

La revue THÉRAPIE FAMILIALE  
organise les 14, 15 et 16 septembre 1995 à Lyon, les

## 8<sup>ES</sup> JOURNÉES INTERNATIONALES DE THÉRAPIE SYSTÉMIQUE DE LYON

Thème:

**Dans les champs systémiques: de la pratique à la théorie**

Les nouvelles demandes sociales et cliniques au risque de la systémique

Pensez d'ores et déjà à ces dates. D'autres précisions dans notre prochain numéro

### D'UNE CONCEPTION DES FONCTIONS PERTURBÉES À UNE CONCEPTION DE LA SANTÉ\* UNE AUTRE CLASSIFICATION DES THÉORIES EN THÉRAPIE DE COUPLE EST-ELLE ENVISAGEABLE?

Jean-Claude MÉTRAUX<sup>1</sup>

*«Hélas, c'est l'héroïsme qui m'apparaît plus chargé de vertu amoureuse, et puisqu'il n'est de héros qu'en notre esprit il faudra donc les créer. Alors j'ai recours aux mots. Ceux que j'utilise, même si je tente par eux une explication, chanteront. Ce que j'écris fut-il vrai? Faux? Seul ce livre d'amour sera réel. Les faits qui lui servirent de prétexte? Je dois en être le dépositaire. Ce n'est pas eux que je restitue.»*

(Jean Genet, «Journal du voleur»)

**Résumé:** *D'une conception des fonctions perturbées à une conception de la santé. Une autre classification des théories en thérapie de couple est-elle envisageable? — Huit théories en thérapie de couple sont étudiées. Pour chacune d'entre elles, trois thèmes sont analysés: a) leur définition du trouble; b) leur définition du changement sous influence thérapeutique; c) leurs critères d'autonomisation en fin de thérapie. Cette analyse a pour but premier de rechercher la qualité de l'autonomie privilégiée par les auteurs de ces théories, soit le sens qu'ils attribuent à ce concept. Il en ressort que des théories appartenant à des catégories différentes selon la classification usuelle partagent une même conception de l'autonomie; et, réciproquement, des théories appartenant à une même classe divergent quant à leur définition du concept d'autonomie. Une nouvelle classification des théories est alors proposée: son critère de distinction est la qualité attribuée par son auteur à l'autonomie. Deux conséquences pratiques d'un tel changement au niveau des critères de distinction sont évoquées, la première traite de l'alliance thérapeutique, la seconde de biais inhérents à toute recherche. La discussion de ces observations nous amène à proposer la réintroduction des concepts de «santé», de «valeur» et de «sens» dans les théories en psychothérapie, réintroduction qui pourrait nous aider à nous prémunir contre les dangers de désintégration et d'éclatement qui nous guettent de plus en plus depuis l'avènement du post-modernisme.*

**Summary:** *From a construct of disturbed functions to a construct of health. An alternative classification of couple therapies. — Eight theories of couple therapy are studied here. For each of them, three themes are analyzed: a) their definition of trouble; b) their definition of change under the influence of therapy; and c) their criteria for becoming autonomous at the end of therapy. This analysis has as its first goal to seek the*

\* Cet article est le fruit d'une recherche confiée à l'auteur par le Centre d'Etude de la Famille – CEF – (Clinique Psychiatrique Universitaire de Cery, CH-1008 Prilly/Lausanne) et financée par le Fonds National de Recherche Scientifique (subside 32-028 749; requérants: L. Kaufmann, E. Fivaz et A. Corboz). Je tiens à ce propos à les remercier pour la confiance qu'ils m'ont ainsi témoignée.

<sup>1</sup> Association «Appartenances», place Chauderon 3, case postale 34, CH-1000 Lausanne, Chauderon 9.

quality of autonomy which has been given pride of place by the authors of these theories, e.g. the meaning that they attribute to this concept. It results in the discovery that theories belonging to different categories, according to standard classification, share a common concept of autonomy; conversely, theories belonging to the same category diverge in their definition of autonomy. A new classification of these theories is therefore proposed: the criterion for distinction is the quality attributed by the author to autonomy. Two practical consequences of such a change in criteria are evoked: the first with regard to the therapeutic relationship; the second concerns the inherent bias of all research. The discussion of these observations leads to a proposal to reintroduce the concepts of «health», «value» and «meaning» into theories of psychotherapy. Such a reintroduction may help in preventing against the dangers of desintegration which have constituted an ever growing threat since the advent of post-modernism.

