



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

L'enfant symptôme : étude d'un cas clinique

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2022 à 14H
au Pôle Formation
par **Frédéric GORHAN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseur :

Monsieur le Docteur Robin SEMAL

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aline PICARD

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	p.6
<u>Première partie : Histoire des différents concepts théoriques traitant de l'enfant symptôme</u>	p.9
1) <u>Les courants intergénérationnels</u>	p.9
1-1. Théorie bowenienne	p.10
1-2. Ivan Boszormenyi-Nagy (1920-2007)	p.10
1-3. Anne Ancelin Schützenberger (1919-2018)	p.11
1-4. Maurizio Andolfi	p.11
2) <u>L'approche psycho-dynamique d'Alberto Eiguer</u>	p.12
3) <u>L'approche clinique de Palo Alto</u>	p.13
4) <u>L'approche structurale de Salvador Minuchin (1921-2017)</u>	p.14
5) <u>L'approche expérientielle</u>	p.16
5-1. Carl Whitaker (1912-1995)	p.16
5-2. L'homéostasie selon Virginia Satir (1916-1988)	p.16

6) <u>Utilisation du concept de mythes familiaux en thérapies familiales</u>	p.17
7) <u>Plus récemment</u>	p.18
<u>Deuxième partie : cas clinique</u>	p.20
1) <u>Motif et contexte de la demande initiale</u>	p.20
2) <u>Présentation de la famille nucléaire du patient</u>	p.21
3) <u>Présentation des familles d'origine des parents</u>	p.22
4) <u>Déroulement et analyse des huit séances</u>	p.23
<u>DISCUSSION</u>	p.49
1) <u>Résumé du cas clinique</u>	p.50
2) <u>Eclaircissement de la cinquième séance par le prisme des secrets de famille</u>	p.52
3) <u>L'enfant symptôme selon Milton Erickson (1901-1980)</u>	p.54
<u>CONCLUSION</u>	p.57
<u>Pour terminer</u>	p.59
<u>ANNEXE 1</u>	p.61
<u>Génogramme</u>	p.61
<u>ANNEXE 2</u>	p.62
<u>L'essor des thérapies familiales et la 2^e cybernétique</u>	p.62
<u>REFERENCES</u>	p.64

Introduction

La thérapie familiale est apparue aux Etats Unis dans les années cinquante et s'est intéressée, dès ses premiers pas, au fonctionnement de familles dont l'un des membres souffrait d'un trouble psychiatrique.

A l'époque, des psychothérapeutes comme S Fischer et D Mendell remarquèrent que l'amélioration de l'état de santé d'un patient pouvait entraîner une amélioration en chaîne des autres membres de la famille. (1,2)

A l'inverse, le psychiatre Don Jackson et le psychothérapeute Jay Haley, tous deux pionniers des thérapies systémiques, avaient constaté que l'amélioration de l'état clinique d'un membre d'une famille pouvait dans d'autres cas provoquer une détérioration psychique chez un autre membre de la même famille. (3)

Ces constatations cliniques poussèrent les chercheurs à considérer l'individu en souffrance comme faisant partie intégrante d'un système familial dont chaque membre se trouvait en interaction réciproque avec le reste de la famille et à s'interroger sur les liens pouvant exister entre les problématiques d'un patient et celles de sa famille.

En effet, comme constaté parfois lors des premières prises en charge de familles dont l'un des membres était suivi en psychothérapie individuelle, le symptôme amené en séances par le patient en question venait interroger une éventuelle fonction du dit symptôme au sein de la dynamique familiale.

Ainsi, l'application d'une nouvelle grille de lecture systémique, permettait le cas échéant une redéfinition du symptôme avec pour principale fonction de maintenir l'homéostasie de l'équilibre de la famille.

En empruntant certains concepts issus de la théorie générale des systèmes, les premiers thérapeutes familiaux décrivent le symptôme comme une tentative de ramener la famille assimilée à un système, à son niveau d'équilibre antérieur. (4)

Le symptôme du patient, arrivant le plus souvent durant une période de crise familiale, était vu ainsi comme un moyen de protéger la famille dont les capacités de tolérance au changement étaient dépassées.

Il incombera de fait au patient porteur du symptôme, au patient désigné ou encore à l' « enfant symptôme », et ce de façon implicite, la lourde tâche de préserver sa famille d'un changement vécu de manière trop brutale et douloureuse, et ceci afin de préserver le système dans son ensemble.

A ce propos dès les années soixante, les thérapeutes virent dans le comportement de jeunes toxicomanes issus des classes sociales aisées, une tentative de rapprocher des parents en conflits ou encore dans l'abandon de l'université d'un patient, un moyen de retourner au domicile familial et à cette occasion de pouvoir prendre soin d'un parent resté seul après une séparation ou un décès. (5)

Le travail présenté ici consistera au travers de la présentation d'un cas clinique d'un jeune patient suivi en thérapie familiale, à dresser dans un premier temps un état des lieux de la bibliographie ayant traité de ce sujet depuis l'essor de l'approche systémique, puis dans un second temps à confronter les différents concepts théoriques relatifs à l'enfant symptôme, à venir ensuite confirmer ou infirmer ces hypothèses et enfin à en définir les limites, dans le cas de cette famille.

Après avoir présenté la famille dont la demande initiale restait centrée sur le symptôme de l'enfant ou « patient désigné » dont le diagnostic nosographique défini par la DSM 5, rentrait dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé, il s'agira d'adopter une nouvelle approche systémique au symptôme du patient désigné et de lui rendre sa dimension de fonction dont le rôle étant de préserver sa famille d'un changement vécu comme déstabilisateur. (6)

Ce procédé ayant comme objectif d'effectuer un décentrage du symptôme du patient vers la famille toute entière, et de dépathologiser le patient.

La famille dont il sera question dans les pages suivantes, présente entre autres particularités, un bas niveau de différenciation des différents membres entre eux, un haut niveau d'angoisse partagée et des relations très fusionnelles notamment entre le patient en question et ses parents.

Première partie : Histoire des différents concepts théoriques traitant de l'enfant symptôme

1) Les courants intergénérationnels

Dans cette première partie, nous allons établir un bref panorama des différents concepts systémiques ayant traité principalement de la problématique de l'enfant symptôme dans les différentes écoles et courants de thérapie familiale depuis ses débuts.

Nous commencerons cette partie historique en rappelant la contribution de Murray Bowen à l'essor des thérapies systémiques.

Murray Bowen (1913-1990), psychiatre américain et pionnier des thérapies familiales, introduisit le concept de triangulation qui « apparaît chaque fois qu'un certain seuil d'angoisse est dépassé au sein d'une relation duelle, devenant de surcroît de plus en plus instable et choisissant ainsi de se transformer en une relation à trois participants grâce à l'introduction d'une personne tierce ». (7)

En général, le malaise provoqué par cet accroissement d'angoisse, poussera la dyade à rechercher un interlocuteur externe, suffisamment impliqué et concerné par la problématique dyadique pour jouer un rôle de confident.

La plupart du temps et dans le sujet qui nous intéresse ici, cette position de tierce-personne sera occupée par l'un des enfants de la fratrie.

Toujours d'après Murray Bowen, l'enfant qui aura été placé à ses dépens dans cette position de personne tierce et de « réparateur » de ses parents, sera celui de la fratrie ayant été le plus exposé à l'angoisse chronique de ses géniteurs.

1-1. Théorie bowenienne

La fonction prophylactique du symptôme du patient désigné permettant à la famille d'absorber un excès momentané d'angoisse, les autres membres de la famille pourront continuer à présenter un mode de fonctionnement en apparence asymptomatique.

D'un autre côté, lorsque l'angoisse augmentera de nouveau au sein de la famille, il arrivera que d'autres individus jusque-là épargnés, se voient assignés à leur tour la tâche de contribuer à juguler cet excès d'angoisse. (7)

1-2. Ivan Boszormenyi-Nagy (1920-2007)

Psychiatre américain d'origine hongroise, a introduit deux concepts fondamentaux de l'approche systémique à savoir les concepts de loyauté intrafamiliale et de parentification des enfants.

En rapprochant ces deux concepts de celui d'éthique relationnelle, il apporte un éclairage aux modes d'interactions intrafamiliales en termes de mécanismes de dettes et de compensations.

Le conjoint qui se sera senti lésé, sera ainsi en droit de demander réparation et compensation auprès de sa conjointe puis de ses enfants pour cette injustice.

Contrairement à la conjointe qui pourra se défendre d'un tel devoir de réparation, l'enfant de par son empathie, sa générosité naturelle et sa loyauté, sera davantage amené à occuper cette place de réparateur. (7)

« L'enfant qui est régulièrement exploité dans sa disponibilité et, de plus, accusé d'être un fauteur de troubles, au lieu d'être reconnu dans sa contribution, va subir à son tour une injustice. Ce sera là l'amorce d'une nouvelle spirale de légitimité destructrice ».

1-3. Anne Ancelin Schützenberger (1919-2018)

Psychologue et psychothérapeute, elle a décrit le mécanisme de l'attribution de cette place d'enfant symptôme, en termes de transmission trans-générationnelle de « pomme de terre brûlante » que chaque génération essaye de repasser à la génération suivante pour s'en débarrasser :

« Dans des cas de difficultés graves avec les parents, le jeune enfant se construit une histoire, une intrigue secrète basée sur la croyance magique qu'il évitera pour lui-même un scénario néfaste s'il parvient à le transmettre à une victime sacrificielle ou à un bouc émissaire ». (8)

1-4. Maurizio Andolfi

Pédopsychiatre, né en 1942 à Rome, Maurizio Andolfi s'est intéressé aux problématiques multi-générationnelles.

Il considère l'enfant porteur du symptôme comme une porte d'entrée à la dynamique familiale et comme un levier dans le processus de résolution de la crise traversée par la famille venue consulter.

Le patient identifié agit ainsi comme un signal d'alarme, signifiant un malaise partagé, non exprimé et de longue date, de chacun des membres de la famille et vient, par son symptôme, détourner l'attention d'un mariage malheureux, de difficultés professionnelles ou personnelles

chez l'un des parents, afin de reconcentrer l'attention sur sa problématique à lui et de préserver sa famille d'une éventuelle remise en question.

Pour exemple, lorsque des parents pouvant être amenés à ressentir chacun de leur côté après le mariage un sentiment de perte ou d'abandon concernant le lien à leur famille d'origine respective, tentent d'assigner à leur partenaire un rôle de parent de substitution venant combler ce vide, il n'est pas rare que devant leur incapacité réciproque à assumer ce rôle, cette mission de devoir remplir un rôle parental et d'assurer une continuité avec la famille d'origine, revienne finalement à l'enfant. (9)

Cette demande tacite de la part d'un des parents à son enfant d'adopter la posture de garant d'une loyauté trans-générationnelle, a pu être observée chez la famille reçue en thérapie et dont il sera question dans la deuxième partie de ce travail.

En effet, comme on le verra dans la partie clinique, les thérapeutes avaient pu constater, lors d'une séance de thérapie familiale, que le père issu d'une famille de militaires depuis quatre générations, avait pu regretter en silence le choix professionnel d'un de ses fils, « l'enfant symptôme de cette famille en l'occurrence », qui avait choisi une autre voie après son baccalauréat en décidant de se tourner vers des études d'ingénieur, n'ayant pas pu mener à terme son premier choix d'intégrer une école préparatoire militaire et rompant ainsi en partie, car il est néanmoins resté réserviste, avec d'anciennes traditions et loyautés familiales.

