n'utilise plus son potentiel énergétique à résoudre des conflits pulsionnels),
- l'identité sexuelle est acquise et constante dans la primauté génitale,
- la représentation du soi et des relations objectales est relativement constante,
- les appareils mentaux sont stabilisés et protègent l'intégrité des structures de la personnalité.

C. ENTRE INDIVIDUATION INTRAPSYCHIQUE ET SOCIÉTÉ :

On a vu que le processus de séparation-individuation à l'adolescence amenait à construire sa propre identité mais il conduit aussi à trouver sa place dans la lignée familiale et dans la société. Certains auteurs valident ce processus intrapsychique en insistant sur l'importance de l'entourage et sur le lien entre individuel et collectif, il s'agit notamment de Jung et d'Erikson :

On ne peut parler du processus d'individuation sans évoquer la théorie de Jung (cité par Masse, 1993) : il le qualifie de « processus naturel qui se développe et progresse plus ou moins selon les individus et les circonstances et par lequel un sujet devient ce qu'il est lui-même, c'est-à-dire se différencie du collectif tout en conservant un lien à celui-ci ». Pour lui, le processus débute dans l'inconscient et plus précisément dans ce qu'il nomme l'archétype ; cet archétype présente une bipolarité, d'un côté conservateur (il parle de libido de parenté ou la tendance du même à se réunir avec le même) et d'un autre novateur (à l'origine de la dynamique de différenciation) qui est à l'origine de la nature paradoxale de l'individuation à chacune de ses étapes (intégration de la Persona, prise de conscience de l'Ombre, confrontation aux images parentales : Anima ou Animus). Il insiste particulièrement sur l'influence, voire sur l'effet de déclencheur des circonstances extérieures sur ce processus d'individuation.

Erikson (1972) propose quant à lui une conception du développement de l'identité à l'adolescence dans une perspective individuelle, familiale et sociale. Il définit l'adolescent comme « la rencontre de l'enfant pubère entre corps et société » et insiste sur la nature interactive et dynamique du processus identitaire : la formation de l'identité est sous-tendue par les changements concomitants du corps, de la psyché et de l'ethos (culture et société) et se situe donc au croisement de l'individu et de la société.

Ce point de vue psychosocial fait reposer la construction identitaire sur les interactions dialectiques entre identité personnelle (sentiment d'unité, de continuité et de similitude à soi-même dans l'espace et dans le temps) et identité sociale (qui résulte en grande partie des interactions avec les autres et de l'appartenance à diverses catégories comme le sexe, l'âge, la profession, la religion, la nationalité...). Elle met en jeu un processus de réflexion et

d'observation simultanées par lequel un individu se juge lui-même à la lumière de ce qu'il découvre être la façon dont les autres le jugent (par comparaison avec eux-mêmes) ; en même temps, il juge leur façon de le juger, lui, à la lumière de sa façon personnelle de se percevoir lui-même, de ses modèles culturels et de ses idéaux.

C'est pendant l'adolescence que ce processus atteint sa crise normative qu'il qualifiera d'ailleurs de « crise identitaire », déterminé qu'il est par tout ce qui précède et déterminant en grande partie ce qui suit : c'est une période d'expérimentation où le jeune abandonne certaines identifications du passé pour en choisir des nouvelles. Cette période offre à l'adolescent des possibilités d'affirmation ou de négation de soi-même, de consolidation (identité achevée) ou de détérioration de son identité (identité diffuse qui est à l'opposé de l'identité achevée et qui se caractérise par l'incapacité pour l'individu de conserver une identité qui lui est propre, quel que soit le milieu dans lequel il se trouve ; identité forclosée si le jeune n'a pas eu l'occasion d'expérimenter la voie qu'il allait prendre).

III. MODELE SOCIOLOGIQUE :

Dans ce modèle de compréhension, l'adolescence n'est pas un phénomène universel et homogène et varie selon les époques, les cultures, les milieux sociaux (contrairement à la perspective psychanalytique qui repose sur la possibilité de décrire et de comprendre l'adolescence comme un processus intrapsychique relativement homogène selon les sociétés). En fait, on peut dire avec Jeammet (1994) que si les exigences du travail psychique de transformation apparaissent inhérentes au processus même de l'adolescence, les formes prises par ces changements sont particulièrement tributaires des modalités de fonctionnement de la société.

A. TENTATIVE DE DEFINITION :

- Sur le plan historique, si certains affirment que l'adolescence a toujours été une période repérable dans la vie de l'individu avec ses caractéristiques propres à chaque époque, beaucoup pensent que l'adolescence telle que nous la concevons est un phénomène récent. Pour ces derniers, ce sont les conditions sociales du XVIII^{ème} siècle (avec l'amélioration des conditions de vie et le fait de considérer l'enfant comme un être en devenir, à éduquer) qui ont permis l'apparition d'un espace de formation et de préparation à une promotion sociale entre l'enfance et la vie adulte : les adolescents sont donc devenus une réalité sociale de par leur nombre et la place particulière qu'ils occupent dans la société (Ariès cité par Anatrella, 2002).
- Il faut noter les difficultés de définir l'adolescence en raison du mélange des conceptions psychodynamiques et des conceptions sociales touchant à la responsabilité (rappelons que la majorité légale se situe à l'âge de 18 ans) et à l'autonomie du sujet adulte (Guedj, 2005).

La sociologie découpe les âges de la vie autour des notions de statuts et de rôles sociaux (Galland, 1995) :

- L'enfant se définit par son statut scolaire et sa dépendance familiale.
- L'adulte se définit par 3 critères : avoir décohabité, avoir une autonomie financière réelle et stable, avoir un partenaire sexuel et affectif stable et reconnu socialement (possibilité de procréation).
- L'adolescence serait-elle alors cette période de transition partielle vers l'âge adulte qui s'allonge de plus en plus, soit que l'autonomie résidentielle est associée au maintien d'une dépendance économique à l'égard de la famille, soit que l'indépendance économique acquise avec le début de la vie professionnelle se conjugue au maintien d'une résidence

commune avec les parents (ces données variant en fonction des origines sociales et du sexe) ?

Cette « tentative de définition sociologique » de l'adolescence ne cadre toutefois pas systématiquement avec la maturation psychologique. C'est la raison pour laquelle certains sociologues renvoient le terme d'adolescence à un processus individuel et conservent celui de jeunesse ou de classe jeune pour cette expression sociale (Alba et al, 2001).

D'autres, au contraire, continuent à voir dans l'adolescence un phénomène social propre au modèle de développement et au modèle éducatif adoptés par nos sociétés occidentales et préfèrent élargir la définition : ils considèrent les adolescents comme un groupe ayant des caractéristiques socioculturelles particulières et axé autour des rapports des jeunes entre eux et entre les jeunes et leurs parents. Cette **définition socioculturelle** met en exergue le rapport de définition constant qu'entretiennent individuel et collectif, histoire sociale et parcours personnel. L'adolescence se distinguerait alors par une double prise de distance à l'égard de l'univers familial et scolaire (premiers lieux de socialisation) : les valeurs et les références ne sont plus strictement puisées dans le stock familial et le cercle des amis tend à s'autonomiser du cadre scolaire (Galland, 1995). C'est une période de transition où s'élaborent de nouveaux rôles sociaux ; certaines tâches de l'enfance sont maintenues mais évoluent en fonction des implications personnelles dans d'autres systèmes qui exigent de nouveaux rôles (Cloutier cité par Hertay, 2000). Les individus tendent à construire leur identité sociale à partir des pairs ou de personnes plus âgées (sportifs, artistes, politiques...), à partir aussi de leur appartenance ou de la référence à certains groupes ; ces nouveaux modèles servent de tuteurs provisoires, le temps que la personnalité s'affirme et permette son autonomie : ce rôle de médiation est, selon Flavigny (cité par Marcelli et Braconnier, 2002), transitoire et destiné à être abandonné (à la différence des sectes et groupes apparentés qui se présentent comme une solution totalitaire et un aboutissement où il y a aliénation et perte d'identité).

B. L'ADOLESCENCE ENTRE SOCIÉTÉ MODERNE ET SOCIÉTÉ TRADITIONNELLE :

Mead (citée par Marcelli et Braconnier, 2002) soutient la thèse que les caractéristiques de l'adolescence varient selon les sociétés à différents niveaux :

- la durée,
- les méthodes employées pour la socialisation de l'individu : la socialisation étant le processus par lequel les individus sont intégrés dans une société donnée, intériorisent les valeurs, normes et codes symboliques et font l'apprentissage de la culture en général grâce à l'environnement familial, scolaire et socioculturel,
- le type de culture : postfigurative (les enfants sont instruits par les parents et les anciens), cofigurative (les adultes et les enfants apprennent de leurs pairs) ou préfigurative (la jeunesse constitue un modèle de fonctionnement pour les adultes).

La différence entre sociétés modernes et traditionnelles est bien sûr marquée par ces différents critères mais la distinction princeps semble être le rapport au temps (Orgozozo, 1996). Pour les sociétés traditionnelles, l'âge d'or se situe à l'origine, lorsque les dieux ou les grands ancêtres créèrent un ordre que chaque génération doit s'efforcer de reprendre à son compte de manière identique. Pour les sociétés modernes, l'âge d'or est dans l'avenir ; les progrès techniques qui ne cessent d'évoluer font de ces sociétés des sociétés en devenir, inachevées (tout comme l'adolescence est une période de devenir, d'inachèvement).

1) Les sociétés traditionnelles :

Pour les sociétés traditionnelles, l'adolescence est une période brève qu'il faut encadrer afin que l'indétermination qui la caractérise se transforme en certitudes, pour chacun des deux sexes, sur la place qu'ils vont occuper et le rôle qu'ils vont jouer dans la société des adultes. La transition de l'enfance à l'âge adulte est marquée par les rites d'initiation ; la fonction du rite est de donner un sens, il inscrit l'individu dans une reconnaissance et une appartenance sociale, renforçant son identité.

Van Gennep (cité par Hertay, 2000) distingue trois phases aux rites de passage :

- une phase de séparation : elle signifie pour le sujet une rupture avec ses relations et ses rôles antérieurs,
- une phase de mise en marge : l'individu est mis à l'écart de sa communauté, il se trouve dans une étape de transition entre deux états,
- une phase d'agrégation ou de réintégration : l'individu revient au sein de sa communauté jouissant d'un nouveau statut, d'une nouvelle position sociale ; grâce au rite et aux révélations qu'il comporte, l'individu sera reconnu comme un membre responsable de la société.

Les rites d'initiation se situent donc aux confins de l'individuel et du social, les opérations psychiques de l'adolescence (les processus de séparation avec la mère, de rupture avec le monde de l'enfance, d'identité sexuelle...) sont extériorisées et prises en charge par la société des adultes qui offre une représentation codifiée de ces changements, permettant une possibilité de décharge des tensions psychiques de cette période (Stassart, 1996). Les sociétés traditionnelles conçoivent le développement en terme de changements brusques et les rites de passage permettent de se passer de la longue période d'évolution que constitue l'adolescence dans nos sociétés modernes ; il est, à ce niveau, intéressant de souligner, avec Dessoay et al (1996), que la singularité de ce changement réside dans le fait qu'il n'apparaît qu'à la condition que la société d'appartenance change elle-même de telle façon qu'elle soit en mesure d'accueillir le nouveau statut et les nouvelles fonctions de la personne ayant subi l'initiation.

2) Les sociétés modernes :

Nos sociétés actuelles de culture occidentale sont marquées par l'absence de rituels clairs codifiés socialement pour le passage à l'âge adulte ; il existe ou existait bien, comme le souligne Brusset (cité par Stassart, 1996), certaines expériences sociales pouvant prendre valeur de rituels par leur portée symbolique (diplômes, service militaire, mariage...) mais elles se caractérisent par leur diversité, leur tendance à prendre des formes de plus en plus floues et à perdre toute valeur. La maturation psychique et sociale est devenue un parcours individuel qui n'est plus pris en charge par la société, donnant de ce fait d'autant plus d'importance à la famille et donc aux interactions familiales conscientes et inconscientes. La transmission des trois grandes lois de l'humanité (loi de la différence des générations, loi de la différence des sexes et inéluctabilité de la mort) se fait de plus en plus d'individu à individu et ne peut se réaliser quand la génération des parents a déjà échoué à trouver sa place dans la société (Orgogozo, 1996). Par ailleurs, les injonctions des sociétés actuelles sont de plus en plus difficilement réalisables : l'injonction de promotion sociale est rendue malaisée par le contexte économique (chômage, inflation des diplômes et leur dévalorisation...), de même que l'injonction à l'autonomie devenue quelque peu paradoxale dans notre société de dépendance prolongée (notons au passage que le fait de quitter le domicile parental participe, par l'aménagement de l'espace et des distances relationnelles entre l'adolescent et sa famille,

à la mise en œuvre des interdits de l'inceste et du parricide) (Cicchelli, 2001 ; Jeammet, cité par Stassart, 1995). « Ce qu'il a gagné en espaces potentiels de liberté, l'adolescent moderne le paye en ayant à trouver son chemin au sein d'un champ des possibles aux limites floues et extensibles avec pour simples balises les injonctions souvent paradoxales qui lui sont adressées » (Alba et al, 2001).

Parallèlement à ces difficultés, l'adolescence est devenue l'âge privilégié du XX^{ème} siècle (Ariès, cité par Stassart, 1996), on parle même de **société adolescentique** (Anatrella, 2002). Insensiblement, en l'espace d'une génération, des années 1970 à nos jours, la jeunesse est devenue la valeur centrale autour de laquelle notre société de consommation se construit et se développe (Malarewicz, 2003). Le développement des idées et des attitudes des années soixante a favorisé une juvénalisation de la société (Anatrella, 2002) : l'idée est de poursuivre une adolescence sans fin dans un mouvement de déni de la maturité (se vivre dans l'inachèvement et choisir le non-engagement) et de culture de l'immédiateté (permettant une modification du rapport au temps avec affranchissement des contraintes de l'âge). Pour les sociétés modernes en perpétuel devenir, l'adolescence est un miroir dans lequel elles se reconnaissent et qu'elles ne peuvent donc pas aider à clore, ce qui est terriblement angoissant pour l'adolescent qui est, lui même, en recherche de modèle ; le message transmis par les adultes est « je veux être comme toi » au lieu du « deviens comme nous » des sociétés traditionnelles (Orgogozo, 1996). Elles font de l'adolescence leur modèle de perfection et les références culturelles sont de plus en plus empruntées aux conduites juvéniles (notamment le prêt-à-penser et le prêt-à-agir) : il y a **inversion du processus d'identification** et la relation éducative (en rapport avec les contraintes et les limites sur lesquelles les adultes ont à intervenir) devient une relation de séduction. La transgression de l'ordre des générations et des rôles débouche sur une société où il n'y a plus des adultes et des enfants mais des frères et des sœurs, ce modèle menant à l'impasse d'une société incestueuse qui aurait perdu le sens de la filiation et de la parenté (Anatrella, 2002).

On peut ajouter à la difficulté d'avoir des repères identitaires sociaux la perte de repères familiaux avec la multiplication des phénomènes de disparentalité, de schémas familiaux confus...

Cette **perte de repères**, cette incertitude qui domine dans l'organisation psychique à l'adolescence se retrouve ainsi dans le monde extérieur et on peut dire avec Stassart (1995) que « dans un monde qui change à une telle allure que la seule constante est devenue le changement lui-même, quand les repères identificatoires traditionnels disparaissent, vacillent ou se métamorphosent de la manière la plus imprévisible, il devient inévitable que l'adolescence, en tant qu'elle correspond au changement le plus radical de l'existence, devienne une période toujours plus problématique ». Le narcissisme est renforcé par les conditions socioculturelles actuelles (notamment par le culte de la personne, la primauté de la réalisation des désirs et la valorisation d'une reconstruction subjective du monde au détriment des processus cognitifs et du symbolisme) et devient défensif dans ce climat d'insécurité et de confusion : dans la relation aux autres, au monde extérieur, aux exigences de la réalité et de la vie sociale, la référence à soi est très prononcée, l'investissement des objets d'autant plus difficile et l'individuation d'autant plus entravée (Anatrella, 2002). Ainsi, pour Desroches (1999), la « crise d'adolescence » est certes un problème complexe, mais plus qu'un problème d'âge de la vie, elle correspondrait à « une crise sociale d'accès au statut d'adulte ».

Ces données psychosociales et leur impact sur l'autonomisation des adolescents nous amènent à parler de la notion actuelle de post-adolescence.

IV. POST-ADOLESCENCE :

Notion introduite en 1962 par Blos (cité par Stassart, 1995), le concept de post-adolescence est actuellement pleinement justifié par la conjoncture récente que nous avons déjà évoqué à savoir la contrainte paradoxale pour les adolescents d'avoir à conquérir une autonomie et une individuation toujours plus poussées, tout en restant, par la force des choses, plus longtemps et plus lourdement dépendants de leurs parents.

Certains auteurs, comme Delage (1993), définissent la post-adolescence comme une période de « difficultés à l'entrée dans la vie adulte, d'adolescence interminable liée en partie au contexte socio-familial, alors que dans le même temps, le sujet a acquis certains attributs sociaux de la vie d'adulte comme la majorité légale et pénale » ; pour d'autres, comme Anatrella (2002), elle n'est pas considérée comme « le prolongement problématique d'une adolescence qui aurait du mal à se clore mais comme un nouvel âge de la vie aux tâches bien spécifiques pour mettre en place une maturité psychique et sociale qui s'est complexifiée au fil du temps ».

Il semble, en tout cas, que cette notion fasse référence à une certaine classe d'âge (environ 18 – 30 ans) et corresponde à la fois à un fait psychique et à un fait social.

La post-adolescence comme réalité psychologique : Elle correspond à la réorganisation de la personnalité à la suite des modifications de l'adolescence et notamment dans l'articulation de la vie psychique avec l'environnement. C'est la période des choix et des engagements en fonction de soi, conscient de ses possibilités et de ses limites (Grivel, 1996), c'est aussi la période d'acceptation du réel dans une vision cohérente, constructive et non dépressive (Anatrella, 2002), c'est encore la période de consolidation des acquis de l'adolescence et de stabilisation des fonctions psychiques selon Blos (cité par Stassart, 2000).

La post-adolescence comme fait social : La nouvelle jeunesse se caractérise en outre par la jouissance d'une forme de liberté éphémère d'apesanteur sociale (Cicchelli, 2001), liée en partie au report des engagements familiaux ; c'est une phase d'expérimentation des rôles avant l'entrée statutaire dans l'âge adulte (Galland cité par Cicchelli, 2001), marquée par un processus d'autolimitation permettant d'adopter certaines attitudes et d'en rejeter d'autres pour aller vers un but précis dans l'orientation de son existence.

Le processus d'individuation au bénéfice du moi social est actuellement difficile en raison de la position adolescentique de la société (culte du désir immédiat et culte de la jeunesse qui sont en contradiction avec la notion d'engagement) et de la difficulté, en raison du contexte économique, d'avoir un projet social (maintien d'autonomies partielles et de statuts provisoires et forte sollicitation au plan des apprentissages et de la compétition) (Anatrella, 2002).

La post-adolescence peut durer plus ou moins longtemps en fonction des contraintes du milieu (influences de l'environnement socioculturel) et de celles du destin singulier de chaque personnalité (influences psychologiques que chacun a sur lui même). Ainsi, l'autonomie se réalise selon des modalités, des contenus et des rythmes différents selon chacun et, à sa façon, chaque jeune adulte est à la fois autonome dans certains domaines et dépendant dans d'autres. On peut ainsi dire avec Cicchelli (2001), en soulignant la différence entre être adulte (rendant compte du statut social et notamment de l'indépendance matérielle) et être mature (résultat de l'achèvement des fonctions principales de psychisme et la conséquence de la résolution des conflits de base amenant à l'autonomie psychique), que certains jeunes restent dépendants socialement bien qu'ils aient atteint une certaine maturité psychologique alors que d'autres, malgré une indépendance sociale, restent immatures sur le plan relationnel et affectif.

Dans cette société préfigurative actuelle, la tranche d'âge qui correspond à la post-adolescence gagne en individualité, en possibilité créative, en liberté personnelle mais les jeunes doivent être les propres inventeurs de leur vie future avec son corollaire de difficultés et d'insécurité, d'autant qu'il arrive un moment où la pression sociologique oblige à des choix (professionnel et amoureux notamment) ; il en résulte cette période floue et indéterminée de dépendances prolongées (Delage, 1993).

Il en résulte aussi que, pendant toute cette période, peut se développer une psychopathologie de la dépendance : troubles du comportement divers, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires, crises psychotiques... Il est alors important de souligner que, pour certains auteurs et dans une perspective développementale, ces troubles ne correspondent pas à un aménagement fixé ; Jeammet (cité par Guedj, 2005) soutient d'ailleurs que « traiter de jeunes adultes en les regardant et en les écoutant comme des adolescents encore en devenir constituent une ouverture thérapeutique susceptible d'aider à sortir des impasses où s'engluent souvent le sujet et parfois son thérapeute ».

Comme Delage (1993, 1994), plusieurs auteurs évoquent le rôle déterminant de l'entourage et notamment des fonctions parentales dans la post-adolescence et plus largement dans le processus d'individuation, ce qui nous amène à parler de l'adolescent au sein de sa famille.

L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE :

I. NOTION DE FAMILLE :

A. DEFINITIONS :

● La **famille** est un groupe social particulier ayant une histoire commune et dont les membres sont unis par des liens de parenté (filiation ou consanguinité) ou d'alliance mais qui, contrairement à la définition classique d'un groupe, ne peuvent pas être assimilés à des pairs car ils occupent chacun des places distinctes, des fonctions et des rôles régis en grande partie par la différence des sexes et des générations (Benoit et al, 1988).

La famille est aussi un **lieu privilégié pour le développement de ses membres**, en les protégeant, en satisfaisant leurs besoins et en favorisant les apprentissages, c'est le premier et principal milieu de vie pour chaque individu : la famille est un lieu de socialisation, d'éducation et de transmission des valeurs (Pouliot, 2003).

C'est une structure fonctionnelle qui obéit à des lois internes qui lui sont propres mais elle n'est pas totalement autonome car elle demeure un **sous-système de la société** dans laquelle elle se trouve ; ses normes et ses valeurs sont d'ailleurs influencées par la culture ambiante (Cloarec, 2004). Certains ont insisté sur sa fonction de **transition entre l'individu et la société**, ainsi Andolfi dans *La forteresse familiale* (1982) en parle comme du « lieu où se rencontrent des besoins individuels et des exigences sociales » et Hefez (cité par Alberne, 2004) la définit en ces termes : « L'intime est le jardin secret, lieu du droit au secret et aux mensonges, le public, l'espace sociétal dont les enjeux et les règles ont à être appréhendés dans la transparence ; entre les deux, le privé, l'espace de la discrétion, espace transitionnel de la vie familiale ».

● On peut distinguer :

- La **famille nucléaire** : Unité familiale de base comprenant le couple parental et le (ou les) enfant(s) non marié(s).
- La **famille d'origine** : Elle correspond aux ascendants ainsi qu'à la fratrie d'un individu ; c'est la famille dont on provient (la création d'un couple et, à travers lui, la venue du premier enfant crée une nouvelle famille nucléaire mais qui reste mêlée aux deux familles d'origine de chaque parent).
- La **famille élargie ou étendue** : Ensemble des ascendants, descendants et alliés dont les liens de sang ou de sexe définissent l'appartenance commune à un groupe familial.
- Par ailleurs, selon que le mode de fonctionnement centralise le pouvoir autour d'un père ou d'une mère, on parlera de **famille patriarcale** ou de **famille matriarcale**.

B. EVOLUTION DE LA FAMILLE :

La famille occidentale a profondément évolué au cours des siècles, et notamment au cours du XX^{ème} siècle : les modifications sont à la fois structurales et qualitatives par rapport à une certaine tradition antérieure (Cloarec, 2004).

1) Modifications structurales :

La fréquence décroissante des grandes fratries, les dispersions sociales, l'individualisation accentuée des conjoints dans la société contemporaine tendent à distendre la classique famille élargie et ses rituels de rencontre (naissances, mariages, deuils...), ce qui ne favorise pas la construction de l'historicité du sujet.

On assiste également à une diversification des formes de la famille avec une diminution de la forme classique nucléaire et une augmentation conséquente des **familles monoparentales et reconstituées** : la famille monoparentale correspond à une famille dans laquelle la génération des parents est représentée par un seul membre (divorce, décès d'un des parents...), cette situation familiale peut être définitive ou aboutir à plus ou moins longue échéance à la constitution d'une famille reconstituée ; la famille reconstituée ou néoformée correspond à un nouveau groupe familial constitué d'un couple et d'un (ou des) enfant(s) dont au moins un est né d'un union précédente de l'un des conjoints (Benoit et al, 1988). Ce phénomène n'est toutefois pas unique à notre culture ni à notre époque, jadis, dans la culture occidentale, alors que l'espérance de vie était faible, il était fréquent de retrouver des familles reconstituées ; actuellement, les caractéristiques de ces familles se sont élargies et on observe des liens conjugaux peu solides avec changements fréquents de partenaire : selon les sources de l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et du ministère de la justice de 2003, le taux de divorce a constamment progressé depuis 1975 (statistiques nationales de la famille), il a triplé en France puis il s'est stabilisé depuis 1995 à environ 38 % (soit un couple sur 3 qui divorce actuellement) ; par ailleurs, la durée moyenne des mariages diminue chaque année de quelques années et selon les statistiques de l'INED et de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), plus de deux millions d'enfants soit 17,2 % des petits français de moins de 18 ans vivraient séparément d'au moins un de leurs parents (Léridon et Villeneuve, 1998).

Les transformations que traverse la famille se situent également dans le **domaine juridique** avec la modification des contrats d'union, la transformation des lois sur le divorce et sur l'autorité parentale (Castelain-Meunier, 1998).

Le mariage, civil ou religieux, demeure, malgré la perte des repères institutionnels, un acte social et culturel qui officialise l'union de deux partenaires et constitue encore le plus souvent la base de la famille (même si un enfant sur trois naît hors mariage).

La création du Pacte Civil de Solidarité est par ailleurs un nouveau type d'union civile et reconnaît un équivalent de parenté au couple homosexuel.

2) Modifications qualitatives :

Les sociologues observent également une modification des rapports parents-enfants et notamment de la fonction parentale. Les changements de la famille se traduisent en effet par la nécessité de redéfinir des repères dans le domaine de la conjugalité, de la parentalité, de la filiation et de la transmission ainsi que par la redéfinition des places et des rôles du père et de la mère (Castelain-Meunier, 1998).

● La **fonction parentale**, maternelle ou paternelle, correspond à l'ensemble des éléments biologiques, psychologiques, juridiques, éthiques, économiques et culturels qui fait d'une personne qu'elle ou il est la mère ou le père d'une ou plusieurs autres personnes, elle dépend en outre du contexte socioculturel (Benoit et al, 1988).

Autrefois marquées par la différenciation des rôles avec une répartition assez précise des fonctions maternelle et paternelle, les places de l'homme et de la femme se sont redéfinies dans le cadre des transformations culturelles et sociales qui ont accompagné l'émancipation féminine (Castelain-Meunier, 1998).

L'évolution actuelle semble se faire vers un affranchissement des contraintes biologiques (auparavant, le statut de la femme dépendait étroitement des caractéristiques biologiques de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement puis de la longue période de dépendance de l'enfant envers la mère) au profit de l'insertion professionnelle et sociale de la femme. Les femmes ne sont plus reconnues uniquement comme conjointe ou mère mais comme des sujets sociaux à part entière possédant des droits et pouvant faire des choix de vie : le mouvement des années soixante-dix s'est accompagné d'une redéfinition des aspirations féminines incluant la réaffirmation d'être mère, dans le sens du choix et non de l'imposition, tout en assumant des responsabilités économiques et sociales. L'augmentation du travail féminin fait que l'on observe une délégation d'une partie de la fonction éducatrice à d'autres instances (crèche, entrée plus précoce à l'école...) et l'apparition d'une nouvelle complémentarité des fonctions maternelle et paternelle.

Les pères, quant à eux, semblent revendiquer un lien plus étroit avec leurs enfants et ceci dès la naissance (la fonction paternelle a été sur le plan social longtemps cloisonnée à un rôle d'apprentissage social des adolescents), sous-tendu par une sorte de renforcement de la conscience paternelle. Pour De Léo (cité par Cirillo et al, 1998), nous assistons aujourd'hui à une réhabilitation du rôle paternel (rappelons que le père représente un modèle d'identification important sur le plan normatif, une figure en lien avec les exigences et les fonctions sociales mais aussi et surtout que l'attitude du père, dès les premiers jours de la vie de l'enfant, exerce une influence majeure sur le rapport mère-enfant et sur la dynamique familiale en général) bien qu'ils se heurtent à certaines difficultés liées à une perte de repères : dans la société actuelle dominée par le rêve égalitaire entre les deux sexes, le modèle patriarcal traditionnel tend à être remplacé par des modèles individualistes prônant les valeurs d'autonomie et de responsabilité.

● **La place de l'enfant** a également évolué, l'épanouissement de sa personnalité semble être privilégiée mais il paraît de plus en plus souvent chargé de significations imaginaires visant à réguler la vie affective ; il peut être perçu comme (Delage, 1993) :

- un frein à l'épanouissement personnel (notamment pour les parents qui favorisent leurs activités sociales et professionnelles)
- un moyen de revendication phallique (la mère ne se soucie alors guère de donner un père à un enfant qu'elle veut pour elle seule)
- un partenaire (servant à combler la solitude, à remplacer un manque)
- un parent (pour celle / celui qui n'a pas réussi à s'autonomiser par rapport à ses propres parents).

L'existence d'une certaine maîtrise de la procréation peut, de plus, renforcer l'illusion que cet acte puisse se faire en solitaire, se passant du recours à la relation, à l'interaction, faisant juste écho à des attentes narcissiques ; l'enfant peut devenir enfant pour soi, détaché d'un projet collectif mais aussi, et cela est récent, d'un projet relationnel, modifiant par là le fondement même de la famille (Castelain-Meunier, 1998).

La place de l'enfant est également sous-tendue, pour Caillé (2003), par le fait que la famille actuelle semble devoir faire face à une double appartenance mythique : un mythe traditionnel du devoir où la récompense est à attendre dans la reconnaissance d'autrui et dans

l'acceptation sociale (exigence mythique de responsabilité citoyenne) et un mythe actuel de sacralisation de la réussite individuelle. A partir de ces deux mythes contradictoires se construisent deux types de famille : la famille « néotraditionnelle » où « l'enfant crée la famille à partir d'un couple » et la « constellation affective » où « c'est l'enfant qui engendre la famille indépendamment de l'existence d'un couple et de quel couple » (dans ce dernier cas, il n'existe pas forcément de rapport logique entre le lien existant dans le couple et le lien unissant l'enfant à un adulte ; ces deux relations pouvant même avoir une fonction identique de support identitaire et ainsi entrer en compétition l'une avec l'autre).

• Les modalités éducatives ont, en corollaire, elles aussi, changé : elles semblent davantage fondées sur l'affectif, prônant la non-directivité, donnant la primauté à l'hédonisme et à l'individualisme (Théry citée par Bantman, 2000). Il existe une augmentation des situations familiales où il y a peu de différenciation entre l'attitude des parents et celle des enfants et où le lien est symétrique. Ainsi, pour Malarewicz (2003), dans un souci d'égalitarisme, l'émergence des droits de l'enfant s'est faite au détriment des devoirs de l'adulte envers eux, elle pose l'enfant dans une relation d'égalité face à l'adulte d'où une situation de conflits avec les devoirs d'éducation que tout adulte devrait pouvoir exercer envers ses enfants.

Pour mettre en exergue l'influence des modalités éducatives à l'adolescence, Cloutier (1994) propose de distinguer différents styles d'autorité exercés par les parents et leurs possibles répercussions sur le développement social et sur l'autonomisation de l'adolescent. Cette catégorisation a certes les limites de toute typologie mais elle apporte un éclairage sur une partie des fonctions parentales et des relations parents-adolescents. On peut distinguer :

- Le style autocratique : Ce type d'autorité se caractérise par un contrôle important et une faible sensibilité. L'adolescent ne peut exprimer son point de vue ni participer aux décisions qui le concernent. Les limites sont clairement établies mais la responsabilisation du jeune n'est pas favorisée (puisque tout est décidé pour lui). Le jeune risque de rester plus dépendant de ses parents et de manquer de confiance dans ses décisions ; il est également possible que le jeune se révolte, ce qui pourra éventuellement se traduire par une rupture.

- Le style désengagé : Il se caractérise par un faible contrôle et une faible sensibilité. Les parents ignorent les décisions du jeune et accordent peu d'importance à ses besoins ; il s'agit en quelque sorte d'une démission parentale peu favorable au développement de l'enfant et pouvant être précurseur de problèmes sérieux à l'adolescence.

- Le style permissif : Il y a un faible contrôle et une bonne sensibilité aux besoins de l'enfant. Les parents sont à l'écoute de l'enfant et celui-ci peut assumer activement la prise de décisions. Le risque est que ce style peut être sous-tendu par le désir des parents d'éviter toute frustration à l'enfant et malgré l'autonomie décisionnelle qui lui est laissée, l'adolescent risque de ne pas acquérir les outils nécessaires au développement de ses compétences sociales.

- Le style démocratique : Il associe une supervision active et une sensibilité élevée aux besoins de l'adolescent. Les limites entre ce qui est permis ou non sont clairement définies et le développement du jeune est encouragé par un soutien et un respect au niveau de la prise de décision. Il donne lieu à un sentiment de confiance et d'indépendance, favorisant les compétences sociales et incitant le jeune à assumer ses responsabilités.

3) Au total :

La famille devient incertaine, plurielle, kaléidoscopique et elle doit sans cesse réinventer de nouveaux modes de relations (Orgogozo, 1996) : complémentarité des trajectoires de l'homme et de la femme, couple refuge ou auto-thérapeute, nouvelles formes de parentalité et

de grand-parentalité. Plus que jamais la famille doit utiliser son potentiel créatif pour s'adapter aux changements qui la traversent ; pour que cette création opère, la famille doit reconnaître son héritage, se l'approprier pour le transformer en y intégrant des éléments puisés dans l'environnement social (Courtois, 2003), elle doit en quelque sorte imaginer un compromis entre les deux influences mythiques précédemment décrites.

Les nouvelles configurations familiales de notre société semblent favoriser, pour de nombreux auteurs, les différents visages de la dépendance qui caractérisent les difficultés d'autonomisation ; ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les thérapies familiales croissent à une époque où l'institution familiale est remise en cause et où les enfants n'en finissent pas de devenir adulte tandis que ces derniers n'en finissent pas de rester jeune.

C. NOTION DE FILIATION :

● La filiation se comprend comme « un processus par lequel un individu se reconnaît comme appartenant à une lignée et peut donc se situer par rapport à celle-ci, par rapport à ses ascendants, dans un réseau de parenté » (Belmedjoud et al cités par Cloarec, 2004).

Le lien de filiation peut être analysé selon deux axes (Guyotat cité par Cloarec, 2004) :

- une dimension instituée : transmise par l'institution, il s'agit de la filiation légitimée par la société (notamment représentée par le nom patronymique),
- une dimension narcissique : construction imaginaire concernant la filiation du sujet élaborée par lui-même (roman familial) ou par sa famille (mythe familial).

En tenant compte de l'évolution de la famille et des nouvelles formes de parenté, on peut même, avec Théry (cité par Cloarec, 2004), distinguer :

- la filiation biologique : c'est la dimension du réel, les liens du sang, représentant la fonction de procréation,
- la filiation domestique : c'est la dimension imaginaire représentée par les « parents affectifs », correspondant à la fonction éducative,
- la filiation générationnelle : c'est la dimension symbolique où se situe la loi représentée par les personnes responsables de l'enfant, elle est liée à la représentation qu'a l'enfant de ses parents (ou faisant fonction de) et à l'image qu'eux-mêmes donnent à voir à l'enfant.

● L'adolescence (avec notamment les transformations inscrites dans le corps) va induire des questionnements multiples sur la transmission, les générations, la filiation (Biloua, 1997). C'est une période où l'adolescent va devoir remettre en cause sa filiation domestique (dans laquelle se situent les images parentales oedipiennes) et, pour ne pas risquer de perdre ses assises, rester fidèle à la filiation générationnelle.

● La notion de filiation renvoie évidemment à la notion de transmission. L'institution familiale a longtemps eu pour fonction importante la transmission d'un patrimoine financier mais aussi affectif, social, culturel... (Albernhé, 2004). La tendance actuelle va davantage dans le sens de l'épanouissement individuel en privilégiant le ressenti et l'identité personnelle que dans le sens d'une transmission de valeurs et de codes. Cette dimension ne peut toutefois être niée et qu'elle soit plus ou moins consciemment réalisée, plus ou moins concrète, plus ou moins riche, son importance demeure et son impact sur le processus d'individuation de l'adolescent a été révélée par certains auteurs (nous reviendrons ultérieurement sur les legs psychologiques transgénérationnels).

II. INTERACTIONS ENTRE L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE :

Rappelons la position particulière des adolescents, marquée par le fait qu'ils revendiquent leur autonomie et leur individualité tout en restant encore profondément dépendant du cadre familial de leur enfance. Rappelons également l'importance des relations interpersonnelles dans la construction identitaire (qui se poursuit à l'adolescence en visant l'autonomie et l'indépendance personnelle du jeune) et soulignons que la famille est le premier et principal lieu de ces expériences interpersonnelles (Pouliot, 2003). Il s'avère que la participation de l'entourage est cruciale pour que s'achèvent les intériorisations et identifications de l'adolescent sans que soit sérieusement remis en cause le sentiment de continuité de soi. Nous pouvons également dire avec Delage (1994) que l'adolescence est paradoxale dans le sens où pour quitter l'objet parental devenu inadéquat afin d'aller vers l'inconnu de la conquête objectale, l'adolescent a besoin de son environnement parental qui lui assure une sécurité de base. Plusieurs auteurs font d'ailleurs référence à cette place particulièrement importante de la famille avec les notions « d'espace psychique élargi » (Jeammet, 1994), de « diffusion d'identité » (Erikson, 1972) ou encore de « dépendance de terrain » (Witkin cité par Delage, 1993) : toutes des notions qui renvoient au transitionnel, aux références extérieures qui permettent à la fois le maintien de la continuité et la mise en cause des frontières personnelles du sujet.

Les relations familiales, la structure familiale, la personnalité des parents apparaissent donc comme des facteurs déterminants de cette période.

L'adolescence des enfants et le « leaving home » de Haley (correspondant au moment où les jeunes adultes quittent la maison) sont une étape essentielle dans l'évolution d'une famille et correspondent à une période de changements intrapsychiques et interrelationnels. Ces changements peuvent entraîner des perturbations au niveau des relations intrafamiliales et ces perturbations peuvent être schématiquement renvoyées à trois grands types d'interactions (Marcelli et Braconnier, 2002) :

- certains auteurs comprennent les conflits relationnels entre parents et adolescents comme la conséquence du processus même d'adolescence,
- d'autres, de plus en plus nombreux, pensent que les conflits, lorsqu'ils sont intenses, témoignent à la fois d'une difficulté des adolescents à s'autonomiser et d'une difficulté des parents à surmonter la « crise parentale »,
- d'autres encore relient les conduites déviantes de l'adolescent aux attitudes pathologiques de la famille.

Il est important de noter que ces trois points de vue ne sont pas incompatibles mais qu'en fonction de chaque adolescent et de chaque famille, l'un d'eux apparaît plus pertinent.

A. LE CONFLIT AVEC LES PARENTS COMME PARTIE PRENANTE DE LA « CRISE D'ADOLESCENCE » :

● Le conflit avec les parents apparaît comme le reflet de la réorganisation intrapsychique, et notamment du remodelage des images parentales, qui a lieu à l'adolescence. Pour beaucoup d'auteurs (en particulier ceux qui considèrent l'adolescence comme une crise), il est naturel et normal que l'adolescent et sa famille entrent en conflit, la violence de la révolte serait même proportionnelle à la force du lien qui unit les protagonistes ; par exemple pour A. Freud (cité par Marcelli et Braconnier, 2002), « il est normal pour un adolescent d'avoir pendant très longtemps un comportement incohérent et imprévisible, ..., d'aimer ses parents et de les haïr, de se révolter contre eux et de dépendre d'eux, d'être profondément honteux de sa mère devant d'autres et de désirer lui parler à cœur ouvert... il faut lui laisser le

temps et la liberté de trouver lui-même son chemin... ce sont plutôt les parents qui ont besoin d'aide et de conseils pour le supporter ».

- L'adolescent doit convaincre non seulement ses parents mais également lui-même qu'il n'a plus besoin d'eux ou plutôt que le lien avec eux est différent de quand il était enfant. La crise d'adolescence correspondrait alors à une sorte de négociation de la séparation. Les parents et l'adolescent doivent progressivement passer d'une **relation parents-enfant à une relation adulte-adulte**, même si elle reste toujours marquée par le lien de filiation.

La situation très conflictuelle dans laquelle l'adolescent se trouve se manifeste dès le début de la puberté par un **réaménagement souvent spectaculaire du style de relations qu'il entretenait avec ses parents et ses proches** (Jeammet, 1994).

Cette période amène des changements dans les règles familiales autour de l'argent, des sorties, de la sexualité entraînant des confrontations et des questionnements souvent difficiles à aborder (Villien et al, 1993). On note toute une série de manifestations dans la vie quotidienne qui témoignent des modifications de perception de l'adolescent par rapport à ses parents : il agit comme si son espace était brutalement rempli par une omniprésence des parents associée à un sentiment d'invasion et de promiscuité permanente, comme si leur seule présence impliquait un contact quasi physique source de rejet, voire de dégoût ; c'est l'époque où le familier est volontiers synonyme de repoussant (l'épaississement de l'atmosphère familiale trouve une traduction physique : l'adolescent trouve ses parents envahissants, physiquement ils ont une odeur, ils sont trop gros ou trop maigres, ils font du bruit en mangeant...). Certains auteurs placent d'ailleurs le rôle maturant de cette phase conflictuelle dans le sens du respect de la barrière intergénérationnelle et de la reconnaissance de la limite qu'elle implique. Il en résulte une mise à distance physique qui se traduit souvent au sein même du territoire familial par une redistribution particulière de l'espace : évitement de la chambre parentale, fuite des espaces communs, recherche d'un espace privé, enfermement dans sa chambre, attitudes négativistes de mise à distance, utilisation des espaces extrafamiliaux (domicile des amis...). Les conduites d'opposition sont une des formes privilégiées de ce nouvel aménagement de l'espace familial, elles rendent possible le maintien d'une relation car elle permet à l'adolescent de ne pas voir à quel point il se repose sur celui ou celle à qui il s'oppose (ces conduites sont d'autant plus valides qu'elles sont mutuelles et rendent le même service aux parents qui sont confrontés aux prémices du départ de leur enfant) (Destal, 1995). Les relations intrafamiliales sont également marquées par l'ambivalence des adolescents (je veux être dehors- je veux être dedans) qui trouve d'ailleurs écho dans celle des parents (vis ta vie mais ne nous quitte pas), elle se situe dans le conflit entre le fait de souhaiter le départ et la difficulté à en supporter les conséquences (Rideau, 2002).

Le **processus de dégagement de l'adolescence**, terme emprunté à Lagache (cité par Jeammet, 1994), suppose, pour aboutir, une adéquation suffisante du milieu environnant aux besoins de l'adolescent. Il est vrai que la marge de manœuvre de l'adolescent par rapport à son milieu, et donc à la réalité externe, sera d'autant plus grande que ses assises narcissiques seront plus assurées et ses structures internes mieux différenciées mais le processus de dégagement s'appuiera aussi sur les possibilités de trouver dans la réalité externe des supports efficaces aux données internes : l'environnement apparaît comme une médiation chargée de soutenir les fonctions psychiques, susceptible toutefois de les renforcer ou de les désorganiser. Les parents ont pour rôle de maintenir des balises favorisant le cheminement vers l'indépendance, leur objectif est de soutenir, de guider et de superviser la distanciation familiale de son jeune. La majorité des parents modifient leurs attitudes et leurs exigences en

fonction de l'évolution de l'adolescent, ils l'accompagnent dans sa crise qui peu à peu se résout.

● La crise « banale » se caractérise par des conflits centrés de façon privilégiée sur un des parents ou du moins évitant la fratrie et les grands-parents ou encore par le maintien d'une relation satisfaisante dans un secteur particulier (intérêt culturel, sportif, politique...) mais, dans certains cas, l'opposition entre les deux parents et leur adolescent devient massive, totale, durable : elle peut alors diffuser à une opposition globale envers tous les adultes, la société... les interactions risquent de se rigidifier, précipitant l'adolescent dans des conduites de plus en plus pathologiques (Marcelli et Braconnier, 2002). Toute une clinique symptomatique de la dépendance (alcoolisme, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires, conduites suicidaires...) est susceptible de se développer comme une défense contre une dépendance affective perçue comme une menace pour l'identité et une aliénation à ses objets d'attachement. L'adolescence agit comme un révélateur de cette dépendance mais les facteurs intervenant dans la genèse et la pérennisation de ces conduites sont multiples, complexes et interactifs.