**Mots-clés:** Autonomie – Thérapies de couple – Valeurs – Classification – Santé.

**Key words:** Autonomy – Couple therapies – Values – Classification – Health.

Habituellement, les théories sont distinguées par la nature de leur démarche épistémologique et par leur conceptualisation du problème. Ces critères de distinction ne permettent pas de révéler, semble-t-il, de différences substantielles quant à leur efficacité respective (24). Plutôt que de l'expliquer, comme le font de nombreux auteurs (1, 9, 14) par une spécificité insuffisante des mesures ou la présence de facteurs communs à toutes les approches thérapeutiques, nous avons fait l'hypothèse que la classification usuelle ne permettait pas de rendre compte des similitudes et différences entre théories. Dans un précédent travail (21), nous avons proposé comme autre critère de distinction la signification attribuée par les auteurs aux concepts de santé et d'autonomie, soit les *fondements* de leur regard sur le monde et donc sur la thérapie. Nous avons défini cinq *qualités* de l'autonomie: autonomie-survie, autonomie-contrôle, autonomie-émergence, autonomie-crédation et autonomie-conscience d'un soi créateur de sens. Ces qualités sont des significations différentes attribuées au concept d'autonomie, correspondent à des sens différents de l'expression «se gouverner soi-même». Nous avons également proposé des correspondants conceptuels à ces significations dans le domaine des théories en thérapie de couple (un résumé en est donné dans le tableau I). Nous allons dans cet article tester l'applicabilité de ces propositions théoriques sur des théories écrites.

## Méthodologie

Nous nous intéresserons plus spécifiquement aux modèles proposés en thérapie de couple. Ce domaine présente en effet l'avantage de ne pas avoir été (trop) traversé par l'opposition usuellement avancée entre approches centrées sur l'individu et approches centrées sur la famille ou le système social: la plupart des théoriciens en thérapie de couple, indépendamment de leur conception, créent et utilisent des concepts qui conjuguent des données psychodynamiques et interactionnelles. Nous rechercherons donc les qualités de l'autonomie privilégiées par huit théories en thérapie de couple à partir des définitions que leurs auteurs donnent: a) du trouble; b) du changement sous influence thérapeutique; c) de l'autonomisation en fin de thérapie. (En raison des dimensions réduites de cet article, les illustrations que nous pourrions fournir seront malheureusement extrêmement restreintes.) Puis

Tableau I.

	Définition du trouble	Changement sous influence thérapeut.	Autonomisation en fin de thérapie
Autonomie-survie	La survie du couple, en tant qu'organisation fonctionnelle, est menacée car il est engagé dans une dynamique destructive de lui-même ou d'une partie de lui-même.	Il est conçu comme une transformation (a) de la structure du couple (frontières, interactions) qui favorisera l'adaptation aux changements internes ou externes; ou (b) du contexte, y compris au niveau de la structure interne des individus le composant.	Le couple n'est plus engagé dans un processus destructeur de lui-même ou d'une partie de lui-même; il n'a plus besoin d'une aide extérieure pour pouvoir s'adapter à des changements extérieurs, que ceux-ci soient internes ou externes.
Autonomie-contrôle	Le contrôle du couple vis-à-vis de certaines de ses fonctions transitives (communication, sexualité, parentalité, prise de décisions, résolution de conflits, etc...) est insuffisant. Le couple ne parvient plus à l'accroître sans aide extérieure.	Accroissement du contrôle du couple par rapport à ses fonctions perturbées et apprentissage de "techniques" le favorisant. La fonction du thérapeute est également comprise en termes de transactivité et de contrôle.	Le couple a acquis un contrôle suffisant sur les fonctions auparavant perturbées. Il est redevenu capable d'assurer par lui-même la croissance de ce contrôle ou de récupérer, sans aide extérieure, un contrôle suffisant (dans l'éventualité d'une nouvelle diminution de celui-ci).
Autonomie-émergence	La structure du couple est telle que la potentialité d'émergence d'une nouvelle structure devient, si ce n'est impossible, du moins extrêmement compromise.	Le thérapeute offre un contexte au couple favorisant le dévrouillage de la structure antérieure et la réactualisation de son potentiel d'émergences. Le changement n'est pas conçu comme résultant d'un acte créateur intentionnel, mais comme une accommodation à des perturbations int. ou ext..	La structure du couple s'est modifiée: la nouvelle structure est telle que le couple a retrouvé sa capacité naturelle d'émergences. Le contexte thérapeutique n'est dès lors plus nécessaire pour que de telles émergences surviennent.
Autonomie-crédation	Les potentialités créatrices (actives) du couple sont faibles ou devenues inopérantes, que ce soit par rapport à des formes interactionnelles, à des représentations subjectives ou à des finalités.	Le couple redevient capable de créer, après se les être représentées (création d'un objet subjectif), une nouvelle relation et de nouvelles finalités irréductibles à une simple survie ou à la satisfaction de besoins déterminables par sa structure. La fonction thérapeutique est elle-même conçue comme une fonction créatrice. Ces créations sont intentionnelles et indéterminables.	Le couple est (re)devenu capable de créer par lui-même des formes nouvelles, des représentations nouvelles de leur relation, des finalités nouvelles et de donner des sens nouveaux à leur expérience et à leurs projets.
Autonomie-conscience d'un soi créateur de sens	Le couple et ses membres ne sont plus (ou pas) conscients du fait qu'ils sont eux-mêmes créateurs de ce couple, et en particulier du sens qu'ils lui ont donné. Le couple devient pour ses membres une instance extérieure à laquelle ils se sentent assujettis.	Tout changement sur le plan des interactions est soumis à la nécessité préalable d'une prise de conscience, commune aux deux conjoints, du fait qu'ils sont eux-mêmes les créateurs du couple qu'ils ont construit, du sens et de la finalité qu'ils lui ont donnés.	Le couple se sait auto-créateur de lui-même, soit aussi créateur des changements qui ont pu se produire en cours de thérapie.