2) L'approche psycho-dynamique d'Alberto Eiguer

Psychiatre et psychanalyste français, insiste sur le fait que lors des premières séances de thérapie familiale, l'on assiste souvent à un clivage entre le sous-groupe constitué des

éléments de la famille dits « normaux » et le sous-groupe représenté par le « patient désigné ou enfant symptôme ».

Le thérapeute sera alors la cible des projections massives de chacun des camps en présence afin de lui faire prendre son parti et de le rattacher à sa cause et pourra même aller jusqu'à être traité en enfant malade de la famille par le camp adverse. (7)

Ensuite et au fil de l'avancement de la thérapie, le thérapeute sera vu, dans la relation transférentielle, comme un parent adoptif à même de résoudre les conflits intrafamiliaux.

3) L'approche clinique de Palo Alto

L'école de Palo Alto, à l'origine de l'élaboration de nombreux concepts systémiques fondamentaux, est née dans les années cinquante aux Etats Unis, et a réuni au départ plusieurs courants de pensée issus de l'anthropologie, la communication et la psychiatrie.

Dans l'approche clinique développée par Jay Haley (1923-2007) et Paul Watzlawick (1921-2007), tous deux psychothérapeutes et ayant été membres du groupe de Palo Alto, certaines injonctions thérapeutiques sont formulées de manière paradoxale.

Ainsi dans certaines situations d'impasse thérapeutique, cette technique consiste, au lieu d'apporter un cadre propice au changement et de répéter les mêmes tentatives de solution n'ayant donné aucun résultat, à prescrire au contraire un certain statu quo.

4) L'approche structurale de Salvador Minuchin (1921-2017)

Dans l'approche structurale de Salvador Minuchin, psychiatre et psychothérapeute d'origine argentine, la manière dont chacun des membres de la famille se positionne par rapport au patient désigné, est dévoilée par le symptôme de ce dernier.

La tâche du thérapeute sera d'abord de déstabiliser cette structure familiale mise en scène par le symptôme, afin de le faire disparaître secondairement.

Salvador Minuchin a défini deux sortes de frontières interpersonnelles au sein des familles.

Dans les familles qu'il définit comme désengagées, et au sein desquelles les frontières sont trop rigides, l'autonomie réciproque est la règle et les sentiments d'appartenance et de fidélité sont fragiles.

La fonction protectrice de la famille y fait défaut en temps normal, en effet les difficultés des uns conservent un caractère autonome jusqu'à un certain seuil au-delà duquel les systèmes de soutien familiaux commencent à s'activer. (7)

Les capacités d'indépendance y sont paradoxalement défectueuses, du fait de l'impossibilité de demander le soutien et l'aide nécessaires.

Selon Salvador Minuchin, les sentiments d'appartenance et les capacités de séparation vont de pair. (10)

« D'un juste équilibre entre les besoins d'appartenance et d'individuation dépendra une autonomisation réussie ».

A l'autre extrémité, se situent les familles à proximité du pôle de désengagement minimal et d'entraide optimale, c'est à dire les familles enchevêtrées.

Dans ces familles, les frontières sont souples et diffuses.

Les difficultés des uns affectent automatiquement le bien-être des autres, on assiste à un sentiment d'appartenance intensifié au point que le système familial devient un véritable microcosme tourné sur lui-même.

Les frontières entre les membres du groupe y sont floues, ne permettant pas de se protéger contre l'ingérence des autres et pourraient même entraver l'ouverture du système vers l'extérieur.

L'autonomie et la différenciation sont à leur plus bas niveau, il y a un excès de communication et du souci des besoins du prochain. Dans les familles enchevêtrées, à l'inverse de ce qui se passerait dans les familles désengagées, lorsqu'un mécanisme adaptatif doit faire face à un état de crise passagère chez l'un des individus, la réponse de la famille sera immédiate et son intensité très élevée.

La famille dont il sera question dans la partie suivante présente certains aspects pouvant rentrer dans la catégorie des familles définies comme enchevêtrées.

Les frontières interpersonnelles dans ce type de familles sont ténues et brouillées.

Les relations en deviennent symbiotiques, donnant aux souffrances des uns, un caractère systémique et collectif, faisant participer l'ensemble du système par sa mobilisation bienveillante.

5) L'approche expérientielle

5-1. Carl Whitaker (1912-1995)

Psychiatre et thérapeute familial américain, donnera une connotation positive au symptôme en recadrant la pathologie comme une tentative créatrice pour favoriser l'épanouissement et la croissance de la famille. (7)

Il pointera les craintes et les résistances au changement des familles, pour qui le changement pourrait être vécu comme une menace pour la continuité de l'organisation familiale élaborée au fil de nombreuses années de vie commune partagées au sein du couple parental et des enfants.

C'est pourquoi, en dépit du contrat passé avec le thérapeute l'autorisant à aider la famille au changement, cette même famille opposera en même temps une résistance au changement, et dont le thérapeute devra tenir compte. (11)

Carl Whitaker sera également attentif au fait que les parents puissent transmettre à leurs enfants, à côté de valeurs et de croyances, des modèles de tensions émotionnelles et de conflits intrafamiliaux, ceci afin de maintenir une certaine identité familiale. (11)

5-2. L'homéostasie selon Virginia Satir (1916-1988)

Psychothérapeute américaine, Virginia Satir travaillera avec le groupe de Palo alto dans les années soixante.

Elle définira ainsi le concept d'homéostasie :

« L'homéostasie étant la tendance des organismes vivants à chercher un équilibre dynamique dans des conditions et des relations instables »

Selon Virginia Satir, les familles vont développer différentes stratégies d'adaptation et d'ajustement dans des périodes d'instabilité, qui peuvent engendrer des comportements dysfonctionnels chez un individu.

Lorsque cela arrive, ces symptômes révéleront le stress auquel la famille est confrontée et représenteront des tentatives de chacun des membres de la famille pour ramener un équilibre aussi bien en eux qu'au sein du système familial. (12)

6) Utilisation du concept des mythes familiaux en thérapies familiales

Le concept de mythe familial fût défini pour la première fois en 1963 par Antoni Ferreira. (13)

Il définit le mythe familial comme : « une croyance ou un groupe de croyances que la famille partage malgré des falsifications flagrantes et qu'elle utilise, en général, en faveur de l'homéostasie ».

Ferreira identifie donc la structure du mythe comme potentiellement pathologique et qui empêche l'adaptation à de nouveaux équilibres familiaux.

Ces croyances partagées par la famille, en ne s'adaptant plus à la réalité extérieure, se rigidifient et finissent par constituer des mythes familiaux, au caractère de vérité incontestable, et dont la remise en cause est inconcevable, même si cela doit entraîner la souffrance d'un élément de la famille. (14)

La frontière entre mythe familial normal et pathologique, se définirait donc en termes d'inadéquation avec le contexte de la vie extérieure.

M. Rossi définit de son côté le caractère dysfonctionnel et pathologique du mythe familial par son degré de rigidité. (14)

Si cette rigidité est telle que « l'individu, pour ne pas courir le risque d'être rejeté du système ou de provoquer sa fragmentation, doit renoncer à sa pleine réalisation ; si la famille, congelée dans ses croyances, doit stopper sa croissance en bloquant les potentialités évolutives de ses membres, nous nous trouvons face à une fonction pathologique ». (14)

L'homéostasie est donc conservée à tous les prix, même si cela doit entraîner le développement de symptômes chez le membre de la famille souffrant le plus du non changement.

Le thérapeute systémicien interviendra pour construire un nouveau mythe alternatif, avec les familles, et redonnera à chaque membre et plus particulièrement au patient désigné un nouveau rôle.

Il s'efforcera de permettre aux familles de le modifier et d'en favoriser l'évolution, mais en aucun cas de combattre ou d'éliminer le mythe familial, vu sa fonction structurante, en temps normal et en dehors des états de crise.

7) Plus récemment

Les auteurs de « trauma et résilience », ont identifié chez le patient désigné, un processus trans-générationnel constitué de transactions psychopathologiques, de frontières générationnelles modifiées, de coalitions malsaines ainsi que de conflits et de troubles de la communication, dans lesquels l'enfant est traité comme le représentant psychique du symptôme familial. (15,16)

Dans de telles familles, aux transactions psychopathologiques, apparaîtront une confusion des rôles, des générations, en lien à des triangulations et conduites abusives.

L'enfant, qui sera l'objet de ces transactions aberrantes, devra simultanément endosser des rôles, en principe, antinomiques tels que thérapeute, soutenant, enfant de ses parents, voire parfois parent d'un de ses parents.

Ainsi parentifié, l'enfant est contraint à subir des transactions complexes, souvent bien supérieures à son âge, et dont l'ampleur est telle, qu'elle peut compromettre le progrès d'aspects importants du développement de sa personnalité.

Deuxième partie : Cas clinique

Nous allons maintenant présenter le cas clinique d'une famille, suivie en thérapie familiale à la consultation de l'hôpital Fontan, depuis près d'un an.

1) Motif et contexte de la demande initiale

Comme cela est souvent le cas en thérapie familiale, où c'est l'enfant symptôme qui amène sa famille à consulter afin d'attirer l'attention sur le fonctionnement familial, la demande de cette famille avait été initialement faite par le patient désigné, un jeune adulte d'une vingtaine d'années, que nous appellerons Michel, en proie à de fortes attaques de panique rentrant dans le cadre d'un tableau général en faveur d'un syndrome anxio-dépressif, survenu récemment à une période de changement de cycle de vie, d'émancipation et d'autonomisation.

Ce jeune homme ayant quitté le domicile familial depuis peu, afin de commencer sa vie d'adulte, avait développé durant cette période de transition, un épisode dépressif caractérisé sévère avec de fortes angoisses de séparation et des idéations suicidaires.

Lorsque les séances ont débuté vers la fin de l'année 2021, ce jeune homme avait déjà été hospitalisé une fois en psychiatrie durant un mois pour dépression et anxiété majeure et avait commencé depuis peu un traitement anti dépresseur avec une anxiolyse.

Il était déjà suivi au CMP de son secteur depuis un an et demi, suite au décès par autolyse d'un ami de ses parents, pour anxiété et nécessité de travailler sur la gestion des angoisses.

Un diagnostic de haut potentiel intellectuel avait été posé en classe de sixième pour ce patient, avec des éléments de tristesse de l'humeur et des difficultés dans la relation à l'autre.

2) Présentation de la famille nucléaire du patient

Il s'agit d'une famille composée des parents et d'une fratrie de 4 frères, âgés respectivement de 14, 18, 22 et 24 ans.

- La mère est âgée de 50 ans, mère au foyer jusqu'à récemment, elle s'est reconvertie dans la formation à la communication non violente et travaille actuellement comme « coach » accompagnant des personnes au changement.
- Le père âgé de 54 ans, militaire depuis quatre générations, a quitté l'armée, suite à un accident de régiment suivi d'une audition en 2018. Il est actuellement dirigeant dans le milieu associatif spécialisé dans la réinsertion.
- L'aîné a 24 ans, et est le seul de la fratrie, à avoir quitté le domicile familial, est marié et a un enfant. Il est historien militaire de profession. Diagnostiqué comme son frère cadet, le patient désigné actuel, haut potentiel intellectuel, il a occupé durant l'enfance, la place de l'enfant posant le plus de problèmes dans la fratrie. En effet, l'adaptation à l'école a été très compliquée avec d'importants troubles du comportement.
- Le patient désigné actuel, Michel, a 22 ans, et se présente en thérapie familiale comme « l'enfant qui souffre », « l'enfant symptôme ». Il est retourné provisoirement vivre chez ses parents depuis sa dépression, après avoir vécu seul dans son appartement. Après avoir envisagé de préparer l'école militaire, Michel s'est finalement tourné vers l'institut catholique d'arts et métiers, pour y suivre une formation d'ingénieur. Il est néanmoins réserviste militaire.

