

Merci aux pionniers! Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin, Haley et les autres...

par

Cynthia Brosseau, M.S.s., t.s., t.c.f.

Hôpital Rivière-des-Prairies

Service des troubles neurodéveloppementaux

Courriel : cynthia_brosseau@hotmail.com

Monique Doré, M.S.s., t.s.

CSSS Lucille-Teasdale

CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Santé mentale jeunes

Stéphanie Latour, M.Sc., t.s.

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

CLSC Saint-Michel

Service Enfance-famille-jeunesse

Équipe 5-24 ans : scolaire secondaire

Description of three approaches in family therapy: structural family therapy, strategic family therapy, and multigenerational transmission process therapy.

Description de trois approches pionnières en thérapie familiale : approches intergénérationnelle, structurale et stratégique.

À l'aube de 2010, plus d'un demi-siècle s'est écoulé depuis la révolution du modèle thérapeutique traditionnel d'orientation analytique et qu'est né le modèle de la thérapie familiale. Cinquante ans depuis que cette poignée de pionniers a osé revoir la cellule thérapeutique en place pour l'ouvrir au système écologique de la famille. Chacun de ces thérapeutes, entre autres Bowen, Boszormenyi-Nagy, Minuchin et Haley, a tracé la voie, foulée mille fois depuis par toute une lignée de thérapeutes conjugaux et familiaux et de travailleurs sociaux.

Dans cet article, nous présenterons trois approches pionnières en thérapie familiale,

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**
Numéro 131, hiver 2009 : 151-160.

soit l'approche intergénérationnelle, l'approche structurale et l'approche stratégique. Pour chacune d'entre elles, nous exposerons le parcours des principaux auteurs, les concepts qui ont été développés ainsi que les méthodes d'évaluation et d'intervention.

En ces temps difficiles pour nous praticiens, qui sommes de plus en plus soumis aux idéologies de gestion du système de santé, avons-nous gardé en mémoire cet héritage clinique? Comme travailleuses sociales et thérapeutes conjugales et familiales du réseau public, il nous est apparu important de revisiter ces approches fondatrices et de voir comment elles ont évolué jusqu'à aujourd'hui. De plus, à l'occasion du 40^e anniversaire de la revue *Intervention*, nous tenions à souligner l'apport de ces cliniciens qui ont eu à cœur de nous offrir un legs des plus riches.

L'approche intergénérationnelle de Murray Bowen et d'Ivan Boszormenyi-Nagy

Au début des années 1950, l'idée d'inclure les familles d'origine au traitement suscite la création d'approches originales, dont la thérapie bowénienne des systèmes familiaux de Murray Bowen et l'approche contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy.

Parcours et collaboration : Murray Bowen

L'approche conçue par Bowen (1912-1990) a traversé les décennies pour s'ancrer solidement dans nos pratiques. Sa pensée donne place à différents concepts couramment utilisés par les intervenants sociaux, même s'ils n'en connaissent pas toujours l'origine, tels la triangulation, la différenciation du soi dans la famille, la position dans la fratrie, la coupure émotionnelle et le génogramme familial.

Chirurgien américain issu d'une famille de cinq enfants, Bowen débute, après la Seconde Guerre mondiale, une nouvelle carrière en psychiatrie. Il reçoit également une formation en psychanalyse. Sa recherche et sa pratique clinique se construisent autour de familles

ayant un membre psychotique. Il tente de développer son modèle théorique à partir des sciences exactes, c'est-à-dire en cherchant à objectiver et à mesurer ses concepts. Il fonde le Bowen Center for the Study of Family au Georgetown Family Center, qu'il dirige jusqu'à la fin de sa vie. Selon Brosseau (2001), les hypothèses de Bowen ont fait l'objet de quelques recherches qualitatives et quantitatives et elles ont démontré, entre autres, l'impact négatif de la fusion et de la triangulation sur le développement du soi des jeunes adultes.

Principaux concepts

Articulée autour du concept de la différenciation du soi, la thérapie de Bowen définit la famille comme un « système émotionnel » régulé par deux forces de vie : le « Je » (individualité) qui fait de l'individu un être unique, séparé des autres, avec un soi bien différencié, et le « Nous » familial (être ensemble), force qui relie les membres de la famille entre eux (Bowen, 1984). Lorsqu'il se produit un trop grand déséquilibre entre ces deux forces, un symptôme peut apparaître. Cette approche postule donc que l'enjeu principal de l'individu consiste à évoluer vers un stade plus avancé de différenciation avec sa famille d'origine, sans toutefois couper les liens émotionnels avec celle-ci (Bowen, 1984). Il définit donc le symptôme, non comme une pathologie, mais bien comme la représentation d'un effort du système pour métaboliser un changement (Bowen, 1984).