nous établirons une classification de ces théories en fonction des qualités de l'autonomie qu'elles privilégient. Finalement, nous comparerons cette classification à la classification habituelle. Les théories ont été choisies en fonction des trois critères suivants: avoir été l'objet d'un livre; avoir été l'œuvre d'au maximum deux auteurs, co-auteurs de l'ensemble du livre; représenter, selon la classification habituelle, des courants théoriques différents. En voici la liste (de la plus intrapsychique à la plus interactionnelle, selon la classification proposée par Kaslow (15)):

*Modèle psychanalytique*: J. Puget et I. Berenstein (22).

*Modèles psychanalytique et systémique*: J.G. Lemaire (16, 17); J. Willi (26).

*Modèles Gestalt-thérapie et systémique*: L. Greenberg et S. Johnson (11).

*Modèle systémique (cybernétique de deuxième ordre)*: P. Caillé (3); M. Elkaïm (7).

*Modèles systémique (première cybernétique) et conductiviste*: P. Bornstein et M. Bornstein (2); J. Gottmann (10).

L'absence dans cette liste de noms de pionniers de l'approche systémique est due au fait qu'aucun d'entre eux n'a écrit un livre spécifique dédié à la thérapie de couple. Finalement, je souhaite préciser que ce choix n'est en aucun cas exhaustif, ni même forcément représentatif de l'éventail des théories existantes. Notre objectif étant de voir si un nouveau critère de distinction entre théories était valide, l'étude d'un nombre restreint de théories pouvait suffire. Par ailleurs, il va sans dire que notre but n'est pas de porter un jugement sur ces théories et nous serions très heureux de pouvoir discuter avec leurs auteurs de nos observations.

## La théorie de Puget et Berenstein

**Définition du trouble.** Puget et Berenstein proposent une typologie de la psychopathologie des «liens» conjugaux dont l'axe est celui de l'indiscrimination-discrimination qui va du plus petit niveau de différence entre les deux Moi au plus haut niveau de complexité (qu'ils nomment «autonomie») (p. 52). Ces deux extrêmes se différencient (pp. 54-72): a) sur le plan des échanges symboliques et de la complexité sémantique et sémiotique du langage; b) sur le plan de la conception du temps et de l'élaboration de projets de vie; c) par rapport à la capacité de pensée et la créativité tolérée chez l'autre; d) par rapport à la créativité du couple en tant que couple, que ce soit sur le plan de l'élaboration de projets ou de nouvelles règles, et même sur le plan des relations sexuelles (autonomie-crédation, cf. tableau I).

**Changement sous influence thérapeutique.** La psychanalyse de couple que ces auteurs proposent tente de promouvoir (p. 137) «l'établissement de relations de plus grande complexité, (...) l'accès à la modification de certaines caractéristiques antérieures, (...) l'enrichissement et une plus grande complexité du moi, et en même temps la résolution du conflit» (autonomie-crédation, cf. tableau I). Ils considèrent également la fonction thérapeutique comme une fonction créatrice (pp. 174-177): «Le traitement psychanalytique de couple est un espace de signification et de synthèse des projets des trois participants.»