- Les deux autres frères, âgés de 14 et 18 ans ne seront évoqués que de manière succincte lors des séances.

Dans cette fratrie, les deux frères aînés portent d'une certaine façon le poids de la tradition militaire familiale, tandis que les deux petits frères ne semblent à ce jour aucunement concernés par une éventuelle orientation militaire future.

Installée de façon stable depuis 2015 dans la région du Nord, cette famille, de par les nombreuses missions militaires du père, a déménagé onze fois au total dans toute la France, durant l'enfance des enfants, ce qui a pu être source d'isolement de la mère de Michel qui se sentait souvent exclue de la communauté militaire avec laquelle elle et sa famille devaient partager certains aspects du quotidien lors des déménagements successifs.

3) Présentation des familles d'origine des parents de Michel (voir génogramme en annexe 1)

- La branche paternelle du père est militaire de père en fils.

La mère de Monsieur était femme au foyer.

Les parents du père de Michel ont eu trois enfants, Monsieur et ses deux sœurs, l'une de trois ans son aînée et la benjamine, de six ans sa cadette. Toutes deux ayant choisi d'exercer des professions en dehors du cadre militaire.

- La famille d'origine de la mère apporte certains éclairages sur son état d'angoisse chronique.

Le père de Madame avait perdu ses parents très jeune, respectivement à 15 et 22 ans.

Il aurait fait une dépression, suite à un accident du travail lui ayant coûté la perte d'une main, ce qui l'aurait contraint à vendre son imprimerie.

La mère de Madame travaillait à la banque de France et est décrite par Madame comme une femme forte et indépendante.

Elle avait été victime d'agression sexuelle par son frère aîné à l'adolescence, ce secret de famille ne sera révélé que lors du décès du frère agresseur.

Cet incident traumatique aura eu un grand impact sur la mère de Michel, qui confiera en séance avoir été éduquée elle et sa sœur dans la peur des garçons par leur mère.

Nous n'avons néanmoins pas eu l'occasion d'aborder en séances le fait qu'elle ait eu quatre fils dont Michel.

Madame est la deuxième d'une fratrie de quatre enfants, elle a une grande sœur et un petit frère, et a perdu une petite sœur décédée à quinze jours de vie, lorsqu'elle était âgée de quatre ans et demi.

Le père de Madame est décédé d'un infarctus il y a dix ans.

4) Déroulement et analyse des huit séances

Première séance (26 novembre 2021)

En entretien, les trois frères ne sont pas présents, seul Michel et ses parents viennent en consultation.

Michel expliquera avoir convenu avec ses deux petits frères que les consultations familiales avaient été à son initiative personnelle et qu'il ne les obligeait pas à venir, ce que ces derniers avaient accepté.

Lors de la première séance, la mère confiera aux thérapeutes avoir fait un burn out fin 2018.

En effet, cette fin d'année fut marquée par deux tristes évènements ayant probablement contribué à une fragilisation des repères familiaux pour Michel.

En Septembre 2018, la famille de confession catholique, apprend le décès par suicide d'un ami de longue date des parents et faisant partie de leur communauté religieuse.

Les parents, ayant dîné avec cet ami deux jours avant cet évènement tragique, la mère de Michel, avouera avoir beaucoup culpabilisé de n'avoir pas su déceler l'état de souffrance de leur ami et de n'avoir pas pu prévenir ce drame.

Cet évènement déclencheur de l'effondrement maternel, sera vécu par Michel comme le premier évènement traumatique et source d'une grande inquiétude pour sa mère.

Il se trouve que Michel était également chef scout du fils du regretté ami de la famille, et sera hospitalisé en unité de soins psychiatriques durant un mois à la même période que ce dernier mais dans un autre service.

Un mois après le suicide de cet ami, le père de Michel, à la suite d'un accident de régiment alors sous sa responsabilité, survenu en 2018 et ayant entraîné la perte d'une phalange à un de ses subordonnés, sera contraint à être auditionné, dans le cadre de cet incident, à la fin de cette même année.

Ce deuxième évènement sera pour Michel, un second traumatisme, provoquant après l'effondrement maternel, l'effondrement du père, deuxième figure rassurante et pilier de la famille subitement destituée de sa fonction protectrice.

Michel reconnaîtra avoir ressenti à l'époque un profond sentiment d'injustice envers son père à l'évocation de cette audition et y aurait vu dans ces deux malheureux évènements, les déclencheurs de l'effondrement de sa famille.

La mère ira même jusqu'à dire à ce propos : « ce deuxième évènement a crucifié notre famille ».

Peu après ces deux évènements, marquant une rupture dans l'équilibre familial, et devant la détresse des parents et leurs difficultés à surmonter cette épreuve, les grands parents avaient été sollicités afin de leur venir en aide dans cette période difficile et prendre le relai provisoirement.

Discussion autour de la première séance

Juste avant la crise vécue par Michel comme un équivalent d'effondrement familial, la structure de la famille est basée sur des idéaux de figures parentales représentés par une mère solide, toujours présente, c'est la personne responsable de la famille, sur qui on peut compter en toutes circonstances et à qui on peut tout confier.

Le père est perçu par Michel comme un roc, militaire gardant toujours le contrôle de la situation.

En cette fin d'année 2018, Michel se voit donc attribué le rôle d'enfant responsable de la famille, place précédemment occupée par la mère, désormais fragilisée par les derniers évènements.

Cette nouvelle distribution des rôles intrafamiliaux, vient illustrer le concept, décrit par Ivan Boszormenyi-Nagy en introduction, de parentification d'un des enfants, en l'occurrence Michel, dorénavant garant de l'équilibre familial.

Deuxième séance (17 Décembre 2021)

La mère rapportera durant cette séance, de grandes difficultés voire une quasi impossibilité à se disputer avec ses parents et à éluder toute situation conflictuelle.

Elle s'est toujours sentie dans l'obligation de protéger sa mère, au passé douloureux.

Michel, disposant de solides valeurs personnelles de rigueur et d'éthique dans le travail et dans les relations avec ses pairs, a également une propension exacerbée à protéger les autres.

La question suivante sera posée à la famille en fin de séance :

« Qui protège qui ? »

Discussion autour de la deuxième séance

Il ressortira de cette séance, une relation très fusionnelle entre Michel et ses parents.

Les angoisses de séparation, d'individuation et d'autonomisation au premier plan, mettant en lumière une profonde inquiétude à l'égard de ses parents, et la volonté de veiller au bien-être de sa famille.

On pourra percevoir dans son discours et son attitude, une forte tendance à se porter responsable de sa famille, et dans son symptôme actuel à présenter de telles difficultés à prendre son envol, le désir de protéger ses parents et ses frères.

On peut voir dans cette tendance de Michel à se sentir obligé de protéger sa famille, un syndrome de répétition générationnelle dans la « mission de protéger », comme il le formulera lui-même, dans la mesure où la mère de Michel se sentait déjà investie du devoir de protéger sa propre mère.

Troisième séance (le 4 Février 2022)

Cet entretien apportera de nouveaux éléments relatifs à des événements passés sources d'angoisse pour la mère et dont le caractère anxiogène se sera avec le temps transmis à Michel.

La mère dira elle-même pendant cette séance : « mon fils a hérité de mon angoisse ».

Deux événements liés à la période périnatale viendront entacher le nouveau lien mère enfant :

- Deux mois avant la naissance de Michel, sa mère a perdu sa grand-mère maternelle, soit l'arrière-grand-mère de Michel. Elle confiera avoir été exposée à l'état de tristesse et de vide que ce deuil imposait à sa mère et ressenti à l'époque une « sensation de froideur ».
- Entre la naissance de Michel et l'arrivée de son petit frère, la mère fera deux fausses couches, respectivement à deux mois et demi et trois mois de grossesse.

Peu après la naissance de Michel, vers quelques mois, sa mère, constatant une perte de poids chez son nourrisson, ne pût s'empêcher d'y rattacher son état d'angoisse du moment.

Pour cette raison et au vu de l'état de nutrition fragile de Michel, les parents dormaient avec leur enfant afin de pouvoir le surveiller durant la nuit.

Mais ayant reçu de la part de leur pédiatre le conseil selon lequel, un enfant à partir de 5 kg, devait faire ses nuits et qu'il n'était plus recommandé de le faire dormir dans la chambre de ses parents, ils avaient brusquement décidé de le laisser dormir seul une fois ce seuil pondéral atteint.

Expérience catastrophique pour les parents et qui ne sera pas renouvelée les nuits suivantes car le nourrisson avait pleuré toute la nuit, et s'était senti totalement abandonné selon les termes de la mère.

Aujourd'hui encore, à la simple évocation de ce malheureux évènement, les thérapeutes pouvaient ressentir l'état d'émotion intense submergeant la mère, qui se disait porter depuis ce jour une immense culpabilité à l'égard de son fils pour l'avoir laissé seul une nuit entière, et croyant bien faire.

Une des questions posées par les thérapeutes aux parents lors de cette séance était formulée ainsi : « Jusqu'où et jusqu'à quand allez-vous devoir payer cette dette, afin de vous affranchir enfin de cette lourde culpabilité ? »

Culpabilité qui semblait toujours aussi paralysante et bloquante tant pour les parents que pour le fils, qui de son côté ne cessait de les reconforter en clamant haut et fort l'absence d'une quelconque rancune.

Discussion autour de la troisième séance

Pour revenir sur le contexte général de la situation de cette famille et des interactions intrafamiliales au moment des consultations, le discours verbal rassurant des parents, adressé à leur fils se résumait en ses termes : « nous avons une confiance absolue en tes capacités actuelles. »

En reprenant la terminologie du psychiatre et psychothérapeute systémique Mony Elkaïm (1941-2020), nous pouvons entendre dans cet énoncé parental, un double message. (17)

Dans son ouvrage « si tu m'aimes, ne m'aime pas », il introduit les concepts de programme officiel et de carte du monde.

Le programme officiel correspond au message verbal, à la demande explicite.

Il est le message brut tel qu'il est formulé, le discours de façade.

La carte du monde est définie par Mony Elkaïm en termes de croyance élaborée dans le passé à partir d'expériences antérieures vécues et au travers desquelles chaque membre de la famille percevra le présent.

Ces croyances correspondent aux motivations inconscientes se cachant derrière le discours de façade, et définissent le « monde intérieur », apparaissant en filigrane.

En tentant d'extrapoler le discours dissimulé derrière cet énoncé « nous avons une confiance absolue en tes capacités actuelles », on peut essayer de rattacher la partie carte du monde de l'énoncé à l'énoncé suivant « nous avons confiance en tes capacités d'émancipation et d'autonomisation mais nous souhaiterions tout de même que tu ne prennes pas ton envol trop vite et que tu puisses continuer encore quelque temps à veiller sur nous. »

La réaction de Michel, à l'énoncé de cette phrase au sujet de ses capacités, ne s'est pas faite attendre, car il a alors rétorqué à ses parents que pour sa part, il ne partageait absolument pas leur optimisme au sujet de ses capacités.