Sa recherche clinique s'attarde tout particulièrement à l'observation des triangles dans les systèmes familiaux. Il remarque qu'une relation dyadique n'est stable que si les personnes ne vivent pas trop d'angoisse. Par exemple, la relation parentale demeure viable tant que les tensions entre les parents ne sont pas trop vives et que l'angoisse suscitée demeure à un niveau tolérable. Au-delà d'un certain stade, la relation devient inconfortable et le système parental récupérera donc une troisième personne, qu'il nomme « outsider », afin de faire baisser la tension. Bowen (1984) observe que cette place est fréquemment occupée par un enfant. Cette manœuvre porte le nom de « triangulation ».

Évaluation et intervention

L'objectif thérapeutique vise donc à aider les individus à atteindre un niveau de différenciation du soi plus élevé. Bowen enseigne aux familles les caractéristiques des systèmes familiaux et élabore avec elles des hypothèses, pour ensuite inciter les individus à observer ces triangles dans leur famille d'origine et leur famille nucléaire, afin de développer plus de différenciation du soi (Bowen, 1984). Le clinicien ne se positionne pas comme un expert mais plutôt comme un « coach », terme que Bowen préfère à « thérapeute » (Papero, 1995). Le clinicien doit maintenir une certaine distance émotionnelle avec la famille tout en restant en relation avec elle. Conséquemment, Bowen demande à ses étudiants en thérapie familiale d'entreprendre un processus de différenciation dans leur propre famille, afin d'être en mesure de mieux travailler avec les systèmes familiaux et institutionnels dont ils font partie.

Parcours et collaboration : *Ivan Boszormenyi-Nagy*

Moins connu auprès des jeunes générations, mais tout aussi remarquable, Boszormenyi-Nagy, nous a transmis par son approche contextuelle, un savoir singulier provenant de ses recherches et de son expérience clinique auprès des individus souffrant de psychose et de leur famille. Issu d'une lignée de magistrats, ce psychiatre hongrois, né en 1920 et décédé très récemment (2007), émigre aux États-Unis en 1950. Rapidement, il obtient la responsabilité des soins à l'unité psychiatrique de l'Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, où il entreprend l'intégration de la famille entière dans le traitement.

Principaux concepts

Boszormenyi-Nagy puise dans la philosophie existentielle de Martin Buber les idées qui lui serviront d'appuis à ses formulations théoriques (Ducommun-Nagy, 1995). Fidèle à la pensée de Buber, Boszormenyi-Nagy entrevoit les relations humaines sur une base dialectique. C'est dans le rapport de soi à l'autre que se construisent l'individualité et l'autonomie de la personne, à travers le dialogue authentique nécessaire à toute relation (Heireman, 1989). Boszormenyi-Nagy avance l'idée de la création d'un nouveau paradigme, à la jonction de

l'approche systémique et de la psychanalyse. Il conçoit la personne comme un système en soi. Par conséquent, son modèle thérapeutique se fonde sur une approche quadridimensionnelle de l'individu qui comprend : les faits, la psychologie de l'individu, la dimension interactionnelle/système et l'éthique relationnelle.

De nature factuelle, la première dimension qui intéresse le thérapeute concerne tous les événements de la situation problématique, les aspects biologiques et socioculturels que vit la personne. La deuxième dimension s'inspire des concepts psychanalytiques, tout particulièrement de la théorie de la relation d'objet de Fairbairn. La troisième dimension, quant à elle, prend forme à la suite de ses contacts avec des systémiciens, dont Bowen, Ackerman et Witraker, desquels il emprunte certains concepts tels que la différenciation du soi, l'importance du contexte social dans le sort de l'individu et la primauté accordée à l'expérience. Désireux de lier des notions provenant d'épistémologies différentes, Boszormenyi-Nagy développe une nouvelle et quatrième dimension, qui se retrouve au cœur de sa réflexion clinique, sous le nom d'éthique relationnelle. Pour lui, cette nouvelle dimension permet d'aborder la thérapie sous un angle nouveau, celui de la responsabilité individuelle et de la justice dans les relations. Il postule que l'équilibre entre le donner et le recevoir ainsi que la capacité de rendre ce que chacun reçoit procurent la confiance fondamentale qui agit comme une force de cohésion et permet aux relations de durer (Ducommun-Nagy, 1995), évitant ainsi l'apparition de tensions ou de pathologies (Van Heusden et Van Den Eerenheemt, 1994).