**Autonomisation en fin de thérapie.** Les auteurs attribuent au couple «sain» les caractéristiques suivantes: «l'échange de signifiés différents permet la

construction d'un code nouveau»; «les désaccords et les différences servent de stimulus pour la mise en marche de processus de lien où la possibilité de créer de nouvelles règles (de nouveaux modèles) surgit comme résultat de l'articulation entre ces différences»; «toutes retrouvailles (litt.: re-rencontre) est celui de deux personnes qui d'une certaine manière devront se donner à connaître»; «les projets ne restent pas localisés dans la présence d'un enfant concret (...), mais évoluent vers l'apparition de satisfactions («réussites») qui sont le résultat de la combinaison et de la fécondation mentales des participants de cette relation» (pp. 71-72); et «l'élaboration de la fin dépend aussi de la capacité de concevoir des projets individuels et un espace futur sans la présence du traitement» (p. 177).

En se référant aux correspondances présentées au tableau I, on observe que Puget et Berenstein ont clairement une conception de l'autonomie en termes de création.

## La théorie de Lemaire<sup>1</sup>

**Définition du trouble.** Lemaire écrit: «(...) c'est autour de l'effet pathogène éventuel d'une structure de couple que peut être appréhendé le problème de sa "pathologie"» (II, p. 330); en d'autres termes «(...) le fait de former couple risque-t-il d'atténuer ou d'amplifier leurs dispositions pathologiques personnelles» (II, p. 329). Ces deux phrases résument tout un chapitre où l'auteur s'intéresse au «normal ou pathologique» dans le couple. Il est particulièrement intéressant de noter que, pour Lemaire, «le lien conjugal – même conflictuel – peut avoir un effet consolidant, un effet protecteur et préventif, sinon un *effet thérapeutique direct*»: «{en rendant} le sujet plus libre dans ses autres relations; ses entraves intrapsychiques sont en quelque sorte polarisées effectivement par le partenaire» (I, p. 233). L'équilibre homéostatique de chacun des partenaires et du couple revêt ainsi, pour lui, une importance centrale.

**Changement sous influence thérapeutique.** Lemaire conçoit le changement sous influence thérapeutique comme une transformation de caractéristiques structurelles du couple améliorant ses capacités d'adaptation: favoriser une modification de l'«image» du partenaire, une amélioration de la communication au sein du couple, une meilleure compréhension de la distance plus ou moins importante qu'il y a entre le rôle joué actuellement et le rôle assigné par le partenaire (I, pp. 150-152, p. 166). Mais il insiste surtout sur des appels à la prudence: «Certaines de ces résistances {au travail d'analyse} nous ont paru utiles à l'équilibre du couple, et à ce titre, ne pas devoir être en quelque sorte "forcées", même lorsque persistaient des liens névrotiques solides entre les partenaires» (I, p. 188), et: «En provoquant des modifications profondes dans les processus inconscients sur lesquels repose l'équilibre affectif des sujets mariés, le danger est apparu

<sup>1</sup> Les citations du livre «Les thérapies du couple» seront mentionnées par «I» et celles du livre «Le couple: sa vie, sa mort» par «II».

grand de briser des liens – plus ou moins névrotiques – qui assuraient approximativement la satisfaction libidinale des conjoints l'un par l'autre et donc la survie du couple» (I, p. 183). L'auteur exprime ainsi (cf. tableau I) une conception de l'autonomie en termes de survie.

**Autonomisation en fin de thérapie.** Cette conception est à ce propos confirmée: « [...] s'organisent de nouvelles relations dont la caractéristique habituelle consiste en une beaucoup plus grande souplesse» (I, p. 173). Le couple est en ce sens redevenu fonctionnel: il est à nouveau capable de «restructurer ses liens {à chaque étape de la vie} en abandonnant son passé avec sa structure surannée» (II, p. 338).

## La théorie de Willi

**Définition du trouble.** Voici la définition qu'en a Willi: «Les partenaires se présentent comme une unité à deux pôles opposés, dont la cohésion est maintenue par le thème commun de leur désaccord» (p. 23). Il définit trois principes: (a) «pour bien fonctionner, une dyade doit se définir tant en elle-même que vis-à-vis de l'extérieur», (b) «les valeurs devraient être ressenties comme équivalentes par les partenaires et s'équilibrer», (c) «des comportements "régressifs-infantiles" et "progressifs-adultes" ne devraient pas se répartir en deux pôles opposés» (p. 25): sinon, la relation se fixera, deviendra rigide, et l'émergence de nouveau sera compromise (pp. 164-165). Même s'il estime que le trouble menace la survie du couple en tant qu'organisation fonctionnelle, il met toujours davantage l'accent sur les processus morphogénétiques que sur les processus morphostatiques: l'autonomie-émergence prime sur l'autonomie-survie.