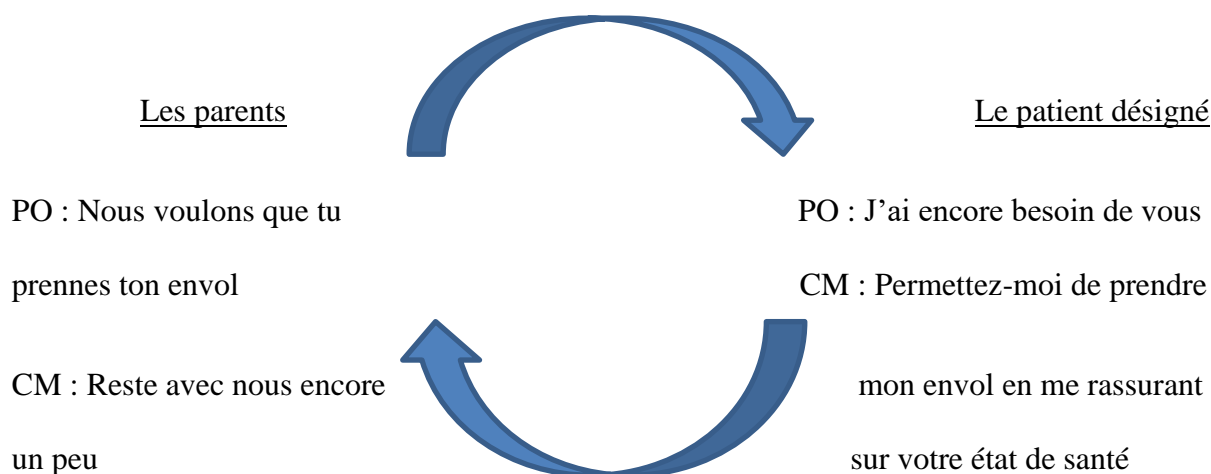
Cette réponse du fils montre en retour un besoin de rassurer ses parents sur leur carte du monde, percevant l'implicite du message et en même temps l'envie de leur pointer du doigt le caractère exagéré de leur optimisme, venant brouiller les pistes et rendre le contenu manifeste du discours d'autant plus plausible.

Ce mode d'interactions entre le patient désigné et ses parents concernant ses capacités d'émancipation, ont été décrites par le psychothérapeute et membre fondateur du groupe de Palo Alto, Jay Haley, qui introduisit à la fin des années cinquante, la notion de double contrainte réciproque. (18)

La double contrainte réciproque apparaît chaque fois qu'un message à double sens est émis à un destinataire, se trouvant en position insoluble car quelle que soit sa réponse, il ne pourra répondre aux deux messages contradictoires inclus dans l'énoncé.

Pour illustrer cette notion de double contrainte réciproque, reprenons l'énoncé parental précédent sous forme d'un schéma représentant une boucle de rétroactions: (17)

Nous exagérons tes capacités d'autonomisation
et minimisons voire annulons nos propres besoins
(surtout concernant la mère) de réconfort



Je persiste dans ma maladie pour rester chez mes parents
et continuer à prendre soin d'eux

PO : Programme officiel

CM : Carte du monde

Pour reprendre le modèle explicatif du schéma élaboré par Mony Elkaïm dans son ouvrage, chacune des deux parties représentées par l'enfant symptôme d'un côté et les parents de l'autre, sont prises dans la contradiction entre les deux niveaux d'attente réciproque. (17)

Le patient demande à ses parents : « rassurez-moi encore sur mes capacités d'autonomisation ».

- Si les parents répondent à cette demande comme ils continuent à le faire régulièrement, ils obéissent au programme officiel de leur fils mais non à sa carte du monde et cette réponse (telle que formulée déjà à la séance précédente, sous la forme de l'énoncé « nous avons une confiance absolue en tes capacités d'émancipation ») ne peut que susciter doute, incrédulité et méfiance de la part de leur fils.
- Si au contraire, les parents tentaient de rassurer leur fils en lui demandant explicitement de rester avec eux pour continuer à se soigner en milieu sécurisé en famille et par la même occasion pour prendre soin de ses parents, ils obéiraient à la carte du monde de leur fils mais non à son programme officiel, et il ne tarderait pas à leur signifier sa désapprobation.

Les parents, pour leur part, demandent à leur enfant : « pars tranquille mon fils, tu en es capable ».

- Si ce dernier répond à cette demande, il ne répond qu'à leur programme officiel et non à leur carte du monde, et ils ne peuvent donc que mettre en place des stratégies d'échec visant à retarder le départ de leur fils du nid familial.
- Si en revanche leur fils faisait en sorte de ne pas précipiter les choses et choisissait de temporiser en différant son envol, il n'obéirait qu'à la carte du monde de ses parents et non à leur programme officiel et ils ne pourraient que se défendre ouvertement contre un tel comportement régressif de leur fils jugé comme inadapté à son âge et au contexte de cycle familial actuel.

Lorsque le patient retarde son départ dans le but de continuer à se soigner au domicile familial, il conforte ses parents dans leur carte du monde, les poussant à surenchérir dans leur

tentative de réassurance et de soutien, qui semble malheureusement ne profiter à terme ni aux uns ni aux autres.

Rappelons les deux types de changements définis à l'époque du groupe de Palo Alto, par les psychothérapeutes Paul Watzlawick, John Weakland (1919-1995) et Richard Fisch (1926-2011), dans leur ouvrage « Changements, paradoxes et psychothérapie (p10) :

Le changement de type 1 dans un groupe invariant ne modifie pas le groupe lui-même.

On parle d'homéostasie, dans la mesure où le système met en œuvre des stratégies d'adaptation et des résistances visant à maintenir une relative stabilité. (19)

Le changement de type 2 est un changement de changement, il modifie les prémisses.

Ceci nécessitera une redéfinition des règles aboutissant à un nouveau fonctionnement et à un changement de paradigme.

« Alors que le changement 1 semble toujours reposer sur le bon sens (par exemple sur une recette du genre « plus de la même chose »), le changement 2 paraît bizarre, inattendu, contraire au bon sens : il existe un élément énigmatique et paradoxal dans le processus de changement ». (19)

C'est donc dans un nouveau cadre, selon ces auteurs, que le changement 2 place la situation et permet de sortir du piège générant des paradoxes créés par les tentatives de solution présentées par les changements 1.

Dans le cas de cette famille, on peut avancer que les tentatives de changements restaient jusqu'à présent du premier type et qu'ils ne se contentaient trop souvent que de faire davantage de la même chose.

Lorsque les parents minimisent leur propre état de fragilité et leur besoin de réconfort et exagèrent les capacités de leur fils en l'encourageant à prendre son indépendance, celui-ci s'en trouve d'autant plus amené à s'inquiéter silencieusement pour leur état de santé et à prendre sur lui la responsabilité de veiller sur ses parents en choisissant de rester à la maison.

Quatrième et cinquième séances (les 25 Février et 18 Mars 2022)

La consultation commença par un retour des parents sur la question « jusqu'où devrez-vous vous acquitter de cette dette ? » exposée en fin de séance précédente et relative à la nuit durant laquelle les parents avaient laissé Michel, à ses cinq mois, une nuit entière à pleurer

La mère s'est dite soulagée par cette ouverture proposée par les thérapeutes et a rappelé son besoin permanent de porter sur ses épaules le poids des autres, ce à quoi son fils a de nouveau réagi en répétant qu'il y avait prescription et que la dette était remboursée depuis longtemps.

Il a même confirmé une hypothèse faite par l'équipe au début de la prise en charge familiale sur une probable parentification, en tenant à ses parents les propos suivants : « la dette est remboursée, je ne vous en veux pas, vous pouvez partir légers. »

Cet encouragement à quitter le nid familial pour partir à la conquête du monde, est normalement le rôle dévolu aux parents souhaitant voir leur progéniture s'épanouir dans leur nouvelle vie d'adulte.

Ici l'on assiste à une inversion des générations, et c'est au fils que revient le rôle d'encourager ses parents à prendre leur envol et de partir légers.

En fin de séance, l'accent a été mis sur le perfectionnisme des parents qui ne s'accordent pas le droit à l'erreur et qui souhaitent donner la meilleure image de parents à leurs enfants.

Une fois encore les thérapeutes ont procédé à un recadrage visant à, sinon corriger, du moins atténuer certains biais cognitifs des parents, en leur signifiant le caractère potentiellement bloquant et paralysant pour un enfant de ne pouvoir se détacher d'une vision réductrice et idéalisée de ses parents.

Le recadrage semble avoir en partie fonctionné lorsque la mère s'est sentie rassurée de pouvoir enfin s'octroyer le droit à l'erreur et en accord avec cette vision de la parentalité, voyant comme formateur et libérateur pour son fils encore en construction de pouvoir appréhender ses parents avec leurs faiblesses respectives.

Cette famille de confession catholique semblait contrainte de devoir respecter certaines règles de vie et de nombreux principes parfois rigides au quotidien, avec un sens du devoir envers son prochain et de l'éthique, très aiguisé.

Les parents ont néanmoins avoué en séance, s'être malgré tout efforcés d'assouplir certaines règles dans l'éducation de leurs enfants.

Mais il semble que l'effet escompté n'ait pas été obtenu et que cela ait même eu l'effet inverse sur le patient.

En effet, le patient bien que recherchant en permanence le réconfort de ses parents qui ne cessent de lui répéter qu'ils continueront à l'aimer, quoi qu'il advienne, avec ses défauts et ses faiblesses, il n'en reste pas moins enfermé dans un système extrêmement rigide d'exigence envers soi-même et ne s'accordant que très peu le droit à l'erreur.

Il confiera d'ailleurs durant cette séance « en avoir assez de passer pour l'enfant parfait et irréprochable ».

Une anecdote instructive fut racontée par le patient à ce propos.

A l'âge de 17 ans, il était rentré d'une soirée passée avec des amis du lycée et durant laquelle il avait consommé une pinte de bière.

De retour au domicile familial, et encore légèrement sous l'effet de l'ivresse, il se souvient s'être senti affreusement honteux de montrer à ses parents une telle image dégradante, si peu digne de l'éducation reçue selon lui et en désaccord avec une règle familiale implicite décrétant le caractère néfaste et dangereux de l'alcool.

Encore une fois, malgré les tentatives répétées des parents, à l'évocation de ce souvenir anodin, de dédramatiser les faits et de déculpabiliser ouvertement leur fils, celui-ci restait envahi par la honte et la culpabilité des années après les faits.

Cette famille dont les règles de bonne conduite et de bienséance, ont pu à certains moments paraître relativement rigides et contraignantes pour les enfants et de surcroît, de par leur caractère implicite, a amené un des thérapeutes, à choisir comme consigne thérapeutique pour la prochaine consultation, la formulation suivante :

« Continuez à changer les règles tout en ne les changeant pas ! »

La fin de la séance fût consacrée à un autre point de rigidité de cette famille concernant les difficultés à se mettre en colère, et à accepter les désaccords sans provoquer immédiatement une grande culpabilité.

C'est en profitant, en fin de séance d'un moment d'agacement et d'un début d'énervement exprimés chez le père, que le thérapeute a pu rebondir sur ce mode d'échange inédit au sein de cette famille et expliciter l'avancée de cette évolution, rappelant que les choses étaient en train de bouger, car d'échanges en début de prise en charge exclusivement basés sur un mode de tristesse et d'angoisse, ceux-ci commençaient à prendre une nouvelle direction, teintée d'énervement et de colère.

Cette technique pointée par les thérapeutes consiste à expliciter et encourager au changement en amenant la famille à trouver ses propres stratégies d'évolution sans leur en donner la consigne ouvertement.

Le patient avait déjà fait part de ses difficultés à éprouver de la colère.

En effet, lors de l'évènement « qui crucifia la famille » à l'annonce de la convocation militaire de 2018 en tant que témoin assisté du père pour mise en danger de la vie d'autrui, il s'était senti tout d'abord très en colère contre cette injustice envers son père vu comme le roc de la famille.

Mais très vite, cette colère s'était transformée en attaque de panique.

Les consignes de fin de séance furent les suivantes :

« On peut se disputer tout en continuant à s'aimer ».