Il introduit donc les notions d'équité relationnelle et de réciprocité comme étant à la base de la dimension éthique des relations, c'est-à-dire la capacité de prendre en compte les besoins de l'autre et d'y répondre. Boszormenyi-Nagy nous met en garde d'y voir une éthique basée sur la morale, le jugement ou le devoir, la prise en compte des besoins de l'autre ne se situant pas dans le déni de ses propres besoins (Ducommun-Nagy, 2006). Il s'agit donc d'une éthique de l'équité (Van Heusden et Van Den Eerenheemt, 1994), d'où la métaphore d'un grand livre des comptes qui renvoie à l'ensemble des obligations (dettes) et des droits

acquis (légitimité, mérites) qui s'établit dans la relation entre deux personnes et dans toute famille. Un déséquilibre trop important peut entraîner l'apparition d'un symptôme. Par exemple, un enfant négligé qui ne reçoit pas ce qu'il est en droit de recevoir sera légitimé de réclamer son dû. Il le fera par des actes délicieux, ce que Boszormenyi-Nagy appelle la légitimité destructrice.

Un autre concept, mieux connu des praticiens et qui tient une place importante dans l'œuvre de Boszormenyi-Nagy concerne les loyautés. Le concept de loyauté postule que l'enfant, par sa filiation, vit un devoir éthique envers ses parents dont il veut s'acquitter. Par exemple, dans les familles où tout accès à l'autonomie signifie être déloyal, l'enfant sacrifiera ses désirs d'émancipation pour répondre aux attentes de ses parents. Qu'elles soient invisibles ou clivées, ces loyautés structurent nos rapports à la famille et constituent une voie de transmission privilégiée des réclamations des générations antérieures. Boszormenyi-Nagy voit le comportement symptomatique comme l'expression d'une loyauté familiale et, par le fait même, il reconnaît la tendance homéostatique du symptôme, à l'instar des systémiciens (Heireman, 1989).

Évaluation et intervention

Par son évaluation, le thérapeute contextuel s'intéresse donc aux quatre dimensions de la réalité de l'individu. Il s'interroge aussi sur les liens transgénérationnels, pour y déceler le patrimoine légué par les générations antérieures et celui susceptible d'être transmis aux générations ultérieures. Il met l'accent sur les relations familiales intergénérationnelles et son action thérapeutique s'adresse à tous les membres de la famille, même les absents (Heireman, 1989). Pour actualiser ce modèle dans la pratique thérapeutique, Boszormenyi-Nagy crée une méthode unique qu'il nomme partialité multidirectionnelle. Il s'agit pour le thérapeute de prendre successivement le parti de tous les membres de la famille, afin que chacun puisse exprimer ses besoins et entendre ceux des autres, tout en reconnaissant à chacun ses mérites. La thérapie contextuelle vise à aider les individus à utiliser leurs ressources personnelles et à leur faire vivre l'expérience d'une meilleure confiance mutuelle, en favori-

sant le dialogue entre les membres de la famille. Dans son action thérapeutique, l'intervenant laissera une place importante aux faits, tout en s'intéressant à l'histoire générationnelle afin de mettre en lumière les légitimités de chacun. Son but sera d'accroître l'empathie des uns envers les autres, tout en s'assurant que chacun assume la responsabilité de ses actes.

L'approche structurale de Salvador Minuchin

L'approche structurale de Salvador Minuchin constitue probablement l'un des modèles les plus influents pour le développement de la thérapie familiale systémique à travers le monde (Nichols et Schwartz, 2008 : 184). Elle guide depuis longtemps la formation et la pratique d'innombrables thérapeutes.

Parcours et collaboration

Salvador Minuchin, né en Argentine en 1921, est l'aîné d'une famille nombreuse juive et très hiérarchisée. Il fait ses études de médecine, puis s'inscrit comme médecin de guerre en Israël. Ensuite, il émigre aux États-Unis où, en 1955, il prend la direction d'un foyer pour jeunes délinquants afro-américains issus des quartiers pauvres de New York. Dès lors, il propose au personnel en place de commencer à travailler avec les jeunes et leur famille.

La thérapie familiale structurale provient de la nécessité de trouver une méthode pour comprendre et aider des familles provenant de milieux défavorisés. À ce moment, Salvador Minuchin fait de la thérapie, de l'enseignement et de la recherche à la Wiltwyck School for Boys de New York, dont la population est constituée de garçons issus de familles désorganisées et à problèmes multiples. Or, la psychothérapie traditionnelle de l'époque a été développée en grande partie pour répondre aux besoins des familles de la classe moyenne troublées par des conflits intrapsychiques, mais généralement scolarisées et ayant de la facilité à participer à une discussion introspective. Cependant, ces techniques ne semblent pas avoir d'impact significatif sur les jeunes plus démunis. Salvador Minuchin et ses collaborateurs, dont Braulio Montalvo, considéré par Minuchin comme l'un de ses inspirateurs les plus féconds, sont donc les premiers à tenter de développer une méthode de traitement qui s'adresse spécifiquement aux familles de jeunes

délinquants. En 1981, Minuchin fonde un centre de pratique et de formation à la thérapie structurale à New York, qui prend le nom de Minuchin Center for the Family en 1996, où il pratique encore.