Une des difficultés qui se pose à l'adolescence est alors celle de la distinction entre le **normal** et le **pathologique**, certains auteurs (notamment Widlöcher, Blos, Laufer cités par Marcelli et Braconnier, 2002) essaient d'apporter un éclairage dynamique à ce problème en proposant les modalités d'analyse suivantes :

- la souplesse opposée à la rigidité des conduites et la manière dont ces conduites interfèrent avec le fonctionnement global de la personnalité, c'est-à-dire les événements actuels et l'organisation mentale historiquement construite,
- l'entrave plus ou moins importante que ces conduites représentent pour la poursuite du développement psychique,
- on peut y rajouter la notion que la « crise d'adolescence » doit rester critique et brève, sa pérennisation devant constituer une alerte.

B. INTERACTIONS ENTRE CRISE PARENTALE ET PROBLEMATIQUE DE L'ADOLESCENT :

Le conflit témoigne ici de difficultés tant chez les adolescents que chez les parents : ainsi, Prosen et coll. (cités par Marcelli et Braconnier, 2002) mettent en relation la crise du milieu de vie chez les parents (ou crise parentale) et la crise d'adolescence.

La **crise du milieu de vie** s'inscrit dans les notions développées par Erickson (cité par Marcelli et Braconnier, 2002) pour qui la vie est un ensemble de stades successifs et où chaque étape correspond à une tâche psychique définie se traduisant par une crise particulière. La crise du milieu de vie ou crise de la maturité (45 – 55 ans) se caractérise par la perception de la brièveté du temps, par la réévaluation de ses ambitions et de sa sexualité ; il s'y ajoute fréquemment un mouvement dépressif lié aux pertes réelles ou fantasmatiques que les parents subissent à cette période de la vie. Cette phase est d'ailleurs décrite par Chaltiel (cité par Villien et al, 1993) comme suit : « la famille adolescente sent sa mort prochaine dans la simultanéité (non pas événementielle mais logique) de la disparition physique de la génération grand-parentale et de l'essor de la troisième génération, laissant comme catabolite, seule trace de sa splendeur passée, le couple parental vieillissant ».

Plusieurs aspects psychodynamiques peuvent être décrits dans cette crise parentale :

● **La dimension pulsionnelle :**

Elle est marquée par le réveil chez les parents de leur propre problématique oedipienne, elle se traduit des deux côtés par le fantasme de l'inceste possible. La contrepartie du complexe d'Œdipe chez les parents consiste en une attraction vers l'enfant de sexe opposé et en une ambivalence ou un ressentiment envers l'enfant de même sexe (qui pourrait les remplacer).

Certains parents projettent sur leur adolescent leur propre désir oedipien, se sentent alors provoqués et ont tendance à sexualiser toutes les conduites de l'adolescent ; les nombreux interdits parentaux (et notamment à l'égard de la sexualité) traduisent un déplacement de leurs propres interdits oedipiens, les interdits étant d'autant plus nombreux et vigoureux que les fantasmes incestueux sont plus proches. Au niveau de la dyade mère-adolescent, on peut voir en particulier un déplacement d'un désir incestueux maintenant possible dans les crises clastiques de l'adolescent (souvent dans les cas où la mère entretenait une relation marquée par une proximité corporelle devenant équivoque et angoissante des deux côtés à l'adolescence).

● **La dimension moiïque :**

Elle est marquée par les pertes que subit le Moi des parents et le travail de deuil qui en découle.

Parents et adolescents sont confrontés à un double désengagement :

- D'une part, les parents doivent moduler en fonction de la réalité leur Idéal du Moi projeté sur l'adolescent, en même temps que celui-ci fait le deuil de cette idéalisation infantile dont il était porteur ; Ladame (2000) évoque à ce sujet l'importance du maintien des projections parentales comme facteur de perturbation chez l'adolescent.

- D'autre part, l'adolescent doit remanier la toute puissance et l'idéalisation protectrice dont il paraît ses parents, en même temps que ces derniers doivent accepter de ne plus être l'objet privilégié du choix de leur enfant.

Les projets parentaux d'orientation scolaire ou professionnelle sont remis en cause et l'adolescent se met à chercher, en dehors de ses parents, ses plaisirs, ses conseils, ses idéaux... Les difficultés d'élaboration de ce travail peuvent se traduire chez les parents par des critiques, des craintes ou de l'agressivité envers les nouvelles images identificatoires de l'adolescent.

Le travail de deuil porte également sur :

- la maturité génitale dont les parents n'ont plus le privilège,
- sur l'image de leur corps vieillissant (et de l'éventuel diminution du désir suscité) par rapport à celui de leur adolescent en pleine possession de ses moyens,
- la non-réalisation de certains projets personnels et les limites maintenant tangibles de leurs possibilités (tant physiques qu'intellectuelles),
- les propres identifications des parents en tant que parents : toute une partie de leur investissement tend à disparaître et cette perte peut être difficilement supportée, générant des difficultés ; c'est le « syndrome du nid vide » de Haley (1991) qui peut entraîner un sentiment de vide et d'inutilité.

Par ailleurs, les parents sont non seulement confrontés à la « perte » de leur adolescent mais également souvent au décès de leurs propres parents.

● **La dimension de régression temporelle :**

Elle conduit les parents à se remémorer les souvenirs et les affects de leur propre adolescence ou à se défendre contre cette remémoration.

● **La dimension défensive :**

Elle correspond au désir de maîtrise des parents sous-tendu par la rupture de l'équilibre établi et qui peut être la source d'attitudes réactionnelles.

● **La dimension symbolique :**

Elle illustre la dette que chaque génération contracte envers la précédente avec les modalités variables de son acquittement.

Les parents attendent certes de leur adolescent la réalisation de leur propre désir mais ils attendent aussi que cette réalisation compense en partie les pertes qu'ils sont en train de subir (perte de maîtrise, atteinte narcissique liée au temps, déceptions dans leurs divers investissements objectaux...).

La nature du « remboursement » varie évidemment d'une famille à l'autre et en fonction du milieu socioculturel ; pour certains, il s'agit d'une exigence quasi matérielle (aide financière...), ailleurs la demande est plus symbolique (poursuite de l'ascension sociale..), parfois elle peut être plus négative (sous le joug de la projection, les parents attendent que l'adolescent ressente et vive les mêmes choses qu'eux pour s'en sentir justifiés et libérés).

● **Au total :**

Parents et enfants se trouvent donc confrontés à une crise où sont remis en question les fondements de l'identité de chacun.

Pour Vieytes (cité par Villien et al, 1993), l'adolescent est souvent amené à protéger ses parents dans cette période difficile : l'adolescence maudite, l'adolescence angoissée, l'adolescence confuse n'a pas à être enviée et conforte ainsi l'adulte dans l'étape où il se trouve, cette adolescence ne menace plus la position sociale et affective des parents. Ainsi, pour Erickson (cité par Rideau, 2002), il est important que : « Pour que les enfants n'aient pas peur de grandir, il faut que les parents n'aient pas peur de vieillir ».

C. INTERACTIONS PATHOLOGIQUES PARENTS-ADOLESCENTS :

Bien qu'attendue et prévisible dans le parcours existentiel d'une famille, l'adolescence reste souvent redoutée et suscite des angoisses : c'est une période de restructuration du système familial au cours de laquelle peuvent se révéler des fragilités familiales. Ainsi, pour certains auteurs, les troubles de l'adolescent doivent être mis sur le compte des interactions pathologiques du groupe familial lui-même. Il s'agit de familles mises en difficultés par les efforts de séparation-individuation de l'adolescent : l'adolescent, par son désir d'autonomie apparaît comme une menace, un danger pour le groupe familial.

Les possibilités évolutives et maturatives de l'adolescent sont entravées, l'apparition de conduites déviantes (toxicomanie, tentatives de suicide, épisodes délirants, anorexie mentale...) peut alors représenter autant de tentatives de compromis entre le besoin d'autonomie et l'impérieuse nécessité de préserver l'unité familiale.

Nous développerons ce dernier type d'interactions dans la suite de l'exposé.

D. AU TOTAL :

Actuellement, l'évaluation de l'environnement doit être incluse dans l'approche clinique d'un jeune en difficulté (Marcelli et Braconnier, 2002) : le jeune se trouve en effet au cœur de la dynamique familiale et au cœur d'innombrables enjeux qui le dépassent largement mais auxquels il participe activement (Frenck, 2002). Les thérapies familiales ont d'ailleurs montré leur pertinence au sujet des adolescents symptomatiques dans le groupe familial où le symptôme du jeune est souvent en rapport avec des craintes ou des menaces (réelles ou fantasmatiques) sur la cohésion de la famille ; on peut en effet, avec Haley (1991), penser que « lorsqu'un jeune commence à aller mal au moment de l'adolescence, l'hypothèse que cette étape du leaving home est dysfonctionnelle s'impose ». Nous allons donc poursuivre notre étude en explorant l'approche familiale et notamment le courant systémique.

APPROCHE FAMILIALE ET THERAPIE SYSTEMIQUE :

L'approche familiale se caractérise par la multiplicité des référents théoriques, la variabilité du cadre technique, la diversité des modalités thérapeutiques qui imposent de parler « des thérapies familiales ». On peut distinguer schématiquement les thérapies familiales systémiques et les thérapies familiales non systémiques (d'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportementale...); il est toutefois important de signaler qu'il existe des interférences rencontrées dans la pratique clinique entre ces courants réputés distincts, et notamment des liens particuliers entre courant psychanalytique et systémique (du fait de la double formation de certains thérapeutes à l'instar de Bowen, de Stierlin ou de Boszormenyi-Nagy). Leur point commun essentiel est toutefois d'avoir déplacé l'effort thérapeutique du seul patient à la totalité du groupe familial et de considérer la famille comme unité (Satir citée par Alberne, 2004).

L'ensemble de ces méthodes et de ces conceptualisations a vu progressivement le jour dans les années cinquante, d'abord aux Etats-Unis puis en Europe. L'origine est liée aux interrogations de chercheurs américains, de formations diverses, sur l'intérêt qu'il pouvait y avoir à considérer un individu malade, non plus isolément, mais en interaction permanente avec son environnement. Ces interrogations étaient sous-tendues par des constatations cliniques : dans certaines familles, la guérison d'un membre entraînait l'émergence d'un problème psychique chez un autre membre de la famille (Haley et Jackson cités par Alberne, 2004), dans d'autres, l'amélioration des troubles d'un membre entraînait celle des autres membres (Fisher et Mendell cités par Alberne, 2004). Il devenait alors de plus en plus logique de considérer la famille comme une entité véritable, un système unitaire susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent : les symptômes présentés au sein d'une famille deviennent alors interprétables à partir de l'examen de son mode de fonctionnement.

Ces approches mènent à une nouvelle compréhension de la pathologie (notamment avec le concept de causalité circulaire) et modifient alors les pratiques thérapeutiques. Ainsi, pour Haley et Hoffmann (cités par Stierlin, 1979) : « On ne peut pas dire que la thérapie familiale soit simplement une méthode nouvelle de traitement ; c'est une manière nouvelle de conceptualiser la cause et le remède des problèmes psychiatriques. Les thérapeutes de la famille forment un groupe distinct en grande partie en raison d'une hypothèse commune : si l'individu doit changer, le contexte dans lequel il vit doit se modifier ».

I. THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE :

A. LES BASES DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE :

L'approche familiale systémique a été élaborée grâce à des apports multi – et transdisciplinaires mais elle repose essentiellement sur les théories des systèmes et sur les théories de la communication.

1) Théorie générale des systèmes :

• Le biologiste Von Bertalanffy a décrit, entre 1932 et 1968, les lois cybernétiques des systèmes ouverts (ensemble d'éléments en interrelations entre eux et avec l'environnement) à l'équilibre (Albernhe, 2004).

L'école de Palo Alto a considéré la famille comme un système ouvert soumis donc à ces mêmes lois qui sont principalement :

- **Le principe de totalité du système :** Le système est un tout constitué d'un ensemble d'éléments en interrelation constante, tout changement d'un des éléments retentit sur l'ensemble du système et donc indirectement sur les autres éléments.
- **La non-sommativité des éléments :** Le système dans sa totalité est plus que la somme de ses parties, l'interaction constante des membres fait que les possibilités interactives du système se trouvent multipliées et non seulement additionnées comme s'il s'agissait d'une simple juxtaposition d'éléments autonomes : une famille est autre que plusieurs individualités.
- **L'équifinalité :** Des conditions initiales différentes peuvent conduire à un même résultat et des conditions initiales identiques peuvent conduire à des résultats différents, ce qui rend inutile la recherche de causalité et conduit à l'absence de déterminisme.
- **Les feed-back positif et négatif et la notion de circularité :** La notion de feed-back (boucle de rétroaction) implique que l'information en retour soit intégrée à un processus de décision, qu'elle renseigne un agent sur le résultat de son action antérieure et oriente une action correctrice : il existe des feed-back positifs (les nouvelles informations contribuent à faciliter et à accélérer la transformation dans le même sens que les résultats précédents, on assiste à une croissance ou à une décroissance exponentielle du système) et négatifs (les nouvelles données agissent en sens opposé aux résultats antérieurs, ses effets maintiennent l'équilibre du système). Ces boucles complexes de rétrocontrôle définissent la circularité des relations où chaque élément est à la fois cause et effet (en opposition aux relations de type causaliste linéaire). Dans une famille, le comportement de chacun des membres est lié au comportement de tous les autres et en dépend, il influence les autres et est influencé par eux ; les schèmes interactionnels peuvent se répéter, correspondant à des patterns (modèles) pouvant aboutir à la chronicisation d'une situation.
- **Le principe d'homéostasie :** L'homéostasie est l'état stable d'un système qui est en général maintenu par des mécanismes de rétroaction négative, toutes les forces tendant vers une situation d'équilibre stable.

Don Jackson (cité par Pauzé et al, 1994) développe le concept d'homéostasie familiale, il définit la famille comme « un système homéostatique qui se trouve toujours en équilibre interne grâce à des phénomènes de feed-back négatif » et considère le comportement symptomatique d'un de ses membres comme un mécanisme homéostatique ayant pour fonction de ramener le système perturbé (quand survient une menace de dislocation) à son état d'équilibre antérieur, bien connu, rassurant ; le symptôme n'est plus considéré comme ayant une fonction purement individuelle, on lui reconnaît une fonction pour la famille ; cette notion peut alors également expliquer la résistance au changement thérapeutique.

Toutefois, en 1968, Bertalanffy met en garde contre l'utilisation non circonspecte de l'idée d'homéostasie dans les activités humaines et Maruyama avance l'idée que la dynamique de tout système vivant est caractérisée par deux tendances nécessaires à sa survie : la morphostase et la morphogenèse (Albernhe, 2004) ; un système ne doit pas seulement chercher à maintenir une stabilité (morphostase) mais aussi à évoluer vers de nouveaux niveaux de développement et de croissance (morphogenèse) : l'homéostasie est alors le résultat du jeu d'équilibre entre ces deux tendances et le symptôme tend à être considéré

différemment par certains auteurs, comme Onnis (cité par Pauzé et Cotnarianu, 1991) pour qui « le symptôme est en même temps et paradoxalement la manifestation d'une exigence de changement et un élément de la stabilisation d'un équilibre pathologique ».

● En 1972, les systémiciens s'éloignent encore de cette vision réductrice de la famille pour admettre d'autres lois en particulier celles concernant les **systèmes ouverts loin de l'équilibre** (travaux de Prigogine, d'Elkaim cités par Pauzé et al, 1994..) : à partir d'une certaine valeur critique de rupture de l'état d'équilibre, appelé point de bifurcation, on assiste à un changement d'état aussi brutal qu'imprévisible tendant vers un nouvel équilibre. Ils développent la notion de tendance au changement et la nécessité de changer les types d'interactions pour retrouver un nouvel équilibre quand survient un changement de l'un des membres du système.

Les systèmes humains sont alors considérés comme des systèmes en évolution, constamment en mouvement, influencés par les autres systèmes avec qui ils sont en interaction et l'attention des systémiciens se porte sur la façon dont le système change, évolue, s'auto-organise ; le symptôme est alors perçu comme indicateur d'un état de crise, précurseur de changement et désir d'évolution (Pauzé et Cotnarianu, 1991), mais selon Onnis (2000), la crise induite par l'apparition du symptôme ne conduit pas toujours vers un changement d'état dans l'organisation du système et peut amener le système à se rigidifier davantage dans son fonctionnement favorisant ainsi la stigmatisation de la conduite symptomatique.

● Il est important de rappeler à ce niveau que **le fonctionnement familial ne correspond pas à un système autopoïétique** : la famille est une construction sociale composite dont les limites sont variables, elle n'est pas absolument nécessaire à la survie de l'individu et il n'est pas systématique d'observer une modification du fonctionnement global quand survient un changement important chez l'un de ses membres. Il est en tout cas certain que tout réductionnisme du psychique (individu ou famille) au biologique ou au physique est abusif (Atlan cité par Métraux, 1991).

2) Théorie de la communication :

Elle a été élaborée par les découvertes de l'école de Palo Alto et de Watzlawick en particulier : la découverte de la communication paradoxale (double lien) à partir de recherches sur des familles comprenant un membre atteint de schizophrénie (Ecole de Palo Alto, 1956) a d'ailleurs largement contribué à développer la conception interactionnelle de la maladie mentale (Alberhe, 2004).

La théorie de la communication repose sur cinq principes exposés par Watzlawick et al dans *Une logique de communication* (cité par Cloarec, 2004) :

- une personne en situation d'interaction ne peut pas ne pas communiquer (refuser de communiquer n'est qu'un type particulier de communication),
- toute communication a deux aspects : contenu (niveau de l'information elle-même ou discours explicite) et relation (niveau correspondant à la manière dont il convient de prendre cette information ou discours implicite),
- la nature de la relation dépend de la ponctuation de la séquence des communications entre les partenaires,
- tout message comporte deux canaux distincts : un canal digital, le message verbal et un canal analogique, le message non verbal (mimiques, gestes, postures...); les deux messages peuvent être en harmonie ou en dysharmonie voire en contradiction entraînant une communication paradoxale ou en double lien (injonction contradictoire pour laquelle aucune

réponse satisfaisante n'est possible) ; on peut y ajouter les canaux contextuel (éléments du contexte) et pragmatique (structure de l'information),

- toute communication est symétrique (basée sur l'égalité entre les protagonistes) ou complémentaire (basée sur leurs différences).

Par ailleurs :

- le message émis n'équivaut pas au message reçu : le récepteur peut ne recevoir qu'une partie du message ou utiliser un système de décodage différent,
- communiquer sur la communication (métacommunication) n'est possible que si le système est ouvert : soit par la capacité des individus à prendre le recul nécessaire, soit par l'introduction d'un nouvel élément (par exemple le thérapeute) incitant à la métacommunication ; sinon, le système reste clos et reproduit le même type d'interactions,
- toute communication n'a aucun sens a priori, elle a besoin d'un cadrage contextuel métacommunicatif,
- l'homme a besoin de communiquer avec autrui pour parvenir à la conscience de lui-même.

3) Cybernétique de second ordre :

Alors que dans la première cybernétique (théorie concernant les mécanismes de contrôle de l'information et de la communication d'un système), le thérapeute était considéré comme extérieur au système (observateur neutre), la deuxième cybernétique (dans les années soixante-dix) introduit la notion d'observation participante (Maturana, Varela, Von Foerster et Keeney, cités par Alberne, 2004) : l'observateur se retrouve partie prenante du système à observer et qui, en fin de compte, l'inclut lui-même, ainsi « observateur et observé ne peuvent qu'être observants réciproques et construire par conséquent, de concert, un système thérapeutique auto-observant » (Onnis cité par Dumont, 1997), les participants réagissant et contre-réagissant selon les changements de positions de chacun.

De plus, toute observation n'est que relative au point de vue de l'observateur qui, par ailleurs, déforme ce qu'il voit (en fonction de sa propre grille de lecture), n'en voit qu'une partie et ne voit que ce qu'il est habitué à voir.

En corollaire, cela signifie « qu'une description du système familial ne peut jamais être une représentation entièrement objective de la réalité systémique puisqu'elle inclut aussi la partie subjective qui est la contribution du thérapeute à la construction » (Onnis cité par Pauzé et al, 1994). Cette notion permet de limiter le risque de créer une hiérarchie où les valeurs et les connaissances du thérapeute se situent à un niveau supérieur aux valeurs et aux connaissances de la famille (Andolfi, 2002), correspondant alors à une confusion chez les thérapeutes entre représentation mentales (dont ressortent les constructions théoriques) et réalité (Corchuan, 1999).

B. LES DIFFERENTS MODELES DE THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE :

L'objectif qui unit les thérapeutes familiaux systémiques est que le changement doit se réaliser dans le système familial. A partir de cette trame commune, les variations thérapeutiques sont nombreuses ; selon le milieu étudié, les techniques employées et les théories de référence, différents modèles ont pu être dégagés.

1) Ecole de Palo Alto et thérapies interactionnelles brèves :

Les figures emblématiques de l'école de Palo Alto sont celles de Bateson, Weakland, Don Jackson, Haley, Fish, Fry, Watzlawick, Satir...

En 1967, ils fondent le **Brief Therapy Center (centre de thérapie brève)** qui propose des stratégies thérapeutiques interventionnistes : le symptôme est considéré comme un trouble de la communication dans l'ici et maintenant et la finalité de la thérapie consiste à comprendre et à agir pour changer les interactions en cause (Benoit et al, 1988).

2) Thérapies familiales transgénérationnelles :

Par principe, la pragmatique de la communication a ignoré la question du temps et de l'histoire pour se concentrer sur celle de l'ici et maintenant en s'opposant à la psychanalyse dont elle dit, à tort, qu'elle ne s'intéresse qu'aux origines de la maladie. La plupart des systémiciens se sont inscrits dans cette perspective sans en faire néanmoins leur credo (exceptés les élèves de Palo Alto et notamment de Haley). Peu à peu, la notion de temps prend une dimension croissante, notamment par le dialogue avec les psychanalystes de la famille et Boszormenyi-Nagy ouvre la voie de l'intergénérationnel (Dessoy & al, 1996). L'idée de base est que l'étude des problèmes actuels trouve un éclairage particulier à la lumière des conflits intériorisés dans le passé, en particulier familial ; c'est ainsi que de générations en générations se transmettraient des modes d'échange et de triangulation, des valeurs et des symboles.

● La pensée de Boszormenyi-Nagy :

Il est le fondateur de la **thérapie contextuelle** (antérieurement nommée psychothérapie familiale intergénérationnelle dialectique puis thérapie familiale contextuelle puis thérapie contextuelle) regroupant des éléments empruntés à la pensée psychanalytique, à la phénoménologie existentielle, à son étude des psychotiques et à la pensée systémique (Benoit et al, 1988).

Pour lui, la contextualité relève de la relation dynamique reliant une personne à ses relations significatives à travers les générations. Les interactions sont en outre régies par l'éthique relationnelle qui « repose sur la juste répartition des mérites, des bénéfices et des obligations » et est sous-tendue par les notions de loyauté et du « livre des comptes » ou « balance de l'équité » (Canceil et al, 2004). L'art de la thérapie portera sur la reconnaissance et l'équilibration transgénérationnelle des dettes et mérites pour chacun des membres de la famille (en tenant compte de l'impact possible sur les générations futures au niveau du type de lien transmis), le repérage des loyautés invisibles, la promotion de l'éthique et les transmissions symboliques.

On notera l'utilisation du génogramme (qui s'intéresse à la qualité des différents liens entre les membres d'une famille sur plusieurs générations) permettant de mettre en évidence des règles et des mythes familiaux et de déterminer sur quelles ressources familiales positives le thérapeute pourra orienter le patient pour qu'il trouve une nouvelle façon moins mortifère d'être loyal (Villien et al, 1993).

● Théorie des systèmes familiaux de Bowen ou théorie bowénienne :

Il conçoit la famille comme un **système émotionnel** dans lequel les membres sont interdépendants et doivent se différencier de ce « corps familial » (Cloarec, 2004). Pour lui, les problèmes viennent principalement du manque de **différenciation** des membres ; une famille forme une masse émotionnelle indifférenciée, fusionnée, contenant une anxiété

flottante irrationnelle, avec des attachements émotifs qui ne peuvent se résoudre et qui sont transmis d'une génération à l'autre. Les relations familiales duelles sont par ailleurs instables en situation de conflits et la dyade cherche à diluer la tension en introduisant une troisième personne d'où le concept de **triangulation**.

Sa prise en charge thérapeutique est centrée sur l'amélioration des niveaux de différenciation des selfs, des triangulations et des projections familiales (Bowen, 1984).

• Quelques autres auteurs :

- **Andolfi** et ses références à la famille trigénérationnelle,
- **Stierlin** et son concept de délégation (un des membres peut se trouver comme délégué par d'autres membres de la famille qui le tiennent par des règles de loyauté)...

3) Approche structurale :

Elaborée par **Minuchin** et **Montalvo** à partir de l'étude de familles « déstructurées » évoluant dans des conditions socio-économiques précaires, cette approche cherche à relier les symptômes à des configurations relationnelles ou à des structures familiales dysfonctionnelles dans son système social particulier (Benoit et al, 1988).

L'idée directrice de la thérapie est de modifier l'organisation de la famille : les investigations du thérapeute vise à établir une « carte familiale » permettant de repérer les relations des différents membres puis à restructurer correctement la famille, à tracer des frontières claires et des hiérarchies convenables.

4) Approche stratégique :

Les pionniers de cette méthode sont **Erickson**, **Haley** et **Madanes**. Inspirée des travaux de **Bateson** et de **Minuchin**, la thérapie stratégique met l'accent sur les éléments de la communication (elle est attentive aux triangles, aux processus hiérarchiques, aux séquences et aux règles d'interactions tels qu'ils se modifient au cours du cycle de vie familial) et elle se caractérise par l'aspect directif des interventions (prescriptions) propres à induire un changement (Canceil et al, 2004).

Puis on assiste au développement du courant néostratégique avec l'école de **Milan** (années soixante-dix) dont les piliers sont **Selvini-Palazzoli** et **Cirillo**, entourés de **Boscolo**, **Cecchin** et **Prata** et qui accordent une importance toute particulière aux injonctions paradoxales (sorte de doubles liens thérapeutiques).

5) Approche expérientielle :

Whitaker et **Satir** en sont les figures emblématiques. Les interventions thérapeutiques reposent sur une symbolisation des rôles et des jeux familiaux (Benoit et al, 1988).

6) Courants constructiviste et constructionniste :

On peut citer **Andersen**, **Elkaim**, **Hoffman**, **Caillé**...

L'idée est que le thérapeute aidera chaque membre de la famille à approcher « sa » vérité dans le respect de celle des autres ; il s'appuie sur le fait qu'une réalité n'est perçue comme telle qu'en fonction du résultat de son interprétation après tamisage par les filtres sensoriels, cognitifs et affectifs (filtre personnel lui-même conditionné par le contexte social et les filtres linguistiques et culturels) avec toutes les distorsions liées à un tel phénomène (Albernehe,

2004). La confrontation des constructions du monde de tous les protagonistes permet, selon Elkaim (1985), « un élargissement du champ des possibles » et l'apparition d'alternatives non symptomatiques.

7) Globalement...

Au fur et à mesure que l'on avance dans la systémique et ainsi que le fait remarquer Vansteenwegen (1988), il se présente un certain nombre d'antinomies déroutantes... Ainsi, certains thérapeutes systémiques, comme Andolfi, recherchent ce que cache le problème avoué et d'autres, comme Watzlawick, se limitent à la problématique exprimée comme telle. Certains, comme Haley, considère le pouvoir comme une notion essentielle (les problèmes relationnels sont considérés comme des problèmes de rapport de force et le symptôme apparaît comme un moyen d'exercer un certain pouvoir, alors utilisé involontairement par celui considéré de prime abord comme le plus faible), d'autres, comme Bateson, pensent en termes d'influence circulaire réciproque (le pouvoir correspondant pour lui à une notion à sens unique de haut en bas). Certains, comme Jackson, considèrent les cellules familiales comme des systèmes homéostatiques en équilibre et ont une conception achrone du système familial, d'autres, comme Elkaim, parlent de systèmes vivants pouvant évoluer loin de leur état d'équilibre, de systèmes variables et réintroduisent la notion de temps.

Mais il n'y a en fait que peu de raisons de se conformer à un quelconque dogmatisme en égard aux antinomies nombreuses dans la discipline, on pourrait également conclure que les différentes approches ont chacune leur valeur propre. Les recherches empiriques ont d'ailleurs montré que les tendances thérapeutiques à points de départ différents et selon des conceptions théoriques tout aussi diverses aboutissaient toutes à peu près aux mêmes résultats. Le monde de la systémique apparaît alors comme un univers où les différentes écoles ont toutes leur spécificité et des différences extrêmement riches : Elkaim (1999) propose d'ailleurs comme image de la thérapie familiale systémique « celle d'un bateau où le thérapeute se trouve avec d'autres personnes, et voulant avancer, il appuie sa gaffe quelque part pour faire démarrer le bateau et ça marche ou ça ne marche pas, si le bateau avance, tout le monde avance ensemble mais il existe plusieurs endroits où on peut poser la gaffe », Vansteenwegen (1988) pense que la singularité du système familial ainsi que la particularité du problème devraient mener à un mode de penser particulier en fonction du problème présenté (ce que permet la multiplicité des approches) et Bouley (1994) considère les différentes théories comme des tentatives d'équilibre, d'enrichissement et de complexification de l'autoréférence du thérapeute.

II. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME FAMILIAL :

A. NOTION DE SYSTEME FAMILIAL :

Dans le dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (Benoit et al, 1988), la famille est considérée comme un système ouvert constitué d'individus dont les attributs sont énoncés en termes de rôles et de fonctions et qui présentent, par ailleurs, des caractéristiques spécifiques : c'est le **système familial**.

Il existe des caractéristiques propres au système et des modèles d'interactions qui transcendent les particularités de chacun des membres ; la réalité du système familial est différente de la réalité de chacun de ses membres. Les interactions entre les membres sont évaluées en termes d'informations : il existe une chaîne circulaire d'actions et de réactions où tout événement qui concerne un des membres de la famille et qui affecte son comportement

aura des répercussions sur le comportement des autres membres, sur les relations entre les différents membres et donc sur l'organisation et la structure du système entier.

Comme tout système, la famille est soumise à des mécanismes de morphogenèse et de morphostase ; tout changement, et notamment l'adolescence, met en danger l'homéostasie du système familial (danger dont l'extrême est la désintégration de la famille) et peut entraîner un état de crise qui permettra ou non l'adaptation relationnelle autorisant l'évolution et l'obtention d'un nouvel équilibre. En cas de dysfonctionnement avec conduite symptomatique d'un ou de plusieurs membres de la famille, on ne parle pas d'individu(s) malade(s) mais d'un système d'interactions perturbées (Trappeniers et Boyer, 2004).

B. CYCLE DE VIE ET CRISES FAMILIALES :

● Concept développé en 1948 par Hill et Duval (cités par Alberne, 2004), il est repris en thérapie familiale par un certain nombre d'auteurs. L'idée de base du cycle de vie est que chaque famille débute par un couple, lequel s'agrandit du (ou des) enfant(s) qui fait (font) évoluer cet ensemble au travers d'un cycle jusqu'à ce que, avec le mariage des enfants, de nouveaux cycles s'amorcent.

Il s'agit donc d'une appréhension diachronique de la vie familiale, comprenant des événements prévisibles et imprévisibles, extrinsèques (exemple du chômage de l'un des membres) et intrinsèques (comme le départ d'un adolescent) correspondant à des étapes plus ou moins faciles à franchir.

Différents auteurs se sont attachés à délimiter et à décrire différentes étapes du cycle de vie, parfois jusqu'au nombre de 24, on en citera seulement les principales : la formation du couple, la naissance du premier enfant, la naissance des autres enfants, leur entrée à l'école, l'adolescence, le départ des enfants, la mort du conjoint et le deuil. Il faut noter qu'on assiste actuellement à une évolution culturelle des cycles de vie par les changements des mœurs (augmentation du nombre des familles monoparentales et reconstituées...) et par les brassages ethniques (migrants).

Nous pouvons dire avec Combrinck-Graham (cité par Dessoay et al, 1996) que le fonctionnement de la famille varie au fil du temps de manière spiralée : chaque individu se transforme au fur et à mesure du cycle de vie, transformant le système dans son ensemble qui en retour transforme les individus qui le composent... et donner une place particulière à l'enfant qui, plus que tout autre, confronte la famille au passage du temps (Segers-Laurent, 1997) : il y naît, s'y ancre, s'y développe puis la quitte, à chaque âge de l'enfant correspond un âge de la famille et la croissance de l'enfant se fait en résonance, en interaction avec la croissance de la famille.

● Chaque transition entre deux étapes du cycle de vie peut être considérée comme ouvrant la possibilité d'une **crise familiale**. Elkaim (1999) parle de moments dans le cycle de vie où les systèmes familiaux sont plus fragiles car les règles existantes doivent changer.

La crise est une période de tensions avec une rupture temporaire de l'homéostasie du système familial et correspond à une nécessité de réorganisation des interrelations et de découverte de nouvelles règles de fonctionnement familial ; elle correspond pour Langsley (cité par Debruche, 2000) à « l'état d'un système au moment où un changement est imminent ou en train de se produire ». Elle met à l'épreuve les capacités d'adaptabilité de la famille face à une situation nouvelle pour elle et nécessite la mise en place de réponses appropriées via le changement des modes habituels d'interactions (Benoit et al, 1988).

Les crises sont donc nécessaires à l'évolution de la famille mais il arrive parfois que certains événements entraînent des blocages empêchant les modifications essentielles au sein du

système familial : il y a alors inadéquation entre la réponse du système et l'exigence de changement d'où la possible émergence d'un symptôme chez l'un des membres.

Pour les tenants d'une conception systémique, la « crise d'adolescence » est une crise du système familial particulièrement importante (Haley, 1991) car correspondant au moment où doivent se manifester les capacités d'individuation du jeune par rapport au groupe familial, à savoir les éléments qui, en même temps qu'ils assurent son identité, lui permettent son autonomisation ; Gutton (2002) évoque même, à propos de cette période, le parallélisme ou plutôt l'intrication de trois types de crises : l'élaboration pubertaire et les conflits intrapsychiques, la crise sociétale impliquant un remaniement de la représentation de la jeunesse et la crise familiale.

- Il convient par ailleurs, pour certains auteurs, de faire la différence entre une « famille saine », temporairement en crise en raison de dysfonctionnements internes normaux liés à des événements inéluctables du cycle vital familial, et une famille pour laquelle les dysfonctionnements représentent une véritable façon d'être, les points d'articulation des différentes phases du cycle de vie pouvant être alors révélateurs du dysfonctionnement familial. Une famille saine correspond, selon le *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques* (Benoit et al, 1988), à la notion d'« équilibre dynamique aussi bien sur l'axe synchronique relationnel, entre socialisation et individuation, que sur l'axe diachronique, entre maintien et changement » ; beaucoup de systémiciens préfèrent parler de « familles fonctionnelles » dans le sens de familles « qui ne sont pas envahies par des dysfonctionnements délétères et douloureux (Alberne, 2004).

C. ORGANISATION DES RELATIONS INTRAFAMILIALES :

- On peut considérer le couple comme l'architecte de la famille puisque c'est l'axe autour duquel se forment les autres relations. Lorsqu'un enfant naît, on passe d'une relation dyadique à une relation triadique, de nouvelles relations vont s'ajouter à la relation de base homme-femme : relations mère-enfant, père-enfant et relation parentale mère-père ; l'enfant entre dans le système formé par le couple et le modifie (Alberne, 2004).

- Selon Minuchin et sa théorie structurale, on peut alors considérer le système familial comme ayant en son sein plusieurs sous-systèmes comme le couple, les parents, la fratrie mais aussi l'individu...

Ces sous-systèmes seraient délimités par des frontières que l'on peut définir comme suit : tout système vivant se différencie de son environnement par la présence d'une frontière qui le délimite, cette frontière est une barrière servant à défendre et à protéger un système contre l'intrusion d'un autre système permettant ainsi à chacun d'exister et de fonctionner avec son identité propre. Les frontières ont donc pour fonction de maintenir l'autonomie et la compétence de chaque système (Villien et al, 1993).

Au niveau familial, une des frontières importante est la **frontière intergénérationnelle** ; elle marque les différences de statut et de niveau dans la succession des générations familiales, la position de chacun dans la hiérarchie : c'est une barrière plus ou moins étanche qui protège chaque génération contre l'intrusion des autres, permettant ainsi aux parents de conserver leur existence de couple conjugal et aux enfants d'occuper leur place de frère ou soeur dans la fratrie, d'enfant dans la famille. Des frontières rigides enferment chaque génération et ne permet aucun échange, des frontières floues ou niées entraînent une négation des différences et une confusion des générations.

A partir des caractéristiques des frontières entre les sous-systèmes, trois types de famille ont été décrits entre lesquels existent évidemment toutes les formes intermédiaires possibles (Benoit et al, 1988) :

- **La famille saine, normale** : les frontières entre les sous-systèmes sont claires, durables, reconnues par tous, elles sont protectrices permettant en outre d'empêcher toute ingérence induite (intrusion excessive des parents dans la vie d'un adolescent) ou illicite (inceste) mais en même temps elles s'ouvrent aux autres sous-systèmes, permettant un échange.

- **Les familles de type centripète ou enchevêtrées** : les frontières sont diffuses, floues, les relations entre les membres sont emmêlées, la différenciation des sous-systèmes est brouillée, il existe une intrusion continue des espaces psychique et émotionnel de chacun ; il y a intensification du sentiment d'appartenance (mythe d'unité familiale) et fléchissement de l'autonomie (faible tolérance de la différenciation), les relations interpersonnelles se caractérisent par une surabondance de communication et par un souci excessif des besoins d'autrui, l'unité familiale est ressentie comme la source majeure de gratifications.

- **Les familles de type centrifuge ou désengagées** : les frontières sont excessivement « rigides », elles gênent la communication et la compréhension réciproque, il n'y a presque plus de sentiment d'appartenance, c'est le monde extérieur qui est la source majeure de gratifications ; elles tendent à expulser ses membres vers la vie sociale sans les doter d'un modèle bien défini d'adaptation à celle-ci, les rôles parentaux sont instables malgré une rigidité apparente et les enfants sont affectivement autonomisés malgré leur immaturité.

● Tout se passe comme si chaque famille possédait son propre canevas préorganisé à partir duquel se jouent toutes les interrelations dans et au-dehors d'elle ; soulignons toutefois qu'au sein d'un système familial donné, on observe aussi une variabilité du degré d'étanchéité des frontières (exemple : la frontière mère-enfant est plus diffuse quand l'enfant est petit...) et des sous-systèmes qui se font et se défont au grés des alliances et des coalitions.

Une **alliance** correspond au fait que plusieurs membres du système se joignent afin de poursuivre le même but ou les mêmes intérêts ; l'alliance correspond à un aspect normal du fonctionnement familial lorsqu'elle se structure à un même niveau générationnel (parents ou fratrie) ; si elle franchit les barrières intergénérationnelles, il y a alors bouleversement de la hiérarchie fonctionnelle de la famille et on parle d'alliance pathogène ou dysfonctionnelle.

Une **coalition** est une alliance manifeste ou le plus souvent cachée entre deux personnes contre une troisième (elle est souvent déniée mais explicite au niveau comportemental) ; si cette alliance est dysfonctionnelle et déniée, on parlera de **triangles pervers**.

● Les sous-systèmes permettent au système familial de se différencier et de s'acquitter de ses **fonctions**. Les différentes transactions intrafamiliales sont déterminées par des règles précises de fonctionnement (reflétées par les frontières entre les sous-systèmes).

Ces **règles** témoignent de deux systèmes complémentaires de contrainte :

- un système général (lois pouvant être retrouvées dans toutes les familles) : loi de la hiérarchie qui témoigne de l'organisation du pouvoir intrafamilial et loi de l'interdépendance qui témoigne d'une complémentarité de fonction entre parents et qui concerne les rapports d'autonomie entre conjoints,

- un système spécifique à chaque famille : il rend compte des attentes particulières de chaque membre de la famille envers les autres dans une dynamique de réciprocité, tout se passe comme s'il existait des contrats implicites, tacites.

Dans une famille « saine », les fonctions sont clairement attribuées, reflétant la structure familiale et sa hiérarchie naturelle, les individus se prêtent à l'organisation familiale dans le rôle que leur attribue leur fonction mais sans se confondre avec elle, souplement et cette fonction évolue au fil du cycle de vie.

Les règles de fonctionnement du système familial sont en partie sous-tendues par les **mythes familiaux**. Le mythe familial est dû à l'enchevêtrement des histoires personnelles des partenaires créateurs à chaque fondation d'une nouvelle famille, il représente une construction collective historique et transgénérationnelle (au moins trois générations selon Selvini) du monde interne et spécifique à une famille, basée sur un ensemble de croyances et de valeurs partagées, se référant à un modèle commun de distorsion de la réalité (Alberne, 2004). Créations non pensées, non élaborées, non discutables, ils peuvent participer au système de défense de la famille (Segers-Laurent, 1997). Nous y reviendrons dans la suite de l'exposé (cf. p 72-75).

Ces règles de la relation sont définies ou réaffirmées sous une forme analogique et symbolique par les **rites familiaux** ; ceux-ci sont décrits par Yeats (cité par Courtois, 2003) comme des schèmes de transaction fortement structurés et répétitifs, sorte de « style de vie » régi par les principes directeurs relationnels.

Il distingue les rites d'union, répétitifs et rigides qui participent au maintien de la structure familiale, à sa stabilité (exemple : repas dominical, vacances en famille, loisirs communs...) et les rites de passage du cycle de vie qui ponctuent et affirment les changements liés au développement dans la famille, ils redéfinissent les statuts des membres et modifient les normes et les règles, ils valident le changement et en font une réalité partagée (exemple : célébration des fêtes et anniversaires, mariage, obtention de diplômes...).

On peut également les répartir en célébrations familiales d'occasions répandues dans la culture qui définissent l'identité du groupe en tant que membres d'une culture plus large, en traditions familiales qui contribuent à l'identité familiale et en interactions familiales qui définissent les frontières et consolident l'identité personnelle (Wollin et Bennett cités par Morval, 1988).

Les rites participent donc à la définition de l'identité personnelle et familiale (via notamment le sentiment d'appartenance qu'ils induisent, l'assignation des rôles et l'établissement de frontières à l'intérieur et à l'extérieur), ils participent à la fonction de partage et de transmission des croyances de génération en génération.

Selon Bossard et Boll (cité par Morval, 1988), les rites sont des indices relativement fiables de « l'intégration familiale » ; s'ils apparaissent comme essentiels à la bonne santé d'une famille, ils peuvent être parfois signes de dysfonctionnement. Certaines familles se sentent très engagées dans ces pratiques rituelles, elles se caractérisent par l'importance qu'elles accordent à la conservation de la structure familiale à travers les générations, les rites peuvent alors devenir vides de sens et lourds à porter pour certains membres ; à l'inverse, l'absence de rite peut conduire à la perte d'identité familiale ; pour que les rites gardent leur signification et leur efficacité, leur observance doit se modifier avec le cycle de vie familiale et s'adapter aux besoins de croissance des membres, permettant alors la socialisation des enfants et facilitant les changements développementaux (Morval, 1988).

- Les frontières entre les membres du système familial conditionnent également le type de communication.

On distingue les communications symétriques et complémentaires sous-tendues par deux types de relations (Benoit et al, 1988) :

- **symétriques** : attentes réciproques d'échanges égaux entre des protagonistes ayant un niveau de pouvoir comparable,
- **asymétriques ou complémentaires** : un protagoniste est très dépendant de l'autre (exemple de la relation mère-bébé).

Les deux processus de relation ne sont pas pathologiques, c'est leur fixation rigide, la difficulté à une souplesse de fonctionnement qui entraîne des troubles de la communication et des situations symptomatiques :

- **l'escalade symétrique** : l'interaction symétrique est basée sur la rivalité, on assiste à une escalade des actions des deux protagonistes avec instabilité et emballement du système (exemple : conflits conjugaux) jusqu'à « l'impasse maligne » (Stierlin, 1979) où le système s'est « ossifié ».
- **la complémentarité rigide** : dans les relations complémentaires, une rigidité apparaît dans les modes d'interactions qui se présentent en miroir : fort / faible, dominant / dominé, « fou » / « sain d'esprit » ; la relation complémentaire entre la mère et l'enfant est certes nécessaire et favorable dans les premières années de vie de l'enfant mais c'est sa persistance rigide qui va constituer un problème pour le développement ultérieur de l'adolescent : ce dernier risque de se trouver fixé dans une attitude de soumission et de dépendance affective pouvant entraîner un sentiment croissant de frustration, d'aliénation, de dépersonnalisation et des périodes d'aboulie ou de passage à l'acte.

