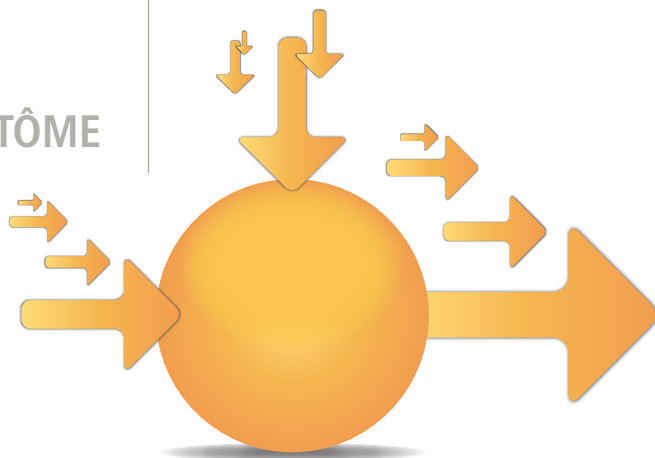


LE SYMPTÔME



Le symptôme en thérapie familiale systémique

J.M. Havet*

En psychiatrie, l'idée que le praticien se fait du symptôme est fondée par la théorie à laquelle il se réfère. Elle n'est par ailleurs pas sans conséquence sur sa pratique. Il paraît donc intéressant de se pencher sur la façon dont la modélisation choisie rend compte du déroulement de l'activité clinique qui en découle.

Qu'est-ce qu'un symptôme ?

Le thérapeute familial systémique donne en général une définition du symptôme qui n'est pas tellement éloignée de celle que tout psychiatre pourrait être amené à formuler. Un symptôme est ce qui induit handicap et souffrance chez celui qui en est porteur et chez son entourage. Généralement, le patient arrive en exprimant une plainte dont le praticien fait un symptôme. Les limites de ce qui doit être considéré comme symptôme sont difficiles à cerner et à définir. De plus en plus fréquemment, les thérapeutes familiaux se voient sollicités pour des conflits de couple. S'agit-il pour autant d'une manifestation psychopathologique ? Il est certain qu'il est plus neutre de parler de difficultés relationnelles que de conjugopathie, ce dernier terme impliquant l'idée de pathologie. En fin de compte, si l'on veut, en psychiatrie plus qu'ailleurs, conserver une position éthique, il importe que le praticien se détache de l'éternelle question de ce qui est "normal" et de ce qui est "pathologique" pour se demander en quoi il est concerné par ce que le patient manifeste, et surtout si cela relève de ses compétences. C'est donc le thérapeute qui fixe les limites de ses interventions et qui en est responsable.

Le symptôme est en quelque sorte la boussole de la thérapie. C'est lui qui dit si celle-ci va dans

la bonne direction. Il donne des indications sur l'évolution de la prise en charge par sa présence, son absence, son amélioration ou son aggravation. Il permet une évaluation, et le thérapeute, le patient et la famille se situent par rapport à lui. Le symptôme est donc le fil conducteur de la thérapie et la priorité du thérapeute, qui ne doit en aucun cas le perdre de vue. Si ce dernier peut s'intéresser à l'histoire du sujet et de sa famille, il devra la relier à la symptomatologie. S'il s'en écarte, le patient ou sa famille ne manqueront de le lui rappeler. Ainsi, au cours d'une séance de thérapie familiale, le père, après avoir raconté une histoire de vie fort complexe, demandera au thérapeute ce que cela a à voir avec le problème d'anorexie-boulimie de sa fille.

Qu'est-ce qui va faire la spécificité de l'approche systémique ?

L'importance du contexte

Le thérapeute familial systémique attache une importance capitale, pour la compréhension du symptôme, au contexte dans lequel celui-ci se manifeste. C'est là la différence essentielle entre la thérapie familiale systémique et la pensée psychiatrique classique, qui, quelle que soit sa référence théorique, reste centrée sur le sujet. En effet, que le praticien se définisse comme psychanalyste, cognitivo-comportementaliste ou neuro-scientifique, il considérera fondamentalement le sujet comme lieu et source de sa pathologie. En revanche, le thérapeute familial systémique ne recherchera pas le sens des comportements chez l'individu, mais dans son contexte. M. Selvini Palazzoli avait été l'une des premières à montrer comment le contexte, sinon détermine, du moins infléchit les compor-

* Service de psychiatrie des adultes, hôpital Robert-Debré, Reims.