Principaux concepts

Trois concepts-clés de l'approche structurale sont alors posés, soit la structure familiale, les sous-systèmes et les frontières. La structure familiale est la manière dont les membres du système interagissent entre eux et leur position dans la hiérarchie de la famille. C'est l'organisation des parties (individus, sous-systèmes) qui donne sa cohérence à la famille. Les sous-systèmes sont des unités différenciées de la famille, basées sur leur fonction : le sous-système parental, par exemple, a pour principale fonction l'éducation des enfants. Les sous-systèmes sont régis par des frontières interpersonnelles. Elles protègent la différenciation du système familial en délimitant la participation aux différents sous-systèmes.

Ces concepts servent de prémisse à la détermination de deux modèles de fonctionnement communs aux familles troublées, au sujet des séquences transactionnelles répétitives : certaines sont enchevêtrées, chaotiques et interconnectées, alors que d'autres sont désengagées, isolées et en apparence sans relations (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman et Schumer, 1967).

En 1965, le Dr Minuchin devient directeur de la clinique de guidance infantile de Philadelphie qui deviendra sous sa gouverne l'une des plus prestigieuses au monde. Son équipe et lui s'intéressent dès lors à certaines problématiques psychosomatiques, notamment aux familles ayant un enfant souffrant d'anorexie, de diabète sévère ou d'asthme. L'équipe met en relief le lien entre certaines caractéristiques familiales et la vulnérabilité extrême de ce groupe de patients, dont l'enchevêtrement, la surprotection, la rigidité et l'absence de résolution de conflits (Minuchin, Rosman et Baker, 1978).

Évaluation et intervention

Par le *joining*, terme qui désigne le fait d'accepter et de s'accommoder à la famille en créant un lien empathique afin de gagner sa confiance, le thérapeute a toute la latitude d'observer la

famille en interaction, ce qui lui permet de faire le bilan des séquences transactionnelles et d'arriver à l'élaboration d'une carte familiale où sont consignés la qualité des frontières, les coalitions, les détours de conflits vers une tierce personne (souvent un enfant), l'implication ou la surimplication de certains membres.

Le thérapeute peut alors valider l'expérience des membres de la famille, sans toutefois exclure une remise en question, un défi au *statu quo*. C'est là que réside l'équilibre de l'approche structurale avec les familles, dans son paradoxe même qui est tant de soutenir que de défier, tant d'appuyer que d'ébranler.

Le rôle du thérapeute est d'assumer une position directive : c'est un agent actif de changement. Le problème consiste en un dysfonctionnement de la structure familiale dans laquelle les générations et la hiérarchie ne sont pas respectées. Ainsi, selon cette approche, le « vrai problème présenté » est le réseau interactionnel tissé autour du motif de la plainte et le thérapeute doit recadrer les difficultés familiales suivant ce paradigme (Nichols, 1984). La façon la plus efficace de changer le symptôme est donc de changer les patrons transactionnels qui le maintiennent. L'attaque frontale du problème le plus évident est souvent vouée à l'échec : modifier les relations introduira plus facilement un changement.

L'objectif principal est donc de changer le fonctionnement de la structure familiale. On vise à clarifier les frontières entre les sous-systèmes, à augmenter la flexibilité des transactions familiales, à actualiser les conflits cachés et à modifier le rôle du patient identifié dans ceux-ci. Avec les familles enchevêtrées, on tente de différencier les individus et les sous-systèmes en renforçant les frontières entre eux. Avec les familles désengagées, le but est d'augmenter les interactions en rendant les frontières plus perméables entre les membres (Nichols et Schwartz, 2007).

Selon Minuchin, une famille change non parce qu'on a *interprété verbalement* ses conflits, mais parce qu'elle *fait l'expérience* d'une alternative possible. D'où la pertinence de cette méthode d'intervention chère à l'approche structurale qu'est l'*enactment* ou la mise en interaction (Nichols et Schwartz, 2007). La mise en interac-

tionnelles familiales lors d'une séance, permettant ainsi au thérapeute d'observer, puis de modifier les séquences d'interaction *in situ*. Cette méthode d'intervention requiert trois opérations. Premièrement, le thérapeute note une séquence problématique. Deuxièmement, il entame une interaction, pendant une séance, pour inciter la famille à reprendre l'interaction qui pose problème. Par exemple, Minuchin a été le premier à rassembler des familles autour d'un dîner, pris dans l'enceinte de la clinique, au cours duquel il demandait au sous-système parental de tenter de faire manger leur fille anorexique. Par la suite, il guide la famille pour qu'elle modifie la séquence.

Minuchin, Rosman et Baker (1978) ont fait une synthèse des résultats portant sur le traitement de cinquante-trois cas d'anorexie mentale utilisant la thérapie familiale structurale. Bien que des considérations éthiques aient exclu le fait d'avoir un groupe contrôle avec ces enfants gravement malades, le taux de succès qui est de 90 % est impressionnant. De plus, les résultats positifs à la fin du traitement se sont maintenus au suivi fait après plusieurs années.