Un autre type de communication que l'on peut retrouver au sein du système familial est la **communication paradoxale** :

On distingue les définitions paradoxales quand il y a antinomie sémantique (exemple : « je suis un menteur » ou « soyez spontané ») et les paradoxes pragmatiques où il y a confusion entre des niveaux logiques communicationnels (exemple d'un enfant repoussé physiquement par sa mère qui lui demande verbalement de s'approcher) (Watzlawick cité par Gabriel-Touzet, 2004). Le paradoxe peut envahir l'interaction au sein du système familial et affecter les comportements, ces effets ont été décrits pour la première fois par Bateson, Jackson, Haley et Weakland dans *Vers une théorie de la schizophrénie* (1956) où ils développent la notion de double contrainte ou double lien (Dumont, 1997) : le « double bind » correspondant à une communication paradoxale qui se réalise au sein d'une relation ayant une valeur vitale, qu'il est impossible de fuir ni physiquement ni en métacommutant (percevoir et commenter efficacement le paradoxe) et qui se répète. Il ne peut y avoir de réponse adaptée et elle peut provoquer des sentiments de rage, d'incompréhension voire d'aliénation. Il est toutefois important de replacer la double contrainte dans un système évolutif d'interactions circulaires et de préciser que le lien avec la schizophrénie est celui d'une présence nécessaire mais pas suffisante (Albernhe, 2004).

Notons par ailleurs que certains thérapeutes, à l'instar de Selvini ou de Hoffmann, dans le sillage de Rabkin, utilisent ce type de communication en thérapie (Dessoay et al, 1996) ; ils s'appuient sur l'emploi du simple lien (différencié par Hoffmann du double lien par deux faits : il ne dure pas et lorsqu'un changement adéquat apparaît, ce changement est confirmé et récompensé) pour modifier un mécanisme qui assure une trop forte stabilité familiale : l'injonction paradoxale, à laquelle on ne peut répondre de façon adéquate, peut permettre de bloquer les solutions antérieures et de générer stress et pression provoquant le changement.

III. LE SYMPTÔME ET LA NOTION DE PATIENT DESIGNÉ :

« Le symptôme nous présente une voie royale pour lire le fonctionnement du système » Ausloos (1990). Le symptôme présenté par le patient identifié a, en effet, pour les systémiciens, un sens et une fonction qui apparaîtraient une fois replacé dans la dynamique familiale dont il vient révéler le dysfonctionnement.

A. EMERGENCE DU SYMPTÔME :

On a vu que, pour divers auteurs, les périodes de transition d'une phase à l'autre du cycle de vie correspondaient à des périodes de tension familiale accrue et que des symptômes pouvaient apparaître à ce moment chez l'un des membres de la famille : ces symptômes semblent être le signe que la famille est coincée dans son développement et qu'elle a du mal à dépasser la crise évolutive pour atteindre le stade suivant.

Ausloss (1990) s'est interrogé sur le processus qui amène à la désignation du patient désigné, à l'isolation de son symptôme et à la pathologisation de la problématique familiale.

Il considère qu'au départ, il y a seulement une famille avec des difficultés, avec des tensions, avec des stimuli internes et externes auxquels elle a du mal à faire face ; dans une telle situation, un comportement, parmi une infinité de comportements, va produire certains résultats qu'il ne produisait pas habituellement (ou qu'il n'aurait pas produit si le système ne s'était pas trouvé éloigné de l'équilibre) et c'est parce que les membres du système privilégient ce comportement et commencent à le trouver bizarre, étonnant, inquiétant... qu'ils contribuent à le fixer comme symptomatique et que ce comportement devient un enjeu dans le champ relationnel du système familial (quand on se fixe sur un comportement, on contribue à fixer ce comportement). Le comportement symptomatique résulterait ainsi « de la perte de souplesse dans les couplages structurels entre l'individu et son environnement » c'est-à-dire de la rigidification des patterns relationnels dans la famille (Pauzé et al, 1994).

Ce comportement, produit par un membre du système, va être sélectionné préférentiellement en fonction de l'histoire du sujet, de son rôle dans le système et de ses finalités propres à cette étape de son existence (ce processus n'étant bien sûr pas pleinement conscient) ; la répétition du comportement sera parallèlement amplifiée par les membres du système (feed-back positif qui va dans le sens d'une augmentation du type de comportement sélectionné), à nouveau en fonction de l'histoire, des modalités organisationnelles, des règles de fonctionnement, des finalités propres de ce système : c'est le **processus de sélection-amplification**. Ce processus met en lumière le contexte relationnel de l'apparition du symptôme tout en l'inscrivant dans un processus historique.

Pour Ausloss (1990), le symptôme ne remplit donc pas de fonction au moment de son apparition.

B. SENS DU SYMPTÔME :

Le concept de sens fait directement référence au contexte dans lequel survient le message ; ainsi, dans le *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques* (Benoit et al, 1988), il s'agit de définir et éventuellement de recadrer le trouble considéré comme déviant, pathologique ou perturbateur dans une situation ou un contexte donné où son importance attire un ou plusieurs intervenants, experts, thérapeutes, travailleurs sociaux, institutions à visée de soins ou d'aide.

Le symptôme prend place parmi les **comportements-communications** ; d'une façon générale, le symptôme renseigne sur un malaise, une difficulté de régulation tant pour l'individu que pour le système dans lequel il se manifeste (Pauzé, 1991). Les notions de porteur du symptôme ou de patient désigné mettent d'ailleurs l'accent et maintiennent l'attention sur les relations entre l'individu souffrant et son environnement. En systémique, le porteur du symptôme devient le **symptôme du dysfonctionnement familial**, il témoigne de difficultés relationnelles plus ou moins graves, qui passaient inaperçues jusque là et dont n'ont pas forcément conscience les protagonistes qui, seuls, n'arrivent pas à trouver une solution. Pour Ausloss (1990), le symptôme doit être perçu comme le signal d'une perturbation d'une ou plusieurs fonctions nécessaires à la survie de la famille et de ses membres.

C. FONCTION DU SYMPTÔME :

- La notion de fonction du symptôme est une des clés de l'approche systémique et renvoie aux conséquences de son sens dans le système : elle témoigne du rôle joué par le symptôme... En quoi ce symptôme est-il un élément de la communication familiale ? Pourquoi ce symptôme est-il nécessaire au fonctionnement familial ?

Si le symptôme persiste, c'est qu'il a une fonction et l'intervention thérapeutique visera à élucider cette fonction pour rendre le symptôme inutile afin qu'il disparaisse.

- Assimilé à une incapacité du système d'adapter ses règles de fonctionnement au besoin d'évolution ou plutôt de co-évolution de ses membres, le symptôme est également considéré par Hoffman (qui pense la famille comme une entité évoluant par sauts discontinus d'un stade à l'autre du cycle de vie) comme un « saut raté » sans évolution dans le sens où il évite à la famille les frais d'une nouvelle intégration (Dessoy et al, 1996). Autrement dit, devant le risque d'une transformation que le système dans son ensemble considère comme traumatique, une des réactions possibles consiste à faire en sorte qu'un de ses membres, à travers un comportement symptomatique, contienne le stress : un membre de la famille est ainsi « désigné » comme résultant du dysfonctionnement du système.

Quand on évoque la fonction du symptôme en systémique, il est important de tenir compte de l'évolution des définitions au fil du temps et des recherches ; comme on l'a vu précédemment (cf. p 35-36), d'une fonction strictement homéostatique, le symptôme a peu à peu pris une valeur de mise en crise, précurseur de changement : on pourra alors dire avec Pauzé (1991) que la modélisation du système observé sera dépendante du modèle auquel se réfère le thérapeute ou avec Ausloss (1990) que « le message que l'on peut déchiffrer dans le symptôme nous informe autant sur l'individu qui en est le porteur, sur le fonctionnement du système et sur le thérapeute-décrypteur qui lui donne un sens ».

- Pour Ausloss (1990), lorsqu'un comportement symptomatique se met à remplir une fonction, il commence à entrer dans les modalités organisationnelles du système et à participer à l'économie personnelle du sujet. Le comportement sélectionné et amplifié se cristallise, devient une habitude, fait partie de la vie du sujet et devient le moyen par lequel on l'identifie dans son système : c'est le **processus de cristallisation-pathologisation**. La fonction de symptôme étant devenue partie intégrante du fonctionnement du système, le processus de rétroaction s'inverse et c'est le mécanisme de feed-back négatif qui va protéger le symptôme et qui visera à empêcher sa disparition.

La pathologisation est liée au fait que le système s'oppose maintenant à la disparition du symptôme bien que « le sujet se sente de plus en plus mal avec son comportement

symptomatique, se trouvant placé dans une situation où il ne peut plus satisfaire les finalités familiales qu'aux dépens de ses finalités individuelles ».

La notion de **patient désigné** signifie alors que l'individu est placé dans le système à une place (rôle et fonction) qui le rend symptomatique, pas dans le sens d'une confrontation entre une famille malade et un individu victime mais dans celui d'un ensemble qui interagit et communique de manière pathologique : les familles sont considérées comme subissant autant qu'agissant leur patient désigné (Villien et al, 1993).

Il semble toutefois important de distinguer deux catégories de système parmi les familles qui utilisent la désignation comme réponse à une demande de changement (Andolfi et al, 1979) :

- **Les familles à risque** : Dans ces familles, la désignation est une réponse provisoire, l'essai d'une solution qui n'est pas encore définitive ; on parle de système familial flexible. Le comportement symptomatique du membre désigné focalise la tension, dans un moment où la stabilité du groupe est mise en danger. L'anxiété et les angoisses de chacun se polarisent autour du comportement pathologique qui concentre alors sur lui toute la tension émotionnelle. Au niveau du système thérapeutique, la « transformation » de la famille et celle du thérapeute s'intègrent facilement et se renforcent mutuellement en permettant une solution rapide du problème.

- **Les familles à désignation rigide** : Dans ces familles, le passage à un stade nouveau de développement peut être perçu comme catastrophique. Devant une transformation nécessaire, la famille adoptera une solution qu'elle connaît déjà ; ainsi, une solution qui a pu apparaître adéquate à une certaine époque sera rigide appliquée dans d'autres phases du cycle vital ; on parle de système familial rigide. La désignation du patient tend à devenir irréversible parce qu'elle est estimée indispensable, non seulement pour échapper à un risque momentané d'instabilité, mais aussi pour l'équilibre futur de la famille : à la fonction-pathologie toujours plus irréversible d'un des membres de la famille (le patient désigné est défini unanimement comme étant incurable) correspondra une fonction-normalité des autres membres (permettant ainsi la négation de toute conflictualité que chaque individu du système est incapable d'assumer) ; cette rigidité imprégnera aussi les rapports avec l'extérieur dont l'influence sera filtrée et utilisée exclusivement pour le maintien des équilibres. Au niveau du système thérapeutique, la « transformation thérapeutique » sera ressentie comme une grave menace et risquera d'être emprisonnée dans l'homéostasie familiale ; la famille tentera de reconsolider la stabilité du système avec l'aide du thérapeute et de conserver les seules solutions interactives jugées possibles.

Le patient désigné représente ainsi à la fois l'impossibilité de changer et l'unique force qui pousse au changement : son comportement permet de geler des processus qui évoluent dans des directions opposées tout en fournissant l'occasion d'introduire l'intervention thérapeutique. La finalité de la rencontre avec un système thérapeutique est alors de dépasser cet immobilisme et de passer à un stade ultérieur de développement (Hoffman cité par Dessoy et al, 1996). D'après Ausloss (1990), le symptôme ne doit pas être d'emblée combattu mais au contraire sauvegardé tant que sa fonction est nécessaire, tant qu'une redistribution significative des rôles ne s'est pas effectuée dans la famille ; cette idée est corroborée par De Franck- Lynch (cité par Albernhe 2004) qui ajoute que « quand on diminue sa fonction, le symptôme disparaît, quand on supprime le symptôme sans toucher à la structure qui est à son origine, un nouveau symptôme vient prendre sa place » et par Dessoy et al (1996) qui rappellent que toutes les parties d'un système sont engagées de façon égale et coordonnée autant pour provoquer un changement que pour maintenir une stabilité.

Il est également important de rappeler qu'il est nécessaire de parler de la fonction du symptôme dans la famille mais qu'il ne faut pas oublier que le symptôme peut avoir simultanément d'autres fonctions tant pour le patient désigné que pour les réseaux relationnels non familiaux auxquels participe ce dernier ; ainsi, pour Onnis (2000), il faut « explorer les corrélations circulaires et récursives au sein de multiples niveaux en jeu, les intersections entre ces différents niveaux et dans un certain sens les interfaces ».

PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION DE L'ADOLESCENT D'UN POINT DE VUE SYSTEMIQUE :

I. LE PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION AU SEIN DU SYSTEME FAMILIAL :

A. L'ADOLESCENCE EN SYSTEMIQUE :

Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence, dans le *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, (Benoit et al, 1988) se caractérise par un processus de maturation qui donne à l'individu la possibilité d'acquérir l'ensemble des éléments lui permettant de s'autonomiser par rapport à sa famille d'origine. Ces éléments sont d'ordre psychologique, économique, professionnel et culturel.

Pour le système familial, le départ des enfants est la phase la plus longue et la plus difficile du cycle de vie, tant l'équilibre doit être maintenu entre les exigences de ce système et les aspirations individuelles de chaque membre de la famille. Cette période, « dans le cycle existentiel de la famille, débute avec l'entrée de l'aîné dans l'adolescence et se termine avec le départ du benjamin qui laisse le couple parental en face à face » (Carter et Goldrick cités par De Gandt, 2002).

La lente maturation qui prépare le départ de l'adolescent rend ce dernier particulièrement sensible aux contraintes de l'homéostasie familiale et lorsqu'on se penche sur les troubles graves de l'adolescence, on peut considérer que tout se passe comme si, de par la logique du système familial, de par ses mécanismes de fonctionnement, l'adolescent ne pouvait se permettre de quitter sa famille (cet énoncé est toutefois à replacer dans une causalité circulaire et ne suffit pas toujours à expliquer un phénomène multifactoriel).

Tous les éléments qui doivent être acquis pendant cette période, qui sont constitutifs de ce processus de maturation et qui sont nécessaires à l'autonomisation du sujet, peuvent devenir le support d'une conduite symptomatique. Cette conduite symptomatique représente un élément de communication au sein du système familial qui permet de retarder ou de bloquer l'évolution de la famille vers un stade ultérieur de son cycle de vie mais ce faisant, elle perturbe également l'identité de l'adolescent. On peut citer :

- l'identité sexuelle perturbée dans les violences sexuelles, la grossesse chez l'adolescente, l'anorexie mentale,
- l'apprentissage social problématique dans la délinquance ou la toxicomanie,
- la formation et la préparation à la vie professionnelle malmenée par l'échec scolaire et les difficultés d'orientation,
- le rapport au corps difficile dans les troubles des conduites alimentaires et les maladies psychosomatiques,
- à un niveau plus général, la formation de la personnalité et la bonne gestion du rapport à l'autre dont on sait les problèmes qu'elles posent dans les troubles psychotiques et souvent dans les troubles névrotiques.

B. LE PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION :

Rappelons que la qualité du processus de séparation-individuation à la fin de l'adolescence est en relation avec le développement intrapsychique du jeune mais qu'elle dépend aussi du

contexte de confiance et de confirmation réciproque dans le lien avec les parents c'est-à-dire de l'ensemble des interactions dans ce système de référence plus vaste qu'est la famille (Villien et al, 1993).

Ce processus de séparation-individuation doit aboutir selon Cuendet (1991) à la maîtrise de soi (c'est-à-dire affirmer son identité en différenciant ses pulsions, ses sentiments et sa réflexion), à la tolérance vis-à-vis des séparations (impliquant une redéfinition de ses relations avec ses parents et ses pairs : enrichissement des contacts extérieurs sans rupture des liens avec la famille) et à l'autonomie d'action et de pensée (qui ont alors un sens pour soi et par rapport à soi et qui implique la notion d'autoréférence).

1) Entre identité individuelle et identité familiale :

● L'adolescence de la famille en écho à l'adolescence du jeune :

L'adolescence, crise individuelle, correspond, comme nous l'avons déjà évoqué, à une crise familiale, transition entre deux phases du cycle de vie de la famille. Et même si on peut mettre l'accent sur la trajectoire d'un individu dans ce groupe, on doit tenir compte du fait qu'on assiste à un phénomène de coévolution de la famille entière, l'adolescent et sa famille étant impliqués simultanément dans leur développement (ce qui rend ce passage encore plus difficile dans les conditions sociologiques actuelles où c'est la famille qui doit en quelque sorte faire office de levier de changement).

C'est une période où la structure et les interactions familiales se modifient, les relations entre les parents et l'adolescent devenu sexuellement mature devant évoluer : l'asymétrie va progressivement disparaître, les distances et les frontières interpersonnelles vont s'affirmer, préservant l'intimité de chacun. On assiste à un processus de remodelage du couple parental et de la famille dans son ensemble (Villien et al, 1993). La cellule familiale peut se trouver déstabilisée par la nécessité de s'ouvrir : l'adolescent va en effet remettre en question les acquis de ses parents et introduire de nouvelles idées, de nouvelles personnes, de nouvelles valeurs (De Gandt, 2002) ; le groupe familial risque de se voir disloqué par les allers-retours de l'adolescent et par les éléments qui viennent de l'extérieur. L'adolescence prépare ainsi la « séparation » dans le sens où elle déséquilibre, déstabilise et menace les repères établis : le système est mis en crise, permettant des opportunités de changement mais pouvant aussi déclencher une résistance du système à ces changements (Rideau, 2002).

La lutte constante entre dépendance et indépendance est source de confusion pour l'adolescent et sa famille et cette période tumultueuse est propice à la création de nouvelles relations entre enfants, parents et grands-parents (Cabié, 1992). Selon Destal (1995), l'adolescent met en tension de tels potentiels émotionnels que toute la famille apparaît adolescente. On parle d'ailleurs de « famille adolescente » ou « d'adolescence de la famille » où se jouent des mécanismes d'autonomisation mutuelle et la création-acceptation de liens extrafamiliaux : plus le « je » de l'adolescent est absorbé par le « jeu » familial, plus il y a expansion de son « non-je », le « non-jeu » familial correspondant à la part de l'individu qui n'obéit pas à la règle familiale. C'est une période où tout se joue dans l'ici et maintenant au détriment de l'historicité, le diachronique (et notamment la filiation) étant sacrifié au profit du synchronique (et notamment l'affiliation) : les membres de la famille semblent chercher leur identité relationnelle dans les règles du « jeu familial » ; or si l'identité est considérée comme contenue dans les règles et stratégies interactives et dans l'exigence d'une loyauté à l'appartenance familiale, l'autonomisation d'un des membres de la famille peut entraîner la disparition d'une partie de son identité et la négation de l'identité des autres. L'individuation ne pourra donc se faire que si les modifications des relations intrafamiliales s'accompagnent

d'un sentiment persistant de filiation et de loyauté par rapport à ses parents et à son histoire familiale ; Ladame (cité par Cloarec, 2004) décrit d'ailleurs cette période critique comme « l'apparition d'un je au sein d'un nous », ce qui nous amène à situer l'individuation entre appartenance et séparation.

● L'individuation entre appartenance et séparation et la famille comme lieu de différenciation :

La famille est supposée être un système actif en transformation constante, un organisme complexe qui au cours du temps se modifie afin d'assurer la continuité et la croissance psychosociale de ses membres (Andolfi, 1982) ; ce processus entre continuité et croissance permet à la fois le développement de la famille comme ensemble et la différenciation des individus. Le besoin de différenciation, la possibilité pour chacun d'exprimer son soi individuel se combine alors avec le besoin de cohésion, de conservation de l'unité du groupe. Si le sentiment d'identité est ce qui permet à un individu de se sentir, tout au long de son existence, le même et différent des autres, le sentiment d'identité familiale, sentiment d'appartenance, est ce qui permet à chaque membre de la famille de reconnaître que cette famille est la sienne, différente des autres et implique la notion de continuité temporelle (Rougeul & al, 1994).

La famille est considérée par Minuchin (cité par Hertay, 2000) comme une « matrice d'identité » : selon lui, l'expérience humaine d'identité est constituée de deux éléments qui sont le sentiment d'appartenance et le sentiment d'être séparé et le laboratoire dans lequel ces ingrédients sont mêlés et dispensés, c'est la famille, matrice de l'identité ; ainsi, dans toutes les cultures, la famille imprime en ses membres leur identité. L'idée est reprise par Segers-Laurent (1997) pour qui la famille est un espace-temps potentiel, siège des différentes fonctions familiales, lieu où peut se faire l'ancrage, se développer l'appartenance mais aussi s'apprendre la séparation et se façonner l'identité. Pour elle, le système familial est organisé au sein d'une sorte de cadre correspondant au siège des fonctions occupées par chacun des membres du système et constitué par différents éléments : les mythes, les rituels, les valeurs et les règles. Ce cadre détermine « l'espace des possibles familial » (plus ou moins grand en fonction du cadre qui peut être plus ou moins rigide, plus ou moins étanche) où chacun peut développer une partie de ses potentialités, il permet la cohésion du groupe familial ainsi que la croissance individuelle de ses membres, il se modifie et se réorganise en fonction des besoins d'évolution à chaque étape de développement. Imprégné de l'espace familial, l'enfant s'inscrit en lui et devient ainsi membre de la famille ; les conjoints, imprégnés de leur enfant, deviennent parents ; l'imprégnation est réciproque et circulaire, elle se renforce de l'adaptation mutuelle et débouche sur l'ancrage et le sentiment d'appartenance. Parallèlement, enfant, parents, représentent pour les autres et voient dans les autres des images d'identifications possibles mais aussi une possibilité de découvrir, de vivre, de développer et d'intégrer les différences, source de séparation. L'adolescent apprendra ainsi à se séparer dans un climat de sécurité et à devenir un individu pourvu d'une identité différenciée.

Autrement dit par Bowen (1984) mais toujours dans le sens d'un processus d'individuation entre appartenance et séparation : c'est le sentiment de confiance de l'enfant en sa mère, puis de l'enfant en sa famille, puis de l'enfant en lui-même et le sentiment de confiance de la famille en l'enfant qui permettra le mouvement de différenciation et de séparation menant à l'individuation.

Ainsi, la séparation et l'autonomie des uns par rapport aux autres doivent se réaliser dans un contexte de sécurité et d'acceptation, faisant de la famille ce temps de passage mais avant tout lieu d'ancrage (on ne peut se séparer que ce de à quoi on a été lié) et faisant que

l'appartenance ne s'interrompt pas mais s'enrichit de nouvelles appartenances (Segers-Laurent, 1997).

● La séparation du milieu familial et les nouvelles modalités relationnelles :

Une fois confirmée l'appartenance à un groupe familial suffisamment uni, l'individu peut donc progressivement développer son soi individuel.

Pour se différencier, chaque individu doit, dans ses échanges avec l'extérieur, délimiter et accroître un espace personnel ; il définit ainsi son identité qui ne peut s'enrichir que si l'individu, sans perdre pour autant le sens de sa continuité, expérimente et apprend de nouvelles modalités relationnelles. Ces nouvelles modalités lui permettent de varier les fonctions qu'il assume dans les sous-systèmes auxquels il appartient, avec des personnes différentes, à des moments différents de son évolution.

Stierlin (1979) insiste justement sur l'importance de l'interrelationnel dans le processus d'individuation en parlant « d'individuation relationnelle ». Le fait qu'un haut niveau d'individuation requiert et permette une plus grande richesse dans la relation est compris, pour lui, dans le terme d'individuation relationnelle qui correspond en fait à la capacité de différenciation de soi (différenciation des sphères consciente et inconsciente du monde intérieur, articulation claire de ses sentiments, de ses besoins, de ses attentes...) et de délimitation de soi (délimitation de ce monde intérieur différencié du monde extérieur et en particulier des idées, besoins, attentes d'autrui). Ainsi, l'individuation relationnelle permet de se vivre soi-même, dans les contextes relationnels les plus divers, comme étant séparé, distinct mais en même temps en situation relationnelle ; elle éclaire non seulement les caractéristiques et le comportement d'un individu mais aussi le système de relations auquel il appartient. Boszormenyi-Nagy (cité par Stierlin, 1979) corrobore également cette idée en postulant que « la construction de l'identité individuelle résulte de la relation dialectique à autrui ».

2) Vers l'autonomisation :

● Le départ du jeune :

Nous pouvons dire avec Gammer (cité par Hertay, 2000) que le départ ne doit pas être synonyme de rupture et que cette « séparation » doit être acceptée par les parents et les adolescents ; le terme de séparation a d'ailleurs été considéré comme impropre par certains auteurs dont Stierlin et Bowen (cités par Samaniego, 1999) pour lesquels il n'implique nullement l'autonomisation et correspond au contraire à une insuffisance d'élaboration du lien qui reste fusionnel.

Cette étape du « leaving home » s'élabore donc de façon progressive, se prépare et se teste.

Il y aura de part et d'autre des mouvements d'aller-retour entre indépendance et dépendance, oscillations nécessaires pour se rassurer mutuellement sur sa capacité et celle des autres à affronter la situation : « une certaine régression, si elle est provisoire, est utile à ce stade pour permettre aux individus d'avancer vers un plus haut niveau de différenciation mais éviter cette régression ou y rester peut être dangereux » (Cabié, 1992). Les expériences de séparation-union permettent ainsi de valider la possibilité pour l'adolescent de pouvoir partir et réintégrer le groupe familial sans sentiment de culpabilité ou de trahison et sans se sentir rejeté par sa famille parce que différent (Andolfi cité par Courtois, 2003).

C'est une période où l'adolescent est dans un certain rejet du groupe familial mais aussi dans une hyper-réceptivité au moindre signal de son entourage (Destal, 1995) ; les conduites

d'opposition, la rébellion des adolescents face à leurs parents peuvent être alors vues comme des moyens utilisés pour tester la nature et la solidité du lien conjugal des parents : sont-ils assez unis pour survivre au départ du jeune ? En fonction des réactions, le jeune reçoit ou non confirmation qu'il peut réellement quitter ses parents.

Ainsi, chaque individu doit devenir de moins en moins essentiel au fonctionnement de sa famille d'origine pour pouvoir s'en séparer et constituer à son tour, en y assumant des fonctions différentes, un nouveau système.

Le processus de séparation se retrouve, selon Gammer (cité par Hertay, 2000), au niveau de trois types de liens :

- Les liens financiers : le soutien financier varie en fonction des familles, de leurs valeurs et de leurs possibilités mais peut être un moyen de maintenir l'adolescent dans une situation de dépendance (d'autant plus dans les conditions actuelles de dépendance économique du jeune vis-à-vis des parents via l'allongement des études, les difficultés à trouver un emploi...) ou de compenser une absence affective.
- Les liens fonctionnels qui correspondent pour l'auteur aux différents « services » que les parents rendent aux enfants (ex : continuer à laver le linge ou à faire à manger à des jeunes ayant quitté le domicile parental) ; ces liens peuvent être un temps adaptés s'ils permettent au jeune de s'assumer progressivement avec l'objectif d'accéder à une autonomie complète.
- Les liens émotionnels qui apparaissent comme les plus difficiles à gérer pour l'individu qui tente de s'individualiser et qui peuvent l'influencer toute sa vie dans ses choix professionnels, affectifs...

● L'autonomie ou la reconnaissance de ses dépendances :

L'autonomie de l'individu dépend certes des capacités de la famille à structurer des frontières interpersonnelles et intergénérationnelles assurant maîtrise de soi et créativité pour le développement personnel et relationnel dans les champs disponibles ; mais l'individu est autonome dans la mesure aussi où il reconnaît les limites de ces champs qui sont constitués par les dépendances fonctionnelles aux éléments de son écosystème (Masson, 1990). L'indépendance, c'est, selon Villien et al (1993) « se séparer tout en restant attaché ».

Etre autonome ne signifie pas seulement pouvoir se débrouiller seul mais aussi assumer ses dépendances : l'autonomie est ainsi composée de multiples appartenances dont certaines sont construites pour la famille et d'autres contre. Une personne autonome intégrera les caractéristiques de ses parents qui lui conviennent et laissera les autres de côté, opérant ainsi un libre choix (contrairement à l'adolescent qui prendra souvent le modèle de ses parents pour référence soit pour l'imiter, soit pour se mettre dans une position diamétralement opposée, rejetant tout en bloc) (De Gandt, 2002) ; c'est ainsi que le fait d'avoir pu s'appuyer suffisamment (de façon positive ou négative) sur les modèles offerts par ses parents et de reconnaître affectivement ses attaches (Laufer cité par Jeammet, 1994) aidera à la construction identitaire et au détachement de l'univers familial.

Cette autonomie se retrouve également dans l'aménagement aux loyautés familiales : il est possible de choisir des actes de loyauté et de déloyauté qui ne soient pas dommageables pour le système. La conquête de l'autonomie se fait par oscillations entre les choix qui s'imposent et les contraintes qu'on choisit, empreints de la nécessité de loyauté aux valeurs, mythes familiaux et du besoin impérieux de s'en émanciper pour mieux les accepter : « J'accepte de faire pareil à ma manière » (Rideau, 2002).

Pour Bowen (1984), la distanciation et l'achèvement de la différenciation se feront sans heurts si ce processus s'inscrit dans la continuité d'une prise de distance progressive depuis l'enfance ; la période d'adolescence se présente alors davantage « comme un défi lancé à soi pour assumer ses responsabilités et une occasion pour le faire que comme une lutte contre l'attachement parental » ; en corollaire, « plus une personne est libre de s'individuer, plus elle est libre de se réunir de façon plus coopérative, plus interactionnelle et plus satisfaisante avec sa famille d'origine » (Whitaker cité par Rideau, 2002). Par contre, plus l'adolescent dénie son attachement aux parents, plus il est probable que le degré d'attachement soit particulièrement important : « l'adolescence correspond alors à une période de déni de l'attachement vis-à-vis des parents et de l'affirmation d'attitudes autant que possible destinées à faire croire qu'on a grandi » pouvant entraîner des ruptures brutales et donc non élaborées, sortes de « désappartenance », entravent d'autant l'autonomie (Bowen, 1984) ; c'est pourquoi certains éprouveront d'autant plus le besoin de s'éloigner qu'ils seront moins individués et différenciés mais cette prise de distance ne suffira pas toujours à jouer un rôle d'étayage pour leur autonomie psychique s'ils ne rencontrent pas d'autres appuis adéquats.

● Quand l'autonomisation de l'adolescent est liée à celle de ses parents :

Pour Bowen (1984), les capacités d'autonomisation d'un individu sont en lien avec son niveau de **différenciation du soi**, concept dont il a fait la pierre angulaire de sa théorie.

La différenciation du soi d'une personne se caractérise par « le degré de fusion ou de différenciation de son fonctionnement émotif et de son fonctionnement intellectuel ». D'un côté, on trouve les personnes bien différenciées : la séparation des pôles émotifs et intellectuels permet une certaine souplesse de fonctionnement, une autonomie satisfaisante y compris pendant les périodes de tension et une grande capacité d'adaptation à l'existence ; de l'autre, il y a les sujets dont les deux pôles sont confondus et qui présentent une certaine dépendance émotive par rapport à leur entourage, avec une tendance à fusionner dans les relations interindividuelles et une moins bonne adaptation à l'existence.

Ce concept se situe dans un contexte de transmission multigénérationnelle où on peut dire que l'empreinte familiale est si déterminante que le degré d'autonomie individuel d'un sujet peut être prévu en partie « en se fondant sur le degré de différenciation des parents et sur le climat émotionnel de la famille d'origine » (il considère la famille comme un système émotif dont les modalités relationnelles reproduisent dans une certaine mesure celles existantes dans les générations précédentes) ; dans une fratrie, chaque enfant a son propre vecteur d'indifférenciation (qui peut être inférieur, supérieur ou égal à celui des parents en fonction de la projection familiale qui est faite, notion qui sera développée ultérieurement cf. p 63-64) et en fonction, il aura plus ou moins de capacités à s'autonomiser par rapport au système familial et sera plus ou moins apte à gérer l'angoisse du système émotif.

Ainsi, les **capacités d'individuation de l'adolescent sont liées en partie au niveau d'individuation de chaque parent**. On pourra dire que le processus d'individuation chez l'adolescent est le corollaire de la capacité qu'ont les parents à se centrer sur eux-mêmes en tant qu'individus et en tant que couple en se fixant de nouveaux objectifs de vie ; il s'opérerait également dans la mesure où les parents sont capables de changer leur perception de leur enfant, d'accepter sa différence, ses besoins, ses compétences. Seuls les parents qui ont une identité propre et qui ont réussi leurs processus d'individuation peuvent permettre à leurs enfants de réussir le leur. Autrement dit, le travail d'autonomie de l'adolescent correspond en fait à une séparation progressive du moi parental qui peut être entravée par l'angoisse des

parents et surtout par le degré d'attachement irrésolu personnel de chaque parent par rapport à leurs propres parents.

La théorie de Bowen, entre autres, nous amène à faire du lien entre l'adolescence d'un individu et les générations précédentes et à penser à l'existence de plusieurs niveaux d'interactions.

• L'autonomisation de l'adolescent et les différents niveaux d'interactions :

L'unité structurelle qui contribue à déterminer l'autonomie individuelle de chacun est certes la relation triangulaire entre les parents et l'enfant (dans un rapport dyadique exclusif, aucune différenciation n'est possible) mais divers facteurs, qui renvoient à l'expérience passée et présente de la famille et de ses membres pris individuellement, exercent une influence sur ce processus de transformation (Villien et al, 1993).

Les étapes du processus de séparation-individuation se déroulent de façon unique pour chaque individu parce que dépendantes de la chaîne des liens transgénérationnels dont il est un maillon. L'histoire de la famille agit sur l'individu et cet individu transporte avec lui des valeurs, des émotions et des comportements véhiculés par la famille sur plusieurs générations ; ainsi le cadre familial de Segers-Laurent (1997) est constitué à partir des mythes, rituels, valeurs et règles des deux familles d'origine du couple : certains éléments sont conservés, d'autres rejetés ou refoulés, constituant ainsi un nouveau cadre pour un nouveau système mais en lien avec les cadres des deux familles d'origine.

En corollaire de ce lien entre générations, un changement à une génération est relatif à la capacité des autres générations à elles-mêmes se transformer puisque le changement d'une personne implique une modification de son milieu d'appartenance (Dessoy et al, 1996).

On distingue bien différents niveaux d'interactions simultanées dans une famille, citons le couple, la famille nucléaire, la famille élargie et les liens que chaque individu noue à l'extérieur. Pour analyser le processus d'autonomisation d'un adolescent, il faut alors tenir compte de ses répercussions sur les différents niveaux d'interactions : les modifications de l'espace personnel d'un adolescent au sein de sa famille lorsqu'il découvre à l'extérieur de nouvelles fonctions impliquent une modification des espaces et des relations émotionnelles au sein du couple parental ainsi qu'une modification des relations de chacun des parents avec sa propre famille d'origine...

Un système familial n'est pas une simple réalité bidimensionnelle, c'est une réalité tridimensionnelle ; l'histoire des relations passées s'y concrétisent au présent pour pouvoir se développer dans l'avenir. La manière dont les parents ont vécu leur propre adolescence et la séparation d'avec leur famille d'origine influencera la manière dont leurs enfants pourront la vivre : l'adulte est renvoyé à ce qu'il a vécu avec ses propres parents et s'interroge sur ce qu'il transmet (et ce qui se transmet est en lien avec l'héritage reçu). Inscrits dans cette mouvance, certains thérapeutes, comme Combrick-Graham (cité par Dessoy et al, 1996) ou Bowen (1984), proposent un modèle d'évolution de la personne avec le développement de sa famille de telle façon que la problématique qui apparaisse à une génération soit immédiatement mise en rapport avec les deux autres générations antérieures.

II. ECHEC DU PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION : ADOLESCENCE SYMPTOMATIQUE :

Selon Haley (1991), dans beaucoup de famille, le départ du jeune ne constitue qu'une perturbation mineure, les parents peuvent même se sentir soulagés de voir le jeune quitter le « nid familial » et de trouver leur fonction parentale allégée.

Le processus de séparation-individuation d'un des membres du système exige, comme nous l'avons précédemment évoqué, que la famille puisse affronter et tolérer les phases de désorganisation qui sont nécessaires pour transformer l'équilibre auquel elle était parvenue afin d'en acquérir un autre plus approprié ; cette évolution ne se réalise pas toujours et cette étape d'autonomisation peut créer de graves perturbations au sein de certaines familles, d'autant plus que ce stade du cycle de vie coïncide avec un âge difficile des parents et peut réactiver les avatars du fonctionnement familial à travers l'histoire transgénérationnelle (Villien & al, 1993). Le processus de séparation-individuation peut alors apparaître comme une **menace pour l'unité familiale**, le « leaving home » étant considéré comme une fin, une rupture, le système peut se bloquer dans cette phase de développement et des symptômes apparaître.

Toute la **panoplie symptomatique de l'adolescence** : les troubles des conduites (fugues, troubles addictifs, tentatives de suicide, marginalité, troubles des conduites alimentaires), les symptômes psychiatriques, les échecs scolaires et professionnels répétés ou des formes moins voyantes comme se fixer un objectif inaccessible comme condition de départ ...peuvent être vus comme autant d'opportunités pour le jeune adulte et sa famille de ne pas se séparer, sortes de réponses plus ou moins adaptées du jeune lorsqu'il est pris dans un fonctionnement familial lui interdisant une autonomie pourtant nécessaire ; la séparation devient impossible du fait du comportement de l'adolescent indiquant à quel point il est incapable de se prendre en charge mais réussissant à ce prix à préserver l'unité familiale (Villien & al, 1993).

Ausloss (1990) définit le symptôme à l'adolescence comme un compromis paradoxal résultant d'une incompatibilité entre les finalités individuelles et les finalités familiales : les symptômes développés visent alors à éviter les changements, à maintenir l'homéostasie familiale tout en tirant une sonnette d'alarme, ils sont tout à la fois tentative de prise d'indépendance et garant du lien ; ils peuvent ainsi renforcer le caractère autocentré de la famille tout en alertant l'extérieur du type de transactions familiales par le déclenchement d'un processus de soins.

Soulignons au passage avec Dessoy (citée par Hertay, 2000) qu'il faut replacer les conduites symptomatiques de l'adolescent dans un système de relations interpersonnelles spécifiques et circulaires, il n'est donc « pas exact de dire que les parents utilisent le problème des enfants pour rester ensemble ou que l'adolescent utilise le symptôme pour prendre le pouvoir ou pour se maintenir sous l'hyperprotection parentale ».

Soulignons aussi, notamment avec Haley (1991), que les transactions pathologiques peuvent ne concerner qu'un enfant de la fratrie (circonstances de naissance, ressemblance physique, nomination... qui font qu'il tient un rôle particulier au sein du système familial), les autres ayant pu quitter le foyer familial sans trop de difficultés (mais ces départs renforçant le système projectif sur l'enfant concerné).

A. MECANISMES IMPLIQUES DANS L'ECHEC DU PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION :

Les systèmes familiaux qui ne supportent pas la réorganisation familiale nécessaire pour encourager et confirmer le départ de l'adolescent peuvent tenter de le retarder voire de

l'empêcher (Gammer et Cabié cité par Rideau, 2002) et ceci en dépit des forces sociales de la collectivité et des changements physiologiques qui vont exercer une pression sur la famille pour que le jeune puisse partir (Haley, 1991). En effet, l'individuation de l'adolescent peut être synonyme de destruction du système lorsque ce dernier est dysfonctionnel, qu'il ne peut se modifier et que le rôle du jeune est de maintenir sa stabilité ; elle devient parfois une menace partagée si terrifiante que le système dépense toute son énergie à la retarder, à l'entraver, à l'empêcher voire à l'interdire comme « pour figer le temps dans une phase spécifique et rassurante du cycle de vie » (Elkaim, 1999).

Pour de nombreux auteurs et notamment pour Haley (1991), l'échec à se désengager du milieu familial peut mener à l'échec de l'adolescent dans sa vie sociale et privée. Ces échecs peuvent être associés à différentes situations, différents mécanismes qui sont d'ailleurs souvent intriqués à l'intérieur d'un même système familial.

1) La parentification :

● Définition :

Le concept de parentification correspond à une altération relationnelle interférant avec le processus de séparation-individuation.

Pour Boszormenyi-Nagy, la parentification est une distorsion de la relation entre deux individus dont l'un met l'autre dans une position de parent : il tente de recréer la relation passée avec ses parents dans une relation actuelle avec le conjoint, un enfant, ou toute autre personne fortement investie (Benoit et al, 1988).

Dans le système familial, l'enfant est plus particulièrement sensible à ce mécanisme et il peut alors « devenir » le père ou la mère de ses propres parents.

Ce processus de parentification semble pouvoir, selon Le Goff et Garrigues (cités par Debruche, 2000), s'évaluer selon quatre dimensions : le plan factuel (les circonstances amenant la parentification, par exemple la faiblesse ou l'absence d'un parent ou des rôles parentaux instables), le plan psychologique (dans la parentification, il y a la personne parentifiante qui, par imitation ou pour combler le manque de relation et l'absence de confiance avec l'un de ses parents, parentifie son enfant et l'enfant parentifié qui s'identifie à cette fonction de parent et développe son identité en fonction de ce devoir de prendre soin de l'autre), le plan transactionnel (dysfonctionnement au niveau des frontières) et la dimension éthique (intervention de la balance du donner et recevoir).

● De la normalité à la pathologie :

La parentification est un phénomène qui peut être temporaire ou continu (Boszormenyi-Nagy cité par Debruche, 2000). Elle peut représenter un processus normal de transmission des rôles parentaux (permettant la croissance émotionnelle de l'enfant qui peut s'identifier à des rôles de responsabilité future) et un facteur de maturation s'il s'agit d'une expérience transitoire et si la reconnaissance des parents vient en retour valoriser l'enfant.

Elle devient toutefois un processus pathologique (Le Goff et Garrigues, cités par Debruche, 2000) lorsqu'elle :

- devient une dimension habituelle et prédominante de la relation (de par son intensité ou sa rigidité), empêchant alors par son excès la maturation et l'autonomisation de l'adolescent parentifié,

- reste sans reconnaissance de la part des parents : l'enfant se retrouve alors dans l'obligation de poursuivre son dévouement sans fin comme s'il devait rembourser une dette qu'on lui impute injustement et dont il ignore l'origine (le lien est maintenu par l'existence d'une loyauté chargée de culpabilité), se sentant également coupable de ne pas réussir à devenir le « bon parent » dont on a besoin, ni à rester le « bon enfant » qu'il aurait aimé être.

Le mécanisme de parentification est facilité par la relation asymétrique de dépendance dans laquelle se trouve un enfant par rapport à ses parents (Miller cité par Debruche, 2000). Pour conserver une relation à laquelle il tient beaucoup, qui est quasi vitale pour lui, l'enfant va s'efforcer de s'adapter à cette demande et il va progressivement s'aliéner dans cette fonction qui lui est assignée ; l'enfant en arrive à ne montrer que ce qu'on attend de lui, il devient en quelque sorte « suradapté » par rapport aux demandes de l'entourage, par rapport au monde qui l'entoure, aux conventions. Le déséquilibre entre la prestation qui lui est demandée et l'absence de maturité émotionnelle adéquate transformera son comportement en une performance vide ; si, en outre, on exige de lui d'autres prestations qui contredisent la demande précédente, par exemple de rester un enfant, de ne pas atteindre une maturité sexuelle, la situation pourra encore s'aggraver et réduira inévitablement la possibilité qu'il se différencie en restreignant sa liberté de mouvement là où il est assujéti à des demandes conflictuelles ou fortement déséquilibrantes.

• La parentification pathogène correspondrait à un phénomène transgénérationnel avec dysfonctionnement au niveau des frontières qui seraient trop diffuses :

L'adhésion symbiotique d'un parent à son enfant trouve essentiellement son origine dans le manque de maturation et de frontières de ce parent vis-à-vis de ses propres parents.

Ainsi, pour Andolfi (2002), il existe deux modalités relationnelles dans la famille d'origine des parents qui peuvent être à l'origine d'un blocage évolutif : il distingue l'enfant chronique et la rupture émotionnelle. La position d'enfant chronique correspond à un arrêt du processus d'affirmation de soi à cause d'un processus d'intimidation intergénérationnelle, c'est à dire lorsque l'individu n'arrive pas à acquérir la position du Moi, qu'il est peu différencié (Bowen, 1984) et reste face à ses parents dans une position d'enfant. La rupture émotionnelle renvoie à une interruption brutale de la relation parents-enfant liée à une absence de séparation progressive qui entraîne une recherche constante de liens compensatoires.