LE SYMPTÔME

tements (1). Elle écrivait : "Lorsqu'un client entre pour la première fois dans un magasin, le rapport vendeur-client se développe suivant un système organisé de rôles, de buts, de règles du comportement bien différentes de celles qui pourraient entrer en jeu, mettons, si ces mêmes personnes se trouvaient dans les locaux de leur parti politique pour décider d'une action syndicale. Mots, phrases, comportements adéquats dans une cocktail-party ne le seraient sûrement pas durant une cérémonie religieuse."

Cela sera repris par F.B. Simon (2) : si vous isolez artificiellement le comportement d'un arbitre d'un match de football vous ne pouvez pas en saisir le sens. Que dire d'un homme vêtu d'un short et d'un tee-shirt noirs, courant en tous sens, brandissant des cartons rouges et jaunes, soufflant par intermittence dans son sifflet et parlant tout seul ? Ainsi, "la manière dont vous jugerez le comportement de cet homme étrange vêtu de noir dépendra assurément de vos habitudes en manière de jugement, ainsi que de votre imagination. Si vous ne croyez pas en des pouvoirs magiques agissant à distance, vous en chercherez la cause dans un comportement hyperactif et incompréhensible. Votre modèle théorique de prédilection vous fera conclure qu'il a perdu la tête, que son métabolisme est perturbé, ou qu'il souffre de troubles mentaux."

Donc, au lieu de se focaliser comme on le fait habituellement sur le sujet, voire sur son psychisme ou son cerveau, le thérapeute familial systémique élargit son champ de vision et prend en compte les liens qui unissent le patient et son entourage. Pour lui, le patient n'est pas le seul propriétaire des symptômes, qui ont un sens et une fonction dans le contexte spécifique qu'est la famille. Cela ne signifie aucunement, comme on a pu trop souvent le dire, que la famille est la cause de la pathologie, mais que le symptôme ne peut être compréhensible que dans le contexte où il se produit et où il prend sens, et qu'il joue un rôle dans les interactions en cours. On a pu dire que le symptôme est communication, qu'il a une signification pour les membres du système familial, dont il favorise l'homéostasie tout en en critiquant le fonctionnement.

Un jeune homme âgé de 25 ans nous est adressé en compagnie de ses parents pour des

troubles du comportement : il existe entre eux un conflit aigu dont le thème principal tourne autour de la façon dont le fils gère son budget et des dettes qu'elle a entraînées. Sa prodigalité et son insouciance, auxquelles succèdent de brefs moments d'abattement, ont fait, à un certain moment, évoquer le diagnostic de trouble bipolaire. Ses parents demandent si une mesure de protection des incapables majeurs sous forme de tutelle ou de curatelle ne serait pas indiquée, mesure à laquelle il s'oppose, bien évidemment, violemment, leur reprochant d'avoir toujours voulu exercer sur lui un contrôle qu'il juge excessif et, surtout, inadmissible maintenant qu'il est devenu adulte. Il oppose à leur idée, selon laquelle il faut se montrer économe afin de ne pas se retrouver dans le besoin, un point de vue radicalement différent : il estime que l'argent est fait pour être dépensé, que ses parents se privent inutilement et qu'ils doivent profiter de la vie tant qu'ils sont encore en bonne santé. Ces visions inconciliables quant à l'usage que l'on doit faire de l'argent donnent lieu à des débats incessants, chacun étant incapable de se rallier à l'opinion de l'autre.

On saisit bien dans cette situation que les troubles du comportement du patient constituent une mise en cause des principes économiques de la famille. Mais, en même temps, par leur excès, qui conduit à des problèmes financiers, ils renforcent le fonctionnement familial en amplifiant le contrôle budgétaire et en justifiant l'idée qu'il est indispensable d'être économe.

Destin du symptôme

L'activité des thérapeutes familiaux systémiques a pour objectif de proposer une redéfinition du symptôme. En fonction des différents courants repérables dans ce champ, plusieurs types d'approches peuvent être identifiés.

L'un des pères fondateurs du champ de la thérapie familiale systémique, S. Minuchin, s'est beaucoup occupé d'anorexie quand il travaillait à la clinique de guidance infantile de Philadelphie. Il se savait totalement incapable de faire manger ces patientes. Il savait qu'il ne pouvait changer les idées que les patientes avaient concernant l'alimentation, qu'aucune discus-

