

Approche constructiviste de l'étude de cas.
Application au domaine des thérapies familiales.

Robert Neuburger*

C'est le point de vue du thérapeute qui nous intéressera ici et non pas l'étude d'un objet qui serait "la famille". En effet, c'est de moins en moins le patient, en tant qu'objet de la psychiatrie, qui mobilise l'attention, mais plutôt la façon dont les intervenants "créent", à proprement parler, leur malade, par leur façon même de concevoir la maladie. L'étude de cas donne plus d'information sur l'observateur que sur l'objet observé. L'observation est auto-validée: si un observateur utilise dans son observation un point de vue disons linéaire, à savoir une logique linéaire, le produit de son observation sera bien entendu également linéaire avec toutes les conséquences pragmatiques congruentes avec la réalité ainsi créée.

Notre approche du point de vue de l'observateur est constructiviste. Elle se réfère à la théorie développée à partir de 1940 par Heinz Von Foerster, élève de Piaget et qui a participé à l'invention et au développement de la cybernétique .

Von Foerster constate que nous n'avons pas accès à la réalité du monde, nous sommes l'objet de sensations qui nous atteignent uniquement sur un mode quantitatif. Les aspects qualitatifs d'une réalité sont le produit d'un processus de computation récursive illimitée. Ce processus complexe fait apparaître une réalité parmi d'autres possibles.

Ce qui fait apparaître une réalité est le mode computationnel, soit le "langage" avec lequel on la décrit. Au lieu du langage, on pourrait dire la logique ou le modèle de description.

Nous pouvons actuellement proposer une classification des approches de la famille fonction de la lecture, de la logique ou du modèle (ces trois termes sont ici équivalents) utilisé par l'observateur, le produit et les conséquences des études de cas étant chaque fois distinctes.

On peut distinguer des observateurs utilisant une modélisation prédictive ou non.

- L'observateur prédictif, donnera une description la plus complète possible de l'objet, ici la famille, occupé qu'il est à permettre l'émergence d'hypothèses explicatives.

- L'observateur non prédictif, sera plus attentif à prendre en compte dans sa description les processus et la dimension d'autonomie systémique.

A-L'observateur prédictif.

Il y a principalement deux modèles prédictifs utilisés actuellement dans les observations de cas:

1. Le modèle causal linéaire, où le thérapeute crée son objet "famille" de telle sorte qu'il soit véritablement un objet. Être "objectif", c'est observer et parcelliser. Ce modèle est dit linéaire parce que du problème (par exemple: quelqu'un est déprimé), on peut inférer la cause, et essayer de l'isoler. En supprimant la cause, on supprimerait l'effet A—B.

Exemples:

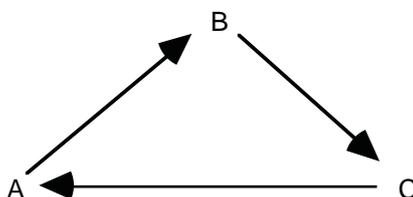
- *Cette femme est déprimée parce que son mari se comporte de telle ou telle façon. Il faut donc soigner son mari pour la soigner.*
- *Cet enfant va mal parce que ses parents se comportent de façon anormale ou maladroite. Il conviendrait de changer leurs attitudes éducatives...*

Ce modèle méconnaît le temps. Le patient est malade, c'est un état, mais cet état serait réversible, pour autant que l'on traite la cause, comme si le temps n'existait pas. L'idéal thérapeutique est d'identifier la cause d'un état, pour le supprimer.

Les thérapies familiales ont essayé de se dégager de ce modèle linéaire.

2. *Le modèle causal circulaire*, fruit de la découverte de la cybernétique (1940) est un modèle récursif, qui permet la maîtrise du futur par anticipation.

Ce modèle a été une première révolution épistémologique.



Définitions de base:

Chaque élément est à la fois cause et effet. Il n'y a pas de causalité liée aux éléments. La causalité est dans la boucle elle-même. Aucun élément ne contient d'information sur la totalité de l'interaction.

La théorie de l'information a été créée à partir de ce modèle.

Le thérapeute va créer une réalité issue de cette vision: il ne va plus voir les sujets, mais leurs interactions et leurs communications redondantes. On s'aperçoit alors que chacun fait pour le mieux, mais annule ce que fait le précédent. L'ensemble devient redondant, et aboutit parfois à une chronicisation, ou, du moins, induit des répétitions.

Exemple 1: Un malade est hospitalisé. Il va mieux. Il rentre à la maison. Il va moins bien. Il est hospitalisé.

Dans cet exemple, on voit comment une institution peut faire partie du problème, et contribuer involontairement au processus de chronicisation.

Exemple 2: Un adolescent va mal. Sa mère est très inquiète, elle s'occupe beaucoup de lui. Le père ne se sent plus reconnu et s'éloigne. Le couple va mal. L'adolescent est inquiet. L'adolescent va mal. Da capo.