Au niveau des frontières et selon Le Goff et Garrigues (cité par Debruche, 2000), le processus de parentification serait associé à :

- une hiérarchie renversée : l'enfant occupe un statut supérieur à celui d'un de ses parents,
- une coalition transgénérationnelle : Minuchin (cité par Villien et al, 1993) rappelle qu'« un enfant ne peut se maintenir dans une position hiérarchique élevée que s'il est juché sur les épaules d'un adulte ».

• Rôles de la parentification et conséquences sur le processus de séparation-individuation :

Selon Miermont (cité par Debruche, 2000), la fonction de parentification est de prévenir l'épuisement émotionnel de la personne en défaut de parentalité. Les enfants parentifiés portent une charge émotionnelle considérable sans avoir les codes de décryptage des situations dont ils ont la charge. Ces enfants loyaux, hyper-matures, qui donnent plus que ne le voudraient leur âge, leurs compétences, leurs besoins et leurs désirs, deviennent détenteurs

d'un pouvoir de régulation considérable dans le système familial mais au détriment de leur propre autonomie, étant réduits à la fonction qu'ils occupent.

Boszormenyi-Nagy (cité par Benoit et al, 1988) décrit trois rôles caractéristiques de la parentification, ayant en commun d'être une réponse aux difficultés personnelles de leurs parents (problèmes socioprofessionnels, maladies physiques ou psychiques) :

- Le rôle de soignant : Une demande de soins peut être adressée aux enfants et ce rôle de soins peut retarder ou arrêter l'autonomie des adolescents. Les enfants parentifiés doivent souvent lutter contre la dépression maternelle et la non-disponibilité paternelle. Petit, si l'enfant perçoit que son éloignement fragilise trop sa mère, il est en permanence partagé entre le plaisir à être à l'extérieur et la culpabilité vis-à-vis de la dépression maternelle ; il peut alors développer des symptômes pour la rassurer quant à sa non prise d'autonomie, quant à son besoin d'elle, par crainte également de détruire la relation vitale pour lui (Rideau, 2002). Ce scénario pourra se rejouer à toutes les étapes où les séparations se négocient et notamment au moment du « leaving home » : par exemple, la dépression de l'adolescent peut aider un parent dépressif à sortir de sa propre dépression et de ses désirs suicidaires (en devant s'occuper de son enfant) et peut même le rétablir dans son rôle de parent (Chabrol, 1988).
- Le rôle de sacrifié ou de bouc émissaire : L'enfant parentifié renonce à son autonomie, il joue le rôle de victime ou de délinquant pour réunifier sa famille, les parents sont poussés à surmonter leurs propres problèmes et éventuellement à s'unir pour faire face aux difficultés de leur adolescent, les parents peuvent former une coalition soudée par le comportement de l'adolescent qui les pousse à adopter un comportement d'hyperactivité. Les symptômes récidivants peuvent signifier « laissez de côté vos problèmes et occupez-vous de moi, cela sera plus confortable pour vous et pour moi ». Les comportements déviants de l'adolescent les aident à se sentir plus les parents d'un enfant qui a besoin d'eux que des individus dépassés par leurs difficultés personnelles, économiques ou sociales ; ainsi, l'adolescent en échec scolaire ou professionnel transforme sa mère en institutrice ou son père en expert comptable, l'adolescent malade transforme sa mère en infirmière... au détriment de leur propre autonomie (Frenck, 2002).
- Le rôle neutre : C'est le cas du « bon enfant », de « l'enfant sage » (Sibertin Blanc, 1992) en jouissant d'une bonne santé, en ayant de bons résultats, en ne réclamant rien... il est perçu comme sans problème pour faciliter la vie de ses parents. Derrière cette façade, ces enfants sont souvent pris dans un conflit entre les injonctions parentales et leur demande de créativité personnelle, cette attitude les entraîne à ne pas respecter leurs besoins fondamentaux et les conduit à avoir une mauvaise estime de soi (Corneau cité par Debruche, 2000) : ce sont des enfants qui peuvent se débattre dans des sentiments de vide, d'épuisement émotionnel ou de dépression qui pourront se révéler à l'adolescence et nuire au processus d'individuation.

2) La triangulation et le processus de projection familiale :

Ces deux processus sont issus de la théorie de Bowen qu'il développe dans *La différenciation du soi* (1984).

• Notion de projection familiale :

Nous avons déjà évoqué le fait que Bowen s'intéressait à la différenciation de l'individu par rapport au « corps familial » : rappelons qu'un des facteurs principaux pour déterminer ce

niveau de différenciation est le degré de séparation émotionnelle que la personne arrive à atteindre par rapport à sa famille d'origine soit ce qu'il a pu appelé « le degré d'attachement irrésolu personnel ». Pour lui, « le niveau de base de la différenciation est fixé à peu près au moment où le jeune adulte s'installe hors de sa famille d'origine ».

Lorsqu'un jeune adulte se met en couple et fonde une nouvelle famille, celle-ci fonctionne selon les modes de vie et les niveaux de différenciation que chaque conjoint a développé dans sa famille d'origine. Bowen met alors en évidence, dans chaque famille nucléaire, la mise en place de tentatives de réduction de l'angoisse et de lutte contre l'indifférenciation parentale ; ces tentatives peuvent prendre différentes formes représentées par quatre configurations émotionnelles possibles (elles découlent de celles existant déjà dans les deux familles d'origine des conjoints mais la proportion de chacune est déterminée par leur mélange dans le soi commun). Il s'agit de la distance émotionnelle (plus l'angoisse devient importante dans un couple, plus les conjoints s'éloignent par la fuite dans le travail, les amis, les loisirs personnels... jusqu'à une cohabitation indifférente), du conflit conjugal, du dysfonctionnement de l'un des conjoints (cas d'un parent démissionnaire donnant le pouvoir à l'autre parent contraint d'agir à sa place, maladie...) et de la projection du problème sur un enfant.

Le processus de projection parentale correspond donc au modèle de fonctionnement par lequel les parents projettent leur indifférenciation sur un ou plusieurs enfants. Ce processus est présent à quelque degré dans toutes les familles, tous les degrés d'intensité existent et il agit au sein d'un triangle père-mère-enfant.

Il existe des modèles définis de distribution de l'indifférenciation sur les enfants : celle-ci se concentre d'abord sur l'un d'eux, si la quantité est trop grande pour lui ou elle, le processus en sélectionnera d'autres à des degrés moindres.

On peut par ailleurs dire que ce processus est lié :

- au degré d'intensité émotionnelle de la mère au moment où elle investit son enfant ou se désinvestit de lui (il touche donc en particulier les enfants qui sont conçus et naissent durant une période de tension de la vie de la mère ou le premier enfant ou le seul enfant de l'un ou l'autre sexe ou celui qui émotionnellement est particulier vis-à-vis de la mère ou encore celui que la mère pense être particulier vis-à-vis du père),
- au degré d'indifférenciation des parents qui dépend de celui de leurs propres parents,
- au niveau d'angoisse lors de la conception et de la naissance de l'enfant,
- à l'orientation des parents vis à vis du mariage et des enfants.

Pour Bowen, le lien est net entre degré de différenciation et transmission de l'angoisse entre parents et enfants ; au sein d'une famille, c'est l'enfant le moins différencié qui recevra la charge anxieuse de ses aïeux, permettant ainsi un apaisement des relations entre les autres membres du système. Le processus concerne souvent les relations précoces mère-enfant : il semble commencer avec l'angoisse de la mère à laquelle l'enfant répond par de l'angoisse ; elle perçoit, de manière erronée, l'angoisse de son enfant comme étant un problème existant chez lui et elle va faire anxieusement des efforts pour montrer sa sympathie, sa sollicitude, débordant d'énergie hyperprotectrice (plus déterminée par sa propre angoisse que par la réalité des besoins de l'enfant) ; ce processus est à l'origine de l'adoption d'un modèle d'infantilisation et l'enfant devient de plus en plus fragile tout en ayant des exigences de plus en plus nombreuses. Ce modèle d'interactions sera déclenché par la suite par l'angoisse de la mère aussi bien que par l'angoisse de l'enfant : soit dès l'enfance, les périodes de tension vont faire apparaître des épisodes symptomatiques qui s'aggravent à l'adolescence, soit la fusion émotionnelle intense existant entre la mère et l'enfant fait que leurs relations restent équilibrées et positives, sans symptôme jusqu'à l'adolescence où peuvent apparaître des symptômes sévères

(l'enfant essayant alors de fonctionner par lui-même, la relation avec la mère ou avec les deux parents peut devenir négative) ; les formes les plus intenses de fusion entre la mère et l'enfant peuvent ainsi demeurer relativement asymptomatiques jusqu'à l'âge de jeune adulte.

Un peu dans la même idée, Shapiro (cité par Marcelli et Braconnier, 2002) relie l'échec du développement de l'autonomie du moi de l'adolescent à une défaillance du moi des parents qui apparaît faible et dépendant ; il insiste sur le rôle délétère de l'identification projective (qui a pour fonction et conséquence de rendre l'individualité, et donc l'identité de chacun, confuse) et de son utilisation par les parents d'adolescents perturbés : « Tant que ce mécanisme reste à l'œuvre de manière prépondérante et que les besoins défensifs des parents sont particulièrement intenses, les possibilités de séparation-individuation de l'adolescent sont bloqués ». Autrement dit, si on considère l'étymologie du mot autonomie qui signifie suivre ses propres règles, on peut dire que les parents projettent sur leurs enfants des règles qu'ils estiment bonnes pour eux-mêmes et qui vont dans le sens de leur autonomie à eux, ce qui peut paradoxalement entraver la prise d'autonomie du jeune ; le symptôme signifie alors le refus d'adopter les règles imposées tout en refusant de désobéir à l'injonction qui serait équivalent à une marque de désamour (Rideau, 2002).

● Notion de triangulation :

La triangulation désigne le processus par lequel une tension entre deux personnes est « régulée » par une troisième (Benoit et al, 1988) ; ainsi, le rôle de patient désigné de l'adolescent permettra aux parents de détourner leur attention des difficultés conjugales, de maintenir un statu quo et de lutter contre l'angoisse au sein du système.

Bowen part du précepte qu'une relation à deux tend à être émotionnellement instable, « en ceci qu'elle a un faible degré de tolérance à l'égard de l'angoisse et qu'elle est facilement perturbée par les forces émotives qui jouent dans le couple comme par les forces qui lui sont extérieures ». Sous l'effet du stress et au-delà d'un certain seuil d'angoisse, le duo de base a tendance à recruter une troisième personne (en général, la personne la moins différenciée) pour stabiliser le système en formant une coalition (les deux s'unissant face au troisième) ; « tout se passe comme si l'angoisse se diluait quand elle passe de l'une à l'autre des trois relations qui existent dans le triangle, ce triangle est donc plus stable et souple qu'un couple » : c'est la triangulation. L'idée est d'ailleurs reprise par Bouley (1994) pour qui l'interaction triadique père-mère-enfant permet une dynamique dans le sens où il existe une alternance des positions d'acteur et d'observateur et donne ainsi une certaine souplesse de fonctionnement au système (l'adolescence perturbe d'ailleurs cette dynamique en proposant un éloignement d'un des protagonistes, entraînant, si le système est rigide, un fonctionnement plus prévisible, répétitif et peu adaptatif).

« Quand l'angoisse diminue dans le triangle, la configuration émotive revient à celle d'un duo calme et d'un outsider. Dans les périodes de calme, il existe des triangles latents, inapparents se révélant au moment des crises. Lorsqu'un triangle s'avère insuffisant pour faire baisser le niveau d'angoisse, d'autres triangles se forment d'abord au sein de la famille (dans une famille, la tierce personne est souvent un enfant mais cela peut être tout autre membre de la famille voire une personne présente dans l'imaginaire de la famille) puis, si les triangles familiaux sont épuisés, le système familial triangule à l'extérieur : personne extérieure, police, services sociaux, médecins... permettant une externalisation de la tension (dès que les professionnels extérieurs à la famille entrent en conflit entre eux à son propos) et un maintien de leur indifférenciation intérieure ».

Le terme d'**enfant triangulé** a donc été utilisé pour appeler celui qui est au centre du processus de triangulation, se trouvant être également au centre du processus de projection parentale, qui présente un niveau de différenciation inférieur à celui de ses frères et sœurs et dont l'adaptation à l'existence est moins bonne. Pour Bowen, « plus le niveau de différenciation du soi est bas, plus une personne sera réactive à l'égard de l'angoisse ; une personne faiblement différenciée peut ainsi apparaître normale dans un domaine dépourvu d'angoisse mais dès que l'angoisse augmentera, elle se révélera la première à développer des symptômes ».

Le triangle apparaît comme « le plus petit système relationnel stable mais pas nécessairement le plus efficace à moyen et long terme pour résoudre les conflits et permettre un développement harmonieux de ses membres ». Une fois que le jeune et ses parents ont échoué dans le processus de séparation, un triangle stable peut continuer à fonctionner, sans modification de sa structure : le jeune continue d'avoir besoin de ses parents qui continuent d'échanger à travers lui (Haley, 1991).

La triangulation peut se présenter de différentes manières (Sharlin et Yahav, 1998) :

- La **coalition transgénérationnelle** (Haley, 1976) : Deux personnes de deux générations sont alliées contre une troisième ; elle peut être variable (exemple : chacun des parents exige la loyauté de l'enfant, rendant impossible pour ce dernier d'être proche de l'un sans trahir l'autre) ou stable (l'enfant est l'allié d'un parent contre l'autre). Lorsque la coalition est stable et déniée, elle correspond à la réalisation d'un triangle pervers.
- La **coalition par détournement** (Minuchin, 1974) : Il y a évitement ou déni des conflits conjugaux : soit par le soutien, les deux parents se rapprochent (dans une illusion de proximité) en surprotégeant l'enfant qu'ils qualifient de faible ou malade ; soit par l'attaque, les parents traitent les conflits qui les opposent en s'unissant contre l'enfant qui est défini comme mauvais et comme le problème de la famille, l'enfant est alors constamment impliqué dans le conflit conjugal. Cette forme de triangulation rejoint la notion de bouc émissaire de Vogel et Bell et d'Ackerman : forme extrême du patient identifié qui incarne la mauvaise qualité, la maladie ou la déviance de la famille pour que le reste de la famille puisse affirmer sa santé, sa valeur, sa normalité.

Généralement, lors de périodes d'angoisse, on observe une très forte nucléarisation de la famille qui se replie sur elle : ce repli intéresse la triade couple parental – adolescent désigné, s'il existe d'autres enfants, ils ont la possibilité de s'autonomiser de façon satisfaisante.

L'adolescent triangulé est en quelque sorte le gardien de l'équilibre familial à l'intérieur du système. Il peut préserver jalousement cette fonction privilégiée, protégeant ainsi les autres membres de la fratrie d'avoir à occuper ce rôle ; ces derniers occupent plutôt le rôle de gardiens des relations familiales à l'extérieur, ils maintiennent une apparence de normalité de la famille, témoignant de la bonne santé familiale et mettant l'accent sur la désignation de l'enfant symptôme qui est le seul problème. Le patient identifié disparaît ainsi sous sa fonction et il ne peut que craindre de disparaître s'il abandonne cette place. On observe toutefois dans des situations de clôture maximum une capacité à s'ouvrir sur l'extérieur pendant de brèves et rares périodes : ainsi, un épisode délirant ou un stade alarmant d'anorexie mentale entraîne l'ouverture de la triade sur l'hôpital, même si cet espace de liberté ne semble pas menaçant pour le futur car destiné à se refermer rapidement.

3) Le non-respect des frontières :

Les conditions familiales nécessaires au bon déroulement du processus de l'adolescence sont (Delage, 1993) :

- une frontière clairement définie entre les générations, nécessaire à la fonction contenante,
- une distinction nette entre la fonction parentale et la fonction conjugale (de telle sorte que l'adolescent ne soit pas amené à prendre parti dans les conflits du couple),
- des rôles nettement différenciés entre la mère et le père, caractérisés par des frontières interpersonnelles bien délimitées.

En corollaire, des dysfonctionnements au niveau des frontières peuvent avoir un retentissement négatif sur le processus de séparation-individuation des jeunes.

• Frontières interindividuelles et intergénérationnelles :

- **Au niveau des limites individuelles :**

Stierlin (1979) définit l'individuation comme la formation des caractéristiques individuelles et des limites psychologiques (capacités de différenciation de soi et de délimitation de soi). Elle peut être menacée par deux dangers opposés : l'hyper-individualisation (les limites sont trop rigides et impénétrables, l'indépendance se change en isolement, la communication avec autrui fait défaut) et l'hypo-individualisation (les limites sont inefficaces, trop floues, perméables, il y a menace de fusion et d'absorption par autrui).

- **Au niveau du système familial :**

Ces caractéristiques personnelles sont sous-tendues par des modes transactionnels (structures relationnelles qui agissent sur de longues périodes de temps) qui constituent un cadre relationnel à l'intérieur duquel la séparation des parents et des enfants, avec ses complexités et ses difficultés, est tentée ou non, réussit ou échoue.

Ces modes transactionnels impliquent les concepts de lien et de rejet qui reflètent l'action des forces centripète et centrifuge dans la dynamique de séparation intergénérationnelle.

Le **déficit d'individuation** est caractérisé par des frontières intergénérationnelles trop diffuses, il fait référence aux familles enchevêtrées au fonctionnement centripète. Il est sous-tendu par un mythe d'unité familiale qui tolère peu les différences et il y a confusion entre les générations. Ce fonctionnement familial peut être défini par la notion de « Moi familial collectif indifférencié » de Bowen (1984). De son côté, Boszormenyi-Nagy (cité par Stierlin, 1979) insiste sur la fusion, l'amalgame intersubjectif des sentiments, du sens des valeurs, des attentes et des positions de chacun pour expliquer les difficultés d'individuation au sein de telles familles : parce que les membres ne peuvent (ou ne veulent) être différenciés mutuellement, ils sont incapables de prendre la responsabilité des sentiments et des désirs qui leur sont propres, tout se trouve dans un état de flux indifférencié et nul ne peut demander des comptes à quiconque. Le mode de liaison est prédominant : l'adolescent reste généralement « emprisonné dans le ghetto familial » et la séparation d'avec ses parents est retardée. Pour Stierlin (1979), la liaison peut intervenir sur trois niveaux, correspondant à un concept psychanalytique bien connu : au niveau du Ça (il y a gratification régressive massive, l'enfant devient facilement dépendant avec passivité et tendance symbiotique), au niveau du Moi (les parents présentent à l'enfant des messages contradictoires, de telle sorte qu'à la fin il est incapable de déchiffrer ces propres signaux internes : forme de mystification) et au niveau de

Surmoi (l'adolescent reste prisonnier d'une loyauté invisible intense et développe un sens très fort de ses obligations, il ressent la survie des parents comme dépendant de lui seul et toute tentative de séparation, même si elle n'a lieu qu'en pensée, produit une culpabilité intense). Ainsi, l'autonomisation est entravée par l'enchaînement au système familial : la séparation est impossible, la sécurité de base et les satisfactions fondamentales ne peuvent être obtenues que dans la famille ; cet enchaînement peut être affectif (n'investir de libido que les seuls membres de la famille) et cognitif (penser uniquement comme la famille, sans pensée autonome). Le système maintient ce processus d'hypo-individuation en évitant l'établissement de relations extrafamiliales : pour que le jeune reste dépendant et impliqué dans sa famille, les frontières autour du noyau familial vont devenir imperméables ; toute tentative du jeune pour s'ouvrir aux contacts sociaux sera vouée à l'échec (le mariage est possible si cette union ne risque pas d'éloigner le jeune et le conjoint sera alors coopté dans la famille d'origine).

A l'inverse, l'**hyper-individuation** au niveau du système familial se caractérise par un repli vers des positions rigides, défensives, isolées avec rupture de la communication et de la relation : équivalent à une défense désespérée car toute concession et tentative de contact renferme une menace de fusion. On parle de familles désengagées aux frontières étanches et au fonctionnement centrifuge. Les difficultés d'autonomisation sont en lien avec la faiblesse du sentiment d'appartenance et l'instabilité des rôles parentaux. Le mode de rejet prédomine, la séparation d'avec les parents est accélérée mais pas l'individuation ; les capacités d'affirmation de soi pour une vie autonome restent sous-développées. Les adolescents qui ont vécu ce mode d'expulsion ont typiquement un immense besoin de récupérer la sécurité dont ils ont manqué d'où une recherche de partenaires ou de substituts parentaux mais qui se solde souvent par un repli ou un nouveau rejet. Dans ces familles, l'utilisation de l'échec d'un des enfants ou la focalisation sur ses troubles du comportement permet souvent de masquer le dysfonctionnement familial.

● Frontière entre couple parental et couple conjugal :

Minuchin (cité par Alberne, 2004) écrit : « Souvent des conflits non résolus des conjoints sont transportés dans la foulée dans le domaine de l'éducation des enfants parce que le couple ne peut séparer les fonctions parentales et les fonctions conjugales ». Des difficultés dans le processus de séparation-individuation peuvent en effet être liées à l'existence de frontières floues entre couple parental et couple conjugal, généralement associée à un même flou au niveau des frontières intergénérationnelles, comme le montrent les résultats de l'étude menée par Sharlin et Yahav (1998) où ils identifient une configuration d'implication (responsabilité et influence) dans la relation des parents d'adolescents symptomatiques.

Le départ de l'adolescent lié au processus d'autonomisation confronte les parents à la dyade conjugale et peut être source de perturbations importantes au sein du système familial, notamment si l'adolescent en question a été investi du rôle cémentite du couple conjugal : le système peut craindre que son départ provoque l'éclatement du couple et cet enfant, indispensable au fonctionnement conjugal, peut être maintenu dans une relation de dépendance à ses parents. Ainsi, la menace que l'adolescent se détache de la famille peut révéler les difficultés conjugales et les parents peuvent menacer de se séparer ; l'approche d'un succès scolaire, social ou professionnel de l'adolescent, représentant une promesse d'autonomisation, peut alors déclencher une crise familiale. En dysfonctionnant, l'adolescent recentre les difficultés sur lui, les problèmes du couple parental (apparaissant comme réactionnels aux difficultés de l'adolescent) masquent alors les problèmes du couple

conjugal ; les troubles du comportement de l'adolescent ou son échec scolaire, social ou professionnel permettent aux parents de continuer de communiquer à travers lui via ses problèmes (coalition par détournement) et à l'organisation familiale de rester stable, ils permettent d'éviter aux parents une intimité conflictuelle ou une prise de distance entre eux (Haley, 1991). On se trouve dans une situation où le jeune a le pouvoir d'empêcher ses parents de se séparer mais au prix de sa propre autonomie.

Cette situation de mise en échec du jeune peut s'inscrire dans un cycle répétitif qui va l'enfermer dans une inadéquation sur le plan personnel et social et signera le blocage de son processus d'autonomisation : le jeune commence à réussir son autonomisation, la famille devient instable, le jeune développe des symptômes, la famille retrouve sa stabilité... l'adolescent peut alors devenir le patient désigné et on constate que plus le symptôme est grave et installé c'est-à-dire plus est nécessaire la fonction du patient identifié, moins apparaît le conflit conjugal.

Mais les comportements déviants de l'adolescent représentent une tentative de solution souvent insatisfaisante et malencontreuse : les parents peuvent ne pas réussir à s'unir pour résoudre les problèmes de l'adolescent qui peuvent même accroître leur division (Haley cité par Chabrol, 1988), on observe alors une escalade symétrique entre les tensions conjugales et les difficultés de l'adolescent. Par ailleurs, en leur évitant la confrontation à leur problème conjugal, l'adolescent en empêche aussi la solution (Madanes cité par Chabrol, 1988). La fuite en avant dans le symptôme amène alors l'adolescent à s'ancrer dans la pathologie et dans la victimisation, faute de voir sa contribution au système familial reconnue.

Par ailleurs, la fonction de protection de l'adolescent crée une incongruité hiérarchique, entraînant éventuellement sa substitution par une lutte de pouvoir pouvant déboucher sur un renversement hiérarchique. Ce renversement est facilité quand les parents ont utilisé l'adolescent pour exprimer leur conflit, reflet de triangles pervers (exemple : la mère encourage la fille à désobéir au père qui attaque sa fille lorsqu'il est en colère contre la mère) (Minuchin cité par Chabrol, 1988). Quand la situation échappe aux parents, ils peuvent faire intervenir les professionnels de la santé mentale. Les interventions thérapeutiques de ces derniers risquent d'être détournées en se fixant sur le patient désigné, n'entraînant ainsi aucun véritable changement au niveau de la problématique familiale ; le placement du jeune dans une institution officielle est par ailleurs une modalité transactionnelle permettant à la famille de conserver sa structure pratiquement inchangée puisqu'elle empêche le changement en maintenant l'adolescent dans un statut « d'invalidé » (Haley, 1991).

4) Les conflits de loyauté :

Partager les mêmes racines crée, entre les membres d'une même famille, des liens indéfectibles qui, non seulement survivent à des séparations voulues ou non, mais influencent aussi le degré de liberté qu'auront les descendants de s'engager en dehors des liens d'origine, en particulier pour créer un couple et devenir parents à leur tour (Courtois, 2003). Dans l'optique de Boszormenyi-Nagy (cité par Bader & al, 2000), les mandats familiaux et les loyautés souvent « invisibles » occupent une place très importante dans les problématiques d'individuation et d'autonomie.

● Loyauté et délégation :

Le concept de loyauté est considéré ici comme une évidence naturelle prenant sa source dans la relation asymétrique de dépendance de l'enfant à ses parents : l'enfant, ayant reçu la vie,

éprouve un devoir éthique envers ses parents dont il veut s'acquitter quels que soient les comportements de ceux-ci (Villien et al, 1993).

L'« éthique relationnelle » apparaît, pour Boszormenyi-Nagy (cité par Courtois, 2003), comme la dimension qui motive véritablement toute relation humaine. Elle a une dimension transgénérationnelle : l'équilibre des transmissions intergénérationnelles semble régi par une sorte de « livre de comptes des dettes et des mérites » qui assigne à chaque membre de la famille dès sa naissance des droits et des devoirs. Cette assignation peut, dans certain cas, être comprise comme une tentative de réajustement (au niveau d'une génération) d'un déséquilibre survenu dans une génération antérieure : c'est le concept de legs.

La loyauté prend souvent la forme d'un message implicite transgénérationnel, le sujet peut ainsi ne pas être conscient des dettes et des obligations qui structurent les liens transgénérationnels, le livre des comptes de chacun peut rester flou, virtuel, les loyautés pouvant être « cachées » : certains parlent de « mandats familiaux » pour exprimer ce lien agissant sur plusieurs générations, comportant un engagement à rendre des comptes qui peut prendre l'aspect de véritables missions transgénérationnelles (c'est l'exemple de la transmission intergénérationnelle d'une faute et de la malédiction ou de la culpabilité qu'elle entraîne dans les générations futures).

L'idée de loyauté est reprise par Stierlin (1979) qui propose le concept de délégation dont l'élément central est « le lien de loyauté qui unit celui qui délègue à celui qui est délégué ». Selon lui, l'adolescent, avant d'atteindre l'âge adulte, pourrait être délégué par le système familial pour accomplir une mission ; cette délégation, la nature de la mission et les modalités de son exécution variant en fonction de l'histoire familiale. En général, la délégation ne se transmet pas directement, consciemment et dans le discours mais indirectement, inconsciemment et dans le secret (Ausloss, 1987).

La délégation n'est pas forcément pathogène et représente même un processus relationnel nécessaire et légitime : « elle donne une direction à notre vie, elle est le point d'ancrage des obligations qui nous sont transmises à travers les générations ; en tant que délégués de nos parents, nous avons la possibilité de prouver notre loyauté et de remplir des missions qui s'étendent au-delà des niveaux purement personnels ».

On distingue par ailleurs les loyautés verticales qui correspondent à la loyauté liée aux relations verticales asymétriques qui est imposée par le rapport biologique de parenté et les loyautés horizontales qui correspondent à des choix existentiels, à des attentes de réciprocité entre pairs résultant d'un engagement relationnel.

● Entraves au processus d'autonomisation :

Tout individu a une dette envers sa famille et l'autonomie réussie n'est possible que si cette dette est réglée. Des comptes non réglés, le fait de demeurer implicitement redevable, sans connaître la nature de la dette (ne permettant alors pas de s'en acquitter) tisse un lien subtil et secret, fait de culpabilité et d'emprise, entre créateur et débiteur (Villien et al, 1993). Si on se place du côté de la spirale du don de Schwering (cité par Courtois, 2003), le donataire peut estimer ne pas avoir suffisamment reçu de ses donateurs et donner plus à ses enfants, conjoints, petits-enfants que ce qu'il n'a reçu de ses ascendants : il pourra, en contrepartie, attendre d'eux un retour plus important que ce qu'il a donné pour combler le manque ressenti par rapport à ses ascendants et, en cela, les placer en position de débiteurs à vie. Dans ces conditions, négocier la séparation s'avère impossible (Rideau, 2002), l'autonomie est vécue comme une trahison et c'est le sentiment de culpabilité qui contrôlera la distance que pourra prendre l'adolescent (Gammer citée par Debruche, 2000).

Lors de ces dysfonctionnements familiaux, l'autonomie du jeune peut être entravée par la nature même de la délégation, de la dette : c'est le cas lorsque l'adolescent est chargé de missions problématiques voire impossibles à réaliser (réussite, exploit, transgression...); ainsi, en cas de délégation non exécutée, l'adolescent risque de rester lié au système familial par des dettes de loyauté non acquittées qui l'empêcheront de quitter vraiment sa famille d'origine et d'accéder à l'autonomie.

On peut distinguer principalement trois types de situations :

- quand la mission est en conflit avec les talents, les réserves et les besoins spécifiques à l'âge du délégué (la notion de loyauté clivée s'applique au cas de l'enfant parentifié qui s'interdira d'avoir des enfants pour ne pas disperser ses forces affectives),
- quand les missions sont incompatibles : des missions incohérentes, orientées vers des directions différentes peuvent être confiées (exemple : on peut attendre d'une jeune fille qu'elle soit une femme d'intérieur vertueuse et qu'elle réalise le secret désir de sa mère de sensations et de perversions sexuelles),
- quand il y a des conflits de loyauté : le concept de loyauté est de nature triadique c'est-à-dire qu'il implique de privilégier une relation au détriment d'une autre, il existe ainsi des conflits de loyauté au niveau vertical où le délégué culpabilise pour un parent qu'il trahit à l'instigation de l'autre (exemple de parents divorcés où l'adolescent est pris dans une loyauté scindée) mais également entre loyautés verticales et loyautés horizontales (Cloarec, 2004).

De là pourraient résulter soit des troubles psychiques ou comportementaux (délinquance, toxicomanie...), soit des maladies psychosomatiques, l'adolescent essayant dans le même temps d'exécuter la mission, de se rebeller pour s'autonomiser et de rendre à ses parents ce qu'ils ont fait pour lui.

Par ailleurs, certaines conduites symptomatiques de l'adolescent peuvent apparaître dans certains cas comme des actes de loyauté indirecte et cela de deux façons : 1) on peut évoquer la « loyauté » aux symptômes de la famille, sorte de « symptômes identificatoires » où l'enfant en présentant cette symptomatologie se sent faisant partie de la famille (Frenck, 2002), 2) l'adolescent peut représenter sur le mode « de la folie mise en acte » un personnage plus ou moins légendaire de la saga familial ou réaliser la « partie folle » de l'un et/ou l'autre des deux parents, le symptôme pouvant alors avoir une fonction métaphorique (Stassart, 1995). Dans le cas d'un symptôme comme acte de loyauté indirecte, entamer une thérapie ou guérir peut signifier alors se montrer déloyal envers les siens (Villien et al, 1993).

La perspective multigénérationnelle révèle ainsi une dimension des relations humaines dans laquelle à travers des générations des legs sont transmis, des registres de valeurs ouverts et fermés, des obligations remplies ou reniées et d'invisibles loyautés manifestées ou trahies.

Pour Bloch et Buisson (cité par Courtois, 2003), le repérage du don mais aussi du manque (qualitatif ou quantitatif) et la souffrance éventuelle qui lui est associée, est le moteur de la spirale du don ; ce repérage permet à chacun de se situer dans une continuité symbolique vis-à-vis de l'héritage reçu et/ou de s'en dégager partiellement en le transformant.

5) Secrets, règles et mythes familiaux :

• Un secret... et des mythes comme moyens de défense du système familial :

Un secret, d'après Ausloss (1987), est un élément d'information non transmis, que l'on s'efforce consciemment, volontairement, de cacher à autrui en évitant d'en communiquer le

contenu, que ce soit sur le mode digital ou analogique (à la différence du non-dit qui se limite à la non transmission verbale).

Un secret est mis en place lorsqu'une loi, dite ou non-dite, le plus souvent morale, a été, est ou menace d'être transgressée, ce qui entraînerait une atteinte à l'image de soi, individuelle ou familiale ; d'une certaine façon, constituer un secret, c'est enkyster une culpabilité et la dette qui lui est liée.

Selon Karpel (cité par Selvini, 1997), il existe trois catégories de secrets :

- individuels : le dépositaire du secret est une seule personne de la famille (exemple : seul le père sait qu'il a plusieurs maîtresses)
- internes à la famille : au moins deux personnes de la famille en ont connaissance (exemple : seuls les parents savent que leur fille a été conçue au cours d'une brève rencontre estivale)
- partagés : il s'agit d'un secret pour l'extérieur uniquement (exemple d'un secret partagé dans une famille nucléaire : personne ne doit savoir surtout pas le grand-père que le petit-fils est toxicomane).

Ausloss (1987) évoque par ailleurs le fait que l'adolescence et l'entrée dans la vie adulte sont par excellence les moments où les secrets prennent de l'importance ; le besoin de confidentialité de l'adolescent, les nouvelles frontières et alliances que sa présence suscite, la modification des règles familiales qu'entraîne son nouveau statut sont autant de raisons de constituer des secrets ; par ailleurs, le besoin de sens qui coïncide avec la recherche d'identité, la nécessité où se trouve le système de se redéfinir, les tensions entraînées par la situation de crise d'adolescence sont également autant de raisons de révéler des secrets.

Si le secret est d'importance, les règles qu'il engendre (moyen de contrôle pour empêcher sa révélation mais aussi moyen interdisant son oubli) deviendront prépondérantes dans le fonctionnement familial ; elles ne seront que très rarement formulées explicitement, c'est donc de façon détournée qu'elles seront transmises et pourront être perçues à travers le mythe familial.

Un mythe familial est selon Ferreira (cité par Courtois, 2003) « un certain nombre de croyances bien systématisées, partagées par tous les membres de la famille, au sujet de leurs rôles respectifs dans la famille et de la nature de leurs relations ». Le mythe reflète l'image que la famille veut donner d'elle-même, il puise dans l'imaginaire ce qu'il ne trouve pas dans le réel, c'est un mécanisme de défense contre l'angoisse et une façon de donner du sens (exemple : suicide de la grand-mère secret ; règle établie : ne pas parler de la mort de la grand-mère, seconde règle découlant de la première : on ne parle pas des relations parents-enfants ; mythe : dans cette famille, les relations parents-enfants ne posent aucun problème au point qu'il n'est même pas nécessaire d'en parler) (Segers-Laurent, 1997). Certaines familles au fonctionnement figé s'efforceront de rester d'autant plus conformes au mythe qu'elles ont forgé que celui-ci apparaît comme le dernier rempart contre le chaos.

Les secrets, les règles qu'ils entraînent, les mythes qu'ils fondent, les rites qui illustrent et renforcent les mythes, imprègnent tous les membres de la famille et « dirigent » à leur insu les actes de chacun, les diverses interactions entre les membres de la famille et les interactions entre la famille et l'extérieur (Métraux, 1991). Ils peuvent contribuer à éviter des changements ressentis comme menaçants et à maintenir une certaine homéostasie familiale mais ils apparaissent aussi comme pouvant empêcher l'évolution du système familial et de chacun de ses membres :

- D'une part :

L'existence d'un secret familial dont un enfant est exclu perturbe les relations intrafamiliales et peut avoir des conséquences sur son processus d'autonomisation dans le sens où, selon Selvini (1997), « le vécu de celui qui ne sait pas » peut être partagé entre : l'illusion et l'idéalisation (le ou les parents et la relation conjugale peuvent apparaître sous une lumière trompeuse), la contradiction et la confusion (la dualité des parents, cette dialectique entre parties niées et parties exhibées induisent des vécus anxiogènes de confusion et certaines contradictions, incohérences, oscillations de comportement restent inexplicables), l'invalidation, la dépréciation de soi et l'auto-disqualification (le sujet exclu du secret vient à douter de ses propres perceptions). Les secrets familiaux qui excluent le patient n'ont certes pas un rapport linéaire de cause à effet dans les perturbations mentales mais dans la mesure où ils peuvent être reliés à un phénomène de méconnaissance de la réalité, il existe une probabilité de lien avec des symptômes psychiatriques majeurs.

- D'autre part :

La question de la perpétuation / transformation du milieu familial est indissociable de celle de l'héritage familial et de celle des transmissions (Courtois, 2003). Or certaines familles n'arrivent pas à transmettre d'une façon naturelle à leurs enfants les racines qui vont permettre à l'adolescent de devenir un adulte tenant compte de ses appartenances et de ses différences (Emery, 1991). Dans le cas d'un mythe figé qui masque un secret (comme une relation incestueuse, un crime, des antécédents psychiatriques...), la dimension historique de la famille est rompue. Le secret va en quelque sorte se trouver enkysté dans les transmissions intergénérationnelles et cet héritage pourra se révéler dans une ou plusieurs générations suivantes sous forme d'un symptôme présenté par un « maillon faible » de la chaîne de transmission. Le patient désigné est celui qui incarne avec le plus de force le paradoxe du secret que l'on cache et du mythe que l'on voudrait afficher ; pour lui plus que tout autre, il est interdit de savoir et interdit d'oublier. Ce rôle entraîne pour lui l'étiquetage comme membre malade du système (entravant ainsi tout processus d'individuation) et des contre-rôles pour les autres membres à savoir d'être des non-malades. Pour certains auteurs, plus les règles deviennent contraignantes et « tournent à vide », plus ces règles risquent d'être transgressées et cette transgression révélera le secret en l'agissant (la pathologie dévoilerait ainsi le secret sans qu'il soit possible de le découvrir).

On peut en rapprocher les situations où l'enfant est le porteur d'un deuil non élaboré d'un parent, deuil figé dans le secret ou le tabou : l'évolution familiale apparaît comme bloquée et l'adolescent symptomatique comme le révélateur de la souffrance familiale liée à cette mort niée et qui feront dire à Cuendet et Grimaud de Vincenzi (2003) que « les morts mal enterrés vont poursuivre les vivants et faire de l'enfant portefaix un mort-vivant ».

- Par ailleurs :

Le mythe familial peut servir à masquer la pathologie relationnelle familiale qui est alors entretenue par le déni du problème, ce déni s'accompagnant généralement de cette autre explication, de cette théorie convenue, de ce que Watzlawick (cité par Fernandez et Loonis, 2005) nomme le « mythe familial simplificateur » : par exemple, au lieu de remettre en question le fonctionnement familial devant les symptômes d'un adolescent, on dira qu'il est « fou » ou « mauvais » parce que son arrière-grand-père a été hospitalisé en psychiatrie ou a fait de la prison.

• Les mythes comme fondations de l'identité familiale et individuelle :

Dans les années 80, de nombreux auteurs étendent la définition du mythe. Loin d'être exclusivement une expression de la pathologie, le mythe est proposé comme une fonction normale et « fondatrice » de la famille, sans laquelle celle-ci cesserait d'exister (Caillé, Onnis et Neuburger cités par Onnis, 2000). C'est un ensemble de représentations et de valeurs qui organisent les rôles essentiels des membres de la famille au cours de leur vie et les relient. Sa trame narrative constitue un irremplaçable facteur d'unification pour les membres de la famille (Alberne, 2004). Le mythe définit, dans un jeu d'interdits et d'autorisations les rôles sexuels, les positions générationnelles, les fonctions affectives, les positions sociales, en donnant à ces représentations une cohérence qui les rend légitimes et les lie à une éthique ; le mythe, comme récit qui définit ce que sont les relations de couple, de maternité et paternité, d'éducation, de droits et de devoirs réciproques... est indispensable pour la constitution de la famille : à l'intérieur du mythe, la famille trouve sa spécificité propre, tout à fait unique et singulière. Il a une **fonction identitaire** et une **fonction cognitive**. Il assure la cohésion interne de la famille en lui donnant son identité et cette identité familiale joue un rôle important dans la construction des identités individuelles (Rougeul et al, 1999). Les mythes familiaux se distinguent les uns des autres par la clôture ou l'ouverture du système de représentations qu'ils fondent, par la soumission au déterminisme d'une « théodicée familiale » à laquelle ils contraignent les membres de la famille, ou inversement par le degré maximum d'autonomie, de créativité et d'inventivité qu'ils leur concèdent (Métraux, 1991). La famille conditionne ainsi en partie notre perception, notre vision du monde, notre comportement dans le monde et notre relation aux autres et à nous-mêmes (Segers-Laurent, 1997).

Caillé (1994) insiste sur la double fonction de ce qu'il nomme « l'Absolu familial » : à la fois support de l'appartenance comme référent commun et support de l'identité du fait qu'au sein de la famille, il y a impossibilité d'avoir une position identique par rapport à ce référent. D'autres auteurs mettent l'accent sur la triple dimension des mythes ; ainsi, pour Pichot (cité par Cassiers, 1988), le mythe a une **dimension individuelle sous-tendue par une dimension relationnelle familiale et sociale**. C'est la communauté d'un mythe social qui définit la famille comme un des éléments constitutifs de la société (il en produit les principales règles de structure) puis familial qui rassemble les personnes constitutives du groupe en tant que communauté familiale. Le mythe individuel (Courtois, 2003) est l'appropriation par chacun des membres de la famille du mythe collectif, permettant au sujet de se donner une image intelligible de sa naissance, de sa place et de son rôle dans la famille et la société, de sa destinée et de sa mort. Il y trouve la description de sa soumission aux lois du groupe mais aussi celle de sa part de liberté et de responsabilité sur sa propre vie. Andolfi et al (1982) expriment le fait que « la possibilité pour chacun de se réapproprier le mythe familial donne la possibilité à la fois de prendre de la distance, de se séparer de tout ce qui est représenté en lui mais en même temps de l'accepter et de le rendre sien ». Groupe social, famille et psychisme individuel sont donc fondés sur un même ensemble de récits mythiques qui articulent ces trois niveaux et leur donnent existence (Cassiers, 1998).

Par ailleurs, même si le mythe est doté d'une grande permanence, il doit être capable d'évoluer avec les changements qui adviennent dans la famille : la vision qu'il donne à ses membres doit rester adaptée à la réalité. Ainsi, pour Segers-Laurent (1997), les mythes, règles et rituels propres à une famille « sont constituants et organisateurs du système, délimitant le cadre de l'espace du possible familial et tendant vers un équilibre dynamique circulaire ». La croissance de la famille comme de chacun de ses membres met sans cesse en scène une

histoire mythique et événementielle, passée et présente. A chaque étape de la vie, la famille et ses membres ont à se repositionner face à leur héritage pour gagner en existence et en liberté, les mythes, rituels, règles et valeurs seront réajustés, en continuité avec le passé mais dans un mouvement vers le futur. Dans la même mouvance, Caillé (1994) considère « l'Absolu familial comme un cadre à la fois stable et mouvant qui accueille l'individu lors de sa naissance, l'accompagne tout au cours de son cycle et permet la transmission à la génération suivante des mutations du modèle familial auxquelles il aura participé » ; ainsi, dans ces familles, les membres peuvent s'approprier cette zone commune qu'est le mythe familial et le remettre en question d'une certaine manière sans que le groupe ou les membres ne se sentent menacés (Neuburger cité par Courtois, 2003).

Les problèmes et notamment certaines manifestations symptomatiques à l'adolescence seraient alors liés à des problèmes de **manque de cohérence interne du mythe familial ou de son manque de cohérence avec les mythes sociaux** (Cassiers, 1988).