Aujourd'hui, la thérapie structurale familiale a su prouver son efficacité en intervention pour traiter diverses problématiques, et ce, dans une grande variété d'études, dont plusieurs impliquant des cas jugés très difficiles (Rosman, Minuchin, Liebman et Baker, 1978, dans Colapinto, 1982; Aponte et Van Deusen, 1991; Nichols et Schwartz, 2007). Par exemple, elle a été utile pour aider des patients héroïnomanes à adopter des rôles parentaux plus adéquats (Grief et Dreschler, 1993, dans Nichols et Schwartz, 2008).

La thérapie structurale familiale est très utilisée auprès de familles dont le patient identifié est un enfant ou un adolescent et auprès de familles défavorisées (Minuchin et al., 1967). Elle peut aussi être pertinente pour le traitement des troubles psychosomatiques (Minuchin, Rosman et Baker, 1978), de la toxicomanie (Stanton et Todd, 1979 ainsi que Grief et Dreschler, 1993, cités dans Nichols et Schwartz, 2008), de la délinquance et des troubles de comportement (Chamberlain et Rosicky, 1995 ainsi que Szapocznik et al., 1989, cités dans Nichols et Schwartz, 2008), des problèmes scolaires et des difficultés relationnelles

d'adolescents atteints d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Barkley, Guevremont, Anastopoulos et Fletcher, 1992, dans Nichols et Schwartz, 2008). La réduction des symptômes, dans chacune de ces études, est significative et le niveau de changement positif est de plus du double de celui atteint dans les autres conditions de comparaison, qu'elles soient un groupe contrôle, un placebo ou une intervention individuelle. Enfin, les effets positifs persistent au suivi fait après six mois, douze mois, et parfois même après plusieurs années.

Ici, au Québec, l'approche structurale de Minuchin et ses collaborateurs est utilisée avec des résultats prometteurs dans l'intervention de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite et leur famille (Bertelli et Bélisle, 2004). Selon les auteurs, cette approche est intéressante pour la gestion des crises familiales, puisqu'elle favorise le développement et le maintien d'une structure thérapeutique malgré ces nombreuses crises, privilégie un travail avec le système intergénérationnel et solidifie l'alliance conjugale et les sous-systèmes de la fratrie. Elle défie les perceptions peu appropriées et confirme la famille dans ses forces.

Enfin, l'approche structurale est en constante évolution, ayant passé d'une conception presque exclusivement axée sur les interactions à une conception qui considère les perspectives cognitives qui guident ces interactions et les racines passées de ces perspectives (Minuchin, Nichols et Lee, 2007). De plus, le Minuchin Center offre maintenant du soutien aux couples lesbiens, gais, bisexuels et transsexuels.

L'approche stratégique de Jay Haley

L'approche systémique stratégique est aussi un modèle qui a eu énormément d'influence en thérapie familiale (Nichols et Schwartz, 1998). Si les premières recherches sur son efficacité sont principalement composées d'études de cas rapportées et donc peu fiables en matière scientifique, des recherches rigoureuses récentes démontrent qu'il s'agit d'un modèle efficace de pratique clinique (Gardner, Burr et Wiedower, 2006). Ses plus grands succès ont été démontrés avec les familles ayant des adolescents ainsi qu'avec les familles américaines

d'origine culturelle minoritaire telle que chinoise, japonaise et hispanophone. De plus, les problématiques de trouble du comportement, de délinquance et d'abus de substance seraient aussi améliorées significativement avec cette approche (Gardner et al., 2006). La thérapie stratégique a été le précurseur de la thérapie brève orientée vers les solutions (Wittezaele et Garcia, 1995) qui est très populaire en Amérique du Nord, entre autres auprès des programmes d'aide aux employés (Courtemanche et Bélanger, 2000). Trois branches de thérapie stratégique se sont développées à partir du célèbre projet de recherche sur la communication de l'équipe de Gregory Bateson dans les années 1950 appelée le groupe de Palo Alto : il s'agit de celui du MRI (Mental Research Institute), de celui de l'École de Milan et, enfin, de celui de Jay Haley (Nichols et Schwartz, 1998).