Exemple 3: "Notre couple va mal, nous devons changer", dit l'un -»Oui, notre couple va mal, et c'est toi qui dois changer!», dit l'autre.

On a tenté de rompre ces circuits répétitifs: parentectomies, séparations du milieu pathogène, techniques d'action sur les communications pour bloquer les redondances (par exemple Virginia Satir au Canada).

B-L'observateur non prédictif.

1. L'observateur systémique I : Crise et changement

C'est la deuxième révolution épistémologique. Le modèle a été proposé par Ludwig Von Bertalanffy, dont l'idée principale est que l'évolution d'un système, d'un ensemble d'éléments, ne peut se faire sur un mode linéaire. Elle procède par des crises qui sont prédictibles dans leur survenue (il suffit qu'un élément change pour entraîner la crise du système tout entier) mais imprédictibles quant à leur effet.

Par analogie, on peut considérer la famille comme un système. C'est une métaphore. Dans ce modèle le thérapeute voit le groupe comme un ensemble d'éléments évoluant dans le temps. La pathologie est interprétée comme une tentative du groupe pour bloquer le temps.

Un groupe familial "normal" évolue dans le temps au travers de crises, et ces crises sont physiologiques. Elles sont soit endogènes (un enfant entre dans l'adolescence), soit exogènes (les grands-parents décèdent, le père perd son emploi, la famille doit émigrer, etc.).

Mara Selvini Palazzoli et ses collègues ont inauguré le travail avec ce modèle à Milan. Leur technique d'intervention consiste à provoquer la crise, qui semble redoutée par le système familial: si la crise se produit, la famille n'aura plus besoin du patient désigné.

Très souvent, en effet, on observe que "la pathologie" était développée bien longtemps avant l'appel de la famille: elle est "découverte" et devient l'objet d'une demande à l'occasion du risque de crise familiale...

Il s'agit d'un modèle non prédictif. La prescription contre-paradoxe selvinienne a pour effet de provoquer la crise dans le système, afin qu'il trouve des solutions, qui seront ses solutions propres.

La structure du contre-paradoxe repose sur le postulat de la solidarité du groupe qui ne peut accepter le sacrifice d'un seul de ses membres.

Exemple (d'après Selvini)

Une famille présente une jeune fille anorexique. Selvini note que la famille a d'abord habité chez la grand-mère maternelle, puis chez les grands-parents paternels. Elle observe que le seul moment où la mère pleure est celui où ce thème est évoqué. Elle ne pleure pas lorsque l'on évoque le fait que sa fille pèse 33 kilos !

Selvini remarque que les troubles de cette fille ont débuté après que son fiancé se soit déculotté un soir dans un café, ce qui avait conduit à son emprisonnement. A cette occasion toute la famille avait fait pression sur la jeune fille pour qu'elle ne voit plus son fiancé.

Clairément cette jeune fille est en position d'opposition et de vengeance. Selvini dit ceci: "Il est souhaitable qu'elle ne mange pas parce que sinon elle aurait à nouveau des seins et des fesses. Ayant des seins et des fesses, elle aurait envie de revoir son fiancé et sa grand-mère mourrait de chagrin".

L'effet de ces prescriptions est à rapprocher des premières interprétations de Freud, c'est-à-dire une action fulgurante, mais brève!

C'est la première approche non prédictive en thérapie familiale au sens où ce modèle de description engendre une technique thérapeutique destinée à mettre un système en crise, c'est-à-dire à le confronter à lui-même, à devoir sécréter ses propres solutions sans que le chemin vers ces solutions soit prédéterminé par le thérapeute. Depuis, le modèle selvinien a été repris de manière différente.

2. L'observateur systémique II

Cette approche dérive d'une nouvelle théorisation, issue d'une nouvelle logique, celle de l'auto-organisation .

Deux Chiliens, Varela et Maturana, sont à l'origine de ce modèle (cf. le Colloque de Cerisy sur l'auto-organisation en 1980. Ed. du Seuil).

Il permet de faire apparaître des réalités de la famille, qui peuvent avoir des effets thérapeutiques intéressants.

Varela et Maturana ont proposé une théorie de la vie qu'ils ont nommée «autopoïésis». D'après cette théorie, la vie d'une cellule n'est ni dans les éléments qui la constituent, ni dans l'interaction entre ces éléments. Elle gît dans l'interaction entre des mondes d'éléments de types logiques différents. Cette interaction provoque l'apparition d'éléments homologues dans d'autres mondes d'éléments, ce qui a

pour effet de différencier un dehors et un dedans et de procurer ainsi une «identité» à la cellule, c'est-à-dire la possibilité de se différencier du monde extérieur.

La vie est la capacité de maintenir une différence. C'est l'hétérogénéité même du système qui lui donne son identité. Dans cette vision, on peut dire que la vie est la capacité de préserver la vie.