Le manque de cohérence peut entraîner de telles contradictions qu'elles peuvent même devenir destructrices de l'identité de tel ou tel membre du groupe (du fait de l'impuissance à fonder un espace de vie mentale pour tel ou tel membre de la famille). Ainsi, comme l'évoque Courtois (2003), si la vision du monde que le mythe détermine n'est plus adaptée à l'histoire de la famille (il a pu être utile autrefois mais ne plus être d'actualité voire devenir dangereux), aux événements extérieurs, au cycle de vie, l'histoire se fige, le temps s'arrête, ne permettant plus aux membres d'évoluer. Onnis (2000) va dans le même sens en soutenant que le système devient pathologique quand il est rigidifié et non évolutif, c'est-à-dire quand il est incapable de s'adapter aux exigences de transformation des diverses phases du cycle vital familial. Dans ce cas, la dialectique entre les deux pôles complémentaires de l'appartenance familiale (véhiculée par la reconnaissance du mythe) et de l'identité individuelle (liée aux besoins personnels de croissance) se clôt et se cristallise, en rendant statiques les liens mythiques d'appartenance et en risquant de contraindre et de rendre stérile le développement de l'identité personnelle. Dans ces familles où le mythe est figé, le double message (de conformisme et de différenciation par rapport à son groupe d'appartenance) auquel est toujours confronté l'enfant devenu adolescent (Neuburger cité par Courtois, 2003) va devenir un choix indécidable entre le fait d'être soi en trahissant le groupe ou de se fondre dans l'ensemble familial en se perdant comme sujet (Morel cité par Courtois, 2003). Si le message de conformité l'emporte, le groupe doit perpétuellement prouver que les choses se perpétuent pareilles à elle-même ; par loyauté au mythe, certains membres s'interdisent d'aller au-delà, embrigadés dans une conception du monde qui leur assigne tel rôle et non pas tel autre (Alberne, 2004) : l'identité familiale écrase alors les identités individuelles et ne permet pas l'individuation (Rougeul et al, 1999).

● Le génogramme :

L'outil du génogramme peut permettre de passer à un autre niveau de réflexion sur les symptômes de l'adolescent, il permet à la famille de retrouver ses liens d'appartenance qui étaient occultés, de remettre son histoire en mouvement et, ainsi, à l'adolescent d'allier son projet de vie à son histoire familiale (Emery, 1991).

6) Rigidité du système :

La souplesse et la rigidité d'un système ne sont pas forcément des propriétés intrinsèques à sa structure, ce sont des caractéristiques liées à sa dynamique, à un changement d'état

temporellement et spatialement déterminé ; ainsi, un système souple au stade A peut devenir rigide au stade B... (Andolfi et al, 1982).

On peut dire d'une famille qu'elle est rigide lorsqu'elle a perdu ses capacités d'adaptation face aux changements (Benoit et al, 1988) ou « quand une accumulation de fonctions ou l'incapacité de modifier ces fonctions dans le temps pèsent sur les besoins de différenciation de ses membres » (Andolfi et al, 1982). D'une manière générale, la fonction prend une connotation négative quand elle est assignée de façon rigide et irréversible dans un système familial qui fonctionne sur l'existence d'exigences précises quant aux fonctions de chacun (Andolfi, 1982) et/ou quand elle est en contradiction avec une fonction biologique (exemple de la parentification d'un enfant). Dans une telle situation où les individus ne coexistent qu'au niveau fonctionnel et sont contraints à ne vivre qu'en fonction des autres, chacun fait l'expérience de la difficulté d'affirmer et de reconnaître son identité et l'identité d'autrui, chaque individu semblant condamné à se comporter comme le système l'impose : ainsi, les règles qui régissent le groupe familial peuvent nier l'autonomie de ses membres et interdire leur individuation.

Dans le cas de ces familles où l'apparition de la différence est générateur d'angoisse pour la cohésion du système, le cadre de Segers-Laurent (1997), l'espace potentiel familial (où identité individuelle et identité familiale se développent simultanément) reste rigide et n'évolue pas, comme si le temps était en suspens, réduisant ainsi les potentialités de changement : les parents restent parents, les enfants restent enfants, et il n'y a plus d'espace de séparation.

La conséquence de ce type de relations est l'impossibilité de se mouvoir librement dans des rapports d'intimité et de séparation. Conserver en permanence une distance de sécurité ou, au contraire, chercher un rapport de fusion, sont les comportements les plus courants dans les systèmes où l'espace personnel se confond avec l'espace d'interactions, l'individu avec la fonction qu'il remplit et l'être pour soi avec l'être en fonction des autres ; l'intrusion dans l'espace personnel d'autrui et la perte simultanée de son espace propre peuvent alors devenir l'unique forme de relation possible, et plus cette modalité de relation prend de l'importance, plus le système devient rigide. Dans ces conditions, ce n'est pas tant le besoin de se différencier qui pose un problème mais plutôt le danger qu'autrui n'obtienne « son autonomie avant que je sois moi-même capable de le faire », il devient nécessaire d'exercer sur autrui un contrôle incessant afin qu'il ne puisse se définir clairement (ce qui serait vécu comme une preuve d'indépendance et de trahison), ce dysfonctionnement étant particulièrement manifeste au moment de l'adolescence avec pour corollaire une autonomisation difficile voire impossible (Piperno, 1979).

7) Quand séparation ne signifie pas rupture et quand distance ne signifie pas autonomie :

De multiples scénarios existent : séparation douloureuse mais préparée et acceptée, séparation subie et non acceptée, séparation impossible, intolérable et donc empêchée... Finalement, il existe mille et une façons de se séparer (ou de ne pas se séparer) et elles ne sont pas toutes synonymes d'autonomie.

Nous avons vu que l'autonomisation impliquait le changement de forme de la relation, il s'agit non pas de rompre avec ses parents mais d'instaurer de nouveaux liens qui ne seront plus des liens de dépendance : s'il y a rupture brutale et soudaine, le lien reste fusionnel, ne peut être élaboré et la séparation psychologique n'a pas lieu. Cette idée est reprise par Haley (1991) : « Encore que nous ne sachions pas très bien comment un enfant se détache de ses

parents et quitte la maison, il semble qu'il soit perdant dans les deux cas où il adopte une position extrême : soit il quitte sa famille en jurant de ne jamais la revoir, et en général sa vie tourne mal, soit il reste avec ses parents et les laisse diriger son existence et les choses tournent également mal. Il faut qu'il quitte sa famille tout en maintenant des liens avec elle ». Pour Bowen (1984), l'utilisation de la distance émotionnelle (repli sur soi) et celle de la distance physique (la distance géographique entre une personne et ses parents est employée comme palliatif à la distanciation psychologique non encore réalisée) sont deux mécanismes servant à affronter, et non pas à résoudre, l'indifférenciation et ils seront d'autant plus importants que la quantité d'attachement vis-à-vis des parents est grande ; le phénomène de rejet émotif ou coupure émotionnelle s'applique aux situations de mise à distance émotionnelle majeure.

B. CONDUITES SYMPTOMATIQUES :

Comme nous l'avons déjà évoqué, de nombreuses conduites symptomatiques à l'adolescence sont révélatrices de difficultés d'autonomisation rencontrées au sein du système familial ; la plupart de ces conduites sont parfois regroupées sous la terminologie de **pathologie du lien**.

Certains thérapeutes familiaux systémiques, comme Destal (cité par Bantman, 2004), mettent en avant le fait qu'on ne devrait pas, sur le plan théorique, différencier tel ou tel symptôme et qu'on ne devrait surtout pas en inférer des stratégies thérapeutiques spécifiques via des typologies familiales. En effet, d'un point de vue systémique, la symptomatologie individuelle est compréhensible dans le contexte des interactions familiales où le symptôme est apparu (Benoit et al, 1988), il n'y a donc pas un individu malade mais un dysfonctionnement familial. Dans ce cas, le concept de structure psychopathologique propre à un individu n'est plus forcément pertinent, on peut à la limite considérer que la structure peut s'exprimer (c'est la décompensation) ou ne pas s'exprimer (c'est l'aménagement) : le patient désigné est alors celui qui décompense, les autres étant aménagés grâce à la configuration particulière du système familial. Par ailleurs, la description d'une famille à partir d'un comportement symptomatique d'un de ses membres n'est pas vraiment une démarche de nature systémique car elle peut donner une image statique du fonctionnement familial (minimisant d'autant les potentialités évolutives) et elle se trouve être contraire au principe d'équifinalité (sachant qu'un même symptôme peut survenir dans le cadre de dysfonctionnements différents et qu'un même dysfonctionnement peut être associé à des symptômes différents).

D'autres thérapeutes familiaux se sont au contraire engagés dans cette voie (Minuchin, Stierlin, Onnis...) en tenant compte des nuances exprimés par Elkaïm à savoir : « si l'on ne relève que des singularités alors aucun discours général sur un type de problème spécifique n'est possible et si l'on est sensible qu'aux éléments communs à différents systèmes, alors on risque de tenir un discours non seulement totalisant mais totalitaire » (Benoit et al, 1988). Les données actuelles des différentes études (Bader et al, 2000) qui ont cherché à relier un type de pathologie à des problématiques familiales spécifiques relèvent l'impact de liens familiaux perturbés et de conflits transgénérationnels ainsi que certains éléments relationnels redondants mais sans lien de spécificité exclusif. Nous allons évoquer ces quelques redondances relationnelles, repérables en pratique clinique...

1) Passages à l'acte suicidaire :

● Dans les pays européens, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans. Le travail du Noyau d'Etude du Suicide (Lisbonne) montre que dans pratiquement tous les cas étudiés, l'adolescent faisait partie d'un système dysfonctionnel qui était entré dans une phase de déséquilibre, d'instabilité à partir de laquelle il n'arrivait pas à

s'organiser pour gagner un nouvel équilibre ; cette situation de crise tient fondamentalement à la rigidité du système familial, incapable de négocier et de confronter les finalités individuelles avec les finalités communes du système et ceci dans une phase du cycle familial, l'adolescence d'un des enfants, où cette négociation s'avère encore plus nécessaire (Sampaio, 1995).

Il semble qu'avant le geste autodestructeur, l'adolescent ait essayé d'autres formes d'appel dans le but de changer l'organisation de son système relationnel mais qui ont été ignorées voire qui ont abouti à une rigidification encore plus forte du système. La tentative de suicide apparaît alors comme un appel paradoxal au changement, forme possible d'obtenir une pression suffisante pour permettre à la famille de faire un saut vers un nouveau stade (Hoffman cité par Sampaio, 1995) ; cependant, le saut n'est possible que si les éléments du système captent le message et si, à partir de la situation de crise, ils peuvent se confronter avec les différentes finalités, renégocier la situation familiale et atteindre, à partir de là, un nouveau stade : c'est à ce niveau que se situe l'intervention thérapeutique.

Sampaio (1995) distingue, d'un point de vue relationnel, quatre types fondamentaux de tentatives de suicide chez l'adolescent :

- l'appel : le sujet veut un changement en se situant dans une position de complémentarité face aux éléments du système c'est-à-dire dans une relation basée sur une maximisation de la différence, il y a demande d'aide directe ;
- le défi : le sujet veut un changement en se situant dans une position de symétrie face aux éléments du système c'est-à-dire dans une relation basée sur l'égalité et la minimisation de la différence, la hiérarchie et l'organisation du système sont perturbées, il y a confrontation ;
- la renaissance : le sujet veut redéfinir les relations du système d'une façon individuelle et sans négociation avec les autres éléments, il y a sentiment de toute puissance ;
- la fuite : le sujet veut un changement en s'excluant de sorte que le système redéfinisse ses règles sans sa présence.

Le passage à l'acte suicidaire viendrait en lieu et place d'un discours qu'on ne peut avoir dans la famille à ce moment particulier du cycle vital (Vallée, 1998). Pour les thérapeutes familiaux, la tentative de suicide est la métaphore de l'autonomie vécue comme une menace de séparation de la famille d'origine. C'est une sorte de répétition générale qui préfigure le départ de l'adolescent ou du jeune adulte hors du cercle familial, comme s'il fallait tester les capacités du système familial à supporter un tel départ alors qu'il subsiste un doute sur les potentialités réelles du système à contenir les revendications identitaires de celui qui risque de partir. L'individuation, dans ces familles, n'est pas vécue comme une multi-appartenance mais plutôt en termes de menace de rupture, de séparation, de menace d'abandon ou de divorce.

● Les familles dans lesquelles se produisent les suicides réussis sont généralement confrontées à une rigidité extrême, ce sont des systèmes refermés sur eux-mêmes où l'autonomie signifie la mort, la mort concerne aussi bien la disparition d'un individu particulier, mais également la fin des relations interpersonnelles et la mort de la famille (Vallée, 1998). La pérennité de la famille en tant que structure organisationnelle et fonctionnelle prend le pas sur l'individuation et la différenciation des membres qui la constituent et sa survie est conditionnée par le gel de l'ensemble des processus d'autonomisation. La seule autonomie possible est une exclusion par la mort pour maintenir intacte la structure homéostatique des systèmes mortifères. Les membres de tels systèmes se retrouvent souvent confrontés à des règles apparemment contradictoires, à des situations

paradoxaux où il n'y a pas de réponse adaptée : d'un côté, l'individuation impossible d'une famille clan qui se vit comme un corps unique et qui est régie par une règle d'inséparabilité et de l'autre, l'impossibilité à vivre ensemble d'où des ruptures multiples et violentes et des morts brutales (Salbreux, 1985).

● Certains comportements ont une signification relationnelle équivalente aux tentatives de suicide en matière d'individuation : les fugues, certaines conduites dangereuses, certains accidents, certaines hospitalisations pour des troubles somatiques... Soulignons que, dans tout passage à l'acte, plus la famille a un comportement rigide et plus le risque de récurrence est grand : le maintien de la désignation du patient comme seul responsable des dysfonctionnements familiaux augmente les risques de passage à l'acte (Pochard et al, 1999) ; ces récurrences peuvent d'ailleurs être comprises comme des allers-retours répétés autant de fois que nécessaire pour permettre l'adéquation entre les revendications identitaires d'un individu et la maturation du système dans son ensemble (Vallée, 1998).

2) Conduites addictives :

● Elles se mettent en place pour l'essentiel pendant l'adolescence c'est-à-dire au moment où le sujet doit s'autonomiser. Les facteurs biologiques (avec notamment la dopamine), les facteurs sociologiques, les facteurs psychologiques (notamment la qualité des premières interactions de l'enfant avec son environnement et la qualité de la construction de son appareil psychique) sont des facteurs de vulnérabilité mais c'est à la faveur d'événements conjoncturels essentiellement familiaux que les conduites addictives s'expriment. L'importance des facteurs conjoncturels est d'ailleurs mentionnée par Bergeret (cité par Corcos et Jeammet, 2000) en ces termes : « il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction, n'importe quelle structure mentale peut conduire à des comportements d'addiction (visibles ou latents) dans certaines conditions affectives et relationnelles ».

La conduite toxicomaniaque correspond souvent à une forme d'appel, sur le mode de la provocation, face aux difficultés engendrées par la crise d'adolescence et les réaménagements individuels et familiaux qu'elle provoque.

● Considérée sous l'angle interactionnel, la conduite toxicomaniaque revêt une valeur adaptative en permettant à chacun des membres du groupe de faire l'impasse sur les conflits liés à la séparation-individuation de l'adolescent puisque la consommation de drogues empêche toute possibilité de détachement efficace et d'individuation de l'adolescent (Angel, 1991). On peut dire avec Prata et al (1996) que ce symptôme fournit une sorte de « pseudo-individuation », le toxicomane masquant sa dépendance à la famille (qui fait généralement écho au paradoxe énoncé par les parents : « soit autonome en restant près de nous, soit indépendant en rendant des comptes ») par la dépendance au produit. La prise de drogue s'inscrit alors dans « le cadre d'une tentative inappropriée pour négocier son émancipation du système familial » (Silvestre, 1991).

Le patient désigné joue sa partition avec les autres membres de la famille dans un système clos destiné à se reproduire et à maintenir sa cohésion dans la répétition du symptôme (Fournié, 1997) ; ainsi, dans leur ouvrage *Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Stanton et Todd (cités par Silvestre, 1991) décrivent « ... le cycle de la toxicomanie comme faisant partie d'un pattern familial comprenant un système homéostatique complexe constitué de rétroactions qui servent à maintenir la stabilité du système familial ainsi que le symptôme. Le toxicomane est vu comme triangulé au sein du sous-système du couple et son comportement comme la manifestation de cet équilibre particulier, on observe alors la séquence suivante : quand le toxicomane va mieux, les membres du sous-système parental

commencent à se séparer et quand il redevient problématique, ils détournent leur attention sur lui, au moins jusqu'à ce qu'il recommence à aller mieux, ramenant ainsi ce pattern à son point de départ ».

● De leur côté, Angel P et S (cités par Bader et al, 2000) ont décrit, concernant les familles de toxicomanes, le poids de divers mécanismes :

- le poids des loyautés et notamment, selon Stierlin (1979), le legs « d'une propension chronique à l'autodestruction qui s'est développée pendant plusieurs générations et se révèle maintenant de façon radicale »,
- le poids de mythes familiaux rigides (on peut évoquer le mythe de la bonne entente familiale, de la folie dans la famille, de la marginalité et celui de l'expiation) et des transgressions familiales (source d'alliances transgénérationnelles, de coalitions déniées et de secrets familiaux),
- l'existence de frontières floues sans différenciation suffisante entre les générations (entraînant une sorte de confusion entre les rôles parentaux, conjugaux et filiaux) et l'impact des ruptures émotionnelles transgénérationnelles insuffisamment élaborées (d'où l'importance thérapeutique de rétablir les contacts entre les différentes générations),
- le tout favorisant une « généalogie de la dépendance » et des « séparations impossibles ».

Les études semblent mettre l'accent sur les défaillances importantes de la fonction paternelle et la place significative des grands-parents dans les processus transgénérationnels favorisant la survenue d'une toxicomanie dans la troisième génération : ainsi Angel et al (cités par Bader et al, 2000) ont souvent observés des configurations conjointes de décès des grands-parents, de dépression parentale avec méconnaissance de cette souffrance (Samaniego et Schurmann, 1999) et de toxicomanie chez les enfants.

Par ailleurs, il semblerait qu'il existe une transmission transgénérationnelle de carence d'investissement, marquée essentiellement par trois types de dynamiques (Cirillo et al cités par Bader et al, 2000) : 1) un fonctionnement familial inadéquat avec une toile de fond trigénérationnelle souvent caractérisée par des vécus traumatiques peu élaborés (surtout dans la lignée paternelle), 2) des parents répétant les expériences insatisfaisantes vécues dans leur famille d'origine ou occultant le malaise relationnel et 3) une transmission générationnelle de l'abandon de l'objet comme règle de la structuration des liens.

On remarque également la surreprésentation de problèmes organiques et psychologiques (états dépressifs, addiction, tentatives de suicide...) présentés par les parents et la fratrie (Angel et al cités par Benoit & al, 1988) ainsi que la fréquence élevées de transgressions des lois sociales chez les parents (Debert et al, 1996).

● Différents auteurs insistent par ailleurs sur le fait que l'implication de la famille dans le programme de soins (sous forme de thérapie familiale) est une condition de réussite ; en effet, en l'absence d'une possibilité d'intervention sur l'environnement des toxicomanes, les prises en charge individuelles semblent vouées à l'échec : si le contexte familial reste inchangé et rigide, le risque de rechute est élevé (Fournié, 1997).

Angel (2002) s'est par ailleurs attachée à tenter de comprendre ce que représentait la demande de sevrage tant pour le jeune que pour sa famille, ce qui lui a permis de distinguer quatre phases dans la trajectoire du toxicomane et de sa famille :

- la phase de « consensus » : il y a banalisation de l'intoxication et déni du risque mortel qui apparaissent comme des mécanismes de défense intrafamiliaux ;
- la phase « entre crise et catastrophe » : elle correspond généralement au dévoilement de la toxicomanie (souvent par un tiers), il y a alors rupture de l'équilibre familial, moment de

crise qui peut conduire à une demande de consultation et donc de sevrage ; la demande de soins s'interrompt généralement rapidement après un sevrage temporaire qui précède une nouvelle phase de consensus ;

- la phase de « répétition de l'homéostasie » : il y a alternance de périodes de sevrage et de rechutes dès que l'homéostasie est menacée, c'est aussi l'époque où le toxicomane va essayer à plusieurs reprises, souvent sans succès, de s'émanciper du milieu familial par une série d'emplois temporaires et / ou une série de relations émotionnelles très instables (Silvestre, 1991) ;
- la phase de « l'après-sevrage » : soit les familles se démobilisent en dépréciant les efforts du jeune et des messages paradoxaux sont envoyés au patient désigné (« tu dis que tu ne drogues plus, pourvu que cela dure, je n'y crois pas »), le groupe familial se révèle de plus en plus exigeant, demandant que leur enfant soit conforme à l'image de l'enfant idéal ; soit le sevrage apparaît comme la résolution de la crise et la famille présente une façade de bonne entente ; quoi qu'il en soit, au-delà de la dépendance au toxique, la dépendance affective vis à vis de la famille est questionnée et les conflits d'adolescence, mis entre parenthèse par la prise de toxiques, sont réactivés ; le but est alors que les familles dénouent leurs liens pathologiques : il s'agit de détriangler le patient désigné.

3) Troubles des conduites alimentaires :

Dans les troubles des conduites alimentaires et notamment de type anorexique, Selvini-Palazzoli et Viaro (cités par Bader et al, 2000) décrivent un « jeu familial masqué » où l'anorexie résulterait de l'histoire de l'organisation relationnelle des familles.

Onnis (2000) ou encore Villien et al (1993) mettent l'accent sur l'impossibilité de définir une typologie univoque de la structure des familles de patients anorexiques, toutefois, il existerait certains aspects relationnels particulièrement redondants dont deux principaux :

- Le premier consiste en une labilité marquée des frontières entre les individus et les sous-systèmes générationnels : elle est synonyme d'intrusion continue dans les espaces psychiques et surtout psycho-émotifs des sujets au sein d'un « corps familial » qui se présente comme un amalgame indifférencié, elle réduit donc notablement les aires d'intimité et d'autonomie, rendant difficile tout processus d'individuation et de différenciation.
- Le second aspect correspond à l'évitement des conflits : c'est la difficulté ou l'impossibilité que les tensions conflictuelles portent à une définition plus claire et mature des relations, d'autant plus que les motivations des initiatives de chaque individu sont rapportées à quelque chose d'extérieur à lui-même ; les conflits ne débouchent pas sur des solutions qui favorisent les processus de différenciation et sont en général déviés sur des aires moins menaçantes (comme les troubles alimentaires de la patiente qui catalysent les contrastes en occultant tout autre problème).

Cette trame relationnelle est bien sûr à replacer dans le cadre de l'histoire familiale dont la spécificité empêche toute généralisation mais où, là encore, existent certaines redondances :

- Il existe souvent une conflictualité irrésolue et non déclarée, non affrontée, qui concerne la relation conjugale ; celle-ci est caractérisée par une importante insatisfaction réciproque et par, parallèlement, une alliance transgénérationnelle impliquant la patiente anorexique.
- De même, on retrouve souvent un « mythe d'unité familiale » qui est accompagné de « fantasmes de rupture » (craintes que tout mouvement d'autonomie ou de détachement entraîne une désagrégation catastrophique de l'unité familiale) ; ces mythes d'unité semblent se former, de façon hypothétique, comme des constructions défensives partagées qui ont la fonction de protéger de peurs non élaborées de pertes et d'angoisse de

séparation (fréquences d'événements traumatiques à thèmes de perte dans les familles d'origine).

Véritable « grève de la faim » selon Selvini Palazzoli (Trappeniers et Kannas, 1990), les conduites anorexiques reflètent « l'ambivalence et le paradoxe du choix anorexique qui est une tentative de concilier l'inconciliable : changer sans changer, à la fois protestation bruyante, agir propre à l'adolescence et prévalence de la régression et de la protection permettant de ne pas abandonner le monde infantile et les besoins fusionnels de dépendance ».

De même que pour les autres symptômes, Onnis (2000) insiste pour replacer l'anorexie mentale dans un contexte aux composants multiples (psycho-biologique individuel, familial et socioculturel) et propose l'existence d'une inter-influence réciproque, d'une corrélation circulaire entre ces différents niveaux.

Il reste par ailleurs que le travail avec ces familles est souvent difficile (Benoit et al, 1988) : leur demande peut être labile, la gravité de la situation n'est pas toujours reconnue, leur rigidité et le caractère enchevêtré des relations induisent une difficulté d'affiliation entre thérapeute et système familial et le besoin de contrôle de l'adolescente (aussi bien sur la famille que sur le système thérapeutique) risque d'aboutir à une escalade symétrique.

4) Psychose maniaco-dépressive :

La présence d'antécédents familiaux de pathologie thymique chez un adolescent souffrant de maladie maniaco-dépressive oblige le clinicien à s'interroger sur le lien de causalité directe (génético-biologique) mais aussi, à un niveau plus interactionnel, sur les ressources psychiques de l'adolescent dans cette dynamique familiale singulière et sur la dimension d'étayage de la pathologie parentale par la symptomatologie de l'adolescent (Kaganski et Corcos, 1998) ; l'influence d'une pathologie psychiatrique parentale, de type troubles de l'humeur ou non, ayant, de toute façon, une place particulière sur le développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent.

De nombreux auteurs dont Scott (cité par Kaganski et Corcos, 1998) considèrent que la prise en charge familiale dans le cadre des troubles bipolaires est essentielle (le poids de la dynamique familiale sur plusieurs générations étant souvent nécessaire pour comprendre ce qui se joue pour certains jeunes patients adolescents) mais généralement négligée.

L'expérience clinique montre pourtant le poids de l'environnement des patients, en particulier familial, sur les épisodes de décompensation et l'impact de la répétition de ces épisodes sur le système familial. Le processus de séparation et de différenciation est par ailleurs extrêmement difficile à mettre en place dans le cadre d'une pathologie familiale de psychose maniaco-dépressive car les désaccords et les conflits par lesquels il s'exprime peuvent représenter un risque vital : toute conflictualisation peut entraîner la mort par impossibilité à réagir et retournement de l'agressivité contre soi ou par destruction de l'autre par débordement de l'excitation et de l'agressivité ; il semble justement exister, dans cette population d'adolescents souffrant de troubles bipolaires, une concordance des phases de décompensation aiguë et d'événements qui font résonner la problématique de séparation-individuation (passage d'un diplôme, relation sentimentale...). Il s'y associe fréquemment une indifférenciation familiale où lorsqu'un membre de la famille est stabilisé, le risque de décompensation d'un autre n'est pas négligeable (principe des « vases communicants ») et où on retrouve souvent un mythe de protection mutuelle teintée d'ambivalence.

Il est, par ailleurs, important de souligner que la répétition de la pathologie familiale peut, en quelque sorte, inscrire et désigner une destinée collective tragique (cf. notion de symptôme identificatoire p 68).

5) Troubles psychosomatiques :

Ils ont de multiples formes... Certains troubles ont été plus particulièrement étudiés par Minuchin (asthme cortico-dépendant, diabète labile... chez l'enfant et l'adolescent) et les dysfonctionnements familiaux ont pu y être associés dans un lien de causalité circulaire, la famille influençant autant la maladie que cette dernière influe sur la famille (Benoit et al, 1988).

On retrouve alors fréquemment des familles enchevêtrées avec des mécanismes de surprotection mutuelle des membres de la famille (chaque membre de la famille peut être malade pour en protéger un autre), une rigidité du système, un seuil de tolérance au conflit particulièrement bas et une triangulation de l'enfant symptomatique. Par ailleurs, l'existence de loyautés invisibles, un processus de parentification qui entrave l'échange et la confrontation, interdisent le chemin vers l'autonomie de l'adolescent et favorisent l'intériorisation des troubles et leur expression corporelle (Petel, 2004).

Le risque est que ces expressions polymorphes ne conduisent l'adolescent à être de manière répétitive une future victime ou à s'ancrer dans un mode d'échange où la souffrance et la maladie sont la seule forme possible d'existence.

6) Troubles psychiques graves :

L'hypothèse de la genèse multifactorielle (biologique, intrapsychique, familiale et sociale) des perturbations mentales graves (troubles psychotiques, schizophrénie) est aujourd'hui pratiquement acceptée de tous.

De nombreux auteurs se sont toutefois attachés à souligner les facteurs familiaux en montrant la complexité relationnelle qui existe dans ces familles.

● **Certains auteurs ont contribué à la mise en exergue de la dimension interactionnelle et transgénérationnelle dans les troubles psychotiques de l'adolescent.**

Ainsi, pour Biloa (2004), « dans la pathologie psychique de l'adolescence, tous les épisodes délirants et productifs ne sont pas le début de pathologies graves, certains renvoient à une problématique de la filiation, de dimension transgénérationnelle ». De même, Marcelli et Braconnier (2002) soutiennent que « la schizophrénie mise à part, l'expérience montre que pour toute une série d'épisodes psychotiques aigus, il est possible d'établir une relation entre la révélation d'un secret relatif à la famille qui conditionnait l'homéostasie du groupe familial et la possibilité pour un adolescent de ne pas rentrer dans la chronicité », propos toutefois complétés par Selvini (1997) pour qui « ce n'est pas tant la révélation du secret qui compte pour déterminer un changement que le type de réactions amorcées par la révélation ». Par ailleurs et par extension, Rousseau et Kay (2001) soulignent l'utilité d'une évaluation culturelle des épisodes psychotiques chez l'adolescent migrant : elles mettent en avant la nécessité de tenir compte de la façon dont le patient et son groupe de référence se représentent le trouble et la possibilité de se servir du contexte culturel spécifique en thérapeutique pour permettre de contenir l'expérience psychotique entre plusieurs systèmes de sens. Ackerman (cité par Miermont, 1997) considère l'environnement familial comme étant « au cœur même du processus pathologique ; les relations du patient et de la famille participent d'une même

essence, agissent sur la vulnérabilité de la personnalité prémorbide, sur l'éclosion des troubles psychotiques manifestes, sur leur développement et sur leur issue ».

● **D'autres, comme Selvini (1997) et Bowen (1984) ont surtout mis l'accent sur l'hypothèse d'un processus trigénérationnel dans la genèse de ces troubles psychiques graves.**

Pour Selvini, il s'agirait d'un processus de transmission de la souffrance. Les processus défensifs mis en place dans la deuxième génération (parents) peuvent prendre l'aspect de mesures adaptatives (négation d'une réalité douloureuse et auto-illusion) mais nient la réalité de leurs souffrances et peuvent se révéler nuisibles dans le rapport avec la troisième génération : la méconnaissance de la réalité induite par les mécanismes de défense des parents (secret familial) pouvant entraîner la manifestation de perturbations psychiques graves chez un ou plusieurs de leurs enfants. Il précise que ce concept trigénérationnel est l'hypothèse centrale mais ne suffit pas à expliquer l'apparition des troubles chez un enfant, la présence simultanée de plusieurs facteurs de risque semblant essentielle ; il distingue des facteurs de risques intrafamiliaux (notamment une frustration des besoins psychologiques fondamentaux d'attachement de l'enfant associée à une très forte intensité émotionnelle négative dans les processus relationnels) et des facteurs de stress extérieurs à la famille (échec scolaire ou professionnel, crise sentimentale...).

Cette idée du lien entre les troubles psychotiques et la souffrance des parents est également évoquée par Selvini-Palazzoli (Trappeniers et Kannas, 1990) pour qui le relationnel aurait une place prépondérante dans le « processus psychotique », elle écrit à ce propos : « Chez les autistes aussi, on trouve des choses épouvantables qui peuvent expliquer le refus qu'a cet enfant d'apprendre (ce peut être la souffrance des parents par exemple) et s'il refuse d'apprendre, son cerveau ne s'organise pas et cela devient ensuite biologique ».

Pour Bowen, c'est le processus de projection parentale et le processus de triangulation qui sous-tendent cette symptomatologie : l'enfant le plus touché par la projection aura un niveau de différenciation plus bas que celui de ses parents et ainsi de suite (le processus s'effectuant de génération en génération) jusqu'à ce que le niveau atteint ne lui permette plus de se différencier correctement, atteignant le niveau de handicap qui accompagne la schizophrénie.

● **D'autres soulignent la désorganisation de la structure familiale et les modalités relationnelles qui en découlent.**

Lidz et al (cités par Nandrino et Doba, 2001) soulignent l'impossibilité de maintenir des frontières générationnelles entre les parents et les patients schizophrènes : les différences entre les générations sont pratiquement gommées et remplacés par une indifférenciation des rôles et des statuts de chacun.

La position des sujets schizophrènes, selon l'étude de Nandrino et Doba (2001), apparaît comme étant une position charnière entre des sous-systèmes intrafamiliaux ou entre les parents : ils sont au centre d'un processus de triangulation, dans un rôle de « gardien de la famille », servant de pare-excitation, permettant de maintenir une illusion d'unité familiale, permettant au reste de la fratrie d'accéder à une certaine autonomie mais conduisant à la perte de leur propre individualité dans une perception de la réalité familiale qui semble figée. Andolfi (cité par Albernhe, 2004) insistera d'ailleurs sur « l'importante rigidité des transactions relationnelles psychotiques ».

La perturbation des frontières transgénérationnelles serait associée, pour certains auteurs, au non-respect de la hiérarchie au sein du système familial. Ainsi, une lutte de pouvoir entre les

membres de la famille pourrait être impliquée dans la genèse de ces troubles. Selvini-Palazzoli et coll. (cités par Benoit et al, 1988) décrivent les familles à transaction schizophrénique comme « un groupe naturel régi par une symétrie excessive au point de n'être pas évocable et qui reste donc occultée » et Prata (1991) évoque (en s'appuyant sur l'article de Selvini-Palazzoli : *Towards a general model of psychotic family games*) comment un « jeu symétrique » entre les parents peut devenir un « jeu psychotique » dans la famille : il s'agirait pour l'enfant de s'immiscer / d'être immiscer dans les problèmes conjugaux faits de provocations réciproques et de fixer l'attention des adversaires par un comportement inhabituel qu'il exagérera « dans le but de l'emporter à tout prix : il mettra le gagnant apparent du couple parental à genoux et montrera au perdant ce que lui, l'enfant, est capable de faire ».

En ce qui concerne les modes communicationnels, l'effort pour contrôler la relation à l'autre a pour arme « de disqualifier sa propre définition de la relation avant que l'autre n'y parvienne », on parle de disconfirmation et d'auto-disconfirmation (Selvini-Palazzoli dans *Paradoxes et Contre-Paradoxes*, citée par Benoit et al, 1988). Haley (1991) fait reposer le fonctionnement d'un système familial comprenant un membre schizophrène sur un modèle d'interactions comprenant cinq points principaux : 1) chaque membre de la famille qualifie ses propres propos de façon non congruente, 2) chaque membre disqualifie constamment les propos des autres, 3) toute autorité définie est impossible dans la famille, 4) aucune alliance confirmée n'est possible dans la famille, 5) le blâme est également impossible ou nié ou diffus. Ce modèle communicationnel réactualise la notion de double contrainte de Bateson (cité par Alberne, 2004) pour qui « un long processus de doubles contraintes, faisant subir continuellement des expériences de négation de soi, pouvait conduire à un processus schizophrénique ».

De ce modèle communicationnel découlent en partie certaines difficultés rencontrées en thérapeutique (notamment institutionnelle) avec ces familles ; il y a disqualification souvent réciproque des familles et de l'équipe soignante avec risque d'escalade symétrique qui place le patient dans un conflit de loyauté dont il ne peut sortir bien souvent que par le symptôme (Rivat-Péran citée par Alberne, 2004) et qui peut ainsi favoriser la chronicité (Nandrino et Doba, 2001).

● **Par rapport à l'évolution des troubles** et selon Selvini-Palazzoli (cité par Nandrino et Doba, 2001), deux types d'évolution de la protestation psychotique sont envisageables. Soit l'explosion psychotique permet d'obtenir un changement au sein du système familial et tend par conséquent à disparaître progressivement (la résolution de certains épisodes psychotiques aigus chez l'adolescent est en relation avec ce changement obtenu dans le jeu familial), soit le comportement psychotique du patient évolue vers la chronicisation. Dans ce dernier cas, chacun des membres de la famille a organisé sa propre stratégie autour du symptôme ce qui a pour effet pragmatique de le maintenir ; ce danger de chronicisation est majeur, en particulier lorsque la famille s'exclue ou est exclue des procédures de soins.

Beaucoup de thérapeutes familiaux se sont intéressés aux schizophrènes tels Haley, Lidz, Ackerman, Boszormenyi-Nagy, Whitaker ou encore Elkaim, Selvini, Andolfi, Bowen... mais selon Miermont (1996), les espoirs enthousiastes des premières années (et de la découverte du double lien dans les familles comprenant un membre schizophrène) ont laissé la place à un découragement, voire à un scepticisme et seule l'approche psycho-éducative continuerait à s'intéresser aux schizophrènes chroniques dans une optique qui relève l'action thérapeutique aux interventions médicales conjointes ; pour lui, il faut continuer à considérer la nécessité d'une approche intégrative et multidimensionnelle et il évoque le consensus de 1994

(conférence de consensus sur le traitement des psychoses schizophréniques, 13-14 janvier 1994, France) qui reconnaît une place, certes modeste mais réelle, aux approches familiales à finalités thérapeutiques. Pour Nandrino et Doba (2001) aussi, la dimension familiale n'est pas suffisamment abordée et notamment au sein des institutions psychiatriques ; ils mettent en avant la persistance de la dimension familiale malgré des institutionnalisations de plusieurs années dans le sens où les patients se sentent toujours autant immiscés dans le sous-système parental (dessin de la famille) malgré la séparation physique du milieu familial : pour ces auteurs, le jeu familial persiste et mériterait d'être exploré.

7) L'adolescent antisocial :

Certains auteurs ont essayé de repérer au sein d'une population d'adolescents anti-sociaux la présence d'éléments relationnels redondants dans les interactions familiales.

Le comportement antisocial peut être défini comme la présence d'actes provocateurs et violents en symptôme principal qui peuvent s'étendre de l'échec scolaire (sur le registre de la défiance à l'institution) en passant par le vandalisme, la violence en groupe, les vols jusqu'à l'homicide ; il inclut donc les conduites de délinquance qui correspondent aux infractions aux lois en vigueur contre les biens ou contre les personnes (Cirillo et al, 1998).

Certaines conduites délinquantes sont considérées par certains comme une sorte de rite de passage au moment de l'adolescence, sorte de mise à l'épreuve de soi-même et de la société ; leur fréquence élevée peut aussi renvoyer à certaines réalités sociologiques concernant le maillage plus ou moins serré du contrôle social et le rôle d'identité collective que ces conduites peuvent revêtir. Il semblerait toutefois, qu'en se centrant sur le fonctionnement relationnel des familles, on puisse mettre en évidence des structures particulières pouvant avoir une fonction favorisante sur les conduites délictuelles et le passage à l'acte en général (Benoit et al, 1988).

Ainsi, certains modes de transaction semblent plus fréquents : les processus de délégation, les secrets de famille agis sur l'extérieur, les injonctions paradoxales mais aussi des frontières dysfonctionnelles avec perturbation de la hiérarchie, les conflits conjugaux et la notion de bouc émissaire s'appliquent à ces familles.

Cirillo et al (1998) ont par ailleurs tenté de mettre en évidence des traits relationnels intrafamiliaux fréquents dans les familles présentant un adolescent antisocial :

- Le père est généralement diabolisé et vécu comme activement rejetant et hostile... on peut alors voir, chez l'adolescent déviant, un déplacement vers la société (enseignants, policiers...) d'une rancœur, en partie inconsciente, primitivement dirigée contre le père.
- On retrouve une fréquence élevée de pères précocement soumis à des contraintes d'adultes et qui avaient eux-mêmes un lien négatif avec leur propre père. La relation père-fils est alors marquée par des phénomènes projectifs de deux sortes : 1) le père investit fortement son fils dans une instance réparatrice et compétitive par rapport à sa famille d'origine, ce qui peut entraîner une réaction disproportionnée du père face aux premiers échecs (par exemple scolaires) du fils et générer une escalade symétrique entre les réactions du père et celles du fils ; 2) le père ignore émotionnellement son fils jusqu'à l'adolescence où les premières manifestations d'autonomie sont interprétées de manière « criminalisée », pouvant induire une sorte de « prophétie autoréalisatrice ».
- La mère apparaît souvent comme abusée physiquement et/ou psychologiquement par leur mari ; elles peuvent être rejetantes ou entraîner une parentification compensatoire de leur enfant (par rapport aux frustrations subies dans leur famille d'origine ou avec leur

conjoint). Il est noté la collusion, la permissivité ou le manque de contenance de la mère par rapport au comportement déviant du fils qui peut même se vivre comme le « vengeur de la mère opprimée » ; lorsque l'adolescent est une fille, la passivité et l'acquiescement de la mère face au mari tyran la rendent incapable de s'identifier à cette mère.

- Le rapport de couple est souvent marqué par un conflit ouvert entre les deux conjoints : les femmes manifestent de l'insatisfaction mais restent incapables de s'affranchir de leur dépendance dans une sorte de mythisation du conjoint agresseur.

Des consultations familiales même sous mandat peuvent permettre un engagement dans l'élaboration autocritique de la part des parents (voir l'expression des souffrances vécues dans la famille d'origine) et contraster avec l'attitude de critiques et d'hostilité envers le jeune, pouvant ainsi mettre fin à l'escalade symétrique et permettre de reprendre un processus d'autonomisation en rendant possible le dégageant de cette position fragilisante et trop exposée.

Bantman (2000) rappelle qu'il ne s'agit pas d'évoquer une quelconque causalité univoque, renvoyant la responsabilité d'une problématique souvent complexe à des facteurs familiaux, les facteurs à l'œuvre étant souvent multiples et intriqués ; rappelons qu'à l'adolescence, l'intrapsychique entre en jeu et résonne avec les assises familiales et sociales. Il convient par ailleurs de se méfier de simplifications commodes mais réductrices : pas plus qu'il n'y a et ne peut y avoir de modèle explicatif simple, qu'il soit économique-politique, sociologique ou psychologique de compréhension de la délinquance, il ne saurait y avoir de modèle purement systémique familial.

8) Echecs scolaires :

Un mot sur les échecs scolaires qui peuvent également objectiver, chez l'adolescent, l'impossibilité dans laquelle il se trouve de s'autonomiser par rapport au groupe familial (Benoit & coll, 1988).

La nécessité d'acquérir une formation intellectuelle et professionnelle afin d'accéder aux reconnaissances sociales de l'âge adulte est une des tâches de l'adolescence. L'adolescent peut se permettre de se donner les moyens de réussir son projet de formation lorsqu'il est en mesure de s'affranchir de la fonction qu'il occupe dans le système familial. L'échec scolaire de l'adolescent est souvent en rapport avec un dysfonctionnement au niveau des barrières intergénérationnelles et se retrouve plus fréquemment, au niveau de la fratrie, chez le benjamin et chez l'aîné (le départ du premier ou du dernier pouvant prendre des significations importantes dans la dynamique familiale). Pour certains adolescents ou jeunes adultes, le passage entre la phase de formation scolaire et la phase d'activité professionnelle peut également répondre à cette dynamique de l'échec qui maintient un état de dépendance et par là un certain équilibre familial.

C. LA PLACE DU DIAGNOSTIC EN THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE ET LA NOTION D'INDICATION :

1) Place du diagnostic :

L'évocation des conduites symptomatiques de l'adolescent nous amène à parler de la place du diagnostic en pratique systémique : Quel sens va prendre l'évaluation et l'appréciation du diagnostic psychiatrique en thérapie familiale ? L'approche systémique peut-elle permettre de mettre en évidence une structure et une dynamique propre à chaque structure nosographique ?

● Diagnostic de la famille :

On a vu que la spécificité du mode d'approche en thérapie familiale s'accommodait mal de la tradition médicale classique selon laquelle la conduite du traitement devrait différer en fonction du diagnostic posé. Certains auteurs parlent pourtant de familles à transaction psychotique, anorexique, dépressive, psychosomatique... ayant chacune leurs particularités mais ce mouvement est critiqué par d'autres comme Andolfi (2002) qui pense que l'exigence de formuler un diagnostic relationnel les a poussé à faire appel à l'ancienne nosographie individuelle, greffée de façon inappropriée sur la famille. Il semble par ailleurs que la dynamique de la thérapie ne soit pas différente en fonction de cette distinction et que, si l'on se rapporte à la littérature systémique, les concepts et les notions utilisés aient une tendance plutôt extensive et que leur pertinence soit plutôt transnosographique (Havet cité par Bantman, 2004).

● Diagnostic du patient désigné :

Certains auteurs se sont également penchés sur la question du diagnostic du patient désigné, et notamment en matière de psychose, en début de thérapie familiale systémique. La famille qui vient consulter éprouve le besoin d'un diagnostic, espérant de cette façon donner un sens à ce qu'elle ne comprend pas, à ce qui l'effraie. Le thérapeute familial se doit donc de l'accepter, surtout quand il s'agit d'un diagnostic de psychose souvent établi par un autre spécialiste, afin d'établir avec la famille un rapport de confiance, un rapport positif qui lèvera les réticences de la famille à s'engager dans le travail thérapeutique qu'il lui proposera ; même s'il ne s'agit pas de quelque chose auquel il doit croire absolument, il est important d'accepter ce que lui propose la famille comme digne d'intérêt. L'essentiel pour le thérapeute sera de percevoir quel type de message représente la maladie et de voir comment la famille réagit. L'intérêt est de convertir la problématique de la maladie en une problématique relationnel et en processus interactif (Bantman, 2004).