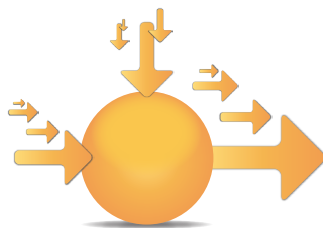
Mots-clés

Psychiatrie
Symptôme
Théorie systémique
Famille
Contexte

Keywords

Psychiatry
Symptom
Systemic theory
Family
Context

LE SYMPTÔME



Références bibliographiques

1. Selvini Palazzoli M. Contexte et méta-contexte dans la psychologie de la famille. *Thérapie familiale* 1981;2:19-27.
2. Simon FB. *Ma psychose, ma bicyclette et moi*. Paris : Le Seuil, 2003.
3. Aponte H, Hoffman L. Open door. *Family process* 1973;12(1):44.
4. Haley J. *Tacticiens du pouvoir*. Paris : ESF, 1984.
5. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Pata G. *Paradoxe et contre-paradoxe*. Paris : ESF, 1978.
6. White M, Epston D. *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles : SATAS, 2003.
7. Gergen Kenneth J. *Construire la réalité*. Paris : Le Seuil, 2005.
8. Morgan A. *Qu'est-ce que l'approche narrative ?* Paris : Hermann/L'Entrepôt, 2010.
9. De Jong P, Kim Berg I. *De l'entretien à la solution*. Bruxelles : SATAS, 2002.
10. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. *Changement, paradoxe et psychothérapie*. Paris : Le Seuil, 1975.
11. Ausloos G. *La compétence des familles*. Toulouse : Éres, 2010 (1996).

sion à ce sujet ne parviendrait à les convaincre de changer d'avis. Il savait également que, si les parents n'étaient pas parvenus à les faire manger, lui-même ne pouvait réussir. Il décida donc de traduire le problème de l'anorexie dans d'autres termes sur lesquels il pouvait être en mesure d'agir efficacement. Pour ce faire, il organisait des séances au cours desquelles lui-même et l'ensemble des membres de la famille déjeunaient (3). La scène qui se déroulait classiquement était la suivante : les parents tentaient de convaincre leur fille de manger et celle-ci persistait dans son refus. S. Minuchin disait alors en substance : "Je ne vois pas d'anorexique ici, je vois une jeune fille en conflit avec ses parents et cela, je sais comment le prendre en charge." Passant de l'anorexie à un problème intergénérationnel, il créait donc une situation spécifique, ce qui lui permettait de travailler sur la structure et la dynamique familiales.

Mais ce n'est pas là la seule lecture que l'on peut proposer du symptôme anorexique (et, par voie de conséquence, de tout symptôme pour lequel une prise en charge est demandée).

J. Haley, auteur du livre *Tacticiens du pouvoir* (4), considérait que le patient, jusqu'alors vu comme un être fragile à protéger, devait au contraire être perçu comme un sujet puissant. Cette théorie de la force des faibles inspira M. Selvini Palazzoli et al., qui l'appliquèrent aux symptômes anorexiques (5). Ceux-ci étaient une arme dans le conflit qui opposait la patiente à ses parents, une grève de la faim qui ne disait pas son nom, l'objectif – supposé et méconnu – de la patiente étant de faire plier ses parents. M. Selvini palazzoli et al. redéfinissaient le symptôme comme protecteur, espérant ainsi qu'il serait abandonné, puisque le but de la patiente était de contester ses parents et non pas de les protéger.

Une des dernières avancées dans la modélisation des symptômes consiste en son externalisation. Ce procédé a été élaboré par le thérapeute australien M. White (6). Constatant que, pour la grande majorité des patients, les symptômes sont un reflet de la personnalité ou de l'identité, M. White proposa de rendre

le problème objectif, afin que le sujet puisse s'en distancier et, ainsi, percevoir l'influence que ce problème exerce sur sa vie personnelle et familiale mais également le pouvoir qu'il peut avoir sur celui-ci. Il est, en quelque sorte, plus facile de lutter contre un ennemi extérieur que contre un ennemi qui fait partie intégrante de vous-même. Cette façon de voir est issue du constructionnisme social (7) et des thérapies narratives (8) qui se proposent de changer le récit dominant, saturé de symptômes et de problèmes, en un récit révélant d'autres facettes, plus positives, du sujet, mettant en lumière ses potentialités, ses comportements et ses caractéristiques, oubliés ou passés sous silence parce qu'ils ne correspondent pas à l'image à laquelle lui-même et ses proches étaient habitués. Ainsi, le patient n'est plus seulement une négativité incarnée par la symptomatologie, il devient celui qui a le pouvoir (avec l'aide du thérapeute et de son entourage) d'agir sur cette symptomatologie.