Parcours et collaboration

La figure centrale de l'approche stratégique est sans conteste celle de M. Jay Haley. Haley est né au Wyoming en 1923 et est mort en 2007 à l'âge de 85 ans. Il fait des études en arts de la scène et en communication. Il arrive par la porte de la recherche dans le milieu de la thérapie familiale grâce au projet Bateson (Wendel, 2008). Son cheminement de carrière comporte de grandes périodes de collaboration avec les figures les plus importantes du milieu de la thérapie familiale de l'époque. Dans les années 1960, il travaille avec Don Jackson dans l'équipe du MRI. En 1967, il rejoint Salvador Minuchin à sa clinique de Philadelphie où les deux hommes s'influencent et font progresser leurs conceptions d'un modèle thérapeutique efficace. Mais c'est en 1975 qu'il fonde sa propre clinique de thérapie familiale à Washington avec une autre figure importante de l'approche stratégique : Cloé Madanes.

Parmi ses influences, Haley voue une très grande admiration au travail du grand hypnologue, le Dr Milton Erickson. Il contribue à intégrer les approches psychothérapeutiques et les techniques de ce dernier au domaine de la thérapie familiale et à les faire connaître. Haley est considéré comme le thérapeute, le théoricien et le principal héritier des stratégies et de la créativité d'Erickson (Haley, 1990; Zeig, 2007).

Haley travaille pendant longtemps comme formateur de thérapeutes conjugaux et familiaux, car il croit à l'importance de former la relève. Un autre de ses apports est de démystifier la pratique de la thérapie et d'offrir un héritage aux générations subséquentes de thérapeutes, par la transmission de son approche à travers de nombreux écrits : il publie 22 livres, rédige plus de 100 articles scientifiques et produit de multiples enregistrements vidéos illustrant sa thérapie. Par le fait même, il est considéré comme l'un des auteurs les plus clairs et les plus lus dans le domaine (Wendel, 2007).

Principaux concepts

L'approche stratégique se développe à partir de la théorie des systèmes, de la théorie de la communication, de la cybernétique et de l'approche clinique éricksonienne (Nichols, 1984). De plus, Haley s'inspire des philosophies zen et bouddhiste dans le développement de son approche, telle l'utilisation de la résistance et des paradoxes chez les clients comme outils positifs de changement (Saposnek, 1980). Fortement inspiré par Erickson, il croit qu'une théorie doit outiller les cliniciens à régler les problèmes concrets amenés par les familles plutôt que de fournir un lieu d'introspection et d'analyse sur soi-même et sur les autres, comme le prônait le modèle analytique de l'époque (Haley, 1981).

Dans le cadre de la thérapie stratégique, Haley voit les interactions humaines comme des batailles interpersonnelles pour le pouvoir et le contrôle. C'est pourquoi il met l'accent sur la structure hiérarchique et sur les frontières dans le système. Ainsi, les problèmes peuvent parfois servir à un individu ou à la famille tout entière. Il cherche donc à mettre les conditions en place pour que les gains à garder le problème soient plus coûteux que le changement lui-même (Nichols et Schwartz, 1998). Il croit que les racines et les solutions aux problèmes individuels relèvent du contexte interactionnel de la famille. La notion de pathologie individuelle est donc exclue. Plusieurs autres prémisses sont importantes pour Haley : la thérapie doit être brève, le travail se fait dans l'ici et maintenant et les changements peuvent être rapides, car toutes les familles ont la capacité de changer.

Le but général est d'améliorer la communication dans le système familial et d'augmenter la flexibilité. Pour y arriver, le thérapeute tente premièrement de résoudre le symptôme présenté par le patient identifié, afin de motiver la famille à rester en thérapie, mais en travaillant sur les séquences de comportements de toutes les personnes impliquées plutôt que sur le seul porteur du problème. Le symptôme est perçu comme ayant une fonction de communication et une fonction adaptative et devient une métaphore de la problématique familiale. Simultanément, on cherche à travailler la réorganisation de la structure familiale, surtout la hiérarchie et ses frontières générationnelles qui sous-tendent les séquences dysfonctionnelles. Cette approche a une vision étagée des problématiques familiales, c'est-à-dire que la famille évolue mais étape par étape. Le rôle que prend le thérapeute est celui d'expert; il a une position hiérarchique d'autorité. Conséquemment, il se tient responsable du changement (Keim, 1995; Héril, 1995).

Évaluation et intervention

Haley a été l'un des premiers à intégrer la notion des phases du cycle de la vie familiale (quitter le foyer familial, former un couple, avoir des enfants, vivre avec des adolescents, départ des enfants du foyer et être un couple vieillissant) et à en tenir compte dans les buts de sa thérapie (Keim, 1995). Le processus d'évaluation est unique à chaque famille en thérapie stratégique. On observe le système tant au niveau verbal que non verbal et on est à la recherche des coalitions transgénérationnelles, concernant au moins trois générations (Haley, 1981). On observe quelles sont les règles de la famille ainsi que la logique du langage des membres. Cette approche tient compte de la nature paradoxale des émotions et de l'ambivalence, considérées comme parties intégrantes de l'être humain. Les différentes stratégies du fonctionnement humain, tels les aspects fonctionnels d'une gamme de comportements verbaux et non verbaux, doivent être comprises pour bien évaluer les situations problèmes (Haley, 1981). Selon lui, les comportements problématiques des individus peuvent servir à protéger d'autres membres de la famille avec lesquels ils sont en interaction, comme mécanisme de stabilisation. Cette théorie permet au

thérapeute d'avoir une vision positive des situations familiales (Braverman, 1986).