2) Notion d'indication :

La question du diagnostic amène la question de l'indication en thérapie familiale systémique, d'autant plus que les thérapeutes familiaux sont amenés à intervenir dans de nombreuses situations cliniques : troubles des conduites alimentaires, maltraitance, troubles psychotiques, troubles addictifs, troubles psychosomatiques, comportements hétéroagressifs...

On parle d'indication quand on considère quelles sont les conditions particulières dans lesquelles un traitement donné est utile dans une maladie déterminée ; cette définition implique la notion d'observateur autonome par rapport à l'objet de l'observation (cybernétique de premier ordre).

Certains auteurs posent l'indication d'une thérapie familiale à partir d'un diagnostic individuel ; ainsi, dans l'article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale consacré à la thérapie familiale, Miermont (2005) dresse une liste exhaustive des indications et on peut voir qu'à réfléchir à la notion d'indication en termes médicaux traditionnels, toute la pathologie psychiatrique (hormis les démences et les oligophrénies considérées par tous comme peu accessibles à la psychothérapie) peut être considérée comme relevant de la thérapie familiale et qu'aucune contre-indication n'est mentionnée. D'autres proposent de classer les familles selon leur mode communicationnel et interactionnel, proposant une certaine typologie de la famille ou une certaine typologie de la rencontre (Roume cité par Benoit et al, 1988) et permettant alors de formuler des diagnostics familiaux et par là de poser l'indication d'une thérapie familiale visant à modifier les règles dysfonctionnelles du système.

Une autre conceptualisation de l'indication en thérapie familiale est proposée par Neuburger (cité par Janne et al, 2000) pour qui la question de la demande de soins est essentielle quant à l'orientation vers une thérapie familiale, de couple ou individuelle ; en effet, la demande de thérapie familiale peut être faite par le sujet symptomatique en personne ou par un autre membre du système familial ou encore par des professionnels de la santé mentale ou du champ socio-éducatif qui perçoivent les limites de leur champ d'intervention (dans ce cas, la famille n'est pas directement volontaire et ne perçoit pas forcément l'intérêt de telles consultations). Pour lui, il convient de resituer la demande dans son contexte et cette reconsidération contextuelle consiste alors à explorer la demande selon trois critères : le symptôme (Qui pose le plus de problèmes à la famille actuellement ?), la souffrance (Qui souffre le plus de la situation ?) et l'allégation (Qui se montre le plus préoccupé de la situation ?) ; l'indication de thérapie familiale est justifiée lorsque ces trois éléments sont répartis entre plusieurs membres d'une même famille. Pour Neuburger, il est important de poser l'indication de façon adéquate pour éviter certains écueils : une indication de thérapie familiale chez un sujet porteur des trois sous-dimensions de la demande reviendrait à bafouer son espace d'individuation et, inversement, proposer une thérapie individuelle lorsque les trois éléments sont répartis dans le groupe reviendrait à ne pas prendre en compte certaines sous-dimensions. Bantman (2004) met également en garde contre les mauvaises indications de thérapie familiale qui pourrait également aboutir à un élargissement de la désignation de l'individu à la famille et augurer de l'escalade entre le système thérapeutique et la famille.

Ces différentes conceptualisations ne sont toutefois pas reconnues par tous et la question de l'indication se pose en ces termes pour Corchuan (1999) : Puisque le thérapeute fait partie du système (cybernétique de second ordre), il ne peut prétendre à une position d'observateur indépendant, position impliquée par la notion d'indication. A partir de là, aucune nosographie objectivante ne saurait être envisagée et, à fortiori, on ne peut même plus parler d'indication ou de contre-indication à la thérapie familiale. On peut seulement considérer des familles qui se représentent une thérapie familiale comme indiquée pour leur problème. Il pense que, dans ce jeu interactif de l'offre et de la demande, l'enjeu essentiel est la représentation mentale que le patient désigné et sa famille sont amenés à se faire du problème. Par ailleurs, on peut dire que le problème de l'indication se pose essentiellement pour ceux dont le travail est centré sur l'individu dans une perspective de causalité linéaire (Benoit et al, 1988).

Il est cependant difficile en pratique de raisonner selon la loi du tout ou rien et on reste confronté à certaines limites (plutôt qu'à des contre-indications) face à la mise en place d'une thérapie familiale et qui résultent de l'impossibilité ou de l'extrême difficulté dans la constitution d'un système thérapeutique opératoire. Il peut s'agir du contexte institutionnel (dont l'alliance implicite avec la famille d'un individu malade peut entraîner des résistances) ou le refus d'un ou plusieurs membres du système avec qui l'on souhaite travailler.

Miermont (2000) évoque d'autres limites à la thérapie familiale. Il considère en effet que les premières modélisations ont en commun de considérer la famille comme une unité susceptible de changer en fonction d'une implication directe des membres qui la composent, les symptômes présentés étant interprétables à partir de l'examen des modes de fonctionnement de la famille (qu'il s'agisse de son organisation psychique, de ses modes d'interactions actuels ou des processus historiques qui la constituent) : il s'agit de thérapies de la famille par la famille. Ces courants insistent sur l'implication des membres de la famille amenés à consulter, sur leurs motivations, sur leurs aptitudes à se remettre en question et à changer leur mode de fonctionnement et nécessitent par conséquent certaines ressources familiales or, dans les situations de maltraitance, d'abus sexuel ou de psychose, une telle implication directement orientée sur les représentations que la famille a d'elle-même se révèle inadéquate dans la mesure où elle risque d'amplifier les sentiments de culpabilité ou de honte ou de déplacer les

symptômes et la souffrance sur les membres présumés sains ; dans ce cas, il paraît préférable d'utiliser de nouvelles modélisations qui considèrent la famille comme un partenaire thérapeutique (thérapie avec la participation active de la famille plutôt que thérapie de la famille) : on distingue les modélisations écosystémiques élargies mais aussi les modélisations cognitivo-comportementales (où les perturbations dans les relations intrafamiliales sont considérées comme secondaires à la maladie) et les modélisations narratives et humanistes.

D. CAS CLINIQUE :

Afin d'illustrer le point de vue systémique sur l'adolescence symptomatique par échec du processus de séparation-individuation, nous nous proposons de prendre l'exemple concret d'un cas clinique. A partir de l'exposé d'une thérapie familiale mise en place dans le cadre du traitement pluri-focal d'un jeune adolescent hospitalisé pour troubles des conduites alimentaires, nous tenterons de mettre en exergue les mécanismes en jeu dans les difficultés du processus d'individuation de ce jeune et comment ce cadre thérapeutique permettra l'élaboration de la problématique familiale.

Il s'agit de la famille Z composée de 4 membres : le père, la mère, les deux enfants : la fille N et le fils D (le patient désigné).

1) Commençons par évoquer l'histoire du patient et de ses troubles :

2000 : Début des troubles.

Les manifestations symptomatiques semblent commencer au cours du deuxième trimestre de l'année 2000 par des troubles des conduites alimentaires à type d'anorexie. D est alors un adolescent de 17 ans, interne en 1^{ère} S avec des résultats scolaires brillants. La mère commence par noter une potomanie et une restriction alimentaire dès avril, puis une modification du comportement (irritabilité) et une perte de poids en mai ; les mois qui suivent sont marqués par l'apparition d'une hyperactivité et la majoration de la perte de poids qui nécessite une hospitalisation dans un service de pédiatrie en octobre 2000, suivi d'un transfert dans un service de pédopsychiatrie en décembre de la même année.

2001 : Hospitalisation dans l'unité de pédopsychiatrie.

Les débuts dans l'unité sont marqués par le déni, la mise en acte d'un potentiel autodestructeur (on note deux passages en réanimation : un d'une dizaine de jours en janvier 2001 où le pronostic vital est en jeu (33 kg + graves troubles hydroélectrolytiques) et un en juin 2001 dans les suites d'un « accident de voiture » avec velléités suicidaires suite à une frustration au cours d'une permission), un mode relationnel basé sur la manipulation et un investissement difficile dans le processus thérapeutique. Le temps d'hospitalisation sera rythmé par les entretiens familiaux avec le médecin de l'unité, les entretiens individuels avec les membres de l'équipe soignante et la mise en place de contrats (qui prendront fin en janvier 2002) ; on pourra distinguer un temps d'hospitalisation complète, des permissions à domicile et un temps d'hospitalisation de nuit avec une reprise de la scolarité (1^{ère} STI dans un lycée proche du lieu de soins) à partir de septembre 2001.

2002 : Amélioration.

L'hospitalisation prend fin en février 2002 devant la stabilisation du poids et l'absence de danger vital. Il persiste cependant des troubles des conduites alimentaires essentiellement nocturnes (crises de boulimie), une hyperactivité et des velléités suicidaires fluctuantes qui mobilisent beaucoup l'entourage. Les modalités d'hébergement passeront de l'internat au lycée (qui ne pourra être maintenu devant les difficultés d'intégration et la gêne occasionnée par les crises de boulimie nocturnes) à l'essai d'une chambre en foyer jeune travailleur (avec mise en place de visites à domicile d'infirmiers de l'unité de pédopsychiatrie et d'un suivi individuel par un psychiatre libéral où il n'ira que deux fois).

L'évolution de D se fera alors par à-coups : malgré la persistance des symptômes décrits voire leur aggravation dans un premier temps (notamment au niveau alimentaire) et malgré des difficultés d'adaptation aux contraintes extérieures, le comportement de D semble aller dans le sens d'un assouplissement, il est moins dans l'inhibition et plus dans le mouvement, plus ouvert et accessible à la parole, plus tourné vers l'extérieur ; le potentiel d'autodestruction n'est plus au premier plan, il y a certes l'apparition de nouvelles conduites à risque (alcool, cannabis...) mais dans un contexte d'opposition plus franche aux parents, de revendication d'autonomie avec toute l'ambivalence qu'entraîne sa forte dépendance affective. C'est aussi l'année de ses 18 ans, l'année où s'effectuera des transformations pubertaires (le petit garçon squelettique, après un passage difficile de prise de poids, commencera à ressembler à un jeune homme) avec toutes les préoccupations qu'elles impliquent... c'est encore l'année où il obtiendra son bac de français et où il se tiendra à un travail temporaire rémunéré durant l'été.

C'est une année d'évolution positive sous-tendue par une fragilité bien présente qui se révélera par la suite. Ainsi, le dernier trimestre de l'année est marqué par des échecs et des difficultés auxquels il a du mal à faire face : il échouera par deux fois à l'épreuve pratique du permis de conduire et gèrera difficilement son passage en terminale STI (confrontation avec ses pairs, résultats moyens) ; un sentiment de dévalorisation, l'expression d'idées suicidaires réactionnelles, la peur de l'échec prendront alors le devant de la scène.

2003 : Difficultés à maintenir l'évolution positive.

L'hébergement en chambre au sein du foyer et la poursuite de la scolarité conduisent donc progressivement à un insuccès. Il y a une majoration des troubles alimentaires, une perturbation du rythme circadien, des angoisses majeures avec idées suicidaires, une déscolarisation progressive avec repli. La souffrance de D le conduit à demander une hospitalisation en pédopsychiatrie (avril 2003) mais cette initiative se terminera brutalement avec une sortie sans avis médical accompagnée d'un passage à l'acte impulsif (coup de poing dans une vitre entraînant une fracture métacarpienne) dans un contexte de frustration (désaccord concernant les conditions d'hospitalisation). Quelques jours après, un nouvel accident (chute) entraînera une immobilisation de son autre bras. Cette double immobilisation justifiera un retour au domicile parental ; elle permettra à D, en l'entravant dans son comportement mortifère, de se poser un peu et de se sentir mieux ; à cette période, la scolarité n'apparaît déjà plus comme une priorité.

En mai, D quittera à nouveau le domicile parental et passera la majorité de son temps dans sa chambre au foyer : l'humeur est fortement dépressive avec des idées suicidaires et des idées d'incurabilité, les troubles alimentaires persistent, on observe un apragmatisme, une fuite dans le sommeil et une consommation accrue de cannabis à visée anxiolytique.

Cette période difficile se soldera par une hospitalisation en pavillon fermé en juin 2003 pour un épisode psychotique aigu : dépersonnalisation et délire interprétatif de persécution et de filiation ; le contexte de cet épisode est celui d'une intoxication cannabique associée à des

troubles du sommeil dans une période de passage d'examen (épreuves pratiques du bac la veille) ; le délire sera rapidement résolutif, il en fera une bonne critique et sortira au bout de 9 jours sous Xanax® et Stilnox®. Après le retour chez ses parents et quelques jours de mieux, on observe une recrudescence des angoisses, des crises de boulimie, du repli et un passage à l'acte suicidaire de gravité moyenne (une dizaine de comprimés de benzodiazépines).

Succède à nouveau une période de mieux avec la mise en place de projets : travail estival et nouvelle tentative de reprise d'une scolarité (nouvelle terminale STI) en hébergement chez sa sœur.

2004 : Impasse.

La reprise de la scolarité est chaotique, il évoque des troubles de l'attention, une difficulté à se situer par rapport aux autres élèves et ne va en cours que de façon épisodique (malgré une forte mobilisation des professeurs). Par ailleurs, D prend beaucoup de poids et dit souffrir de son image, avoir du mal à s'accepter ; il présente un repli, une tendance à l'apragmatisme (manger, dormir, regarder la télévision) et exprime à nouveau des idées suicidaires, la prise occasionnelle de cannabis semble par ailleurs aggraver des difficultés à gérer la réalité et favoriser l'émergence d'idées de persécution... Seules les activités de loisir avec ses proches lui procurent un peu de détente.

Un retour chez ses parents est à nouveau réalisé et la perspective d'un nouveau projet, à savoir la prise en charge dans un centre de réadaptation associant scolarité et soins (entretiens individuels et traitement médicamenteux), semble permettre une amélioration. L'admission au centre se fait en mars, les débuts sont prometteurs et permettent la reprise de la scolarité (en 1^{ère} S) et d'un rythme de vie normal mais la situation se dégrade peu à peu et D refuse, contrairement à ce qui était convenu avec les médecins du centre, d'y retourner à la rentrée de septembre... il avancera ses difficultés à tolérer la vie en collectivité, à supporter les contraintes imposées.

Reprise de la situation antérieure (terminale STI avec hébergement chez sa sœur) avec les mêmes résultats.

2005 : Lutte contre la chronicisation et nouveau départ.

D renoncera finalement à poursuivre sa scolarité (tout en s'accrochant malgré tout à l'idée de passer son bac) et retournera chez ses parents où il vivra à son rythme, de façon décalée, sans contraintes, sans trop d'angoisses, en s'ouvrant un peu sur l'extérieur (sorties avec des copains). Un projet dans une structure hospitalière contenant pour travailler sur l'autonomie est alors envisagé. Les mois qui suivent sont toutefois marqués par une véritable amélioration symptomatique de D : persistent des horaires de repas décalés et des activités physiques (séances de musculation) quotidiennes (mais davantage dans un registre de préoccupation narcissique, de culte du corps, en partie pour rompre avec l'image du corps décharné d'avant, sans idée d'autodestruction) ; il n'y a plus d'angoisses, plus d'idées suicidaires, plus de conduites à risque mais il y a de la vie, des objectifs différents (travailler cet été pour gagner de l'argent), des projets (faire un métier où il puisse aider autrui : infirmier, ambulancier ou surtout pompier... comme s'il voulait définitivement passer de l'autre côté de la barrière) et des réussites (aura enfin son bac).

2) Poursuivons avec l'histoire de la famille et de la thérapie familiale :

La demande de thérapie familiale est faite par le médecin responsable du service de pédopsychiatrie au cours de l'hospitalisation de D dans son unité. Elle débutera en mai 2001 et se poursuit encore actuellement.

2001 :

Les premiers temps du processus thérapeutique sont marqués par la menace de mort qui rôde sur cette famille : D, très maigre, au comportement autodestructeur, cristallise l'angoisse de l'entourage. La famille donne le sentiment de fonctionner comme un ensemble fusionnel et figé autour des troubles du comportement de D, le problème de D est considéré comme le problème de la famille qui ne peut penser à rien d'autre ; la mère dira d'ailleurs au cours de la deuxième séance : « On n'a pas le temps de penser, ça fait faire des actes terribles et c'est toujours autour de la nourriture ». Tous les regards sont tournés vers D et la simple évocation de passer du temps sans D (sortie en couple) génère une émotion incontrôlable chez la mère : toute prise de distance apparaît insupportable. Dès lors, le ton est donné avec une *dyade mère-fils* (cf. p 46) et un père qui semble incapable de venir en aide à sa femme ou à son fils, qui dit « voir de loin son fils qui s'épuise sans manger ».

A partir de la 3^{ème} séance, la prise de parole semble plus spontanée, l'ambiance est plus détendue, moins pesante ; cet allègement concorde notamment avec l'entrée sur scène de la sœur aînée de D et la mise en place de séances portant sur le génogramme des parents. Parler d'autre chose que de D apparaît comme une bouffée d'oxygène dans une pièce confinée.

Nous allons peu à peu faire leur connaissance :

- D, 17 ans dont nous avons déjà parlé, qui donne une image quasi spectrale et qui se présente en disant « je suis anorexique », comme si son être se résumait à ça.

- N, sa sœur aînée, 21 ans, aussi ronde que son frère est maigre, s'exprime avec facilité, apparaît souriante et attentive ; travaille comme aide-éducatrice, deviendra éducatrice au cours de la thérapie ; vit seule dans son appartement de façon autonome, a de bonnes relations extrafamiliales (petit ami, amis...) ; aura parfois une fonction de co-thérapeute pendant la thérapie.

- Mme Z, 44 ans, mère au foyer, tendue, anxieuse, sur la défensive et dans une certaine retenue en début de thérapie, très proche de D ; cadette d'une fratrie de quatre, a également deux demi-sœurs et un demi-frère d'un premier mariage de son père ; son père décédera en cours de thérapie.

- Mr Z, 47 ans, ouvrier, gentil, « bon élève », on a l'impression que quelque chose lui échappe, fait confiance ; il est l'aîné d'une fratrie de trois, très proche de ses parents et de ses frères.

Ils habitent dans un logement de fonction (travail du père) et ont fait construire une maison à la campagne, près du domicile des parents de Mr Z, où ils vont régulièrement.

Les séances sur les génogrammes seront riches d'enseignement, Mme Z et Mr Z montrent chacun un intérêt et une connaissance de la famille de l'autre, ravivant une certaine complicité entre eux ; ces séances permettent *la reprise de la parole, de la vie et l'expression d'affects* (cf. p 75).

Plusieurs thèmes sont évoqués comme autant de pistes à suivre pour tisser la trame du processus thérapeutique :

- Chez Mme Z, on peut souligner une structure familiale aux liens interpersonnels distendus mais conflictuels qu'elle rattache à l'existence de nombreux non-dits. Elle évoque la position sacrificielle de sa mère (mariage arrangé par sa propre mère avec le mari d'une sœur décédée ; prise en charge des enfants nés de cette première union ; marquée par la mort précoce d'un frère et de deux enfants en bas âge ; assistance à sa mère et à son mari...) et l'existence de ruptures familiales notamment avec les enfants nés du premier mariage de son père dont deux sont morts par suicide (dans une sorte d'indifférence générale et de négation familiale que Mme Z souffrira d'avoir alors cautionnées) : les difficultés relationnelles, les morts dramatiques semblent peu élaborées car peu verbalisées et l'on peut avoir en tête la règle familiale suivante : *on ne parle pas de ce qui pose problème et on reste avec sa souffrance*. D dira par ailleurs de la famille de sa mère que « c'est une famille triste ».
- Chez Mr Z, la structure familiale d'origine est marquée par des liens interpersonnels forts, un *mythe d'unité familiale* qui fera apparaître comme une évidence à Mr Z de faire construire près de chez ses parents ; Mme Z parlera de « clan familial au détriment du reste de la famille », d'un « attachement excessif à ses parents » ; Mr Z apparaît plus investi dans sa famille d'origine que dans sa famille nucléaire, il apparaît plus comme le fils de ses parents que comme mari et père.
- Pour tous les deux, la mise en exergue, par rapport à leurs parents respectifs, d'un style relationnel où prédominent *l'évitement des conflits et une position privilégiée d'être celui / celle sur qui on peut compter*.
- Au niveau du couple, il apparaît deux notions principales : 1) *L'absence de la dimension de plaisir* entre eux qui « ne sont pas sortis ensemble depuis la naissance des enfants » ; cette idée est d'ailleurs appuyée à plusieurs reprises par D : « pour qu'ils soient heureux, il faudrait que je reste tout le temps à la maison », « ça m'emmerde qu'ils ne sortent pas, qu'ils ne fassent rien ; ils ont toujours fait les choses avec nous, ils n'ont jamais voulu se détacher de nous » et par N : « ils ne vivent pas assez pour eux » ; la raréfaction des demandes et des apports à l'intérieur du couple conjugal traduit à ce niveau une sorte de vide relationnel qui paraît masqué par l'hyperactivité induite par les troubles de D ; soulignons par ailleurs que N étant déjà partie, c'est le départ de D qui va les confronter de nouveau à leur couple ; 2) La seconde notion correspond à la mise en relief des *difficultés conjugales liées en partie au rapprochement père-parents* : la construction de la maison près de la famille de Mr Z et le fait d'y aller tous les week-ends et les vacances sont vécus par Mme Z comme une absence de choix et comme une source de tensions au sein du couple ; elle comparera cette maison à une « prison dorée, étouffante et pesante », elle évoquera le fait « que son avis n'ait pas été entendu et que son éventuel refus d'y aller n'aurait pas été compris », on sent la rancœur, la frustration et la difficulté de poursuivre plus avant ce sujet... un des corollaires, outre l'existence d'un conflit larvé, est l'absence de lieu de vie commun où les deux membres du couple se sentent bien.

Ces nouvelles données permettent que le système thérapeutique s'oriente peu à peu vers l'élaboration *du sens et de la fonction éventuelle des symptômes* de D, donnant un nouvel éclairage à son comportement (cf. p 49-51) ; ainsi, les symptômes pourront être connotés positivement dans le sens d'une utilité dans l'évolution des interactions intrafamiliales, ce qui permet à la famille d'élargir son champ de vision :

- Si, dans un premier temps, D avait déjà permis de limiter le temps passé dans la maison de campagne (par son refus d'y aller et par le fait que sa mère ne souhaitait pas le laisser seul la nuit, certains week-ends avaient pu être ainsi réduits au dimanche), le fait qu'il soit

hospitalisé a entraîné une réelle réduction des allers-retours sans que les grands-parents paternels puissent émettre d'exigences.

- Ce qui a autorisé Mr Z à prendre de la distance avec ses parents : il a ainsi pu se recentrer sur sa famille nucléaire sans se sentir coupable par rapport à sa famille d'origine.
- Les troubles de D ont fait que les liens entre eux quatre se sont resserrés, qu'ils se sont réunis ; ils ont permis au couple de s'éloigner de leur situation conflictuelle et de ne « pouvoir penser qu'à D » : on retrouve ici le principe de la *coalition par détournement* (cf. p 66).
- Mme Z a pu, de son côté, remettre en cause certaines règles familiales (d'indifférence, de rejet de ceux qui vont mal) et resserrer certains liens de son côté ; le fait d'être davantage tournée vers sa famille l'a également aidé à se positionner face à sa mère (qui attendait, à la mort de son mari, d'être prise en charge par Mme Z) : elle choisira de ne pas la prendre pour ne pas sacrifier sa famille nucléaire (soutien de son mari et de ses enfants et secondée par I, sa demi-sœur, religieuse, pour s'occuper de sa mère) malgré la culpabilité qu'implique ce choix.
- Pour N, de mieux connaître son histoire familiale, d'avoir envie d'élargir le cercle familial, de pouvoir s'individuer plus librement et aussi de pouvoir se rapprocher de son frère.

On peut déjà voir le poids des symptômes de D dans l'aménagement des interactions familiales nucléaires mais aussi des interactions entre les parents et leur famille d'origine (cf. p 59).

Par ailleurs, au sein même du système thérapeutique, une séance particulièrement intéressante (5^{ème} séance, octobre 2001) nous éclaire sur la place du symptôme et est révélatrice de certains traits du fonctionnement familial. C'est une séance où N est absente et où l'on retrouve l'atmosphère figée et tendue du départ ; chacun est fermé, replié sur lui, la parole est difficile et circule mal. Mme Z explique leur tension par les changements liés à la situation de D (hospitalisation de nuit avec reprise de la scolarité et week-end au domicile parental) qui seraient source d'inquiétude, elle est angoissée, mal, semble perdre pied aux questions du thérapeute ; cette tension, presque palpable, semble être insupportable pour D qui s'agite, se lève, dit vouloir arrêter la séance et partir tout de suite. Nous pouvons alors souligner l'écho de l'angoisse de la mère chez D ; cette angoisse n'est pas vraiment verbalisée et D est dans le passage à l'acte (agitation) en regard du mal être maternel, il ramène les regards vers lui dans une sorte de protection maternelle (il semble vouloir dire : regardez-moi, c'est moi qui vais mal). Cet extrait de séance souligne :

- d'une part, le rapport fusionnel entre D et sa mère d'où le père est exclu et le rôle de protection de D face à la détresse de sa mère (ce qui oriente vers un mécanisme de projection familiale (cf. p 63) et d'une certaine forme de parentification (cf. p 61), nous y reviendrons ultérieurement...)
- d'autre part, la position de N qui maintient la famille en mouvement en amenant la parole (elle se décrira d'ailleurs ultérieurement comme quelqu'un « qui ne se gêne pas pour dire ce qu'elle pense au risque de blesser, qui parle même trop », à la différence de son frère « qui n'ose rien dire pour ne pas faire de mal » et pour qui la parole semble apparaître comme dangereuse) ; ce tableau familial renvoie à la configuration de pauvreté décrite par Destal (1995) : la triade couple parental-adolescent désigné est repliée sur elle et c'est la quatrième personne, ici N, qui maintient la porte entr'ouverte vers l'extérieur (cf. p 66).

2002 :

La parole continue à se déployer au cours des entretiens. L'*alliance thérapeutique* est renforcée par l'amélioration de D. La dimension fusionnelle et figée du début laisse la place à une plus grande souplesse de fonctionnement, le discours de chacun devient moins factuel, les échanges plus nombreux. Les silences et la tension du départ peuvent faire place aux rires et au partage, la vie semble reprendre le dessus malgré les difficultés...

C'est une période de changement, de mouvement qui ne se fait pas sans heurts : la confrontation aux symptômes de D reste source d'angoisse et de tensions chez l'entourage, on assiste à des moments d'impasse relationnelle avec une escalade symétrique dans les comportements (nécessitant parfois un bref recours au cadre institutionnel). Malgré tout, les craintes ne sont plus les mêmes, la dimension autodestructrice s'est largement atténuée et cette évolution est d'ailleurs clairement condensée dans une phrase de D : « je ne pense plus à me détruire mais j'ai du mal à me gérer » (11^{ème} séance, février 2002).

Le travail familial peut alors être recentré sur les difficultés de communication entre les membres du système. Peu à peu, le groupe familial s'étaye sur le système thérapeutique expérimenté comme non dangereux. C'est au cours d'une séance où D apparaît nettement mieux, que N évoquera son peu de complicité avec son frère, sa différence, sa difficulté à parler avec lui de sa maladie et se mettra à pleurer... elle s'autorise à dire sa souffrance, ses difficultés mais aussi sa colère et sa perte de confiance au quotidien face aux troubles de son frère. Ils évoquent le fait qu'« ils ne parlent tous ensemble qu'à table et généralement autour de la nourriture » : la nourriture apparaît encore comme un des seuls terrains d'échanges et de conflits possibles (cf. p 81). La mère peut évoquer son incompréhension, sa lassitude, son agressivité contenue, parfois extériorisée (orienté vers D mais également vers son mari) et l'impression qu'elle a de ne pas être entendue (encore). Le père peut, quant à lui, parler de son sentiment d'impuissance et de ses peurs (notamment l'incompatibilité de l'état de D avec une vie sociale normale et donc de son inquiétude face à l'avenir).

Le fait que chaque membre exprime son ressenti permet au *système de s'ouvrir et de redonner une place à chacun*.

Ainsi, D se rapprochera de N et des ses amis, privilégiera des activités avec son père (mécanique, vélo...) et le dialogue avec sa mère ; on observera une meilleure différenciation des différents membres de la famille et un passage de relations verticales à des relations plus horizontales. Toutefois, les difficultés à se gérer qu'évoquait D se répercutent au niveau social avec des difficultés d'intégration avec ses pairs : le sentiment d'être différent, en décalage que ce soit dans sa classe, à l'internat ou avec ses copains d'enfance n'encourage pas les mouvements vers l'extérieur ; la mère décrit d'ailleurs bien sa position ambivalente en le décrivant comme « partagé entre l'envie d'avancer et la peur » (*nous pourrions aussi rajouter qu'il est partagé entre le plaisir à être à l'extérieur et la culpabilité et nous pourrions nous demander si la peur correspond à la peur de disparaître s'il quitte sa fonction ? peur de laisser sa mère seule ? peur d'interrompre un lien vital ?*).

Par ailleurs, D imagera assez bien sa progression en disant de lui : « on dirait un bébé qui grandit » (12^{ème} séance, mars 2002). La référence au bébé est reprise par le thérapeute en comparant son comportement (se lève la nuit pour manger et réveille toute la famille, est l'objet de tous les soins et de toutes les attentions, doit être compris au travers de son comportement car ne parle pas...) à celui d'un nourrisson dont la force est de mobiliser son entourage ; le sens d'un tel comportement peut alors être compris comme le besoin collectif

qu'il y ait un bébé à la maison ; cette hypothèse de travail fait écho chez la mère qui y reviendra (poussée par N en fin d'une séance ultérieure, 15^{ème} séance) et fera le lien (sans aller plus loin) entre son hystérectomie et le début des troubles de D. *On ne peut que mettre en relief au passage le moment particulier de la vie de la mère au moment où se déclarent les troubles de D.*

Puis, peu à peu, à partir de juin, D passe d'un comportement de bébé à une vie d'adolescent : malgré l'existence de conduites à risques et la persistance (quoique atténuée) de troubles alimentaires, D montre qu'il grandit, il se tient à un emploi d'été, il passe le permis, il loge seul dans une chambre (foyer jeunes travailleurs), il change physiquement et se tourne davantage vers l'extérieur. Les tensions s'amenuisent, des séances de thérapie sont annulées en raison des diverses occupations et les parents semblent accepter et autoriser l'évolution malgré leur appréhension ; devant cette progression qui semble harmonieuse, la décision commune d'espacer les séances est prise.

La position de toute puissance que D a encore dans le milieu familial est toutefois mise à mal à l'extérieur et sa difficulté à gérer les frustrations et les échecs va réactiver l'inquiétude de l'entourage (*mais on peut aussi voir dans l'expression d'idées suicidaires de D le besoin qu'il a de vérifier la capacité de ses parents à le laisser s'autonomiser...*).

2003 :

Malgré l'amélioration, il semble que les tentatives d'autonomisation et de séparation soient difficilement vécues par D et sa famille (sa mère en particulier) : l'angoisse de l'un faisant écho à l'angoisse de l'autre jusqu'à ce que la situation devienne insupportable (absentéisme scolaire, recrudescence des symptômes, repli...) ; les solutions trouvées par D pour se sortir de cette impasse s'avèrent alors être des solutions extrêmes : passage à l'acte, surconsommation cannabique avec délire (cf. p 83), tentative de suicide (cf. p 77)... qui entraînent un retour à la maison (peu satisfaisant mais rassurant) ou une ouverture sur les structures institutionnelles (hospitalisation).

La relation fusionnelle de la dyade mère-fils paraît primer à nouveau et le retour au domicile parental après la double immobilisation de ses membres supérieurs apporte un mieux être ; il y a en quelque sorte retour à une situation antérieure (*peut être synonyme d'une évolution trop rapide, sans élaboration psychique suffisante du processus de séparation, signalant que le système familial n'est pas encore prêt*) (cf. p 51). C'est pourquoi cette relation est travaillée en séance où il est demandé à D de redistribuer les places de chaque membre du groupe thérapeutique (soulignons que depuis le début de la thérapie, D est à côté de sa mère et N est entre D et son père) : D place ses parents côte à côte, s'éloigne de sa mère, se met entre N et le thérapeute, laissant ces deux derniers à la même place. D se dit satisfait de la nouvelle disposition : « N et moi, les parents ensemble et vous qui voyez tout le monde », N trouve que c'est mieux que « D et maman d'un côté, moi et papa de l'autre ». Ce travail permet de replacer la *frontière intergénérationnelle entre le couple parental et la fratrie*, les frontières existantes étant encore dysfonctionnelles (cf. p 67) ; l'existence de relations entre le père et la mère doit permettre à D de pouvoir construire sa propre identité, de s'individuer sans être envahi par l'angoisse de laisser sa mère seule.

D essaiera de mettre en pratique cette séparation en retournant dans sa chambre au foyer, « essayant de se détacher par tous les moyens » (et notamment en substituant à sa dépendance affective une dépendance au produit toxique) : le problème est qu'il est alors plus dans un *schéma de rupture* insoutenable que de poursuite du processus de séparation qui doit être progressif, ce qui conduit sans surprise à un nouvel échec (cf. p 76).

Durant l'été 2003, D est à nouveau de retour au domicile parental, les choses se calment, les projets peuvent à nouveau voir le jour : travail pour l'été, reprise de la scolarité pour septembre avec hébergement chez sa sœur.

Concernant les modalités d'hébergement : l'internat et le foyer ne sont pas appropriés, la proposition de Mme Z de venir habiter avec son fils près du lycée est vivement rejetée par le pédopsychiatre (et montre à quel point persiste l'interdépendance entre la mère et le fils), la solution retenue est alors l'hébergement chez sa sœur ; cette solution expose toutefois à plusieurs risques : *pour N, de se confondre dans un rôle de thérapeute et de sacrifier sa vie personnelle, pour D, de déplacer l'objet d'étayage de sa mère vers sa sœur, mais elle peut aussi permettre de franchir une étape, espace intermédiaire, vers l'autonomie.*

Quant au père, il se dit être dans l'incompréhension, il s'accroche à des repères concrets comme le bac et exprime son inquiétude et son incompetence, cherchant du secours au travers des aides extérieures.

2004 :

La mobilisation de l'entourage ainsi que la motivation de D pour se séparer semblent réelles mais les différentes tentatives échouent :

- *L'hébergement chez sa sœur* ne permet pas de contenir ses angoisses ; être seul, c'est l'absence de limites, la perte de sens et les préoccupations morbides. Par ailleurs, la confrontation à l'idée de reprendre une scolarité normale devient de plus en plus insupportable.
- *L'essai en centre de réadaptation*, même s'il fût de courte durée, a permis plusieurs choses. Les parents ont pu prendre une décision commune malgré les avis contradictoires des thérapeutes et notamment le père a pu s'affirmer face au système de soins (à qui il semblait avoir dévolu son rôle), on le sent d'ailleurs plus investi et plus impliqué par rapport à D et on voit ses efforts pour le maintenir en mouvement dans un système de réalité sociale (activités, formations, travail d'été...). D a pu reprendre un rythme de vie normal ainsi qu'une scolarité générale et être ainsi rassuré sur ses capacités d'apprentissage. Il a permis aussi de montrer que D, face à lui-même, ne peut supporter un système de contraintes qui le ferait avancer mais est tout à fait capable de faire des démarches quand c'est pour revenir à une situation antérieure (sûrement expérimentée comme moins dangereuse) dans une sorte de fuite en avant où tout est mis en échec. Les parents, et notamment la mère, ont pu aussi se rendre compte de leurs difficultés à le savoir loin et de leur besoin d'être rassurés.
- *Le milieu familial* est rassurant et confortable car permissif mais n'ouvre aucune possibilité d'avenir.

Ces multiples échecs et l'instabilité des prises en charge sont également pointés par le pédopsychiatre qui demande à D de se positionner dans une démarche de soin et de s'y tenir ; il fait par ailleurs réagir les parents en les mettant également face à leurs démarches et à leur comportement. Les parents et D sont en colère contre le pédopsychiatre mais cette colère semble mobilisatrice dans le sens où elle permet de lutter contre un certain immobilisme, d'autant plus qu'elle est verbalisée et métabolisée en séance de thérapie familiale, ce qui laisse entrevoir tout l'intérêt de *thérapies multifocales dont nous reparlerons par la suite.*

2005 :

Malheureusement, la situation de D continue à se dégrader et ses symptômes deviennent de plus en plus préoccupants.

Début 2005 apparaît alors comme une période de bilan et d'orientation où plusieurs choses sont posées :

- Le projet de reprise d'une scolarité normale le met en danger, c'est une situation de souffrance qui ne débouche sur rien.
- Le thérapeute familial se positionne par rapport à la symptomatologie de D qu'il ne considère plus comme une difficulté d'individuation liée à une problématique familiale mais comme liée à une pathologie propre : il le définit comme malade, propose la poursuite d'une prise en charge familiale dans un but d'accompagnement et de soutien quant au quotidien et aux décisions à prendre, ainsi que la mise en place d'une prise en charge individuelle pour D. Il amène la famille dans un processus de deuil de la normalité.
- Une proposition d'hospitalisation longue dans une structure capable de contenir les angoisses de D tout en lui permettant de travailler sur l'acceptation des contraintes et donc sur l'autonomie est faite ; elle permettrait à D de rester dans la vie, à ses parents et à N de poursuivre la leur. Les parents semblent valider la proposition, ils diront « que ce n'est pas chez eux qu'il avancera, qu'il fait ce qu'il veut » et le père ajoutera « qu'il ne faut pas que la situation actuelle dure trop longtemps, que ce n'est pas sain pour D et que ce n'est pas la vie de ne faire que des sorties » ; N reste réticente compte tenu qu'elle le trouve mieux (depuis qu'il a abandonné l'idée de retourner en cours et qu'il est revenu au domicile parental) et qu'elle ne le sent pas prêt.

Ces séances marquent un tournant dans la thérapie : en effet, après un temps où D est considéré comme le patient désigné d'un système familial dysfonctionnel et où les symptômes sont considérés comme utiles et ayant un sens dans le système, on observe un changement de cap où D est considéré comme malade et où doit lui être proposé une solution adaptée à sa pathologie.

Nous allons voir que cette phase précède un temps où le caractère fonctionnel des troubles de D reprendra le dessus par un éclairage nouveau (et débouchera même sur une prise en charge du couple) ; on peut alors faire l'hypothèse que le fait de poser l'état pathologique de D (réaction du thérapeute devant l'aggravation croissante du risque mortifère et de la symptomatologie d'allure psychotique) prend une valeur inattendue de prescription paradoxale (cf. p 48) qui met le système en crise et qui va permettre une mobilisation des autres membres (sans doute que cette mobilisation est rendue possible par l'élaboration antérieure et par l'affiliation au système thérapeutique).

Ainsi, peu à peu, alors que les projecteurs de la thérapie ne sont plus braqués sur leur fonctionnement familial, Mme Z reviendra sur leurs interrelations (34 et 35^{ème} séances, mars 2005) :

- Evoquera le fait qu'elle et son mari ne peuvent être mieux et penser à autre chose que quand D est mieux et reconnaîtra le poids de cette façon de fonctionner.
- Parlera du danger que peut représenter un conflit avec D en terme de conséquences (peur de ce qu'il peut faire s'ils s'opposent à lui, *sous-entendu peur de le perdre*) et émettra des doutes sur leur façon de s'y prendre avec lui.

- S'interrogera sur la notion de responsabilité et reprendra les notions de surprotection et de maintien de la dépendance utilisées par le pédopsychiatre.
- Reviendra, poussée par N qui relancera le sujet, sur la nécessité qu'elle et son mari partent en vacances ensemble et qu'ils se détachent de D ; hésite sur le fait que D puisse se débrouiller sans eux (malgré le soutien de N et le consentement de D) et relate leur tentative échouée de l'an dernier (2 jours de vacances annulés au dernier moment car D était mal) ; mais terminera en disant que « ça va finir par venir ».
- Finira par lâcher ce qu'elle gardait au fond d'elle : le contexte de la naissance de D correspond à une période difficile de sa vie et elle est persuadée que les problèmes de D viennent de là (cette certitude s'étant accentuée lors du premier entretien avec le psychiatre du centre de réadaptation qui a commencé par demander comment elle se sentait au moment de la naissance de D). Mme Z décrit son mal-être en relation avec la construction de la maison près de chez ses beaux-parents ; revient sur le fait qu'elle se sentait étouffée par sa belle-famille, très angoissée et pas entendue par son mari : « on a fait construire une maison chez lui, je ne voulais pas, je l'ai dit et ça s'est fait quand même... suite à ça, la vie s'est faite et ça a fait des tensions ». Le niveau d'angoisse était tel que Mme Z a même été hospitalisée quelques jours après l'accouchement devant sa conviction (infirmée) d'avoir une sclérose en plaques. Après cette hospitalisation, Mme Z dit ne plus avoir montré qu'elle était mal, avoir fait avec sa souffrance même si elle supportait mal le fait de revenir tous les week-ends dans cette maison. C'est une période où elle s'est éloignée de son mari, repliée sur elle et rapprochée de ses enfants : elle pense que D y a été plus sensible, « s'il est comme ça, c'est de ma faute ; je lui ai communiqué mon angoisse », « je disais le contraire de ce que je pensais mais je pense que D s'en est rendu compte ».

Pour le thérapeute, ces données apportent un nouvel éclairage et il prend l'exemple d'une phrase de Mme Z, prononcée au cours d'une séance antérieure et qui peut maintenant prendre une autre dimension : « Vous m'aviez dit qu'on s'intéressait toujours à la mère, que vous en aviez marre et vous vous êtes retournée vers votre mari en lui disant : de toute façon, toi, tu n'es pas mieux ; on peut maintenant comprendre : si j'étais mal, tu y étais peut-être pour quelque chose ». Ainsi, Mme Z s'éloigne un peu d'une culpabilité directe et unique et introduit la notion d'interactions circulaires où les réactions de chaque membre du système familial se font en écho les unes par rapport aux autres ; cette position est renforcée par l'intervention de N qui souligne que « quelque en soit la cause, ils en sont là et ce n'est la faute de personne ».

N amènera par ailleurs dans cette séance riche un autre élément capital : la problématique décrite antérieurement est réactualisée par le futur départ à la retraite du père qui induit le départ du logement de fonction pour l'aménagement à temps plein de la maison.

Arrêtons-nous un instant sur la notion de triangulation (cf. p 63) de D dans le système familial. On ne peut que souligner les éléments que nous donne la mère. D est né à un moment de conflit conjugal, le niveau d'angoisse de la mère était pour le moins élevé au moment où elle a investi D : il apparaît alors comme l'enfant désigné pour être le centre de la projection parentale, rendu ainsi plus sensible à l'égard de l'angoisse du système ; la relation fusionnelle avec sa mère reste globalement asymptotique jusqu'à l'adolescence où plusieurs choses vont entrer en jeu : le départ de N va sans doute renforcer le système projectif sur D déjà concerné par les transactions pathologiques et l'angoisse du système va

augmenter (rappelons la phase du milieu de vie avec hystérectomie pour la mère, la retraite du père et ses conséquences et le départ prévu de D qui remettrait le père et la mère en face à face...). Par son rôle dans le triangle, D va contenir le stress du système : ses symptômes permettront de maintenir un équilibre précaire en détournant l'attention des difficultés conjugales (Mme Z dira d'ailleurs qu'il y avait « beaucoup de tensions au sein du couple jusqu'à ce que D tombe malade ») mais aussi des difficultés personnelles de chaque parent : on peut alors évoquer à nouveau le mécanisme de parentification (cf. p 61), il va permettre de réunir ses parents mais aussi de rassurer sa mère sur le besoin qu'il a d'elle (sorte de rôle de soignant vis-à-vis de la dépression maternelle ; il a pu sentir que son éloignement la fragilisait trop et le développement de symptômes a pu permettre d'apaiser les angoisses en validant l'impossibilité d'autonomisation) ; nous ne reviendrons pas sur le fait que ce rôle laisse par ailleurs la possibilité au reste de la fratrie de s'individuer et d'évoluer à l'extérieur du système familial.

Revenons maintenant au contenu de la séance : *La problématique du couple* abordée dès les premières séances qui n'avait alors pu être menée plus avant (réaction forte de la mère, silence du père), refait ainsi surface (quatre ans plus tard).