« Vous avez le droit de vous tromper, vous restez en sécurité les uns avec les autres ».

Discussion autour des quatrième et cinquième séance

Anne Ancelin Schützenberger définit dans son livre « Aïe, mes aïeux », deux modalités de transmissions entre les générations. (8)

D'une part, les transmissions conscientes, métabolisées, parlées et pensées, ce sont les transmissions intergénérationnelles.

D'autre part, les transmissions inconscientes, non dites, cachées, non digérées, il s'agit des transmissions transgénérationnelles.

Cette règle familiale implicite, stigmatisant toute consommation d'alcool même modérée, et comme représentant un danger, ainsi que d'autres codes de conduite et devoirs envers son prochain, sur fond d'éducation religieuse des deux côtés parentaux, parfois extrêmement figée, se seraient transmis aux enfants de façon inconsciente pour certaines, au point que tous les discours de réassurance des parents au sujet de cette anecdote « sur la pinte bière », restèrent sans effet sur la honte du patient de s'être présenté éméché devant ses parents.

Cette règle implacable restait bien ancrée en lui.

Il en devint un porte-parole bien plus intransigeant que ses parents eux-mêmes.

L'injonction paradoxale : « Continuez à changer les règles tout en ne les changeant pas ! », permet d'une part de signifier de manière tacite, la tendance à l'homéostasie de toute famille derrière une demande apparente de changement, avec toute la dimension angoissante que peut représenter un saut vers l'inconnu, et d'autre part d'éviter à nouveau les solutions déjà essayées dans le passé et qui ont échoué, afin de laisser à la famille la possibilité de trouver elle-même de nouvelles stratégies.

Sixième et septième séances (les 29 Avril et 20 Mai 2022)

En cette période de fin d'année scolaire, le patient a commencé par verbaliser autour de son angoisse liée au départ prochain de ses parents pour une mission au Rwanda.

La mère, accompagnée de son mari, doit y donner une formation sur la communication non violente durant cinq jours.

La plus grande crainte du patient étant de faire une attaque de panique incontrôlable avant la fin de ses cours, d'autant plus qu'il sait qu'il ne pourra pas compter sur la présence rassurante de ses parents pendant ces quelques jours d'éloignement.

Il a pu parler de ces cinq jours, coïncidant avec la période d'examens de fin d'année universitaire, comme d'une épreuve insurmontable, que son père a très intelligemment reformulée en ces termes : « mon fils a surtout peur d'avoir peur ».

Cette phrase du père : « mon fils a surtout peur d'avoir peur » est venue faire résonance auprès d'une des thérapeutes, qui a pu confier à la famille avoir entendu dans cette phrase, l'énoncé suivant : « Donnez-moi l'envie d'avoir envie », reprenant au passage une partie du refrain de la célèbre chanson de variété française.

Cette intervention de la thérapeute offre la possibilité d'adopter une nouvelle grille de lecture au symptôme « peur d'avoir peur », en y découvrant un message caché possible « donnez-moi l'envie d'avoir envie » et vient ouvrir des perspectives en y apportant une vision optimiste et ouverte.

Derrière cette crainte adressée aux parents, le patient insiste une fois de plus sur la nécessité pour sa construction personnelle, de pouvoir se sentir rassuré sur leur état de santé, et leur demande en quelque sorte de l'aider à ne plus avoir peur pour eux afin de commencer à vivre sa vie d'adulte et de réapprendre à avoir envie.

A la séance suivante, le père fera une métaphore intéressante au sujet des angoisses de son fils qui voyait ces quelques jours d'éloignement de ses parents comme « une épreuve insurmontable ».

En écoutant le récit de son fils sur ses angoisses liées à leur départ prochain au Rwanda, un vieux souvenir de militaire est soudainement revenu au père qui s'est rappelé de l'époque où pour intégrer sa nouvelle compagnie d'arme, la condition était pour chaque nouvelle recrue de s'acquitter d'un saut en parachute.

Les angoisses actuelles de son fils, au sujet des examens de fin d'année et du départ de ses parents rendant l'issue de l'année scolaire incertaine à ses yeux et la crainte de faire une nouvelle attaque de panique paralysante et risquant de le faire échouer, ont fait également résonance chez le père qui s'est rappelé l'image qu'il avait eue quelques jours avant de devoir sauter en parachute, comme d'un mur infranchissable.

« J'étais comme devant un mur infranchissable et derrière ce mur il n'y avait rien ».

De la même manière que, selon le père, après les cinq jours passés au Rwanda, il n'y avait rien pour son fils, qui voyait dans le départ de ses parents, une épreuve insurmontable.

Devant les propos de la mère qui rappelait combien était difficile pour son fils de couper le cordon ombilical, les thérapeutes ont à nouveau procédé à un recadrage, en signifiant au patient que même en devenant adulte, il resterait le fils de ses parents, et que le fait qu'ils se permettent de partir signifiait qu'ils croyaient en ses capacités d'éloignement et à supporter la solitude.

Pour continuer dans le même sens et afin de s'autoriser une lecture inverse des événements, il a été proposé lors de la restitution de fin de séance les formulations suivantes :

« Comment pourrait se transformer la semaine au Rwanda en envie d'avoir envie ? »

Phrase qui n'a pas manqué de faire également résonance chez le fils qui semble avoir parfaitement compris le message des thérapeutes, en ajoutant de lui-même :

« Comme l'envie d'avoir l'opportunité de vivre sans mes parents ? ».

Cet entretien s'est clôturé sur un dernier recadrage accompagné d'un commentaire paradoxal adressé au patient :

« Cette boule au ventre, que vous décrivez, vos parents savent la gérer pour eux-mêmes ».

« Donnez à vos parents la permission de partir ».

Cette dernière consigne a pu être donnée après avoir préparé le terrain en remettant l'accent sur les capacités des parents à partir et à gérer leurs difficultés, ceci afin de renforcer la confiance en ses parents du patient qui continuait encore trop souvent à s'occuper d'eux.

Discussion autour des sixième et septième séances

La remarque du père au sujet de la peur d'avoir peur, du fils, peut être appréhendée sous deux modes de lectures distinctes et complémentaires.

- D'une part, cette préoccupation persistante concernant la survenue de nouvelles attaques de panique et l'anxiété anticipatoire l'accompagnant, fait partie des items permettant de poser le diagnostic de trouble panique selon la nosographie du DSM 5.
(6)
- D'autre part, cette remarque nous donne l'occasion d'introduire un autre concept important des thérapies systémiques, la résonance.

Pour définir la résonance, Mony Elkaïm écrit : « Le premier outil du thérapeute, c'est lui-même »

Il explique que pour éprouver un sentiment en particulier, lors d'une consultation, une corde sensible doit vibrer et que cette vibration est liée aussi bien à l'économie personnelle du thérapeute qu'au système thérapeutique, constitué aussi de la famille. (17)

Autrement dit, ces sentiments qui naissent chez le thérapeute, faisant lui-même partie intégrante du système thérapeutique (voir annexe 2 pour un rappel historique sur la 2^e cybernétique), ont donc un sens ainsi qu'une fonction dans le système qui les fait émerger.

Il compare ces sentiments à des ponts spécifiques, se constituant entre le thérapeute et les différents membres de la famille, et qui établiront des fondations communes qui permettront à la thérapie de s'édifier.

Ce pont spécifique s'étant établi entre le thérapeute et la famille, aidé en cela par le fait que chaque membre du système thérapeutique partage des références culturelles et générationnelles communes, a permis une nouvelle grille de lecture du symptôme.

Pour Mony Elkaïm, ces ponts spécifiques qui nous constitueraient en partie, sans en être réductibles à notre propre personne, de par leurs intersections, auraient la fonction de pouvoir former des systèmes humains et de surcroît des systèmes thérapeutiques.

L'art des thérapeutes est donc de s'autoriser à se laisser dériver avec les familles, afin de permettre la constitution de tels ponts spécifiques, qui appartiennent autant à la famille qu'au système thérapeutique, auquel le thérapeute est toujours inclus.

On retrouve ici la loi de la deuxième cybernétique, (voir annexe 2) et postulant l'inclusion du système observant au système observé.

C'est donc en s'appuyant sur son ressenti partagé en séance avec les familles, que le thérapeute pourra utiliser ces ponts spécifiques pour ouvrir la voie à la nouveauté et élargir le champ des possibles. (17)

Pour revenir sur la technique du recadrage évoqué en séance, cette notion a été définie par l'équipe de Palo Alto dans leur ouvrage « Changements, paradoxes et psychothérapies ». (19)

Ils y définissent la notion de recadrage comme la modification du contexte émotionnel ou contextuel d'une situation donnée ou du point de vue sous lequel cette situation sera vécue, de manière à la placer dans un cadre différent, qui, correspondra aussi bien sinon mieux aux faits de la situation, et dont le sens concret changera radicalement.

Un exemple célèbre de recadrage et cité par ces auteurs est tiré du livre de Marc Twain, où le héros Tom Sawyer, parvient à retourner à son avantage une situation initialement compromettante.

Ayant reçu pour punition, le devoir de blanchir à la chaux une clôture, il présenta à ses camarades cette corvée comme un plaisir, de sorte qu'au lieu de le railler, ils se retrouvèrent à quémander la permission de participer à ce travail de peinture.

Le recadrage, effectué par les thérapeutes, sur le fait que les parents savent gérer cette boule au ventre, utilise la même technique.

En se concentrant ouvertement sur les éventuelles angoisses des parents, qu'ils sont capables de gérer, et en décentrant ainsi l'attention de Michel sur ses parents, les thérapeutes recadrent le problème en changeant la grille de lecture et le point de vue de la famille sur les angoisses du fils.

Les angoisses de Michel auraient en fin de compte pour origine non pas la fin de l'année scolaire approchant et la difficulté à gérer l'éloignement de ses parents pour quelques jours, mais au contraire l'inquiétude de Michel pour ses parents et leur aptitudes à supporter des angoisses insurmontables.

Concernant le commentaire paradoxal : « Donnez à vos parents la permission de partir », les thérapeutes cherchent à sortir d'une situation de double contrainte déjà explicitée précédemment et consistant à ce que le patient se sente piégé entre rester à la maison et continuer à s'occuper de ses parents et partir vivre sa vie et laisser ses parents courir le risque de voir s'effondrer tout l'édifice familial, après son départ.

Dans son livre « Paradoxe et contre-paradoxe », Mara Selvini Palazzoli (1916-1999), utilise des contre paradoxes pour libérer des situations bloquées et sortir de paradoxes familiaux tels qu'une double contrainte. (20)

Ici, tant que le symptôme du patient sera vu comme pathologique et comme une maladie à traiter, le système familial sera protégé d'une exposition au grand jour de ses contradictions internes, et pourra continuer à faire l'économie du changement.

D'après Mara Selvini Palazzoli, si les thérapeutes désignent la fonction du symptôme du patient ; après avoir tâté le terrain et pris toutes les précautions d'usage, vu le caractère potentiellement anxiogène et traumatique pour certaines familles d'une telle désignation du symptôme, surtout lorsqu'elle aura été faite de manière abrupte et prématurée ; comme ayant pour fonction de protéger sa famille contre certains dangers :

- Le système devra reconsidérer ce symptôme, passant de « protecteur » à « dénonciateur » et désignant ce qui restait jusqu'à présent inavouable et indicible.
- Le thérapeute devra par conséquent, continuer à s'employer dans le système thérapeutique, pour l'accompagner dans de nouvelles voies ouvertes et l'aider à élargir le champ des possibles, l'ancien symptôme du patient désigné étant devenu caduque.