Avec cette approche, il n'y a qu'un seul thérapeute auprès des clients, mais il est conseillé d'avoir un superviseur derrière le miroir sans tain, ce dernier ayant un recul et une vue globalisante du système. Le visionnement postvidéo est aussi utilisé, permettant d'étudier la séance en équipe et de planifier la suivante (Nichols, 1984). L'intervention consiste à déterminer les loupes de rétroactions positives qui maintiennent les problèmes, à déterminer les règles qui les régissent et à trouver une façon de changer ces règles. À titre d'exemple, dans une famille monoparentale, les problèmes de relations avec les pairs à l'école d'un enfant peuvent se révéler être une métaphore d'une difficulté dans les relations amoureuses de son parent et d'une hiérarchie familiale inversée. Ces comportements peuvent alors avoir pour fonction de protéger ou de distraire le parent de sa difficulté. L'intervention visera à replacer une hiérarchie adéquate dans laquelle le parent reprend en charge son enfant, l'aide à résoudre ses difficultés relationnelles à l'école afin que ces dernières ne soient plus au service du système. De plus, le parent peut alors être invité à régler positivement ses difficultés amoureuses.

L'approche stratégique n'a pas subi de changements majeurs par rapport à ses méthodes et ses concepts depuis son développement dans les années 1970. C'est un mélange de l'art de la psychothérapie et de l'utilisation des tâches résultant d'une expérience clinique importante. Les principales techniques d'intervention utilisées sont : le recadrage (tant du symptôme que du client symptomatique), les métaphores (des paroles et des actes du client mais aussi de la relation thérapeutique), les tâches données de façon directe ou indirecte et, bien sûr, les célèbres directives paradoxales que la famille a pour instruction de mettre en pratique entre les rencontres (Keim, 1995). Si la thérapie stratégique est aujourd'hui plus humaniste qu'à ses débuts, son but est toujours d'aider une famille à interrompre des interactions problématiques et à en trouver de nouvelles plus saines, en tenant compte de sa complexité et de son cycle de développement.

Conclusion

Dans cet article, nous avons résumé, à travers nos lunettes de praticiennes en quête de sens et en formation continue, notre compréhension de quelques approches fondatrices en thérapie familiale. Ainsi, avec l'approche intergénérationnelle, Boszormenyi-Nagy et Bowen s'intéressent à la différenciation du soi, le premier par le dialogue authentique entre les membres de la famille et le second, par la détriangulation. Un retour à la famille d'origine est prôné afin de raviver le dialogue. Minuchin avec l'approche structurale et Haley avec l'approche stratégique, quant à eux, préconisent une restructuration familiale en s'adressant aux séquences transactionnelles. Haley met l'accent sur le pouvoir et la hiérarchie (aspect vertical) alors que Minuchin travaille avec les frontières entre les sous-systèmes (aspect horizontal). Tous deux favorisent l'observation des transactions familiales pour ensuite mettre les membres en relation les uns avec les autres afin qu'ils expérimentent des façons alternatives d'être ensemble.

Cet article met en lumière l'héritage clinique que représentent ces approches et leur caractère toujours actuel : ces approches nous ont été enseignées dans nos formations universitaires en travail social et en psychologie et elles sont encore enseignées dans les écoles de thérapie conjugale et familiale où nous avons été formées. De plus, les figures de proue de ces modèles thérapeutiques ont eu à cœur la transmission des connaissances et la formation de la relève, comme en témoignent leurs nombreux écrits et les lieux d'enseignement qu'ils ont fondés. Ces écoles sont encore très actives dans le domaine de la thérapie familiale.

De plus, ces théories sont bien vivantes dans l'exercice de nos pratiques quotidiennes. Par exemple, lors de discussions cliniques dans nos équipes de travail, les concepts de génogramme, de triangle, de frontières, de hiérarchie, de rôles, de sous-systèmes et de loyautés font partie de notre langage commun et de notre lecture des problématiques familiales. De plus, nos pistes d'intervention sont souvent reliées à ces concepts théoriques.