Quant aux praticiens intéressés par les thérapies brèves centrées sur la solution (9), proches des précédents, ils vont organiser leur approche en se focalisant non pas sur le symptôme mais sur ce qui changerait dans la vie du sujet et de ses proches si le symptôme avait disparu et sur les moyens d'y parvenir. Pour les tenants de l'école dite de Palo Alto (10), "le problème, c'est la solution." En d'autres termes, ce qui doit être l'objet de notre attention, ce n'est pas le symptôme lui-même mais les tentatives de solution employées pour le supprimer. Car, en fin de compte, ce sont elles qui, loin d'être efficaces, contribuent, au contraire, à sa pérennisation. Le thérapeute va alors chercher à modifier les éléments qui maintiennent le fonctionnement du système produisant le symptôme par la prescription stratégique de tâches dont l'objectif est de permettre le surgissement de solutions différentes et, partant, la disparition des symptômes. G. Ausloos, quant à lui, préfère parler plutôt du symptôme de la fonction que de la fonction du symptôme (11). Il pense en effet que chercher ce que montre le symptôme, à qui, et avec quels résultats conduit à des hypothèses en termes

de personne, avec le risque d'identifier une intention cachée derrière ce symptôme et de faire du sujet un coupable. Pour qu'un système soit opérationnel, un certain nombre de fonctions logistiques (programmation, pilotage et contrôle) et relationnelles (communication, réglage des distances et mémoire) doivent être correctement assumées. Le thérapeute cherchera donc à savoir quelle est, selon lui, la fonction non opératoire dans le système familial, sur laquelle il va travailler en priorité.

Conclusion

En thérapie familiale systémique, l'accent est donc mis essentiellement sur le contexte dans lequel le symptôme surgit. Le thérapeute proposera une redéfinition de la symptomatologie. Cette approche du symptôme ne se veut pas plus exacte, plus correcte ou plus vraie que d'autres approches. Elle permet simplement une modélisation alternative qui peut se révéler plus efficace là où d'autres auront échoué. ■

Communiqués des conférences de presse, symposiums, manifestations organisés par l'industrie pharmaceutique

La maladie dépressive et ses morbi-mortalités cachées

La maladie dépressive est une pathologie sévère, cause d'une surmortalité importante et d'une morbidité lourde. Elle doit être distinguée de la réaction de tristesse normale à des événements malheureux.

Elle est un problème majeur dans les pays industrialisés. En France, on estime qu'une personne sur six sera exposée à cette maladie durant sa vie. La dépression est l'une des premières causes d'incapacité fonctionnelle, et ses répercussions socio-professionnelles et familiales sont considérables. C'est aussi la deuxième cause d'arrêts de travail après les troubles musculo-squelettiques.

Grâce au soutien du laboratoire Lundbeck, deux études ont pu être réalisées pour objectiver l'appréciation par le malade lui-même des incapacités familiales, sociales et professionnelles générées par la maladie dépressive, et pour examiner le devenir du patient recevant un traitement par antidépresseur ; en parallèle, une évaluation médicale de la sévérité des troubles était menée. L'objectif était de voir si les réponses thérapeutiques des médecins généralistes étaient suffisamment adaptées.

L'étude DEPASS a été menée en 2009-2010 en médecine générale. Elle a recruté près de 9 000 patients ayant eu une nouvelle prescription d'antidépresseur afin que patient et médecin estiment l'effet à 3 mois de la prise en charge, avec une évaluation à 6 semaines de l'efficacité précoce du traitement. La population incluse se caractérise

par le pourcentage de patients (75 %) sans antécédent d'épisode dépressif majeur. L'épisode actuel est, selon le médecin, d'intensité sévère dans plus de 65 % des cas et d'intensité modérée dans 30 % des cas, ce qui illustre le bon usage des médicaments antidépresseurs. Les malades mentionnent un retentissement global de leur pathologie sur les sphères familiale, sociale ou professionnelle, avec, pour 50 % d'entre eux, un sentiment d'isolement. Une nette amélioration clinique est observée dès 6 semaines de traitement et, à 3 mois, l'état de 75 % des malades est fortement ou très fortement amélioré.

L'étude DEPASS a également montré la capacité des patients à évaluer la sévérité du retentissement fonctionnel de leurs troubles (celle-ci est corrélée à celle que le médecin a observée) ainsi que le bénéfice de la prise en charge. Cette autoévaluation est donc un critère à prendre en compte en pratique.

La deuxième enquête, réalisée en médecine générale en 2009 (1), a porté sur les arrêts de travail. Elle a permis d'étudier l'impact de la sévérité des troubles de 2 080 patients dépressifs sur la prescription d'arrêts de travail. Le nombre et la durée de ces derniers augmentent graduellement avec la gravité de l'état dépressif. ■

MP

Référence bibliographique

1. Spadone C, Raffaitin F. Dépression et arrêt de travail, une enquête en médecine générale. *La Revue du Praticien, Médecine générale* 2010;24(845):562-4.

Nouvelles
de l'industrie pharmaceutique