C'est précisément ce qu'ont effectué les thérapeutes en formulant le commentaire paradoxal :

« Donnez à vos parents la permission de partir », dont la finalité était de redonner au symptôme sa véritable fonction protectrice au sein de la famille et le pouvoir de redistribuer les rôles au sein des différents membres du système.

La fonction du symptôme, en perdant un peu de son caractère obscur et énigmatique, reprend sa place au sein de la famille en tant que stabilisateur du système.

Pour terminer cette discussion de séance, revenons sur la remarque du père, qui voit dans le saut en parachute et l'image d'un mur infranchissable au-delà duquel il n'y a rien, une métaphore de l'épreuve insurmontable que Michel devra traverser durant les cinq jours d'éloignement de ses parents.

Les métaphores sont souvent utilisés par les thérapeutes, qui les jugent davantage efficaces et capables de laisser de plus grandes marges de manœuvre et de réélaboration créatrice aux familles, car touchant plus directement la sphère émotionnelle.

De même, pour reprendre les propos de Geneviève Platteau, thérapeute familiale à Bruxelles, l'usage du langage analogique peut être un puissant médiateur permettant de percevoir, de se représenter et de verbaliser ce que l'on ne peut mettre en mots et ce qui fait souffrir. (21)

« Le non-verbal est indiqué dans les systèmes à troubles psychosomatiques, dans les cas de blocage, d'inhibition, de logorrhée, d'excès de rationnel ou d'intellectualisation, d'excès de défenses ainsi que dans les troubles de symbolisation. »

Pour notre famille, aux capacités d'élaboration et d'intellectualisation élevées, les thérapeutes ont pu en effet recourir à plusieurs reprises et à bon escient à ces précieux outils.

Huitième séance (24 Juin 2022)

Cette séance débuta par cette phrase de Michel : « Je vais bien mais j'ai encore du mal à le dire ».

Globalement et pour la première fois de façon aussi manifeste depuis le début de la thérapie, le ton de même que le contenu du discours lors de cette huitième et dernière séance avant la trêve estivale, se sont montrés sous un jour nouveau, teinté d'optimisme et de décontraction partagée.

Michel a annoncé avoir signé un Contrat à Durée Indéterminé la semaine précédente et devoir commencer son nouveau poste de gestion de projets pour entreprises, (Fablab, à l'Université de Lille catho) en Octobre prochain.

Le recours à l'anxiolyse reste nécessaire pour passer le cap du voyage au Rwanda de ses parents la semaine suivante, mais globalement les angoisses sont beaucoup plus gérables et incomparablement moins paralysantes qu'en début d'année scolaire, il a même réussi à réintégrer à temps partiel son logement personnel et il sort de nouveau avec ses amis lorsque l'occasion se présente, expériences qu'il n'avait pas réitérées depuis plusieurs mois.

En ce début de séance, et afin de rendre explicite les appréhensions de Michel et des parents à prendre acte des dernières améliorations, les deux thérapeutes se sont livrés à l'échange suivant :

Thérapeute 1 à Michel : « Etes-vous fier de vous en pensant à toutes ces dernières avancées et du travail accompli depuis plusieurs mois ? »

Thérapeute 2 au thérapeute 1 : « Tu vas trop vite ! Plus on le rassure, plus cela lui fait peur ! »

Cette technique thérapeutique consistant à rendre explicite l'implicite, aide les familles à procéder à un recadrage.

Ce court échange entre thérapeutes a pu donner l'occasion au patient de raconter les difficultés qu'il avait rencontrées lors de son année de terminale et qu'il avait su finalement surmontées grâce à ses ressources personnelles.

Une de ses professeurs de terminale se serait acharnée contre lui et aurait eu un comportement harcelant en essayant de lui mettre des bâtons dans les roues, et de lui barrer l'accès à certaines écoles préparatoires dans le cadre des inscriptions post bac de parcours sup, par une mauvaise appréciation inscrite dans le dossier scolaire.

Malgré cette fin de cursus secondaire en demi-teinte, marquée par cette expérience avec ce professeur, vécue comme déplaisante, et ayant été selon lui, source de perte de confiance en soi, il avait su trouver suffisamment de ressources et passer outre certaines limitations imposées par son professeur, jugées arbitraires.

Il avait finalement pu accéder à une des écoles d'ingénieur préparatoires aux quelles il avait postulées.

La restitution de fin de séance par les thérapeutes se résume en ces trois points :

- « Un rapprochement pourrait être fait entre la période que vous vivez actuellement et l'année de terminale ».
- « D'une manière générale, il vaut mieux ne pas aller trop dans votre sens ».

En d'autres termes, « Lorsque l'on essaye de vous contraindre à baisser les bras et à vous limiter dans vos choix, vous parvenez à ne pas vous effondrer, malgré les angoisses, et vous vous réveillez ». « Vous avez d'une certaine façon, hérité des capacités offensives et de contre-attaque, appartenant au domaine de votre père ».

- « Ces ressources dont vous disposez et que vous mobilisez en cas de nécessité et qui vous permettent de combattre des forces extérieures, il vous faudrait apprendre à les utiliser lorsqu'il s'agit de combats face à vous-même ».

Cette dernière phrase marqua la fin de la séance et un prochain rendez-vous fut fixé pour la rentrée en Septembre.

Discussion autour de la huitième séance

Concernant la remarque d'ouverture de séance « je vais bien mais j'ai encore du mal à le dire », on pourrait penser que la deuxième partie de l'énoncé visant à minimiser à ses yeux, l'amorce de progrès, survenus surtout depuis la dernière séance, a également pour objectif caché de rassurer les parents sur leur carte du monde, comme vu dans les séances précédentes, et qui comme il l'a explicité, pourrait se formuler en ces termes : « nous sommes heureux que tu ailles mieux mais ne va pas trop vite et reste encore un peu à la maison pour continuer à prendre soins de ta famille ».

Les deux premiers points abordés en restitution méritent certains éclaircissements :

- Il y aurait une répétition des difficultés rencontrées à effectuer des passages, des transitions de cycles de vie, une première fois, lors du passage du baccalauréat, à haute portée symbolique, en termes de rite initiatique marquant la fin de l'adolescence et coïncidant avec l'accès à la maturité civile, puis aujourd'hui, en cette fin d'année

scolaire, matérialisant la conclusion des études universitaires et le début de la vie adulte avec l'autonomie financière qui en découle.

- Les thérapeutes, par l'analogie faite entre les ressources personnelles de Michel et les capacités offensives appartenant au domaine professionnel du père qui s'est montré extrêmement concentré et concerné par cet échange, tentent habilement de tempérer un éventuel conflit de loyauté résiduel, à propos du choix de carrière militaire que le fils avait en fin de compte mis de côté pour se tourner vers des études d'ingénieur, restant néanmoins réserviste.

Discussion

Cette partie aura d'abord pour but de synthétiser et de développer les différents résultats de discussion présentés à chaque séance et de dresser un tableau des observations cliniques venant soit confirmer les concepts théoriques, abordés en première partie, soit en montrer les éventuelles limites dans le cadre de notre famille.

Ensuite nous reviendrons plus précisément sur une séance ayant eu trait à la question, non abordée jusqu'à présent, des secrets de famille.

Et pour finir cette partie, nous rappellerons brièvement l'apport de Milton Erickson au développement de l'approche systémique, et ses liens avec notre cas clinique.

1) Résumé du cas clinique

Concernant notre famille, on a pu voir la demande initiale du patient désigné, Michel, souhaitant être accompagné dans cette période délicate d'émancipation, se transformer au fur et à mesure des séances, en demande auprès de l'équipe thérapeutique, de s'occuper suffisamment des parents, avant de pouvoir donner l'autorisation aux thérapeutes de l'aider à prendre son envol.

Un des principaux enjeux de la thérapie de cette famille au moment des consultations aura été de déconstruire les idéalizations parentales et une image parfaite de la famille, que Michel a mis du temps à pouvoir commencer à désidéaler.

La responsabilité de Michel envers l'équilibre psychique de la mère, a dû en partie se trouver renforcée à la suite de l'annonce du verdict militaire ayant affaibli le père, vu auparavant comme le pilier, le roc de la famille, et dont la place vacante de protecteur de la mère aurait été provisoirement occupée de façon officieuse par le fils.

Une des particularités de cette famille, en plus d'avoir dès les premières séances montré une alliance thérapeutique d'excellente qualité et de grandes ressources personnelles ainsi que des capacités d'élaboration et d'introspection très riches, aura été un haut degré de conscience partagée des troubles et de la problématique familiale liée à cette période toujours compliquée de transition vers un nouveau cycle de vie.

En effet, contrairement à beaucoup de familles qui viennent en consultation avec pour demande initiale d'être aidées à prendre soin de l'enfant malade sans changer les règles de la famille, autrement dit avec la demande : « aidez-nous à changer sans changer », le côté atypique de cette famille était qu'ils étaient tous conscients, à différents degrés, du fait que le rôle joué par le patient désigné n'était qu'un leurre dont personne n'était réellement dupe.

Les thérapeutes ont eu ici, comparé aux autres familles, à recourir dans une moindre mesure aux procédés habituels visant à combattre une à une les résistances des parents au non changement et aux efforts de ces derniers pour masquer le plus longtemps possible les troubles familiaux dissimulés provisoirement derrière le symptôme du patient désigné, porte-drapeau, si l'on peut dire, des difficultés auxquelles la famille semblait aux prises avant de venir consulter.

Un véritable travail de déconstruction doit souvent avoir lieu, avant de pouvoir espérer commencer à faire bouger un système, non encore enclin, dans les premiers temps, à reconnaître la dimension et la portée systémiques dans les symptômes de l'enfant qui souffre.

Le fait que dès le premier rendez-vous, le fils se soit présenté avec ses parents, sans ses frères abonde dans le même sens.

En effet, comme on l'a vu, Michel aurait endossé à lui seul la responsabilité d'accompagner ses parents en consultation.

Le patient se serait donc vu attribuer, d'un commun accord plus ou moins officieux, par ses frères, cette dimension sacrificielle, et de mission envers le bien-être de la famille.

Rappelons que la plupart du temps, ce schéma où l'enfant symptôme amène ses parents en consultation familiale, est la règle, néanmoins les thérapeutes ont pu noter chez cette famille une tendance à l'homéostasie nettement moins prononcée que dans d'autres cas et une inclination à se saisir des pistes élaborées par l'équipe thérapeutique, opérante.

La mère, coach en développement personnel, disposait de grandes capacités de remise en question, de même que Michel et son père, qui avaient eux aussi un excellent insight.

2) Eclaircissement de la cinquième séance par le prisme des secrets de famille

L'évènement présenté par la mère comme ayant amorcé le nouvel état de crise de la famille, un mois avant l'audition militaire du père, est le décès fin 2018, par autolyse de l'ami de la famille, dont le patient se trouvait être le chef scout.

Guy Ausloos définit le secret familial comme le résultat de l'action de ne pas transmettre une information volontairement et consciemment cachée par une personne dont le but est d'éviter d'en communiquer le contenu sur les modes tant analogique que digital. (22)

Celui ou celle qui enfreindrait les lois existantes dans la famille, en éprouverait une culpabilité, qui serait à l'origine du secret dont la constitution pourrait enkyster la dette et la culpabilité qui lui seraient liées.

Il est ainsi défendu de connaître le contenu du secret, ainsi qu'il est également défendu de l'oublier.

Il faut donc trouver des moyens pour empêcher que le secret ne soit révélé et d'autres moyens pour éviter leur oubli.