Bien sûr, certaines de ces approches ont aussi évolué depuis le début, ébranlées par les mouvements du post-modernisme et du constructi-

visme social des années 1980-1990. La nouvelle génération de penseurs a créé des approches collaboratives et narratives, où le cœur de la pratique s'appuie surtout sur la compréhension de la perception du monde des membres de la famille, plutôt que sur une mise en interaction (Nichols et Schwartz, 1998). L'approche narrative, la thérapie brève orientée vers les solutions et la thérapie familiale de la relation d'objet en sont des exemples. L'ère du modèle intégratif en thérapie familiale a sonné depuis un certain temps déjà, nous permettant d'utiliser plusieurs approches simultanément afin de répondre aux enjeux sociaux de plus en plus complexes auxquels sont confrontées les familles. Cependant, s'appuyer sur les approches pionnières nous semble être un gage de fondation solide de notre pratique. Merci aux pionniers!

Descripteurs :

Thérapie familiale structurale stratégique //
Thérapie familiale - Approche intergénérationnelle // Thérapie familiale systémique // Bowen, Murray (1913-1990) // Minuchin, Salvador // Haley, Jay (1928-2007)
Multigenerational transmission process therapy // Family therapy // Structural family therapy // Strategic family therapy // Bowen, Murray (1913-1990) // Minuchin, Salvador // Haley, Jay (1928-2007)

Références

- Aponte, H. J., & Van Deusen, J. M. (1991). Structural Family Therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern. *Handbook of Family Therapy*: 310-360. N.Y.: Brunner Mazel.
- Bertelli, C., et Bélisle, M.-C. (2004). Interventions de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite. Partie 2 : Thérapies systémique et familiale, *Santé mentale au Québec*, 29 (2), 253-266.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1991). Thérapie contextuelle et unité des approches thérapeutiques, *Dialogue*, 111, 21-30.
- Bowen, M. (1984). *La différenciation de soi, les triangles et les systèmes familiaux*. Paris : Éditions ESP.
- Braverman, L. (1986). Beyond Families: Strategic Family Therapy and the Female Client, *Family Therapy*, 13 (2), 143-153.
- Brosseau, C. (2001). La théorie bowénienne de systèmes familiaux : validité scientifique et utilité pour le travail social, *Intervention*, 122, 16-30.
- Colapinto, J. (1982). Structural Family Therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen. *Family Counseling and Therapy*: 1-27. Itasca: F.E. Peacock.
- Courtemanche, H., et Bélanger, H. (2000). Les programmes d'aide aux employés : passé, présent et futur, *Revue québécoise de psychologie*, 21 (3), 71-92.
- Ducommun-Nagy, C. (1995). La thérapie contextuelle, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 97-114. Paris : Éditions du Seuil.
- Ducommun-Nagy, C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. Paris : JC Lattès.
- Gardner, B., Burr, B., & Wiedower, S. (2006). Reconceptualizing Strategic Family Therapy: Insights from a Dynamic Systems Perspective, *Contemporary Family Therapy*, 28, 339-352.
- Haley, J. (1981). *Nouvelles stratégies en thérapie familiale. Le problem-solving en psychothérapie familiale*. Montréal : Ed. France-Amérique.
- Haley, J. (1990). *Changer les couples : conversations avec Milton H. Erickson*. Paris : ESF Éditeur.
- Heireman, M. (1989). *Du côté de chez soi, la thérapie contextuelle d'Yvan Boszormenyi-Nagy*. Paris : E.S.F.
- Hénil, A. (1995). *Les thérapies familiales*. Paris : Éditions Morisset.
- Keim, J. (1995). L'approche stratégique, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 247-282. Paris : Éditions du Seuil.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L., & Shumer, F. (1967). *Families of the Slums: an Exploration of their Structure and Treatment*. N.Y.: Basic Books.

- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W.-Y. (2007). *Assessing Families and Couples. From Symptom to System*. Boston: Pearson.
- Nichols, M. P. (1984). Structural Family therapy. In M. P. Nichols. *Family Therapy: Concepts and Methods*: 479-504. N.Y.: Gardner Press Inc.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family Therapy: Concepts and Methods*, 4th Ed. Allyn and Bacon.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *The Essentials of Family Therapy*. Boston: Pearson.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2008). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Boston: Pearson.
- Papero, D. V. (1995). La théorie bowénnienne des systèmes familiaux, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 67-96. Paris : Éditions du Seuil.
- Saposnek, D. T. (1980). Aikido: a Model for Brief Strategic Therapy, *Family Process*, 19 (3), 227-238.
- Van Heusden, A., et Van Den Eerenbeemt, E. (1994). *Thérapie familiale et générations*. Paris : PUF.
- Wendel, A. R. (2007). Jay Haley – A Memorial, *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (3), 291-292.
- Wendel, A. R. (2008). Family Therapy Pioneers, *Family Therapy Magazine*, sept.-oct., 24-60.
- Wittezaele, J.-J., et Garcia, T. (1995). L'approche clinique de Palo Alto, dans M. Elkaïm. *Panorama des thérapies familiales* : 173-213 Paris : Éditions du Seuil.
- Zeig, J. K. (2007). A Tribute to Jay Haley, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50 (1), 5-9.