**Changement sous influence thérapeutique.** «(...) Le trouble relationnel (...) ne se laisse modifier par une thérapie que dans la mesure où le système relationnel se restructure comme un tout (...)» (p. 224). Cette restructuration, qui consiste en une flexibilisation de l'antérieure structure rigide (p. 231), permet que cesse le jeu commun «pathologique» qui jusqu'ici empêchait l'apparition de nouveau. Willi ne met pas l'accent sur des techniques thérapeutiques spécifiques, mais sur un «regard» (p. 232) qui contextualise ces techniques (pp. 231-232). Il n'interprète pas le changement comme un «acte créateur volontaire»: c'est la restructuration qui permet à nouveau une libre dynamique, une capacité de choix et de décision, un épanouissement et, à la limite, la possibilité de création (p. 229). Le changement est décrit en termes d'accommodation, soit à des changements internes (passage d'une phase de la vie à une autre), soit à un contexte sujet à des perturbations: le contexte thérapeutique (pp. 230-231). On retrouve la définition de l'autonomie-émergence.

**Autonomisation en fin de thérapie.** On a déjà remarqué ci-dessus que dans la théorie de Willi, la nouvelle structure (en fin de thérapie) doit être telle que le couple retrouve sa capacité naturelle d'émergences. Dès lors, la souplesse et l'adaptation requises pour le passage d'une phase à l'autre de la vie conjugale sont de nouveau présentes (p. 42).

## La théorie de Greenberg et Johnson

**Définition du trouble.** Le trouble est conçu par ces auteurs comme un «cycle négatif» qui mène au renforcement des «réponses émotionnelles négatives» (p. 40). Le cycle négatif est une construction (une création) du couple qui simultanément inhibe la possibilité d'une création ultérieure: «It is this restriction of newness that produces the stability of the negative cycle» (p. 44).

**Changement sous influence thérapeutique.** Le changement est conçu comme une réorganisation de la relation de couple et la création d'une réalité partagée qui permettent la découverte de nouvelles positions, plus flexibles, de l'un par rapport à l'autre (p. 57). Les processus de changement impliqués sont: i) la reconnaissance (prise de conscience) des émotions primaires, biologiquement adaptatives; ii) la restructuration des «schémas émotionnels» qui contiennent une représentation de soi, de l'autre et de la situation; iii) la reviviscence par les partenaires, dans un état d'éveil émotionnel, des circonstances ayant entouré la formation des connaissances qui ont présidé au mode d'organisation actuel de leur couple, puis la modification intentionnelle de ces dernières (pp. 44-47 et p. 204). Un tel changement ne consiste pas seulement en l'émergence<sup>2</sup> d'une nouvelle structure: chaque partenaire doit aussi progressivement pouvoir prendre conscience des nouveaux patterns d'interaction que le couple aura créés (p. 102). Le rôle du thérapeute n'est pas seulement de créer un contexte favorisant des émergences: «Le thérapeute doit [...] assigner un sens, une signification, à certains phénomènes interactionnels et à l'expérience intrapsychique qui sous-tend les positions des individus dans l'interaction» (p. 61). Il s'agit d'un jeu créatif et créateur. Et les étudiants-thérapeutes «doivent donc apprendre à évoquer et utiliser le matériel intrapsychique pour créer de nouveaux événements relationnels et vice versa» (p. 184).

**Autonomisation en fin de thérapie.** Le couple est dès lors capable de faire preuve d'une plus grande créativité et d'adresse pour la résolution de problèmes (p. 102). Ils peuvent donner des sens nouveaux tant à leurs propres comportements qu'à ceux du partenaire. Ils peuvent utiliser leur créativité retrouvée à des fins autres que le perfectionnement du cercle vicieux que constituait auparavant leur «danse relationnelle dont ils étaient à la fois les victimes» (p. 60).