Lors de la cinquième séance du 18 Mars 2022, la mère, évoquant la disparition tragique et prématurée par suicide, d'un ami du frère aîné de Michel début 2020, s'est souvenue de l'effet de sidération qui avait alors frappé toute la famille, y compris le patient désigné, et de la cérémonie des obsèques, qui s'était déroulée dans la plus grande froideur émotionnelle, sans la moindre effusion de tristesse ni de parole autour de ce second suicide.

Le premier traumatisme de 2018, réactivé par ce nouveau drame, avait été vécu à l'époque comme le précurseur, comme « le boum » de l'effondrement familial, selon les termes employés par Michel, qui n'avait jamais pu « retrouver une vie paisible depuis ».

Une sorte d'accord avait été scellé pour que les causes de ce triste évènement soient tenue secrète par l'ensemble de la famille comme un sujet tabou, qu'il serait désormais interdit d'aborder.

La mère avait souffert du silence et de la gêne autour de cet évènement, ainsi que des conséquences néfastes que l'absence de pleurs et de paroles échangées à l'époque sur cette disparition brutale, avaient dû avoir sur l'ensemble de la famille.

Il était donc urgent, à l'unanimité, de se libérer de l'impact que cette mort inavouable avait eu sur tout le monde et de commencer à s'affranchir d'une peur et d'une culpabilité chrétienne suscitées par le suicide de cet ami du frère aîné de Michel.

La restitution de cette séance fut dédiée à rappeler aux parents leurs besoins fréquents de ne montrer extérieurement aucune faille mais une image lisse et forte de parents qui tiennent bon en toutes circonstances.

Le suicide de cet ami avait eu une telle résonance chez le patient, qu'il avait eu peur à l'époque pour ses deux jeunes frères et en était arrivé à craindre qu'ils se suicident à leur tour, prenant à son compte le sentiment de malaise général et adoptant au passage à nouveau une posture parentifiée.

Pour relier l'apport de Guy Ausloos sur les secrets de familles à notre situation clinique, on peut supposer que l'un des moyens trouvés par notre famille pour lui permettre de ne pas oublier cet évènement tragique tout en évitant soigneusement de le faire sortir de l'oubli, a été de l'enkyster et de le matérialiser dans la souffrance et l'inquiétude, du patient désigné, pour la vie de ses petits frères

Les angoisses, la souffrance et la culpabilité actuelles du patient à quitter le nid familial et à laisser ses parents avec ses deux frères, agiraient comme un vestige de cet événement traumatique, évitant de l'oublier complètement tout en s'abstenant de l'évoquer.

Lors d'une séance ultérieure et comme il en a déjà été question précédemment, l'anecdote de « la pinte de bière » peut de même être soumise à une lecture selon le prisme des secrets de familles, dans le sens où la règle implicite de la famille, prohibant et condamnant toute consommation d'alcool, n'était pas reconnue explicitement par les membres de la famille, ce qui ne l'empêchait en rien de rester agissante et paralysante pour notre patient.

Pour terminer cette partie, rappelons une figure importante de l'approche systémique à ses débuts, Milton Erickson, qui apporta certains éclairages au cadre théorique général de la problématique de l'enfant symptôme.

3) L'enfant symptôme selon Milton Erickson (1901-1980)

Pour Milton Erickson, psychiatre et psychologue américain, « Les symptômes apparaissent lorsque survient un bouleversement ou une rupture dans le déroulement du cycle de la vie familial ou de celle de tout autre groupe « naturel ». Le symptôme est le signe qui indique qu'une famille éprouve des difficultés à franchir une étape du cycle ». (23)

La technique thérapeutique d'Erickson consiste donc à remettre en marche le cycle en résolvant les conflits familiaux.

Selon lui, la période suivant l'adolescence et le passage au groupe des adultes, est la période où apparaissent les dilemmes les plus conséquents de la vie, en termes de compromis à faire entre l'implication du jeune envers sa famille et envers ses pairs simultanément.

En règle générale, les parents préparent et aident leurs enfants à préparer et à gérer au mieux leur départ du nid familial, mais il peut arriver que les enfants soient inextricablement ligotés dans le réseau familial.

Parfois, les partenaires d'un jeune couple se marient surtout pour fuir leurs familles d'origines et peuvent s'apercevoir une fois le mariage célébré, que les motifs de leur union, ne reposaient que sur des éléments fragiles.

Afin de perpétuer leur union, ils devront alors lui trouver d'autres raisons d'être, comme l'arrivée d'un enfant par exemple venant justifier le maintien de leur alliance.

Dans d'autres circonstances, certaines stratégies leur ayant permis de surmonter nombre de difficultés avant l'arrivée de l'enfant, se voient dans la nécessité de se renégocier, ne fonctionnant plus depuis l'arrivée d'une tierce personne, et aboutissent souvent à la triangulation de l'enfant.

Les difficultés rencontrées par le couple, ne pouvant plus dorénavant se résoudre avec les anciennes techniques, pourront être vécues par le biais de leur enfant, qui devient le bouc-émissaire et le responsable des nouveaux problèmes qui ne se posaient pas avant son arrivée au sein de la dyade.

On peut aisément concevoir que lorsque l'enfant en question atteindra l'âge adulte et sera en passe de quitter le domicile familial, certaines crises conjugales ayant été comme anesthésiées et mises en suspens tant que l'enfant était triangulé, seront réactivées, ce qui en rendra d'autant plus compliqué et délicat le départ.

D'autant que le départ du dernier enfant de la maison est souvent vécu comme une période critique par les parents, obligés de surmonter cette nouvelle épreuve de leur vie conjugale et devant réapprendre à se retrouver seuls en tête à tête, afin de gérer de vieilles querelles datant de l'époque où les enfants n'étaient pas encore nés.

Un autre exemple d'utilisation de la fonction du symptôme d'un enfant consistera pour un des parents, à surinvestir et à exagérer l'importance de son devoir de s'occuper de ses enfants, jusqu'à pousser l'un d'eux à avoir des problèmes affectifs, auxquels il pourra alors consacrer toute son attention.

Le thérapeute aura alors pour tâche d'aider le père ou la mère à prendre de la distance par rapport à lui et à être plus épanoui dans sa vie personnelle.

Conclusion

Comment à l'avenir disposer d'une meilleure utilisation et d'un meilleur repérage des familles dont une indication à la thérapie familiale serait bénéfique et justifiée dans la pratique psychiatrique, et ce de manière coordonnée aux autres modes de prise en charge des patients ?

Il peut être intéressant dans certains cas cliniques d'élargir l'offre de soins et d'allier thérapies familiales, thérapies de groupes de familles, thérapies de couple momentanées avant de revenir à la famille dans son ensemble, et la question peut se poser parfois de faire intervenir de manière ponctuelle d'autres membre de la famille que la famille nucléaire...

Devant l'angoisse palpable du patient de notre famille sur l'état de santé psychique de ses parents, il avait été question à un moment donné de recevoir les parents seuls, l'espace de deux ou trois séances, afin de décharger le patient et de le rassurer sur les compétences de ses parents à se prendre en mains.

Dans le cas de notre famille, la question de faire venir les autres membres de la fratrie aurait pu se poser, dans la mesure où il aurait pu être éclairant de les questionner sur la façon dont ils pouvaient percevoir le rôle de leur frère au sein de l'unité familiale.

Nous aurions pu également essayer de recueillir des informations sur le départ du fils aîné, et comment il avait su affronter et surmonter d'éventuelles angoisses de séparation.

Avait-il alors pu bénéficier du relai de son frère, le patient désigné, pour pouvoir s'affranchir du devoir de garder un œil sur ses parents et sur ses petits frères ?

Comment les parents se sont-ils rencontrés et Monsieur a-t-il dès les premiers temps de leur vie commune, jouer ce rôle de protecteur envers son épouse, avant de s'effondrer suite à l'audition militaire de 2018 et de laisser cette place vacante à son fils ?

Une des nombreuses difficultés des thérapeutes familiaux réside dans la nécessité à accueillir la détresse des familles en faisant alliance avec elles, et en entrant dans le système thérapeutique, comme il a été vu plus tôt, tout en évitant de rester concentré exclusivement sur le symptôme de l'enfant qui souffre, ce qui ne ferait que maintenir l'homéostasie du système familial.

En effet si le thérapeute se contentait de traiter l'enfant individuellement et de l'hospitaliser par exemple le cas échéant, la famille s'en trouverait figée à un certain stade de son évolution avec l'étiquette « patient » apposée à l'enfant.

Dans ces conditions, les parents n'auraient plus à résoudre leurs conflits, ni à accéder à une nouvelle étape de leur cycle de vie conjugale et familial.

Cet arrangement étant établi, la situation pourrait se stabiliser jusqu'à une prochaine amélioration de l'état de santé de l'enfant, faisant rentrer à nouveau la famille dans un nouvel état de crise.

Les thérapeutes familiaux ont donc pour délicate mission de traiter les problématiques familiales dans leur ensemble et comme un système à part entière afin de privilégier l'homéorhésis plutôt que l'homéostasie et favoriser ainsi les changements constructifs de type 2.

Dans l'ouvrage « la famille adolescente », les auteurs utilisent le symptôme du patient désigné, présenté par la famille à la première séance, non pas en le figeant ni en l'amplifiant,

mais comme un moyen d'accès, une fenêtre sur les liens, les relations et les origines de la famille. (24)

Pour terminer :

Pendant longtemps et dans de nombreuses civilisations, la séparation de l'enfant et de ses parents, était accompagnée d'un rite initiatique et d'une cérémonie, concrétisant la transition de l'enfant vers son nouveau statut d'adulte.

Notre culture actuelle occidentale, ne dispose d'aucun outil ni cérémoniel permettant de marquer ce passage vers un nouveau cycle de vie, hormis l'obtention des diplômes.

On peut comprendre le caractère anxiogène de la situation traversée par le patient désigné de notre famille, à l'approche de ce « saut vers l'inconnu » et d'une émancipation prochaine comme la manifestation des effets de la symbolique de transition de phase vers un nouveau cycle de vie, concrétisée par l'obtention imminente du diplôme de fin d'étude.

Une dernière remarque générale au sujet du départ des enfants, réorganisant les modalités interactionnelles des parents, et source de réactivations d'anciennes difficultés conjugales, et faisant écho à notre cas clinique, a été faite par Jay Haley écrit dans son ouvrage « Un thérapeute hors du commun : Milton Erickson » : (23)

Le bouleversement agitant les parents peut aussi bien survenir au départ de l'ainé des enfants qu'à celui du dernier ou encore s'aggraver et s'accroître au fur et à mesure que l'un après l'autre quitte la maison.

Dans d'autres cas, et cela pourrait vraisemblablement être le cas de notre famille, le couple parental éprouve soudain des difficultés lorsqu'un des enfants en particuliers amorce son départ.

Jay Haley écrit plus loin :

« Dans de tels cas, l'enfant a en général eu une importance particulière dans le mariage. C'est peut-être lui qui était l'instrument privilégié de la communication entre les parents, ou bien celui qui, leur semble-t-il, a pesé le plus lourd sur leurs épaules et les a unis dans la sollicitude inquiète qu'ils lui ont voué tous les deux ». (23)

Le patient désigné de notre famille a pu probablement acquérir une importance accrue au sein du couple parental, au moment où son frère aîné, a quitté le nid familial pour se marier et commencer sa nouvelle de père.