Application à la thérapie familiale :

L'observateur peut voir la famille comme une cellule vivante dotée de capacités auto-organisationnelles et autocuratives, préservant ainsi son identité et celle de ses membres. Quels sont les mondes d'éléments qui sont ici en interaction? (Les éléments ne sont pas les sujets). Il y en a deux:

- le monde des mythes,
- le monde des rituels.

Dans cette vision, la famille, c'est "l'idée de la famille". Les membres de la famille ont développé l'idée qu'ils sont une famille à partir d'éléments mythiques: par exemple l'idée, ou les idées, concernant les qualités ou les défauts du groupe qui lui seraient spécifiques; les relations que ce groupe doit entretenir avec le monde extérieur, etc.

Les rituels sont complémentaires du mythe. Ce sont toutes les conduites répétitives qui ont pour fonction de renforcer le pôle mythique du groupe, en le faisant disparaître.

Tout groupe humain : famille, couple, institution... n'existerait qu'au travers de cette "danse" entre pôle mythique et pôle rituel.

La pathologie sera alors interprétée comme une tentative du groupe pour préserver son identité.

Conclusion

Chacun des modèles présentés (il y en a actuellement d'autres, qu'il serait trop long ici de présenter) produit un thérapeute qui "crée" une pathologie différente de part une observation différente:

- Dans la lecture linéaire il peut dire: "Il est malade à cause du comportement de l'un ou de l'autre".
- Dans la lecture circulaire: "Il est malade parce qu'ils ont des problèmes de communications redondantes: ils se parlent, mais ne s'entendent pas".
- Dans la lecture systémique I: "Il est malade parce que le système est bloqué à une phase de son évolution: ils se comportent comme une famille avec un préadolescent", par exemple.
- Dans la lecture systémique II: la définition de la pathologie est nouvelle; son émergence est une solution pour le groupe, elle a pour effet d'augmenter la "densité" de la famille, que l'extérieur comprend de moins en moins bien parce que son mode de fonctionnement devient trop complexe. A partir de cette lecture, on a proposé des techniques d'intervention basées sur des prescriptions de rituels, des renforcements narcissiques du groupe...

Ainsi chacun des modèles que nous venons de décrire comporte une formulation de la normalité:

- Dans le modèle linéaire, c'est lorsque "il n'y a pas de problème".
- Dans le modèle circulaire, c'est lorsque la communication est "bonne".
- Dans le modèle systémique I, c'est pouvoir changer quand il le faut.
- Dans le modèle systémique II, c'est savoir protéger son identité de groupe en même temps que son identité individuelle.

L'approche thérapeutique sera donc différente en fonction du modèle auquel la famille paraît aliénée, c'est-à-dire selon le mode de description du cas utilisé par l'observateur.

Chaque observateur crée non seulement son objet, son idée de la normalité, son idée de la pathologie, mais aussi ses outils thérapeutiques.

* *Psychiatre, psychanalyste, thérapeute de couple et de famille*
95, Bd St Michel - 75005 - Paris

Repères bibliographiques

DUMOUCHEL (P.), DUPUY (J.P.) (Edit.), *L'auto-organisation, de la physique au politique (Colloque de Cerisy 1981)*, Paris, Seuil, 1983

LEMOIGNE (J.L.), *La théorie du système général : théorie de la modélisation*, Paris, P.U.F., 1977

La modélisation des systèmes complexes, Paris, Dunod, 1990

NEUBURGER (R.), *L'autre demande (Psychanalyse et thérapie familiale systémique)*, Paris, E.S.F., Coll. «Sciences humaines appliquées», 1984 (***)

L'irrationnel dans le couple et la famille, Paris, E.S.F., Coll. «Sciences humaines appliquées», 1988

Neuburger R. (1991): "Éthique de changement, éthique du choix: une introduction à la thérapie familiale constructiviste". In: *Système éthique et perspectives en thérapie familiale*, sous la direction d'Y. Rey et B. Prieur, E.S.F.

Neuburger R.: «le mythe familial», Paris ESF 1995

PIAGET (J.), *Le structuralisme*, Paris, P.U.F., Coll. «Que sais-Je ?», N°1311, 1968

SEGAL (L.), *Le rêve de la réalité*, Paris, Seuil, Coll. «La couleur des idées», 1990

SELVINI-PALAZZOLI (M.), BOSCOLO (L.), CECCHIN (G.F.) PRATA (G.), *Paradoxe et contre-paradoxe : un nouveau modèle pour la thérapie de la famille à transaction schizophrénique*, Paris, E.S.F. Coll. «Sciences humaines appliquées», 1978 (***)

VARELA (F.), *Autonomie et connaissance*, Paris, Seuil, 1989

Connaître les sciences cognitives, tendances et perspectives, Paris, Seuil, 1989

Von Foerster H. (1981): "On constructing a reality". In: *Observing systems*, Intersystems Publication.