## La théorie de Caillé

**Définition du trouble.** Pour Caillé, le trouble présenté par le couple n'est pas une panne (p. 37): il se situe au niveau de l'*absolu du couple*, soit du «couple créateur d'un modèle organisant du couple», de «la représentation partagée de cette relation dans l'esprit de ses participants par laquelle se structure le sentiment d'appartenance». Cet absolu est une «création artistique», une «œuvre d'art» créée

<sup>2</sup> A un certain moment (p. 102), les auteurs parlent d'«émergence de solutions nouvelles» quand la définition qu'ils en donnent correspond à la définition que nous avons donnée d'une création. Il s'agit donc bien de ne pas se laisser aveugler par le vocabulaire utilisé, mais d'être au contraire attentifs aux significations attribuées.

par le couple (p. 41) et «dont le sens peut évoluer» (p. 45). Lorsqu'il y a trouble, l'apport réciproque de sens n'est plus reconnu et il y a «surévaluation déraisonnable de l'absolu relationnel auquel l'individu est dit devoir sacrifier son identité» (p. 49). Les partenaires, se sentent esclaves de cet absolu, inaptes à le transformer: ils ne s'en considèrent plus les créateurs.

**Changement sous influence thérapeutique.** En reprenant l'allégorie de la panne, Caillé estime que le thérapeute ne doit pas être un «réparateur», car «accepter la réparation voudrait dire travailler à tiers exclu, c'est-à-dire sans faire usage des potentiels créatifs que contiennent les absolus du couple et du thérapeute» (p. 54). Il doit donc «constamment œuvrer pour préserver l'inclusion du tiers précédemment exclu de la relation» (p. 60). Une fois ce tiers à nouveau inclus, la question qui se pose au couple est la suivante: «L'absolu du couple appartient-il inexorablement au passé?» ou «Est-il viable sous une forme nouvelle?» (p. 107). Dans ce cas, les membres du couple deviennent conscients qu'ils seront eux-mêmes les créateurs de ce nouvel absolu. Quant au thérapeute, lui aussi «évolue continuellement (...) par auto-transformation de son propre modèle» (p. 63).

**Autonomisation en fin de thérapie.** Caillé la définit comme «la capacité du couple à s'autogérer en tant que système autonome» (p. 62), ce qui signifie, dans l'optique de Caillé, se savoir créateur de son absolu. Toutes ces définitions coïncident précisément avec celles de l'autonomie-conscience d'un soi créateur de sens (cf. tableau I).

## La théorie d'Elkaïm

**Définition du trouble.** Elkaïm définit le trouble comme une «double contrainte réciproque» entre les «programmes officiels» (demandes explicites) et les «cartes du monde» (les cartes construites à partir d'expériences antérieures et à travers lesquelles les membres d'un couple perçoivent leur présent) des deux partenaires (p. 23). «Ce système (...), régi par ses propres lois, {maintient les membres du couple} dans des règles rigides et des cycles apparemment insoutenables» (p. 24). Dans ces conditions, l'émergence d'une nouvelle structure est très compromise (cf. tableau I).

**Changement sous influence thérapeutique.** Pour Elkaïm, le rôle du thérapeute est de «{créer} un contexte différent» qui permettra la modification des comportements du patient (p. 174) et donc le déverrouillage de la structure antérieure. Le changement est en grande partie une question de hasard: «Cette place laissée au hasard {...} nous conduit à intervenir dans les systèmes humains que nous tentons de "mettre hors de l'équilibre" sans pour autant décider des voies à suivre: ce sont les propriétés spécifiques et l'amplification au hasard de certaines "singularités" qui mèneront la famille vers une étape ultérieure» (p. 47). En résumé: «La psychothérapie pourrait être définie comme l'art de maintenir possibles les possibles» (p. 160). Ces réflexions correspondent assez exactement à la définition de l'autonomie-émergence (cf. tableau I). Elkaïm parle certes à certains moments de «créativité» et d'«invention», mais l'acte créatif qu'il évoque correspond à notre définition de l'émergence; à partir de l'exemple d'une chute non préméditée du

thérapeute qui permet le déblocage d'un nœud thérapeutique, il écrit: «Si cet acte créatif avait été voulu, il aurait perdu tout impact: car aucun "coup monté" (...) ne saurait prétendre à la spontanéité et à la force de l'acte créatif, dans son surgissement» (p. 163).

**Autonomisation en fin de thérapie.** Pour Elkaïm, «(...) nous ne pouvons éviter de composer avec certaines des limites que nous imposent notre condition humaine et les contextes dans lesquels nous évoluons. (...). Nous pouvons, seulement, essayer de transformer nos handicaps en atouts. Mais, pour cela, encore faut-il que les systèmes auxquels nous participons soient ouverts au changement» (p. 171). Lorsque le système est ouvert aux changements, une thérapie n'est plus (ou pas) nécessaire. Les limites dont il parle (il cite entre autres la vieillesse et la mort) correspondent, dans notre langage (tableau I), à des modifications des paramètres internes ou externes.