Elle semble sous-tendue par plusieurs choses (que l'on a déjà évoqué mais qu'il est important d'approfondir avec de nouvelles données) :

- *La position sacrificielle de la mère* : elle accepte des situations qu'elle ne souhaite pas, fait avec en se repliant sur sa relation avec D, dit le contraire de ce qu'elle pense pour ne pas que les autres s'en rendent compte. Toutefois, elle s'éloignera peu à peu de cette règle familiale de sacrifice en se positionnant par rapport à sa mère, en se positionnant de plus en plus par rapport à son mari et à sa belle-famille (« ne sait pas si elle restera » si leurs relations de couple ainsi que les relations de son mari avec sa famille d'origine n'évoluent pas) et en osant parler.
- *Le vide relationnel dans le couple* : Mr Z et Mme Z n'ont pu investir leur couple car étaient tous les deux très liés à leur famille d'origine, elle dira d'ailleurs de son mari « qu'il s'est presque excusé de se marier » ; ils ne sont « jamais partis tous les deux », ils en parlent mais « ne savent pas quoi faire, ont peur de s'ennuyer, de s'agacer » mais ils sont conscients, surtout Mme Z, de la nécessité « d'apprendre à faire des choses ensemble » pour pouvoir faire front face à leur famille d'origine, surtout à celle de Mr Z ; pour elle, ils doivent se retrouver en couple maintenant sinon il sera trop tard et ils ne pourront pas se dégager de leur fonction face à leurs parents (cf. p 75).
- *La problématique de séparation du père par rapport à ses propres parents* (cf. p 58) : Mr Z évoquera à la 36^{ème} séance le fait « d'avoir reproduit ce qu'on lui a transmis » ; il dira que ses deux parents n'ont jamais pu se séparer de leurs parents respectifs, qu'ils s'en sont occupés en permanence jusqu'à leur mort ; évoque sa position particulière d'aîné dans la famille, de bon fils qui ne se rebelle jamais, dans l'impossibilité d'exprimer le moindre désaccord avec ses parents qui « ont confiance en lui et qui attendent son retour pour qu'il s'occupe d'eux » ; il dira « que c'est tombé sur lui, qu'il a reproduit sans s'occuper de sa propre famille ». Sa femme évoquera le fait « qu'il se sente obligé de répondre présent », que c'est une « évidence », que c'est une « pression implicite dans sa famille ». On comprend ainsi que les difficultés d'individuation de Mr Z soit en rapport avec un mythe familial (cf. p 74), une délégation implicite transgénérationnelle (cf. p 69) perçue comme un devoir éthique envers ses parents et où séparation rime avec trahison (« ne pas s'occuper d'eux, c'est être des enfants indignes ») et qui peut expliquer sa difficulté à se situer dans ses fonctions de père et de mari vu qu'il garde une place essentielle dans le fonctionnement de sa famille d'origine ; on comprend alors le poids du conflit de loyauté

dans lequel il est englué et qui fera dire à sa femme « s'il a à choisir entre ses parents et moi, ce sera ses parents ».

On a déjà mis en relief que les conduites symptomatiques de D ont permis au couple de se détourner de leurs tensions et au père de prendre un peu plus de distance par rapport à sa famille d'origine, on peut rajouter que :

- Mr Z a pu regarder et entendre sa propre famille (si Mme Z, comme le dira son mari, « ne s'est pas fait entendre suffisamment », D, lui, a su crier suffisamment fort pour que son père se retourne) ; il reconnaîtra d'ailleurs qu'« il a fallu que D tombe malade pour que ça change », qu'« avant, il ne voulait pas entendre » ce que disait sa femme.
- Il a pu faire du lien entre sa position et les générations antérieures de sa famille d'origine.
- Mme Z a pu être moins aveuglée par le ressentiment et la frustration et cela lui a permis d'élaborer un peu la nature du contrat qui unit son mari à ses parents, elle dira « qu'il ne pouvait pas faire autrement compte tenu de la pression familiale et de l'obligation qu'il se mettait... qu'elle l'a compris il y a 3-4 ans, qu'elle le savait avant mais qu'elle lui en voulait trop pour l'admettre, qu'elle était trop centrée sur elle ».

Le cadre thérapeutique a autorisé chacun à aborder ses difficultés et à faire du lien entre le passé, le présent et l'avenir. La violence contenue des sacrifices consentis, des attentes trompées peut alors s'éclairer. Les parents ne sont plus alors uniquement tournés vers la « guérison » de leur fils, ils se regardent à nouveau : les troubles du comportement de D ne sont plus nécessaires pour que le couple se parle et le problème de la famille, centré sur D, se déplacera ainsi à un autre niveau. Cette évolution est d'ailleurs mise en exergue au cours de la 36^{ème} séance (avril 2005) : le contenu de cette séance tourne essentiellement autour des difficultés du couple, l'émotion est importante, la parole difficile, hachée, retenue... on sent un malaise attribué certes à la lourdeur du sujet mais aussi à la présence de D « qui se sent de trop » ; le thérapeute proposera alors de voir le couple seul, la mère est un peu réticente, avec la crainte de « tout débarrer, de régler des comptes » (on peut dire, qu'effectivement, le grand livre des comptes de Boszormenyi-Nagy est ouvert...) mais tout le monde accepte, surtout D qui trouve ça « très bien » : on note le respect d'une frontière intergénérationnelle présente, la nécessité de laisser D en dehors du jeu conjugal et l'accord de celui-ci de laisser ses parents.

La culpabilité, l'agressivité, les sentiments dépressifs d'abandon, de solitude, de renoncement de chacun peuvent être exprimés...

Il est évoqué le poids du passé et ses répercussions sur l'avenir et comment aménager le présent pour ne trahir personne. Mme Z raisonne en terme de relations, « que c'est tout un état d'esprit à changer », « qu'en l'état actuel de leur relation, un déménagement dans la maison serait une catastrophe, une situation sans évolution où ils continueraient à être au service des autres au sacrifice de leur propre vie, où ils n'auraient qu'à vieillir et à attendre la fin » ; elle se sent dans une impasse car elle pense que son mari « ne pourra pas aller ailleurs quoiqu'il en dise » et « qu'il est incapable de poser des conditions à ses parents » ; Mr Z raisonne davantage en terme de lieu d'habitation; il axe ses propos sur le fait qu'ils n'y vont plus qu'occasionnellement actuellement et pense que « l'idéal serait de ne pas aller à la retraite là-bas mais que ça lui semble difficile » : la distance physique semble permettre de suppléer un peu à l'absence de distance émotive mais Mme Z dira de cette situation « que même si ça les protège pour un temps, rien ne change au fond et que cette situation n'est que transitoire ».

Mr Z semble confus et dans l'incapacité de se positionner, sa femme est plus avancée dans son processus d'individuation et dans l'anticipation des choses. Il existe un décalage entre eux qui ne leur permet pas d'affronter les difficultés ensemble, d'autant plus que l'amélioration symptomatique de D risque de les replacer dans la situation antérieure (n'ayant plus d'excuse

pour ne pas y aller) ; le thérapeute les invite à s'appuyer sur les aménagements mis en place pendant la maladie de D et notamment sur la fratrie qui pourrait permettre une répartition différente des rôles au sein de la famille de Mr Z et laisser ainsi la place à un possible investissement de son couple.

L'élaboration des angoisses de la mère et des difficultés de séparation du père permettront alors peut-être de soulager D, qu'on peut à nouveau voir comme porte-parole de la problématique familiale, de le libérer de la nécessité pour lui de détourner les angoisses parentales sur ses symptômes ; il semble en tout cas que D soit en partie dégagé, qu'il puisse abandonner en partie ses symptômes comme le montre son amélioration, mettre son énergie à autre chose (passer son bac et même l'avoir) et espérer un avenir : *le fait que ses parents puissent davantage se centrer sur eux-mêmes en tant qu'individus et en tant que couple en se fixant de nouveaux objectifs de vie donne à D la possibilité de mieux s'individualiser (cf. p 58).* On peut voir en parallèle la *reprise du déroulement temporel* : le passage à une nouvelle phase du cycle vital est abordé via les questions de la retraite, du vieillissement des parents, de la prise de distance des parents vis à vis de leurs propres parents et aussi de l'autonomisation de D...

3) Terminons en positionnant la thérapie familiale au sein d'un système thérapeutique plus vaste :

On peut dire que la thérapie de D est au moins une thérapie bifocale (institutionnelle et familiale) ayant fait intervenir un certain nombre de thérapeutes.

L'institution apparaît comme un recours lorsque la pression est trop importante où le risque mortifère trop violent à l'intérieur du système familial ; elle apparaît comme une issue qui ne modifie pas la fonction de D mais qui permet un apaisement des tensions et une ouverture vers le système thérapeutique. La confrontation entre les différents thérapeutes aurait pu être une façon de trianguler le système thérapeutique (c'est-à-dire l'utilisation du système par le patient ou la famille dans un but de maîtrise : un système extérieur à la famille est placé en situation de conflit avec un autre système et la famille évite ainsi tout risque de changement) mais la communication entre les différents intervenants permet d'éviter cet écueil et les différents points de vue peuvent même permettre à la famille de s'individualiser par rapport à eux.

L'évolution des symptômes de D (conduites anorectiques, conduites boulimiques, conduites à risques, prise de toxiques, état psychotique aigu, tentative de suicide, échecs scolaires, culte du corps...) peut rentrer dans plusieurs grilles de lecture :

- La persistance de symptômes peut signifier que le symptôme a toujours sa fonction au sein d'une structure familiale inchangée et renvoie le fait que plusieurs symptômes peuvent correspondre à une même problématique familiale.
- Par ailleurs, à un niveau plus personnel, le fait que le comportement symptomatique fasse partie des modalités organisationnelles du système peut signifier que c'est le moyen par lequel le patient désigné s'identifie dans ce système (cf. p 50) et peut rendre difficile sa disparition.
- D'autre part, l'évolution des conduites symptomatiques de D peut correspondre à son évolution intrapsychique : au fil de la thérapie, les symptômes semblent notamment moins tournés vers l'autodestruction et plus axés vers des préoccupations narcissiques.

Il y a donc la dimension familiale à travailler mais aussi la dimension personnelle, d'où l'éventuel intérêt d'introduire une thérapie individuelle où il pourra travailler sur le développement de son identité, de son rapport au corps, de son rapport à l'autre.

L'importance des différents modes de thérapie nous amène alors à parler de la place de la thérapie familiale systémique dans la prise en charge des conduites symptomatiques à l'adolescence.

III. PLACE DE LA THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES SYMPTOMATIQUES A L'ADOLESCENCE :

A. POURQUOI LA THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE DEVANT UN ADOLESCENT SYMPTOMATIQUE ?

1) Importance du travail avec la famille :

• La thérapie familiale comme méthode de choix pour traiter les problèmes de l'adolescence et l'intérêt de l'approche systémique :

On a vu que le processus de séparation-individuation se réalisait en partie au sein de la famille et que l'on pouvait associer à la plupart des symptômes présentés à l'adolescence des difficultés d'autonomisation par rapport au groupe familial (que ce soit par le biais d'interactions dysfonctionnelles dans l'ici et maintenant et/ou en lien avec une problématique transgénérationnelle) ; ces propos sont corroborés entre autres par l'étude de Cuendet (1991) qui retrouve dix-sept problématiques relationnelles intrafamiliales chez dix-huit adolescents symptomatiques (troubles du comportement). Elkaim (1999) et Cabié (1992) rappellent aussi que l'individuation et plus tard l'autonomie ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'un contexte relationnel, notamment celui de la famille, contexte primaire d'apprentissages et d'expériences pour chacun, terrain fertile dans lequel se développent ou échouent les mouvements de différenciation c'est-à-dire les processus d'acquisition de l'identité (Onnis, 2000). La thérapie familiale permet alors une prise en charge des adolescents symptomatiques dans le contexte même où les difficultés du processus d'individuation ont pu voir le jour.

Destal (1995) souligne par ailleurs l'impossibilité de se référer simplement à une organisation interne, l'intrication entre les problèmes psychopathologiques de l'adolescent et un certain dysfonctionnement familial rendant la dialectique avec l'environnement nécessaire aussi bien au niveau de la compréhension des troubles qu'au niveau thérapeutique. Cette idée est partagée par de nombreux auteurs, citons Bantman (2000) pour qui « il apparaît fondamental d'écouter ce que les parents ont à dire de leur souffrance et de la souffrance de leur enfant, souvent le reflet et la manifestation de la leur qu'ils ont porté en silence jusque-là » ou Delage (1994) pour qui « le travail avec les familles ne constitue pas une option théorique et stratégique » mais semble résulter de l'incapacité qu'il ressent souvent à travailler sans leur aide. Ce dernier souligne l'interdépendance entre les symptômes et le système : « la plupart du temps, ce sont les parents qui formulent une demande, alors que c'est l'adolescent qui présente les symptômes ». Il souligne par ailleurs que « le travail de séparation (qui suppose une régulation qui commence dans l'interaction, nécessitant une bonne coopération de l'entourage, et qui se poursuit dans l'intrapsychique : aller-retour obligé entre les propositions faites par le monde extérieur et une élaboration interne) consiste pour l'individu à différencier ce qui lui appartient en propre et qui doit se dégager d'une zone commune indifférenciée dans laquelle les psychismes des différents membres du groupe familial sont en quelque sorte interdépendants ; les difficultés du travail de séparation, quelles qu'en soient les causes,

bloquent l'adolescent et son environnement familial dans une impasse où cette zone commune a pris une importance démesurée et où les uns et les autres sont pris dans des relations d'appartenance réciproques : c'est pourquoi l'abord familial des difficultés de l'adolescent apparaît souvent essentiel ».

En se focalisant sur les interactions entre les individus plutôt que sur ces derniers, en se centrant sur le mode de fonctionnement de la famille dans son ensemble, l'approche systémique est toute indiquée dans le travail sur la pathologie du lien et sur l'aspect paradoxal de cette relation qui peut unir mais aussi empêcher de se différencier et de s'autonomiser (Villien et al, 1993). Elle permet de travailler dans le système où le patient, son symptôme et les autres membres de la famille sont reliés circulairement. Pour Onnis (2000), l'intérêt repose aussi dans la définition du système familial qui peut être vu comme « un système complexe d'interactions à différents niveaux : un plan synchronique d'interactions et de modèles communicatifs s'entrecroise avec un plan diachronique d'histoires individuelles et collectives qui traversent le passé pour continuer à vivre dans le présent et influencer le futur ». L'approche systémique permet de comprendre les règles de fonctionnement familial et les modélisations relationnelles ; la compréhension de cette dynamique interpersonnelle, dont on fait l'hypothèse qu'elle sous-tend les difficultés actuelles, peut à son tour renvoyer à un agencement de configurations individuelles (présentes et passées), à des difficultés restées latentes, irrésolues pour chacun des deux parents, à la conjugaison de deux lignées familiales c'est-à-dire à tout ce qui agit en souterrain de la situation actuelle (Dollé-Monglond, 1999). Pour Delage et al (1999), centrer le travail sur les modes de communications et d'échanges dans l'ici et maintenant sans négliger la dimension intrapsychique et historique des individus qui composent le système permet aussi de dépasser les oppositions qui existaient entre les approches systémique et psychanalytique et de tenir compte au plan d'une pratique personnelle des apports des différents champs.

• Le cadre des entretiens familiaux :

Les entretiens familiaux proposent un étayage facilitant l'assouplissement et la réorganisation de la dynamique familiale jusque-là figée.

Ils correspondent à un espace de parole, d'échange, de confrontation des expériences ; il y a une redécouverte progressive du dialogue, pouvant permettre des rencontres entre des points de vue différents voire incompatibles, et le retour de la pensée.

Les entretiens familiaux sont généralement centrés, dans un premier temps, sur les relations actuelles dans la famille ; ainsi, le premier objectif du thérapeute est de comprendre et de mettre à jour les patterns interactionnels existant dans la famille au moment de la thérapie puis viser à ce que la famille les modifie pour répondre aux besoins développementaux de chacun de ses membres (Cabié, 1992) ; c'est aussi la possibilité de travailler avec les affects et les émotions, tenter de donner un sens à des éprouvés complexes, faire d'incessants allers-retours entre penser et ressentir, établir des liens entre des émotions perçues et les relations familiales (et plus une émotion est perçue, reconnue, représentée, plus le processus de différenciation pourra s'opérer dans le groupe familial).

Ils peuvent, dans un second temps et si l'alliance thérapeutique est suffisamment fiable, s'orienter vers le passé, l'évocation de l'enfance des parents, l'histoire transgénérationnelle ; ce modèle fait référence au modèle théorique multicausal tel que le développe Gammer (1998) dans la thérapie familiale dite par phase. Cette orientation est sous-tendue par un travail de connexion et d'activation de liens affectifs souvent cachés, interrompus ou coupés ; la levée des non-dits permet la mobilisation des ressources émotionnelles, affectives et mémorielles de l'histoire et de l'identité familiale, de resituer la problématique dans l'histoire

familiale, de mettre à jour les dissensions et les souffrances des membres bien avant que le problème ne survienne (Gutton cité par Bantman, 2000).

Les entretiens familiaux permettent aussi de réfléchir à sa façon d'être et d'être en relation avec les autres (Andolfi, 2002) et ainsi de pouvoir trouver de nouvelles alternatives dans le projet familial bloqué ; le processus thérapeutique, donnant un contenant aux angoisses de séparation de chacun, peut autoriser une reprise du déroulement temporel, relancer les capacités d'individuation et amorcer les processus d'autonomisation. Pour illustrer notre propos, citons l'exemple de la thérapie familiale de la famille Z : l'alliance thérapeutique obtenue au cours des séances, en permettant que soit reconnu et nommé le vécu douloureux de la mère, les difficultés d'individuation du père et les problèmes conjugaux, a autorisé une élaboration progressive des différentes problématiques, le patient désigné peut alors se dégager un peu de sa fonction et reprendre peu à peu son processus de différenciation et d'individuation.

Ainsi, pour Berger (cité par Bardou, 2005), les entretiens familiaux renvoient à la notion de zone transitionnelle où chacun, notamment l'adolescent, peut repérer ce qui le réunit aux autres et ce qui le différencie, où les parents apprennent à mieux gérer leurs rôles de contenant et de pare-excitation et où peut s'élaborer la problématique du renoncement et du deuil. Il s'agit finalement du maniement par le système familial d'une aire de jeu comme dirait Winnicott (cité par Marcelli et Braconnier, 2002) dans laquelle s'établissent et s'expérimentent les limites de chacun, les possibilités de différenciation et d'identification, le maintien du sentiment de continuité de soi. Des réorganisations personnelles, interpersonnelles et intersystèmes vont alors progressivement s'effectuer et permettre une coévolution : pour Segers-Laurent (1997), c'est du cadre thérapeutique (né de la rencontre des cadres des deux systèmes : famille et thérapeute) qui permet l'élargissement de l'espace familial et l'assouplissement de son cadre permettant l'évolution de ses membres.

Parce que les conflits malmènent les liens, parce que pour certaines familles, le changement de stade met en danger l'existence et la continuité du groupe familial, il est nécessaire de **réunir avant de séparer**. La thérapie familiale via les entretiens familiaux peut faire office de rite de passage : ils participent et à l'individuation et au maintien des rapports au groupe originel d'appartenance et permettent que l'anxiété et la souffrance liées au changement de rôles diminuent, aidant à recréer des liens là où la peur aurait pu pousser à les rompre (Destal, 1995). Le rétablissement d'une temporalité intergénérationnelle et d'un miroir identificatoire rend possible une mobilisation des psychismes, dans le sens à la fois de la restructuration d'un contrat narcissique satisfaisant et d'une différenciation sans rupture (Berger, cité par Bardou, 2005).

La thérapie familiale et le cadre des entretiens familiaux vont permettre aussi **aux parents de supporter l'amélioration symptomatique de leur adolescent**. En effet, l'amélioration symptomatique du patient désigné peut réveiller la problématique familiale enfouie ; cette dernière a de fortes chances, si elle n'est pas élaborée concomitamment de favoriser la décompensation d'un autre membre de la famille ou de générer des contre-attitudes contribuant à la rechute de l'adolescent. Le postulat de base des thérapeutes travaillant au centre Monceau (centre de lutte contre la toxicomanie) est, à propos, que si aucun paramètre du contexte familial du toxicomane n'est modifié, les tendances homéostatiques du système l'emportent avec le risque de rechute (Fournié, 1997) ; ainsi, pour Rideau (2002) et les thérapeutes contextuels, le patient désigné se met en avant, évalue les risques d'un éventuel changement, en mesure les bénéfices supposés mais se replie dès qu'il sent la présence d'un danger que la famille n'est pas prête à surmonter et ce repli empêche l'aide d'aboutir. Cette notion est aussi importante pour Bowen (1984) qui explique qu'un traitement fondé sur la

différenciation de soi a pour but d'aider l'individu membre de la famille à faire un pas microscopique vers un meilleur niveau de différenciation, en dépit des forces d'intimité qui s'y opposent ; sans aide de sa famille, celui qui se différencie reviendra à une position d'intimité, afin de rester momentanément en harmonie émotionnelle avec les autres membres de la famille d'où la nécessité d'une coévolution et de l'alliance thérapeutique qui permettra à chacun d'accepter d'avancer et de laisser les autres avancer.

L'alliance thérapeutique avec les parents et plus loin avec la famille apparaît en effet comme une **condition de mise en œuvre d'un processus thérapeutique pour un adolescent** : cela permet que la famille accepte un espace de soins personnel pour l'adolescent (Kaganski, 1999). Cette idée est corroborée par Angel (1998) pour qui, l'intervention d'un thérapeute familial, par son approche spécifique, peut permettre de mobiliser un adolescent toxicomane alors qu'il n'a pas encore de capacité d'introspection suffisante, de possibilité de visée autoréférentielle et de motivation pour répondre à une proposition de psychothérapie individuelle. Il en va de même semble-t-il pour l'adolescent antisocial : le fait que ses parents se mettent en question est le préambule indispensable qui permettra à l'adolescent de briser sa cuirasse de prétendue assurance et invulnérabilité : quand celui-ci verra ses parents (et principalement son père) se faire aider, il pourra également commencer à demander de l'aide. D'une façon plus générale, la reprise de la dynamique familiale peut ainsi permettre d'organiser une prise en charge pour le jeune ou le couple : Neuburger (cité par Bantman, 2001) parle de « **désaliénation du groupe familial** » pouvant permettre l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres (et pas seulement celui qui est porteur du symptôme).

Les entretiens familiaux luttent également contre la mise à distance des parents en permettant **la reconnaissance de la compétence de la famille**.

En effet, comme l'évoque Dollé-Monglond (1999), l'adolescence symptomatique renvoie aux parents la problématique quasi constante de la parentalité : « la problématique de l'enfant est leur problématique, la stigmatisation de l'enfant est leur propre stigmatisation c'est-à-dire la mise à mal de leur fonction parentale, la mise en défaut de leurs capacités, métaphore des difficultés en cours à savoir l'absence d'indistinction, de frontières entre parents et enfants et la difficulté d'individuation pour chacun ». Les entretiens familiaux permettent que la famille et donc les parents soient reconnus dans leurs modes de perception, de compréhension et d'action (Kaganski, 1999) ; la famille n'est plus un objet gênant mais la ressource principale pour la thérapie (Cabié, 1992). Cette reconnaissance permet une meilleure adhésion au traitement mis en place et participe à redonner aux parents leur place de parents et à aider ainsi à la reprise de l'individuation (en allant, si on s'en réfère aux thérapeutes contextuels, dans le sens des adolescents qui, par leurs échecs ou leurs difficultés, offrent à leurs parents de multiples occasions de reprendre leur rôle parental). Pour l'adolescent, cette reconnaissance des parents évite les conflits de loyauté et peut permettre certaines identifications positives par rapport à eux.

Par ailleurs, dans le cadre de ces entretiens, l'adolescent qui pose problème n'est pas étiqueté malade ou déviant, ce qui préserve son avenir (Cabié, 1992), on reconnaît même au symptôme une fonction positive de protection et d'aide au changement. En situation de crise, le cadre thérapeutique familial offre un contenant qui limite les excitations, organise les échanges et permet que le patient désigné se sente moins menacé et moins menaçant pour ses proches (Kaganski, 1999).

2) Risque d'une thérapie individuelle seule :

● La notion de thérapie individuelle peut faire référence bien sûr aux psychothérapies d'inspiration analytique et à la cure classique mais aussi aux psychothérapies de soutien, aux thérapies de type cognitivo-comportemental... Il est difficile ici de définir les tenants et les aboutissants ainsi que le pour et le contre pour chaque forme de thérapie... Nous nous contenterons donc de quelques généralités qu'il nous a semblé important de rapporter ici.

D'une façon générale, devant un adolescent à la recherche de son identité, en quête de son autonomie, il pourrait paraître logique de proposer une thérapie individuelle (Cabié, 1992) ; le fait de savoir que l'adolescence représente une étape où le rapport dynamique entre appartenance et séparation semble pencher vers la séparation peut en effet faire apparaître nécessaire de garantir au jeune en phase d'autonomisation un rapport duel, protégé et coupé du monde des parents. Boszormenyi-Nagy (cité par Andolfi, 2002), à l'instar de nombreux autres thérapeutes familiaux, pense, au contraire, qu'à l'adolescence, une thérapie individuelle seule (qui ferait totalement fi du contexte familial) n'a aucun sens : pour lui, cette forme de prise en charge ne tient en effet pas compte des modalités à travers lesquelles l'adolescent essaie au quotidien de conquérir son espace d'autonomie, c'est-à-dire qu'elle ne tient pas compte du contexte affectif où la certitude d'appartenir est aussi importante pour la maturation du soi que la séparation et où l'adolescent cherche de façon provocatrice et contradictoire contenance et appartenance (testant par là même la capacité de ses parents à ne pas se laisser trop manipuler par sa demande de liberté et d'autonomie absolue).

Le risque de regarder sans avoir élargi le champ d'observation est, par ailleurs et selon Sampaio (1995), celui d'une vision trop étroite.

Une thérapie individuelle seule a par ailleurs tendance à rester focalisée sur l'individu porteur du symptôme en le stigmatisant comme malade, entretenant ainsi le processus de désignation.

● Ceci étant dit, penchons-nous un instant sur le versant psychanalytique des thérapies individuelles et des risques que l'on peut rencontrer en les proposant isolément (nous centrons ici notre propos sur les écueils de l'approche individuelle d'inspiration psychanalytique seule mais nous parlerons ultérieurement de l'intérêt de cette approche dans le cadre des thérapies multifocales).

Ce sujet est bien sûr matière à controverse et tous ne partagent pas le même point de vue.

Pour certains psychanalystes, la mise en place d'une cure classique individuelle à l'adolescence est déconseillée ; ainsi, Kestemberg ou A. Freud (citées par Ladame et Perret-Catipovic, 2000) pensent que « nous devrions accepter le fait que les adolescents ne soient pas réellement analysables ». D'autres, comme Laufer (2000), considèrent au contraire le traitement psychanalytique de l'adolescent comme l'unique moyen d'accéder à la problématique de fond.

La position de ceux qui sont opposés à la réalisation d'une cure classique ou qui émettent certaines réserves à la mise en place d'une psychothérapie d'inspiration analytique semble sous-tendue par plusieurs choses :

- D'une part, les tâches de l'adolescence et celles que requiert le travail analytique apparaissent pour certains comme antinomiques (Winnicott cité par Stassart, 1995). En effet, l'adolescence symptomatique renvoie essentiellement à la difficulté de se positionner par rapport aux objets internes or la psychanalyse correspond justement à la confrontation avec ces mêmes objets internes, confrontation momentanément impossible pour l'adolescent en difficulté. La relation transférentielle peut alors être vécue comme

dangereuse en raison de la dépendance et de la régression qu'elle suppose (Ladame, 2000). Destal (1995) voit également dans les tentatives de faire un lien avec les investissements de l'enfance (lorsque l'approche psychothérapeutique individuelle est proposée comme unique réponse et dès le début) un risque de renforcer le recours à l'agir : le passé ravivant l'infantile (pour lequel l'adolescent ressent terreur et attachement), la passivité et la dépendance.

- D'autre part, on peut dire qu'un adolescent en relation symbiotique avec sa mère (dyade excluant le père) peut certes bénéficier d'une psychothérapie individuelle où il pourra trouver un lieu de parole et un espace privilégié lui appartenant mais il faut être conscient que deux types de risques peuvent se présenter : 1) le maintien du processus de fusion avec le thérapeute pour lequel Ladame (2000) évoque le « transfert psychotique » rendu souvent insupportable en relation duelle par l'effacement de toute référence à un tiers, 2) la difficulté de se différencier de la mère en situation de face à face (c'est-à-dire une fois qu'il a quitté le cabinet), autrement dit par Bowen (1984) : la différenciation ne s'opère pas en partant du milieu familial mais en restant et en s'opposant.
- Par ailleurs, un autre danger réside dans le fait que les thérapies individuelles entraînent un certain nombre de changements qui induisent en général une remise en cause des règles familiales à laquelle les autres membres de la famille vont réagir. Leurs rétroactions peuvent renforcer ces changements ou s'y opposer. Dans le second cas, le risque est grand pour le thérapeute d'entrer en rivalité avec la famille et notamment avec les parents qui peuvent se sentir jugés ou destitués et considérer la thérapie comme une intrusion insupportable ; l'adolescent se trouve alors prisonnier d'un conflit de loyauté et ne peut s'autonomiser car cela reviendrait à trahir ses parents (Cabié, 1992). Bowen (1984) explique de son côté que « plus le niveau de tension et d'angoisse est élevé dans un système émotif et plus les membres auront tendance à se retirer des relations externes dans lesquelles ils se trouvaient jusque-là pour se refermer dans le système les uns sur les autres. Ces relations au sein du système émotif qu'est la famille peuvent se trouver modifiées par l'introduction d'une personne étrangère importante ; dans le cas où la personne étrangère est un psychothérapeute orienté vers l'individu, il peut advenir deux cas de figures : 1) le thérapeute peut arriver à modifier et à apaiser les relations s'il négocie une relation thérapeutique d'intensité modérée et si le patient peut garder un bon contact avec les membres de sa famille : tout ce passe alors comme si la relation thérapeutique drainait la tension hors de la famille et que celle-ci prenait de ce fait un aspect différent, 2) mais si la relation thérapeute / patient devient plus intense, ce dernier risque se couper du contact émotif qu'il avait avec sa famille et celle-ci s'en trouve encore plus perturbée.

Au vu et au su de ces différents écueils, Marcelli (2000) pose certaines conditions préalables à la mise en place d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique à l'adolescence pour éviter les risques d'une rupture : 1) le fonctionnement ne doit pas être dominé entièrement par une dimension projective, 2) les barrières interindividuelles doivent être respectées dans le fonctionnement familial impliquant une reconnaissance du fonctionnement intrapsychique du jeune (sinon, une approche familiale est indispensable) et le patient doit avoir un intérêt à reconnaître sa pensée comme sienne, 3) l'existence de la capacité de confronter le présent et le passé en contenant dans son espace psychique propre les fragments de son histoire individuelle. Il préconise par ailleurs des entretiens avec les parents dont le rôle est « de leur permettre d'élaborer ou de surmonter des contre-attitudes (sous-tendues par l'envie ou la persécution) qui risqueraient de menacer la poursuite du traitement ».

● Ainsi, différents auteurs dont Salbreux et Rudin (1985) reprennent le fait que l'individuation d'un membre n'est possible que si elle est acceptée par le groupe familial et incitent à la prudence vis-à-vis d'un travail individuel non accompagné d'un travail avec la famille ou lorsque celle-ci refuse cette approche.

B. COMPLEMENTARITE DES DIFFERENTES APPROCHES :

1) Les thérapies multifocales :

Dans l'article *Intérêt de l'approche multifocale en psychothérapie* (1999), Delage et ses collaborateurs allèguent le fait que chaque thérapeute a tendance à utiliser préférentiellement telle ou telle approche en fonction de sa formation, de son expérience, de son contexte de travail, de son idéologie personnelle, laissant souvent croire que les différentes modalités psychothérapeutiques sont exclusives les unes par rapport aux autres. Ainsi, un même type de problème se verra être abordé complètement différemment selon que le patient consulte un psychanalyste, un comportementaliste ou un systémicien.

On observe actuellement une amélioration des échanges entre ces différentes approches et le terme de thérapies multifocales est entendu comme l'articulation, l'association possible de plusieurs approches dont chacune vise, dans le cadre thérapeutique qui lui est propre, des points d'impact spécifiques et la levée de certaines difficultés.

Nous orienterons notre propos sur la combinaison de thérapies centrées sur un travail individuel (notamment intrapsychique) et de thérapies concernant la dynamique relationnelle.

Ainsi, pour Onnis (2000), « il est évident que les vécus personnels du patient et la trame relationnelle sont deux faces nécessairement complémentaires d'une même réalité, de sorte que l'une renvoie à l'autre et ne peut être pleinement comprise et affrontée sans l'autre ». Il appuie l'intérêt des thérapies multifocales en soulignant la multidimensionnalité du processus mental : la spécificité de l'individu, le système auquel il appartient, ses comportements agis dans l'ici et maintenant et son histoire sont des niveaux différents d'une même réalité humaine qui sont complémentaires et en corrélation ; à cette multidimensionnalité correspond « la reconnaissance d'une pluralité de points de vue dont on recherche la complémentarité plutôt que des oppositions, dans le respect, toutefois des différences réciproques ». Prenons l'exemple d'un syndrome dépressif chez un adolescent (Chabrol, 1988), l'approche comportementale et cognitive s'intéresse à l'apprentissage des comportements dépressifs et à leurs relations avec les comportements de l'entourage, l'approche systémique s'interroge sur les fonctions de la dépression dans l'organisation familiale, l'approche psychanalytique s'adresse aux relations entre les conflits du développement et la dépression, l'approche biologique discute les liaisons entre génétique, perturbations biologiques et dépression et l'approche sociologique se préoccupe de l'influence sur la dépression de l'évolution de la famille, de la société et de ses crises. En partant des perturbations familiales et non plus d'un symptôme, on retrouve le même type de démarche : les perturbations familiales s'accompagnent en effet d'une mise en question des systèmes de communication et de relation, des systèmes de croyances et de valeurs, des systèmes de connaissance et de reconnaissance (qui opèrent habituellement dans la constitution des liens interhumains et les processus d'autonomisation) et le traitement qui en résulte réclame des lectures multiples qui débouchent sur des modes d'interventions éventuellement opposés à savoir psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale (Miermont, 2000). Elkaim (1999) replace aussi la thérapie familiale systémique au sein d'un système plus vaste ; il considère en effet que « nous vivons dans un monde où des paramètres de toute nature coexistent et que notre vécu est lié aux assemblages les plus divers ; en tant que psychothérapeutes familiaux,

nous intervenons au niveau d'une partie réduite du réel, celle de la partie systémique qui fait sens ou fonction mais cela ne signifie pas pour autant que nous réduisons l'ensemble de la réalité à cette partie que nous choisissons de sélectionner pour mieux intervenir ».

Pour de nombreux auteurs actuels, c'est cette différence de points de vue et de prises en charge qui va permettre l'efficacité des thérapies. C'est le cas de Onnis (2000) pour qui « les perspectives thérapeutiques devraient être interdisciplinaires à travers des projets intégrés dans un sens où la confrontation, le dialogue et l'intégration des points de vue deviennent possibles quand leur différence est paradoxalement établie et quand on maintient l'irréductible pluralité » et qui rejoint Bateson (1980) quand il prône que « seule la différence est matrice d'information et de connaissance ». Cette « optique de complexité » évoquée par Onnis se retrouve aussi chez Miermont (2000). Ce dernier met en avant l'articulation des polarités thérapeutiques sous la forme de cothérapies élargies et de hiérarchies enchevêtrées ; le fait que plusieurs soignants et thérapeutes arrivent à différencier leur mode d'intervention sur les plans moléculaires, psychiques et relationnels (qui restent intriquées : l'intervention pharmacologique produit des modifications comportementales, psychologiques et relationnelles, le soutien et l'infléchissement des attitudes personnelles conduit à un apaisement de la souffrance biologique et à un changement des formes d'interactions, la prise en compte des phénomènes institutionnels, organisationnels, décisionnels sur le plan communautaire (familial et social) rétroagit sur les systèmes neurophysiologiques et les positions et dispositions des personnes) et à coordonner leurs efforts en partenariat avec ceux du patient et de sa famille permet d'envisager qu'une partie non négligeable des processus thérapeutiques résulte de cette coopération. Pour lui, cette coopération est constituée de mouvements synergiques et antagonistes, le fait de constater des désaccords à propos de la définition des problèmes, de la manière de les résoudre ou des finalités à atteindre ne signifie pas nécessairement qu'un résultat thérapeutique satisfaisant soit lié à une réduction systématique de ces désaccords ; le plus important est que les différentes parties arrivent à maintenir une cohésion sécurisante malgré leur différents, une sorte de continuité contextuelle. Ainsi, pour lui, la modélisation systémique la plus appropriée semble reposer sur le repérage et l'organisation de systèmes hiérarchiques à niveaux multiples où les registres biologiques, psychologiques, familiaux et sociaux méritent d'être explorés conjointement ; il souligne que cette exploration conjointe ne signifie pas qu'il faille tout mélanger dans un vaste système totalisant et unique mais que les circuits opérants sont singuliers, transhiérarchiques et incomplets.

Ce type d'approche multifocale peut être utile dans de nombreuses circonstances mais de façon préférentielle dans les familles avec un adolescent ou un jeune adulte en difficulté d'autonomisation (Delage, 1999). En effet, les difficultés des adolescents ne sont pas réductibles au seul contexte familial ; un problème et à fortiori un symptôme surgit chez un adolescent et ce problème est lié à toute une série de paramètres (contexte familial certes mais aussi contexte social, scolaire, à des éléments de la première enfance, à des éléments biologiques ou génétiques) : « une thérapie ne saurait progresser sans carte susceptible d'intégrer les différents niveaux biologiques, individuels, familiaux et sociaux » (Selvini-Palazzoli cité par Pautz, 1991). Ainsi, proposer à l'adolescent et à sa famille des temps et des lieux différenciés établit des frontières, instaure des espaces et des limites dans lesquels pourront s'effectuer des déplacements permettant que les processus de symbolisation et de métaphorisation se substituent aux passages à l'acte et aux ruptures traumatiques ; si les différents thérapeutes sont suffisamment liés (en préservant des échanges possibles) et suffisamment différenciés (en préservant le secret nécessaire à chaque sous-système thérapeutique), ces thérapies multifocales s'avèreront particulièrement intéressantes dans le

sens d'une complémentarité (Kaganski, 1999) : rappelons à ce niveau les échanges entre les différents thérapeutes intervenus dans le cas de D et de sa famille. A l'intérieur de ce cadre, la thérapie familiale représente alors un lieu tiers dans lequel la famille est rassemblée afin que les individus qui la composent parviennent à mieux se séparer et que des espaces privés puissent se constituer ; elle prend ainsi la place d'un véritable espace intermédiaire, sorte de relais dans l'articulation des soins proposés à l'adolescent (Kaganski, 1999). C'est une trame de liens à tisser que l'on propose à l'adolescent afin de lui permettre d'élaborer ce qui fait conflit pour lui : son besoin des autres (entourage familial, groupe de pairs, relations amoureuses...) et son besoin d'affirmation de soi, ses besoins objectaux et ses besoins narcissiques, ses besoins d'appartenance et ses besoins d'autonomie ; ces différents liens thérapeutiques doivent en conséquence articuler réalité interne et externe, conflits intrapsychiques et relations interpersonnelles (d'autant plus quand il s'agit de troubles des conduites, de plus en plus fréquents actuellement, qui peuvent être vus comme un déplacement de conflits internes au monde externe et où l'entourage va être activement impliqué et donc souvent initiateur de la demande d'aide).

Pour aller toujours dans le sens de l'intérêt des thérapies multifocales, nous ne reviendrons pas sur les dangers d'une prise en charge individuelle isolée mais nous pouvons par contre évoquer, notamment avec Elkaim (1999), le risque du message implicite d'une thérapie familiale seule qui peut être de faire porter le poids du symptôme sur les épaules de la famille : cette nécessité d'une complémentarité a été reconnue dans la prise en charge de jeunes toxicomanes où une thérapie familiale seule pouvait renforcer les vécus ou les préjugés de culpabilité qui existent quasiment toujours chez les parents de toxicomanes (Prata, 1996), vision toutefois controversée par d'autres (Samaniego, 1999).

Quant aux dangers de la thérapie multifocale, Delage et al (1999) en exposent certains risques : 1) une thérapie peut venir en brouiller une autre, 2) deux thérapies peuvent entrer en concurrence et leurs effets s'annuler, 3) un sujet peut cultiver des résistances et échapper au traitement en passant d'une thérapie à l'autre et 4) des effets latéraux peuvent se produire, diluant et complexifiant les phénomènes de transfert. De même, Corigliano (cité par Ladame, 2000) qui, bien que militant pour une thérapie intégrée, nous met en garde contre celle-ci : « Lorsque plusieurs traitements simultanés sont nécessaires (par exemple, thérapie individuelle, thérapie familiale, traitement médicamenteux...), le risque est grand d'une simple juxtaposition reflétant les clivages et les projections des patients et de leur entourage ; ainsi, les conflits (qui devraient être intrapsychiques) vont se jouer dans la réalité et opposer les différents lieux de soins et leurs représentants », la famille peut ainsi trianguler les thérapeutes.

2) Différentes modalités des prises en charge individuelle et familiale systémique :

• Prise en charge individuelle au sein du travail systémique :

Il est possible que le dispositif ne comporte qu'un seul thérapeute menant séances individuelles et familiales (ou deux thérapeutes faisant partie de la même équipe de travail). L'objectif n'est pas ici de travailler sur la réalité psychique interne du patient désigné mais de démêler les territoires communs à la famille et le territoire individuel, l'espace familial et l'espace privé ; le travail est centré sur les frontières, les limites entre les différents sous-systèmes de la famille ainsi que sur la séparation dans sa dimension interactionnelle avec ce qu'elle implique chez les différents protagonistes. Ainsi, l'adolescent ou le jeune adulte

apprend peu à peu à mieux se différencier, à s'approprier sa propre pensée et son histoire personnelle, tandis que les parents apprennent à se passer de lui (Delage, 1999).

Citons à ce propos Selvini-Palazzoli (cité par Selvini, 1997) qui intègre, dans la deuxième phase du processus thérapeutique, un travail thérapeutique sur les personnes à titre individuel au travail concernant les relations en dyade et les relations de la famille comme système (tout en s'opposant à l'entreprise conjointe d'une thérapie familiale et d'une psychothérapie individuelle). Cette dynamique de soins est corroborée par les résultats de l'étude réalisée par Cuendet (1991) (cette étude porte sur l'évaluation de l'impact de la modulation des settings thérapeutiques sur l'individuation d'adolescents et sur le fonctionnement du sous-système parental) qui semblent confirmer que les meilleurs résultats (adolescents autonomes) aient été obtenus par la réalisation concomitante au cours de la thérapie de settings familiaux, d'entretiens individuels avec le patient désigné et d'entretiens avec le sous-système parental (il s'avère aussi que le travail avec les parents doit être considéré comme aussi important que celui conduit avec l'adolescent).

Certains privilégient la « thérapie individuelle conduite en référence systémique » et y associent quelques séances familiales (Masson, 1990). La thérapie individuelle permet d'identifier les entraves personnelles et relationnelles à la réalisation de l'autonomie et à soutenir les processus permettant d'en établir les conditions. Elle permet de créer un espace privé d'organisation psychologique et relationnelle dont l'absence constitue un des facteurs pathogènes ; elle participe à l'élaboration de projets personnels. Le travail individuel se centre sur l'objectif principal de la transformation des processus de constitution de l'information par le patient sur la représentation de lui-même et de ses proches, sur la perception d'autrui et de ses modes de relations et permet en outre de mettre au jour des corrélations entre phénomènes intrapsychiques et transactionnels. La thérapie opère en plaçant le sujet au sein de deux champs relationnels dont les fonctionnements sont différents : le champ patient / soignant et le champ patient / proches ; l'alternance des séances individuelles et de quelques séances familiales permet d'observer, au moment où une mobilisation est obtenue, la simultanéité des changements transactionnels et personnels chez plusieurs sujets à la fois. Les séances individuelles permettent une communication plus facile sur son ressenti, l'analyse de la fonction du symptôme, l'analyse des interactions et elles possèdent l'avantage de confier la responsabilité des changements à opérer aux patients eux-mêmes, ce qui est physiologique dans la phase où ils se trouvent. Les séances conjointes accélèrent les processus d'évaluation, tout en rendant disponibles les ressources de compréhension et d'appui par les proches.