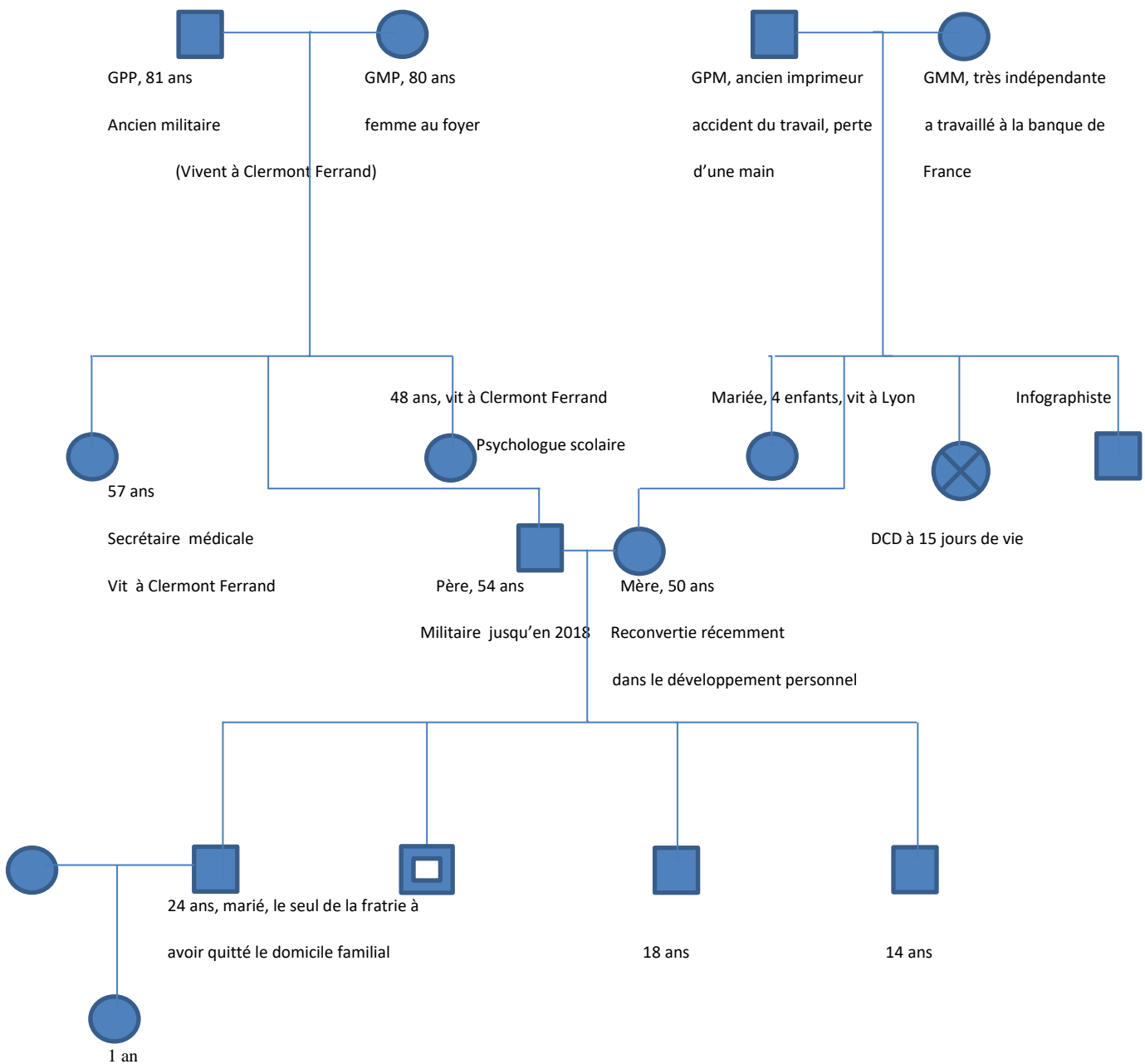
Rappelons que le grand frère de Michel est actuellement marié et a une fille d'un an.

Nous avons vu précédemment que durant l'enfance de Michel, c'est le frère aîné qui posait le plus de difficultés avec notamment d'importants troubles du comportement à l'école.

On peut concevoir que le départ de ce frère aîné du domicile familial, ait réorganisé la famille et procédé à une redistribution des rôles au sein de la fratrie et que la place laissée vacante par ce frère aîné, ait été occupée par Michel, qui aurait pris le relai.

Les angoisses du patient seraient apparues à une période coïncidant approximativement avec le départ de l'aîné.

ANNEXE 1 : Génogramme



ANNEXE 2 : L'essor des thérapies familiales et la 2^e cybernétique

De 1946 à 1953, eu lieu une série de conférences scientifiques animées entre autres par Heinz Von Foerster (1911-2002), scientifique austro-américain, sur la cybernétique et aux quelles assista l'anthropologue Gregory Bateson, futur cofondateur de l'école de Palo Alto (25).

Von Foerster insistera sur l'importance de dépasser la première cybernétique, prenant en compte exclusivement des systèmes observés indépendamment de l'observateur, pour une deuxième cybernétique, prenant quant à elle, en considération aussi les systèmes observants.

L'idée novatrice de Von Foerster consistera à attribuer aux événements et aux objets de l'environnement, une existence tributaire de l'observateur.

Sans l'observateur, qui perçoit ces événements et ces objets et en donne des représentations, ces derniers n'auraient pas d'existence intrinsèque.

Il y a donc nécessairement inclusion de l'observateur dans l'observation.

L'auteur de cet article sur les conférences de cybernétique, écrit : « De par son impossible absence du site et du processus de l'observation, l'observateur humain affecte les conditions de l'observation tout autant qu'il marque de son empreinte, à travers l'usage du langage, la formulation de ses descriptions. »

Pour Heinz Von Foerster, système observé et système observateur sont inséparables.

Le biologiste Humberto Maturana (1928-2021), une autre figure dont les travaux s'inscrivent dans le mouvement constructiviste, a insisté sur le fait que la perception visuelle devait naître du chevauchement de l'image observée avec notre système nerveux (7).

Selon ses propos, les images que nous voyons n'existent pas à l'extérieur de notre propre champ d'expérience, mais résulteraient de l'activité interne déclenchée en nous par le monde extérieur.

Les travaux de Heinz Von Foerster en matière de cybernétique et de Humberto Maturana, ont en partie contribué à appliquer des théories issues du constructivisme à la thérapie systémique.

Les thérapeutes familiaux ont pu ainsi tirer profit de certaines idées du courant constructiviste, en donnant davantage de crédit à une construction mutuelle du réel entre le thérapeute et la famille, qu'à une hypothétique recherche de la réalité et de la vérité (7).

References

1. Fisher S, Mendell D. The spread of psychotherapeutic effects from the patient to his family group. *Psychiatry J Study Interpers Process*. 1958;21:133-40.
2. Jackson, DD. Suicide. *Scientific American*. 1954.
3. Haley J. The family of the schizophrenic: a model system. *J Nerv Ment Dis*. oct 1959;129:357-374.
4. Reix A. Ludwig von Bertalanffy, Théorie générale des systèmes, trad. par Jean-Benoist Chabrol. *Rev Philos Louvain*. 1980;78(37):161-162.
5. Weblin J. Communication and Schizophrenic Behavior. *Fam Process*. 1962;1(1):5-14.
6. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux | Livre | .
7. Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales.
8. Aie, mes aïeux ! Anne Ancelin Schützenberger.
9. Framo JL. Family-of-origin therapy: an intergenerational approach. New York: Brunner/Mazel; 1992. 248 p.
10. Minuchin. *Families Of The Slums*.
11. Augustus Napier, Carl Whitaker. LE CREUSET FAMILIAL. Le rôle et les espoirs de la thérapie familiale : ce sont parents et enfants qu'il faut soigner ensemble pour guérir l'un d'eux.
12. Satir V. The Therapist Story. *J Psychother Fam*. 6 juin 1987;3(1):17-25.

13. Ferreira AJ. FAMILY MYTH AND HOMEOSTASIS. Arch Gen Psychiatry. nov 1963;9:457-463.
14. Luigi O, M L, P B, G C, A DG, RC D, et al. Le mythe familial : concept théorique et implications thérapeutiques. Ther Fam. 1995;(4):331-349.
15. Haesevoets YH. Chapitre 15. Blessures psychiques et capacité de résilience des enfants de parents malades mentaux. Comment survivre à la maladie mentale d'un proche ? p. 159-172. (Psychothérapies).
16. Verdier É. Chapitre 32. Bouc émissaire, trauma et résilience. In: Trauma et résilience . Paris: Dunod; 2012. p. 365-372. (Psychothérapies).
17. Elkaïm M. Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie.
18. Haley J. An Interactional Description of Schizophrenia: Psychiatry: Vol 22, No 4
19. Changements. Paradoxes et psychothérapie - Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch.
20. Palazzoli MS. Paradoxe et contre-paradoxe - Un nouveau mode...
21. Platteau G. Le langage analogique, une articulation entre l'interactionnel et l'intrapsychique. Thérapie Fam. 2012;33(3):201-23.
22. AUSLOOS G. SECRETS DE FAMILLE Guy AUSLOOS Référence: OÙ L ON REPARLE D UNE VIEILLE HISTOIRE -.
23. Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson.
24. Bouley JC, Chaltiel P, Destal D, Hefez S, Romano E, Rougeul F. 1. Créer du lien. In: La famille adolescente. Toulouse: Érès; 2006. p. 15-49. (Relations).

25. Von Foerster H. Le père de la seconde cybernétique. Hermès, La Revue.
2003;37(3) :253-260.

AUTEUR : Nom : Gorhan

Prénom : Frédéric

Date de soutenance : 14/10/2022

Titre de la thèse : L'enfant symptôme : étude d'un cas clinique

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : psychiatrie

DES + FST/option : psychiatrie

Mots-clés : enfant symptôme, patient désigné, homéostasie familiale, thérapie systémique

Résumé : *L'enfant symptôme est un concept systémique apparu avec l'essor des thérapies familiales à la fin des années cinquante aux Etats Unis.*

La famille étant vue comme une entité à part entière, le symptôme du patient qui souffre est vu, sous le prisme systémique, comme une métaphore des conflits intrafamiliaux et de la crise que la famille subira, à des degrés divers, à chaque transition vers un nouveau cycle de vie (mariage, naissance d'un enfant, déménagement, reconversion professionnelle, deuil..).

Bien que l'apposition d'un diagnostic médical reste nécessaire, en début de prise en charge du patient, se contenter de traiter le symptôme du patient désigné en l'individualisant et en occultant les enjeux au sein de la dynamique familiale sous-jacents, risquerait de cristalliser le dit symptôme, d'enfermer le patient dans son rôle de « malade de la famille » et de surcroît, de permettre à la famille de maintenir son homéostasie afin de faire l'économie d'une remise en question et d'un réaménagement de ses habitudes de vie, indispensables à son évolution adaptative.

Le symptôme du patient désigné se voit donc assigner, par les thérapeutes familiaux, une fonction de protection et de garant de l'équilibre familial.

La fonction du symptôme dans la dynamique familiale, une fois travaillée et révélée, rend ce symptôme caduque, dans la mesure où la famille apprendra avec l'aide des thérapeutes de nouvelles stratégies adaptatives et moins coûteuses en termes de souffrance psychique pour le patient désigné, qui se trouvera être l'objet de triangulations du couple parental et de tiers venant tempérer des tensions intrafamiliales et des conflits de loyauté parfois transmises de génération en génération.

L'étude clinique d'une famille venue consulter à l'hôpital Fontan en thérapie familiales, permettra de relier les différents concepts théoriques relatifs à la problématique de l'enfant symptôme, dont un rappel sera fait en introduction, aux éléments apportés en séances et de confirmer voire de réajuster leurs applications pratiques ainsi que les limites éventuelles.

Composition du Jury :

Président : Pr G. VAIVA

Assesseurs : Dr R. SEMAL

Directeur de thèse : Dr. A. PICARD