## La théorie de H. Bornstein et T. Bornstein<sup>3</sup>

**Définition du trouble.** Ces auteurs définissent le couple dysfonctionnel comme un couple en conflit dans lequel «un ou les deux membres reçoivent de la part de l'autre peu de conduites agréables et beaucoup de comportements désagréables». Pour eux, «l'insatisfaction matrimoniale est inévitablement liée à des déficits de la communication» qui rendent difficiles la résolution des conflits (pp. 42-43). On peut résumer leur définition du trouble en disant qu'au sein du couple dysfonctionnel, les fonctions transitives de communication et de résolution des conflits sont perturbées (autonomie-contrôle, cf. tableau I).

**Changement sous influence thérapeutique.** Bornstein et Bornstein comprennent le changement sous influence thérapeutique essentiellement comme un «échange de comportements». Ces termes se rapportent aux processus qui contribuent au développement, chez chacun des partenaires, de comportements qui ont un impact positif sur le conjoint (p. 57). La thérapie est conçue d'abord comme un *entraînement* visant à l'accroissement du contrôle du couple vis-à-vis des fonctions transitives perturbées: «entraînement à mieux communiquer» et «entraînement à la résolution de problèmes» (autonomie-contrôle, cf. tableau I). Quant au succès de la stratégie thérapeutique, il dépend d'abord de la capacité des thérapeutes à «contrôler» le processus thérapeutique (p. 48).

**Autonomisation en fin de thérapie.** Progressivement, à mesure que s'améliore la communication au sein du couple et que croît leur habileté à résoudre les conflits, les thérapeutes accordent une plus grande responsabilité au couple lui-même et leurs interventions se font moins fréquentes (p. 155). Une telle autonomisation signifie que les membres du couple sont désormais capables de *s'auto-contrôler*, c'est-à-dire d'utiliser dans leur vie quotidienne les techniques apprises au cours de la thérapie (p. 156). On observe ainsi que Bornstein et Bornstein attribuent à l'autonomie la qualité de *contrôle* (cf. tableau I).

<sup>3</sup> Les références des pages correspondent à l'édition espagnole du livre. Les traductions sont de moi.

## La théorie de Gottmann

Gottmann est avant tout un chercheur. Les recherches qu'il entreprit eurent comme objectif la description systématique des différences entre «distressed» et «non-distressed couples» quant à leur manière de résoudre les conflits et de percevoir les messages qu'ils échangent (p. xi). A partir de ces recherches, il écrit *A Couple's Guide to Communication*, livre dont l'objectif est plus préventif que thérapeutique. Néanmoins, il nous a paru intéressant de l'insérer dans cette recherche.

**Définition du trouble.** Le trouble est d'abord défini comme ce qui différencie un «distressed couple» d'un «non-distressed couple», soit comme un «symptôme» qui peut être mesuré en termes de satisfaction conjugale. Selon lui, le couple satisfait se distingue de celui qui ne l'est pas par une somme plus grande de comportements jugés positifs par le conjoint. Il s'agit donc d'une différence quantitative. Le trouble s'apparente alors à un «solde négatif».

**Changement sous influence thérapeutique.** Le changement, qu'il soit la conséquence d'une intervention préventive ou thérapeutique, est conçu comme la résultante d'un *enseignement de compétences*: apprendre à donner une quittance aux sentiments exprimés par le conjoint, à réduire l'attribution au conjoint de pensées, sentiments ou comportements que ce dernier n'a pas clairement exprimés, à «éditer» les scripts d'autres couples, à ne pas se laisser entraîner dans une escalade symétrique et à améliorer son auto-contrôle. Il s'agit pour lui d'enseigner des techniques favorisant l'accroissement du contrôle du couple par rapport aux fonctions transitives perturbées, soit la définition que nous avons données de l'autonomie-contrôle (cf. tableau I).

**Autonomisation en fin de thérapie.** Pour Gottmann, la métaphore de l'autonomisation en fin de thérapie, c'est celle du bon conducteur qui a suffisamment appris pour être capable de se débrouiller seul au volant sur n'importe quelle route. Le *contrôle vis-à-vis* des fonctions enseignées est désormais suffisant.

## Classification des théories selon leur conception de l'autonomie

Le tableau II permet de visualiser les résultats de cette recherche:

Tableau II.