● Thérapie individuelle d'inspiration psychanalytique et thérapie familiale systémique :

Comme le souligne Elkaïm (1985), « le comportement de quelqu'un peut très bien faire sens au niveau d'une économie libidinale individuelle et en même temps faire sens au niveau de l'économie du système humain ». La thérapie individuelle d'inspiration psychanalytique est ainsi reconnue par de nombreux auteurs comme complémentaire à la thérapie familiale (Neuburger cité par Bantman, 2001). Elle est même perçue par certains comme une finalité, souvent entreprise après qu'un temps de thérapie interactionnelle ait pu être mené à bien : comme nous l'avons précédemment évoqué, la thérapie familiale pourrait être un moyen de créer les conditions permettant la mise en place d'un traitement individuel quand celui-ci est indiqué mais compromis par les caractéristiques de fonctionnement psychique (Ladame, 2000) ; ainsi, un jeune en thérapie familiale dira « ici, on apprend à penser ses pensées » et élaborera progressivement un projet de thérapie personnelle (Diot et Villier, 1995).

Le travail individuel correspond ici à un travail sur les contenus psychiques. Il s'agira de mettre à jour les conflits liés à l'incapacité du patient adolescent de renoncer à son attachement libidinal pour les objets originaires. Il permettra ainsi de donner un sens à ses symptômes qui seront perçus comme des moyens de défense pour tenter de sortir du dilemme dans lequel il se trouve : dilemme entre le désir d'être adulte et celui de rester enfant (Laufer, 2000). La thérapie s'attachera à ce que le conflit reste au service du développement et que sa dynamique prime sur son potentiel destructeur (Ladame et Perret-Catipovic, 2000).

Pour Schmit et Potier (1999), le travail psychique de l'adolescence peut être entravé par l'évaluation des forces des parents réels (face à la tension agressive des modifications d'investissement) ; si les parents renvoient à leur adolescent (qui se trouve dans une période marquée par le danger que le fantasme de possession d'objet ne se réalise) une image d'eux-mêmes souffrante et abîmée, cela signe que le mal est fait, qu'ils n'ont pas résisté au déferlement pulsionnel d'où culpabilité et attente des représailles de l'objet : il y a entrave au processus de séparation et tout l'intérêt d'un travail conjoint ou antérieur avec la famille est souligné. Laufer (2000) voit dans la psychanalyse à l'adolescence un traitement de choix dans le sens où elle permet de « contrer la cassure du développement survenue à la suite des transformations pubertaires (pas d'intégration progressive du corps sexuellement mature dans la réalité psychique de l'adolescent) » ; elle apparaît pour lui comme « l'unique moyen de toucher cette problématique de fond, de modifier l'état de dépendance vis-à-vis du fonctionnement pathologique défensif mis en place et d'éviter ainsi qu'il ne devienne partie intégrante du fonctionnement psychique de la personnalité adulte ».

● Un mot sur la place des psychotropes et de l'hospitalisation :

Pour Selvini-Palazzoli (Trappeniers et Kannas, 1990), « le patient désigné est tout simplement un patient et patient en latin veut dire celui qui souffre ; s'il souffre, il faut l'aider et avant de pouvoir l'aider avec la psychothérapie, il faut l'aider avec des médicaments. Nous nous mettons d'accord quand il faut diminuer les médicaments si la thérapie a fait des progrès, je n'ai rien non plus contre l'hospitalisation si le patient se sent très mal, s'il doit être isolé de sa famille ; c'est le respect de la souffrance plutôt que le respect de la théorie qui nous guide ». Bien que l'on est pointé du doigt le risque d'interférence entre une prise en charge institutionnelle et/ou médicamenteuse et une prise en charge familiale, il semble avéré qu'elle peut être nécessaire dans certains cas (et notamment en cas de risques imminents et sévères auto ou hétéro-dirigés, et/ou une incapacité manifeste du côté du système relationnel de participer à la stratégie thérapeutique, ou encore pour certains auteurs comme Sampaio (1995) s'il existe un processus psychopathologique individuel où la composante interactive est moins nette). L'hôpital peut aussi, selon Ladame (2000), représenter un cadre dans lequel les forces destructrices à l'œuvre dans le psychisme peuvent se déployer pour y être contenues (à condition que le milieu hospitalier soit formé avant tout d'un contenant humain, doublé d'un contenant physique).

3) Intérêt d'autres approches :

Elles ne seront pas développées ici mais leur intérêt n'en ait pas moins important, il peut s'agir :

- Des thérapies multifamiliales : Elkaim (1999) insiste sur l'intérêt des thérapies multifamiliales qui permettent selon lui une diminution de la culpabilité et des progrès plus rapides.
- Des thérapies en groupe d'adolescents (Cavin-Piccard, 2002).

- La prévention : Puisqu'il est établi que les pathologies du lien trouvent leur origine dans les troubles précoces de l'attachement, puisqu'elles se transmettent parfois de générations en générations, il semble utile de trouver des lieux de prévention où vont pouvoir s'élaborer les premières séparations, où les parents vont pouvoir se questionner sur leur propre conquête de l'autonomie, prises d'indépendance et les liens d'appartenance, permettant ainsi de prévenir un certain nombre de difficultés futures et notamment au moment du leaving home (Rideau, 2002).

CONCLUSION :

Comment conclure...

Poser tout d'abord que cette thèse n'a pas la prétention de présenter un travail de recherche exhaustif ni en ce qui concerne le vaste sujet de l'adolescence, ni en ce qui concerne l'apport de la thérapie familiale dans ce qu'on a pu appelé les troubles de l'individuation des adolescents.

Elle ne comporte pas d'étude randomisée, elle ne prouve ni ne démontre rien mais elle correspond à une recherche de compréhension, à un travail de réflexion et au chemin qu'a pu prendre l'organisation de cette réflexion par rapport à certains questionnements personnels.

Soulever ensuite les différents points importants qu'elle m'a permis d'aborder, les différentes portes qu'elle m'a permis d'ouvrir...

De pouvoir penser l'adolescent et l'adolescence dans un réseau de liens créés entre plusieurs systèmes de sens. Avoir une vision d'ensemble cohérente où chaque élément constitutif de la vie d'un individu entre en résonance avec les autres, avoir alors la possibilité de ne plus voir la réalité de façon clivée en se basant uniquement sur un seul modèle d'appartenance théorique et pouvoir penser les comportements symptomatiques de l'adolescent en fonction de plusieurs niveaux de lecture...

Insister sur le poids de l'entourage à cette période charnière de l'existence et développer les mécanismes intrafamiliaux pouvant interagir avec l'évolution de l'adolescent, voire entraver le déroulement de son processus d'individuation et d'autonomisation... et considérer la thérapie familiale systémique comme un moyen efficace d'action à ce niveau.

Toutefois, ne pas considérer la thérapie familiale comme une panacée et ne pas sombrer dans une théorie familialiste exclusive des comportements symptomatiques des adolescents... De là, insister sur la prise en charge multifocale de ces adolescents et inclure la thérapie familiale dans un système thérapeutique plus large.

Insister par ailleurs à ce niveau sur l'importance de ne pas réduire la systémique à la thérapie familiale : citons à ce propos Puzé (1991) pour qui « l'approche systémique correspond à l'étude de la conduite humaine dans une perspective interactionnelle et environnementale et non strictement familiale » ou Onnis (2000) pour qui « s'inspirer de l'optique systémique signifie se placer dans une perspective méthodologique qui recherche les corrélations entre des composantes multiples, qui tend à dépasser les dichotomies et les fragmentations, qui refuse les équations réductrices et abusives qui la rendent homologue à des techniques de thérapie familiale ».

De là, étendre le point de vue systémique au système thérapeutique dans son ensemble ; c'est faire du lien entre les différents courants thérapeutiques (et par différents courants, j'entends bien sûr les différentes thérapies psychiatriques mais j'entends aussi les différentes spécialités médicales et notamment la médecine générale, la pédiatrie, la neurologie, la santé publique...) et pouvoir leur appliquer les propriétés des systèmes et de la communication. Ainsi, comme dans tout système, la communication et les interrelations peuvent devenir dysfonctionnelles... et nous pouvons retrouver les risques d'hypo-individuation et d'hyper-individuation. Dans le cas d'un déficit d'individuation, les différents courants thérapeutiques sont mal différenciés, le flou prédomine dans un espace de cadre totalisant où le patient, sa famille et les différents thérapeutes auront bien du mal, au sein de ce magma, à se retrouver et à avancer... les responsabilités sont diluées, il n'y a pas de reconnaissance des différentes

spécificités et de leurs différences, alors comment le patient et sa famille pourraient-ils s'individuer par rapport / au sein de ce système qui semble favoriser la dépendance. Dans le cas d'une hyper-individuation, chaque partie prône sa spécificité mais dans un but exclusif, il n'y a pas de reconnaissance des autres voire une négation... la communication fait défaut, les frontières sont étanches et les différents thérapeutes avancent dans leur coin, parfois même imbriqués dans une sorte de lutte de pouvoir où le grand perdant sera le patient. Et, de même que la rigidité du cadre familial, la rigidité du cadre thérapeutique empêche l'évolution de ses membres, leur créativité, leur individuation... s'il n'y a plus de réflexion sur ce qu'on fait, le système risque de se figer, entravant les possibilités d'adaptation et de mouvement et « au lieu d'un schéma flexible au service de la relation thérapeutique, il devient une structure rigide de contrôle » (Andolfi, 2002).

Reconnaître la spécificité de chaque courant, intégrer leurs différences, souligner leur complémentarité au profit de l'autonomisation du patient (et notamment d'un adolescent) m'apparaît comme une évidence... mais cette prise en charge multidimensionnelle se heurte, manifestement et sans entrer dans le détail, à des problèmes de mise en place, de coût, de formation, de personnels, d'intérêt et d'énergie...

Terminer en soulignant que l'adolescence symptomatique propose certes une occasion privilégiée de prise en charge familiale et personnelle mais qu'il est important d'insister sur la possibilité de prise en charge plus précoce... j'appuie ici tout l'intérêt des unités et des réseaux « mère-bébé » qu'on devrait plutôt appeler « famille-bébé » qui permettent de prendre en compte les difficultés d'autonomisation des parents avant qu'elles ne soient en partie transmises à leurs enfants.

Finir aussi en considérant les capacités d'évolution de chaque individu tout au long de sa vie : même si l'autonomisation, l'individuation est l'objectif de cette période importante, riche en ouvertures et propice aux changements qu'est l'adolescence, cet aboutissement peut demeurer l'enjeu essentiel de toute une vie. Ainsi pour Winnicott (cité par Alba et al, 2001), « l'adolescence est un passage nécessaire dont l'issue détermine la tonalité de l'existence, féconde ou frustrée, souple ou rigide, autonome ou prisonnière » mais il considère aussi que « c'est un passage qu'on remet en chantier à longueur de vie et qu'il n'est presque jamais trop tard pour entreprendre » ; de même, Jung (cité par Masse, 1993) fait de l'adolescence une période où les tentatives d'individuation et d'autonomisation sont marquées de façon accrue mais il fait de l'individuation la tâche humaine principale, tâche qui se décline tout au long de la vie. Soulignons enfin qu'il ait ainsi toujours utile et possible d'avancer sur la voie de l'individuation afin de mieux vivre en harmonie avec soi-même et avec les autres et que si on ne croit pas dans les capacités d'évolution de chaque individu, ce n'est pas la peine de faire ce métier.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1 : ALBA Rudy, ARMINGAUD Nicolas et HAJA Maxime, *Mieux comprendre l'adolescence afin d'améliorer les séquences pédagogiques de l'enseignement de la technologie au collège*,
Mémoire professionnel, IUFM Nord / Pas-de-Calais, Département technologie, Année universitaire 2000 / 2001, 39 p
- 2 : ALBERNHE Karine et ALBERNHE Thierry, *Les thérapies familiales systémiques*, Editions Masson, 2^{ème} édition, 2004, 269 p
- 3 : ANATRELLA Tony, *Interminables adolescences*, Editions Cerf/Cujas (Collection Ethique et Société), 10^{ème} édition, 2002, 222 p
- 4 : ANDOLFI Maurizio, *Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 2002, Vol. 23, N° 1, p 7-20
- 5 : ANDOLFI Maurizio, ANGELO Claudio, MENGHI Paolo et NICOLO Anna-Maria, *La forteresse familiale*,
Editions Dunod, 1982, 158 p
- 6 : ANDOLFI Maurizio, MENGHI Paolo, NICOLO Anna-Maria et SACCU Carmine, *L'interaction dans les systèmes rigides*,
In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1979, N°1, 21 p
- 7 : ANGEL Pierre, *Thérapie individuelle, Chimiothérapie et thérapie familiale dans le cadre de la toxicomanie*,
In : *Revue Résonances*, 1991, N° 3-4, Vol. 1, 3 p
- 8 : ANGEL Sylvie, *Evaluation des motivations de la personne et de son entourage*,
In : *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés*, Actes de la 3^{ème} Conférence de consensus (organisée par la Fédération Française de Psychiatrie au Sénat de Paris, 23-24 avril 1998) par Darcourt Guy et Kipman Simon Daniel,
Editions John Libbey Eurotest, 2002, 216 p (Collection Fédération Française de Psychiatrie)
- 9 : ANGEL Sylvie, *Pourquoi l'approche systémique en toxicomanie*,
In : *Résonances*, N° 3-4, 3 p
- 10 : AUSLOSS Guy, *Secrets de famille*,
In : *Changements systémiques en thérapie familiale*, dirigé par Benoit Jean-Claude,
Editions ESF, Paris, 4^{ème} édition, 1987, p 62-80
- 11 : AUSLOSS Guy, *Individu – Symptôme – Famille*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1990, Vol. 11, N° 3, p 273-279
- 12 : BADER Michel, PIERREHUMBERT Blaise, PLANCHEREL Bernard, MAZET Philippe et HALFON Olivier, *Transmission transgénérationnelle et conduites de dépendance à l'adolescence*,
In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, N° 25, 2000, p 15-34
- 13 : BANTMAN Patrick, *Réflexions et perspectives*,
In : *Thérapie familiale [en ligne]*, juin 2004
Disponible sur :
http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/psychotherapie/therapie_familiale_bantman1.html
(consulté le 04/08/05)
- 14 : BANTMAN Patrick, *Thérapie familiale et psychothérapie : Quelles articulations entre la psychothérapie individuelle et la thérapie familiale systémiques ?*
In : *Généralisations*, mai 2001, N° 5, p 56
- 15 : BANTMAN Patrick, *Violence, adolescence et famille*,
In : *Perspectives psychiatriques*, 2000, Vol. 39, N° 4, p 307-313

- 16 : BARDOU Hervé, *Les conduites à risque à l'adolescence*,
In : Supplément à Nervure, Journal de Psychiatrie, Février 2005, Tome XVIII, N° 1, p 10-12
- 17 : BENOIT Jean-Claude, MALAREWICZ Jacques-Antoine, BEAUJEAN Jacques, COLAS Yves et KANNAS Serge, *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*,
Editions ESF, Paris, 1988, 569 p
- 18 : BENSIDOUN Bernard, *Famille : séparation, quatre histoires en forme d'interrogation*,
In : Psychologie médicale, 1993, Vol. 25, N° 11, p 1105-1108
- 19 : BILOA Michel, *Les enjeux à l'adolescence*,
Compte-rendu de la journée ACOPHRA, 11 décembre 1997, Grenoble : Autour de l'enfant [en ligne], 10 p
Disponible sur : <http://www.adiph.org/acophra/enfant.html> (consulté le 26/10/05)
- 20 : BOULEY Jean-Clair, *Le chaos déterministe : une imagerie pour les relations familiales à l'adolescence*,
In : Psychologie médicale, 1994, Vol. 26, N° 9 (spécial), p 907-910
- 21 : BOWEN Murray, *La différenciation du soi*,
Editions ESF, Paris, 1984, 196 p
- 22 : BRUNIAUX Jean-Pierre et MAESTRE Michel, *Peut-on éviter le processus de triple désignation : famille disqualifiée, enfants à problèmes, éducateurs super-compétents ?*
In : Résonances, 1995, N° 7, p 33-37
- 23 : CABIE Marie-Christine, *Thérapie familiale et passage à l'âge adulte*,
In : Soins psychiatrie, Février 1992, N° 136, p 22-25
- 24 : CAILLE Philippe, *Etre parent aujourd'hui : performance d'un rôle ou vécu d'un état ?*
In : Thérapie Familiale, Genève, 2003, Vol. 24, N° 2, p 129-142
- 25 : CAILLE Philippe, *L'adolescence et l'absolu familial*,
In : Psychologie médicale, 1994, Vol. 26, N° Spécial 9, p 911-914
- 26 : CANCEIL Olivier, COTTRAUX Jean, FALISSARD Bruno et FLAMENT Martine, *Présentation de l'approche familiale et de couple*,
In : Psychothérapie, trois approches évaluées,
Editions Inserm (Collection : expertise collective), Février 2004, 552 p (p 257-278)
- 27 : CASSIERS Léon, *Homéostasie familiale et espace mythique individuel : une contradiction*,
In : Thérapie Familiale, Genève, 1998, Vol. 9, N° 2, p 111-118
- 28 : CASTELAIN-MEUNIER Christine, *Les transformations de la sphère familiale*,
In : Perspective psy, Juin-Juillet 1998, Vol. 37, N° 3, p 86-90
- 29 : CAVIN-PICCARD Marie-Claire, *Processus de changement par l'imaginaire dans un groupe d'adolescents*,
In : Thérapie Familiale, Genève, 2002, Vol. 23, N° 3, p 289-306
- 30 : CHABROL Henri, *La dépression chez l'adolescent, théories et modèles*,
In : *La dépression de l'adolescent*,
Editions PUF, Paris, 1988, 126 p (Collection Que sais-je ?)
- 31 : CICHELLI Vincenzo, *Les jeunes adultes comme objet théorique*,
In : Recherches et prévisions, 2001, N° 65, p 5-18
- 32 : CIRILLO Stefano, RANGONE Gloriana et SELVINI Mattéo, *L'adolescent antisocial : le sous-groupe de familles régulières*,
In : Thérapie Familiale, Genève, 1998, Vol. 19, N° 4, p 323-334

- 33 : CLOAREC Christine, *Psychologie de la famille*, In : La dynamique des transmissions trans. – et intergénérationnelles au travers du génogramme chez les adolescents suicidants et suicidaires
Extrait de son mémoire de DESS de psychologie, juin 2001, Université de Bretagne occidentale
[en ligne] sur Actupsy, 14 p
Disponible sur : <http://cabinetdepsychologie.free.fr/famille.pdf> (consulté le 15/10/05)
- 34 : CLOUTIER Richard, *Comment peut-on classer les différents styles parentaux ?*
In : *Mieux vivre avec les adolescents*,
Editions Le jour, 1994, 170 p
- 35 : CORCHUAN Loïc, *Indication, demande et représentation en thérapie familiale*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1999, Vol. 20, N° 2, p 155-161
- 36 : CORCOS Maurice et JEAMMET Philippe, *Conduites de dépendance à l'adolescence, aspects étiopathogéniques et cliniques*,
In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 2000, 37-216-G-30, 7 p
- 37 : COURTOIS Anne, *Le temps des héritages familiaux : entre répétition, transformation et création*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 2003, Vol. 24, N° 1, p 85-102
- 38 : CROSNIER Hélène, *Retard de croissance staturo-pondéral*,
In : *Impact Internat*, 1996, N° 12, p 167-176
- 39 : CUENDET Claire-Lise, *Evaluation de 18 adolescents et de leurs parents deux ans après la fin de l'intervention psychothérapeutique*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1991, Vol. 12, N° 3, p 257-271
- 40 : CUENDET Claire-Lise et GRIMAUD DE VINCENZI Anne, *Des rituels de deuil : libération pour les parents, libération pour les enfants*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 2003, Vol. 24, N° 2, p 161-168
- 41 : DE GANDT Isabelle, *Les entretiens familiaux systémiques à l'adolescence*,
In : *Nervure*, Novembre 2002, Tome XV, N° 8, 4 p
- 42 : DE VOLDER Anne et SIMEON Marie, *Grossir oui, grandir non : l'histoire d'Amandine*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1994, Vol. 15, N° 1, p 19-24
- 43 : DEBERT Françoise, ELIE Robert et LAMONTAGNE Yves, *Transgressions des lois chez les parents et consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents*,
In : *Nervure*, avril 1996, Tome IX, N° 3, p 9-12
- 44 : DEBRUCHE Vinciane, *La parentification*,
In : *La réorganisation familiale à la suite d'une paraplégié paternelle*,
Mémoire de Psychologie, Université de Liège (Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education), 2000, 5 p
- 45 : DELAGE Michel, *Pathologie de la post-adolescence et devenir adulte : rôle de la fonction parentale*,
In : *Annales médico-psychologiques*, 1993, Vol. 151, N° 2, p 167-170
- 46 : DELAGE Michel, *Séparation et traitement de la famille à l'adolescence*,
In : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1994, Vol. 42, N° 8-9, p 432-435
- 47 : DELAGE Michel, BARBERIS-BIANCHI Michel, BOUTILLIER H, MANSART P et RAUCOULES D, *Intérêt de l'approche multifocale en psychothérapie*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1999, Vol. 20, N° 2, p 163-176
- 48 : DESROCHES Antoine, *Réflexions sur l'adolescence. La crise d'adolescence ?*
In : *Actupsy, L'adolescence*, 1999, 7 p
Disponible sur : <http://www.ifrance.com/actupsy/adokrisis.html> (consulté le 27/10/05)

- **49 : DESOY Etienne, PAUSS Véronique, COMPERNOL Catherine et COURTOIS Anne**, *Rite de passage, cycle de vie et changement discontinu*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1996, Vol. 17, N° 4, p 487-505
- **50 : DESTAL Didier**, *Adolescence : crise individuelle, crise familiale*,
In : *Générations*, Revue de la Société Française de Thérapie Familiale, 1995, N° 2, p 49-57
- **51 : DIOT Françoise et VILLIER Joseph**, *Prise en charge familiale d'un jeune agresseur*,
In : *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1995, N° 24, p 111-117
- **52 : DOLLE-MONGLOND Brigitte**, *L'intervention en thérapie familiale*,
In : *Le journal des psychologues*, 1999, N° 169, p 42-46
- **53 : DUMONT Dany**, *L'intervention paradoxale et le changement : de l'utilisation à la disparition de la résistance du système-client*,
In : *Revue Service social de l'école de service social de l'université Laval*, 1997, Vol. 46, N° 1, 12 p
- **54 : ELKAIM Momy**, *La thérapie familiale à la fin de son adolescence : quelle place pour le sujet ?*
In : *Nervure*, Mai 1999, Tome XII, N° 4, p 34-37
- **55 : ELKAIM Momy**, *Lois générales, règles intrinsèques, singularités et construction du réel*,
In : *Les séminaires de Félix Guattari, Intervention faite aux « Troisièmes journées de Thérapie Familiale Systémique »*, Décembre 1985, 20 p
- **56 : ERIKSON Erik Hamburger**, *Adolescence et crise : la quête de l'identité*,
Editions Flammarion, 1972, 348 p (Collection Champs)
- **57 : EMERY Claire**, *Comment permettre à des adolescents arrêtés dans le temps de retrouver, dans leurs valeurs et leur histoire familiale, les racines de leur projet d'avenir ?*
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1991, Vol. 12, N° 2, p 171-186
- **58 : FERNANDEZ Lydia et LOONIS Eric**, *Les théories systémiques : théorie et applications pratiques*
In : *Fondements Conceptuels des Pratiques*, DESS psychologie clinique, Année universitaire 2005-2006, 24 p
Université de Provence (Aix Marseille I), UFR de Psychologie
- **59 : FOURNIE Jean**, *Le centre Monceau et l'approche familiale des toxicomanies*,
In : *Famille et toxicomanie*, Juillet 1997, p 40-43
- **60 : FRENCK Nahum**, *Familles en crise, l'enfant comme symptôme*,
In : *Textes des conférences de formation continue de la Société Suisse de Pédiatrie*, Fribourg, 7-9 juin 2002 : *Pédiatrie sous la ceinture*,
Disponible sur : [http://www.swiss-paediatrics.org/agenda/cfc/fribourg2002/familles en crise-fr.pdf](http://www.swiss-paediatrics.org/agenda/cfc/fribourg2002/familles%20en%20crise-fr.pdf) (consulté le 10/09/05)
- **61 : GABRIEL-TOUZET Valérie**, *Une logique de communication de WATZLAWICK Paul, HELMICK-BEAVIN Janet et JACKSON Don Donald*,
In : *Fiche de lecture de la chaire D.S.O. (Développement des Systèmes d'Organisation) du CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers), Unité de valeur C1 (25524) [en ligne]*, révisé le 20/05/04
Disponible sur : <http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/logiquedecom.doc> (consulté le 17/10/05)
- **62 : GALLAND Olivier**, *Approche sociologique*,
In : *Actualité et dossier en santé publique*, Mars 1995, N° 10, p 2-3
- **63 : GAMMER Carole**, *Thérapie familiale par phases*,
In : *Générations*, 1998, N° 14, p 12

- 64 : GILBERT Sophie, *Décrypter l'itinérance chez les jeunes adultes*,
In : La Presse, 21 juillet 2001, 3 p,
Disponible sur : <http://www.acfas.ca/concours/eureka01/gilbert.html> (consulté le 16/08/05)
- 65 : GREPPO Bernard et COLAS Yves, *Individu - Famille - Réseau : L'histoire de Z...*
In : Thérapie Familiale, Genève, 1994, Vol. 15, N° 3, p 203-222
- 66 : GRIVEL Madeleine, *Evolution des adolescents, adolescence en évolution*,
In : Enfants du monde, décembre 1996, N° 69-70, 6 p
- 67 : GUEDJ Marie-Jeanne, *Le jeune adulte : pertinence de la notion*,
In : Supplément à Nervure, Journal de Psychiatrie, Février 2005, Tome XVIII, N°1, p 6-9
- 68 : GUTTON Philippe, *Crises en adolescence*,
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Crise(s) et pédopsychiatrie, 2002,
N° 50, p 146-149
- 69: HALEY Jay, *Leaving home*,
Editions ESF, 1991, 344 p
- 70 : HERTAY Sylvie, *Le processus d'autonomisation*,
In : *Partir un an à l'étranger, une demande de changement ? Approche systémique de l'expérience vécue par des adolescents et leur famille dans le cadre d'échanges interculturels*,
Mémoire de licence en psychologie, 2000, Faculté de Psychologie et de Sciences de l'Education de l'université de Liège.
- 71 : HERVE Marie-Joëlle et VISIER Jean-Pierre, *Développement de la personnalité de l'enfant*,
In : Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-200-G-10, 1999, 6 p
- 72 : JEAMMET Philippe, *Dynamique de l'adolescence*,
In : Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris), Psychiatrie, 37-213-A-20, 1994, 8 p
- 73 : JEAMMET Philippe, *Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence*,
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1994, 42 (8-9), p 395-402
- 74 : JANNE Pascal, REYNAERT Christine, TORDEURS David et ZDANOWICZ Nicolas, *Associer la famille au traitement ? La demande en thérapie familiale 20 ans après*,
In : Thérapie familiale, Genève, 2000, Vol. 21, N° 4, p 391-403
- 75 : KAGANSKI Irène, *Inclure la famille dans le réseau de soins ? la thérapie familiale : une modalité*,
In : Nervure, Mai 1999, Tome XII, N° 4, p 27-37
- 76 : KAGANSKI Irène et CORCOS Maurice, *Intérêt d'une approche familiale systémique dans la psychose maniaco-dépressive de l'adolescent*,
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1998, 46 (3), p 187-194
- 77 : KAGANSKI Irène et LUCET Réjane, *Les larmes et le ventre*,
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Dépression de l'enfant et de l'adolescent (2^{ème} partie), 1999, 47 (1-2), p 95-99
- 78 : LADAME François, *Les traitements psychanalytiques à l'adolescence : Quelques principes généraux*,
In : Adolescence, 2000, Tome XVIII, N° 1, p 97-101
- 79 : LADAME François & PERRET-CATIPOVIC Maja, *Psychanalyse et traitements psychanalytiques à l'adolescence*,
In : Adolescence, 2000, Tome XVIII, N° 1, p 7-14
- 80 : LAUFER Moses et LAUFER Marie-Eglé, *Psychanalyse à l'adolescence*,
In : Adolescence, 2000, Tome XVIII, N° 1, p 103-116

- 81 : LERIDON Henri et VILLENEUVE-GOKALP Catherine, *Quelles sont les statistiques nationales pour les enfants du divorce et de la séparation ?*
In : Populations et Sociétés, 1998
Disponible sur : <http://www.divorce-famille.net/pages/r18.htm> (consulté le 18/10/05)
- 82 : MALAREWICZ Jacques-Antoine, *Le complexe du petit prince*,
Edition Robert Laffont, 2003, 248 p (Collection Réponses)
- 83 : MARCELLI Daniel, *À propos de la psychothérapie à l'adolescence*,
In : Adolescence, 2000, Tome XVIII, N° 1, p 313-317
- 84 : MARCELLI Daniel et BRACONNIER Alain, *Adolescence et psychopathologie*,
Edition Masson (Collection Les âges de la vie), 5^{ème} édition, 2002, 567 p
- 85 : MASSE Gilbert, *L'individuation et sa pathologie*,
In : Psychologie médicale, 1993, Vol. 25, N° 11, p 1074-1076
- 86 : MASSON Odette, *Jeunes adultes et adolescents en quête de leur autonomie*,
In : Thérapie Familiale, Genève, 1990, Vol. 11, N° 3, p 247- 259
- 87 : METRA Maryse, *Les relations de l'école avec les parents de l'enfant en difficulté ou en situation de handicap*,
Conférence de l' AIS (Adaptation et Intégration Scolaire), IUFM de Lyon, 3 décembre 2003, 5p
- 88 : METRAUX Jean-Claude, *Le deuil au carrefour des déterminants de l'autonomie*,
In : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1991, N° 14, p 165-183
- 89 : MIERMONT Jacques, *L'évolution des thérapies familiales : perspectives éco-étho-anthropologiques*,
In : *Psychothérapies contemporaines : Histoire, évolution, perspectives*,
Editions l'Harmattan, Paris, 2000, 318 p, Chapitre 1 (les psychothérapies à la recherche de leur identité)
- 90 : MIERMONT Jacques, *Les patients « schizophrènes » et leurs proches peuvent-ils encore apprendre quelque chose aux thérapeutes familiaux ?*
In : Résonances, 1996, N° 9, p 52-56
- 91 : MIERMONT Jacques, *Psychose et thérapie familiale*,
Editions ESF, 1997, 189 p
- 92 : MIERMONT Jacques, *Thérapie en couple et en famille*,
In : Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie,
Editions Elsevier, Paris, 2005, Volume 2, N° 2, p 145
- 93 : MORVAL Monique, *Contribution des rites au fonctionnement familial*,
In : Thérapie Familiale, Genève, 1988, Vol. 9, N° 2, p 119-126
- 94 : NANDRINO Jean-Louis et DOBA Karyn, *La représentation de l'organisation familiale chez les patients schizophrènes institutionnalisés : Etude comparative du dessin de la famille*,
In : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2001, N° 26, Vol.1, p 125-141
- 95 : NEUBURGER Robert, *Approche constructiviste de l'étude de cas, application au domaine des thérapies familiales*,
Actes du colloque Interface INSERM/FFP : L'étude de cas, son intérêt et sa formalisation dans une démarche clinique de recherche, Mars 1996, 6 p
- 96 : ONNIS Luigi, *Quand le temps est suspendu : individu et famille dans l'anorexie mentale*,
In : Thérapie Familiale, Genève, 2000, Vol. 21, N° 3, p 289-303

- 97 : ORGOGOZO Isabelle, *L'enfance et l'adolescence face à la mondialisation et l'effondrement des cadres de référence culturels particuliers : Quelle transmission ? Quelle restructuration ?*
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1996, Vol. 17, N° 1, p 3-17
- 98 : PAUZE Robert et COTNARIANU P-A, *L'évolution de la notion de symptôme en thérapie familiale au cours des années 1980-1988*,
In : *Thérapie Familiale*, Genève, 1991, Vol. 12, N° 1, p 45-53
- 99 : PAUZE Robert, ROY Linda et ASSELIN Pierre, *Symptômes : résultats de la perte de souplesse dans les couplages structurels entre l'individu et son environnement*,
In : *Résonances*, 1994, N° 6, p 16-25
- 100 : PETEL Christian, *La dimension familiale des troubles psychosomatiques de l'adolescent (aspect métaphorique, loyautés familiales, parentification)*,
Abstracts de la 2^{ème} Université d'été de l'Institut de médecine psychosomatique, d'hypnose clinique et de thérapie brève de Lille, Juillet 1998,
Disponible sur : <http://www.hypnose.org/abstract.html> (consulté le 27/10/05)
- 101 : PIQUILLOUD Claude, *L'acquisition de l'identité. Les étapes. La problématique à l'adolescence*,
In : *Vous avez dit quoi... pédagogie ? Adolescence et identité*, septembre 1996, N° 43, p 12-20
- 102 : POCHARD Frédéric, ROBIN Michaël, FAESSEL Anne-Isabelle et KANNAS Serge, *Passage à l'acte suicidaire et violence sacrificielle : hypothèses systémique et anthropologique*,
In : *L'encéphale*, 1999, tome XXV, p 296-303
- 103 : POULIOT Benoît, *L'intervention familiale auprès des adolescents consommateurs de psychotropes*,
In : *Info-toxico (Mauricie / Centre du Québec)*, Novembre 2003, Vol. 15, N° 2, 4 p
- 104 : PRATA Giuliana, *Du jeu symétrique du couple au jeu psychotique de la famille*,
In : *Thérapie familiale*, Genève, 1991, Vol. 12, N° 1, p 3-15
- 105 : PRATA Giuliana et RAFFIN Cinzia, *Cohérence et plausibilité du « jeu familial » hypothétisé, conditions requises pour le virage thérapeutique*,
In : *Thérapie familiale*, Genève, 1995, Vol. 16, N° 3, p 235-254
- 106 : PRATA Luisa, FELICE Mirella et BRUNO Silvia, *Familles avec une droguée : Analyse de leurs dynamiques selon une optique systémique*,
In : *Thérapie familiale*, Genève, 1996, Vol. 17, N° 1, p 115-125
- 107 : RABEH SIJELMASSI Aïcha, *L'implication de la famille dans le processus thérapeutique*,
In : *Thérapie familiale*, Genève, 2002, Vol. 23, N° 1, p 47-59
- 108 : RIDEAU Catherine, *Chronique d'une séparation annoncée*,
Actes du colloque de Briare : Et si l'enfant forçait l'adulte à recommencer sa vie... du 16 novembre 2002,
Disponible sur : http://www.serpsy.org/colloques_congres/compte-rendu/briare_rideau.html (consulté le 02/10/05)
- 109 : ROUGEUL Françoise, MERINI Farid et GEFFROY Yves, *Le concept d'impasse familiale et la question de l'identité*,
In : *Psychologie médicale*, 1994, Vol. 26, N° 9 Spécial, p 897-903

- 110 : ROUSSEAU Cécile et KEY Fiona, *Contenir l'expérience psychotique entre plusieurs systèmes de sens : La clinique transculturelle auprès d'adolescents migrants présentant un premier épisode psychotique*,
In : Development and Evaluation of a Cultural Consultation Service in Mental Health, Final Report, par Kirmayer Laurence et al, 2001, Appendix C 3, 11 p,
Project N° QC 424 (Culture et Mental Health Research Unit Report, Institute of Community et Family Psychiatry, Montréal, Québec)
- 111 : SALBREUX Roger et RUDIN Joëlle, *Mouvement psychotique et évolution fatale ou le thème de la rupture interdite*,
In : Psychiatrie française, 1985, N° 4, p 631-643
- 112 : SAMANIEGO Miguel et SCHURMANN Anne-Marie, *L'écoute des familles face à la menace de toxicodépendance de l'adolescent*,
In : Thérapie familiale, Genève, 1999, Vol. 20, N° 1, p 39-49
- 113 : SAMPAIO Daniel, *Tentative de suicide dans l'adolescence : une perspective systémique*,
In : Thérapie familiale, Genève, 1995, Vol. 16, N° 3, p 281-291
- 114 : SCHMIT Gérard et POTIER C, *L'identification au parent déprimé : une des solutions à l'impasse du travail de séparation à l'adolescence*,
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1999, 47 (1-2), p 86-90
- 115 : SEGERS-LAURENT Annig, *Des mythes et des secrets aussi...*
In : Cahiers de psychologie clinique, 1997, N° 8, p 159-171
- 116 : SEGERS-LAURENT Annig, *La famille : lieu d'ancrage, temps de passage*,
In : Thérapie familiale, Genève, 1997, Vol. 18, N° 2, p 127-139
- 117 : SELVINI Mattéo, *Secrets familiaux : Quand le patient ne sait pas*,
In : Thérapie familiale, Genève, 1997, Vol. 18, N° 2, p 109-125
- 118 : SHARLIN Shlomo et YAHAV Rivka, *Enfants symptomatiques et triangulation : une recherche*,
In : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 2000, Vol. 1, N° 24, p 201-218
- 119 : SIBERTIN BLANC Daniel, *L'adolescence d'un enfant sage ou le traumatisme d'une re-naissance*,
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1992, 40 (11-12), p 594-598
- 120 : SILVESTRE Michel, *Thérapie familiale et toxicomanie*,
In : Thérapie familiale, Genève, 1991, Vol. 12, N° 4, p 327-335
- 121 : STASSART Martine, *Métapsychologie de l'adolescence*,
In : Cahiers du CEP (Centre d'Etude Pathoanalytique), 1995, N° 5, p 71-104
- 122 : STASSART Martine, *Anthropologie de l'adolescence*,
In : Cahiers du CEP (Centre d'Etude Pathoanalytique), 1996, N° 7, p 13-37
- 123 : STIERLIN Helm, *Principe de la thérapie familiale avec les jeunes perturbés*,
Texte présenté au cours du Séminaire international d'études comparées sur la délinquance juvénile, 30 Mai- 1^{er} Juin 1979, Vaucresson, 25 p,
Disponible sur : <http://www.systemique.org> (consulté le 29/11/05)
- 124 : TRAPPENIERS Eric, *Thérapie systémique en l'absence du patient désigné*,
In : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, Février 1990, N° 11, 5 p
- 125 : TRAPPENIERS Eric et BOYER Alain, *Pour une approche relationnelle de la thérapie familiale*,
In : Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, Février 2004, N° 33, 16 p
- 126 : TRAPPENIERS Eric et KANNAS Serge, *Entretien avec Mara Selvini-Palazzoli* (réalisé le 06 octobre 1990, Paris),
In : Revue Résonances, Mars 1990, N°2, 8 p

- 127 : VALLEE Denis, *Transactions suicidaires et transactions mortifères : Deux modalités de l'autonomie*,
In : Générations, 1998, N° 13, p 41-43
- 128 : VANSTEENWEGEN Alfons, *La pensée systémique et l'approche du problème présenté*,
In : Thérapie familiale, Genève, 1988, Vol. 9, N° 2, p 103-110
- 129 : VIEYTES-SCHMITT Carmen, *L'adolescence : temps des passions*,
Thérapie familiale, Genève, 1991, p 121-133
- 130 : VILLIEN Philippe, ROI Jean-François, REITTER Maurice & MEGGLE Dominique, *Séparation-individuation et approche systémique*,
In : Psychologie médicale, 1993, 25, 11, p 1066-1068

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION.....	12
ADOLESCENCE	13
BASES PHYSIOLOGIQUES ET COGNITIVES	13
Bases physiologiques des transformations de l'adolescence.....	13
Points de repères cognitifs.....	14
MODELE PSYCHANALYTIQUE.....	14
Généralités.....	14
Déroulement du processus de séparation-individuation à l'adolescence.....	16
Entre individuation intrapsychique et société.....	19
MODELE SOCIOLOGIQUE.....	20
Tentative de définition.....	20
L'adolescence entre société moderne et société traditionnelle.....	21
<i>Les sociétés traditionnelles</i>	22
<i>Les sociétés modernes</i>	22
POST-ADOLESCENCE.....	24
L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE.....	26
NOTION DE FAMILLE.....	26
Définitions.....	26
Evolution de la famille.....	26
<i>Modifications structurales</i>	27
<i>Modifications qualitatives</i>	27
<i>Au total</i>	29
Notion de filiation.....	30
INTERACTIONS ENTRE L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE.....	31
Le conflit avec les parents comme partie prenante de la crise d'adolescence.....	31
Interactions entre crise parentale et problématique de l'adolescent.....	33
Interactions pathologiques parents-adolescents.....	35
<i>Au total</i>	36
APPROCHE FAMILIALE ET THERAPIE SYSTEMIQUE.....	37
THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE.....	37
Les bases de l'approche systémique.....	37
<i>Théorie générale des systèmes</i>	38
<i>Théorie de la communication</i>	39
<i>Cybernétique de second ordre</i>	40
Les différents modèles de thérapie familiale systémique.....	40
<i>Ecole de Palo Alto et thérapies interactionnelles brèves</i>	41
<i>Thérapies familiales transgénérationnelles</i>	41

<i>Approche structurale</i>	42
<i>Approche stratégique</i>	42
<i>Approche expérientielle</i>	42
<i>Courants constructiviste et constructionniste</i>	42
<i>Globalement</i>	43
FONCTIONNEMENT DU SYSTEME FAMILIAL.....	43
Notion de système familial.....	43
Cycle de vie et crises familiales.....	44
Organisation des relations intrafamiliales.....	45
LE SYMPTOME ET LA NOTION DE PATIENT DESIGNE.....	49
Emergence du symptôme.....	49
Sens du symptôme.....	49
Fonction du symptôme.....	50
PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION DE L'ADOLESCENT D'UN POINT DE VUE SYSTEMIQUE.....	53
LE PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION AU SEIN DU SYSTEME FAMILIAL.....	53
L'adolescence en systémique.....	53
Le processus de séparation-individuation.....	53
<i>Entre identité individuelle et identité familiale</i>	54
<i>Vers l'autonomisation</i>	56
ECHEC DU PROCESSUS DE SEPARATION-INDIVIDUATION : ADOLESCENCE SYMPTOMATIQUE.....	60
Mécanismes impliqués dans l'échec du processus de séparation-individuation.....	60
<i>La parentification</i>	61
<i>La triangulation et le processus de projection familiale</i>	63
<i>Le non-respect des frontières</i>	67
<i>Les conflits de loyauté</i>	69
<i>Secrets, règles et mythes familiaux</i>	71
<i>Rigidité du système</i>	75
<i>Quand séparation ne signifie pas rupture et quand distance ne signifie pas autonomie</i>	76
Conduites symptomatiques.....	77
<i>Passages à l'acte suicidaire</i>	77
Conduites addictives.....	79
<i>Troubles des conduites alimentaires</i>	81
<i>Psychose maniaco-dépressive</i>	82
<i>Troubles psychosomatiques</i>	83
<i>Troubles psychiques graves</i>	83
<i>L'adolescent antisocial</i>	86
<i>Echecs scolaires</i>	87
Place du diagnostic en thérapie familiale systémique et notion d'indication.....	87
<i>Place du diagnostic</i>	87
<i>Notion d'indication</i>	88
Cas clinique.....	90
<i>Commençons par évoquer l'histoire du patient et de ses troubles</i>	90

Poursuivons avec l'histoire de la famille et la thérapie familiale (TF).....93
Terminons en positionnant la TF au sein d'un système thérapeutique plus vaste.....103

**PLACE DE LA THERAPIE FAMILIALE SYSTEMIQUE DANS LA PRISE EN
CHARGE DES CONDUITES SYMPTOMATIQUES À L'ADOLESCENCE.....104**
Pourquoi la thérapie familiale systémique devant un adolescent symptomatique.....104
Importance du travail avec la famille.....104
Risques d'une thérapie individuelle seule.....108
Complémentarité des différentes approches.....110
Les thérapies multifocales.....110
Différentes modalités des prises en charge individuelle et familiale systémique.....112

CONCLUSION.....116

BIBLIOGRAPHIE.....118

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 120

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

VU le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME :

Ce travail de thèse retrace les questionnements et les réflexions qui mènent d'une unité de pédopsychiatrie à un centre de thérapie familiale systémique.

C'est-à-dire réfléchir sur les différents modèles de compréhension de l'adolescence soit, dans un premier temps, les modèles physiologique, cognitif, psychanalytique et sociologique et évoquer la notion récente de post-adolescence ; replacer, dans un second temps, l'adolescent et son processus de séparation-individuation au sein de sa famille.

De là, s'intéresser à la thérapie familiale dans son approche systémique et évoquer les différents mécanismes intrafamiliaux pouvant entraver le processus d'autonomisation et conduire à l'apparition de symptômes chez l'adolescent.

Terminer en replaçant la thérapie familiale systémique au sein d'un système thérapeutique plus vaste et insister sur l'intérêt des prises en charge multifocales devant un adolescent symptomatique.

DISCIPLINE :

Psychiatrie

MOTS-CLES :

Adolescence

Processus de séparation-individuation

Autonomisation

Thérapie familiale systémique

Thérapie multifocale

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE
2 rue du Dr Marcland, 87025 LIMOGES CEDEX
Téléphone : 05-55-43-58-00
Télécopie : 05-55-43-58-01