Autonomie-survie	Autonomie-contrôle	Autonomie-émergence	Autonomie-création	Conscience d'un soi créateur de sens
- Lemaire	- Bornstein et Bornstein - Gottmann	- Willi - Elkaïm	- Puget et Berenstein - Greenberg et Johnson	- Caillé

Nous pouvons ainsi remarquer qu'une distinction selon la qualité attribuée par l'auteur au concept d'autonomie nous amène à proposer une classification des

théories différente des classifications habituelles. La seule similitude entre ces deux classifications concerne l'appartenance, dans les deux cas, des théories de Gottmann et de Bornstein et Bornstein à la même catégorie. On peut se demander si le conductivisme ne se fonde pas, de manière générale, sur une conception de l'autonomie en tant que contrôle, mais le nombre de théories étudiées est ici trop restreint pour pouvoir le vérifier.

Le fait qu'il fut possible d'aisément identifier *une* qualité dominante pour chacune des théories étudiées revêt à nos yeux plus d'intérêt encore. Certes, cette qualité dominante n'est jamais exclusive, mais elle contextualise *toujours* les autres qualités éventuellement décelables au sein d'une théorie. Pour prendre un exemple, on observe chez Greenberg et Johnson des traces d'autonomie-survie, d'autonomie-contrôle et d'autonomie-émergence, mais ces autres qualités se trouvent *au service* de l'autonomie-création. Ces auteurs signalent, par exemple, que le changement au sein du couple peut être facilité par l'amplification de fluctuations momentanées (*autonomie-émergence*), telle une soudaine et brève expression de tristesse usuellement annulée dans le contexte d'un *cycle négatif* (p. 44), mais pour eux cela ne suffit pas: il faut encore que les membres du couple reconnaissent ces fluctuations et le potentiel de changement qu'elles recèlent, puis qu'ils créent une nouvelle représentation de soi, de l'autre et de la situation (*autonomie-création*). Le contrôle vis-à-vis de compétences acquises aidera aussi les partenaires, selon ces auteurs, à ne pas s'embourber dans un nouveau cycle négatif, mais pour que cela ait un sens, il faut que ces compétences aient préalablement été *créées*.

## Discussion: Perception, connaissance et valeurs

Il est nécessaire d'écarter deux objections auxquelles certains lecteurs auront probablement penser:

- 1) «Lorsque je regarde un enregistrement vidéo de tel auteur dont vous parlez, je vois un acte créateur là où vous ne retenez que le contrôle ou l'émergence». Une telle critique résulterait d'une confusion entre la conception de l'auteur-thérapeute (observé) et celle de l'observateur de l'enregistrement qui voit une création dans un acte que l'auteur lui-même interprète en termes de contrôle ou d'émergence.
- 2) «Selon ma propre expérience, ces diverses qualités de l'autonomie coexistent. La preuve? A certains moments, *en fonction de la situation*, je privilégie alternativement chez mes clients ce que vous appelez "survie", "contrôle", "émergence", "création" et "conscience d'un soi créateur de sens".» Il est en fait essentiel de distinguer *les qualités de l'autonomie dominantes dans la conception d'un auteur ou d'un thérapeute* et les correspondances pouvant exister entre ces définitions de l'autonomie et des objectifs spécifiques d'un thérapeute dans une situation particulière, par exemple la survie des partenaires dans un moment de crise aiguë chargée d'un immense potentiel destructeur (violence physique entre autres). Ces correspondances appartiennent aux

domaines de la perception et de la connaissance, ou du moins en dérivent: un objectif spécifique résulte de la carte que ce thérapeute a construit de la situation observée. Par contre, les *qualités de l'autonomie se rapportent à ce qui fonde cette construction*: la conception que l'observateur a de lui-même, soit en dernier ressort les valeurs qui l'habitent et guident ses facultés perceptives et épistémophiles. Ces valeurs fondent les *significations* qu'il attribue à soi, à l'autre et à la situation observée. Elles résultent d'un *choix*, à bien des égards exclusif, lié à des affects. Citons Edelman (6) dont l'oeuvre est consacrée à l'étude des bases biologiques de la conscience: «*La signification prend forme à partir de concepts qui dépendent de catégorisations fondées sur des valeurs. Mais il ne faut pas oublier que, en raison des liens qu'il entretient avec les valeurs et le concept de moi, ce système de significations n'est presque jamais indépendant des affects*» (p. 224). Ces valeurs ne s'assemblent pas de la même manière que les voies menant à la compréhension d'un *objet de connaissance*: tout épistémologue adepte des théories de la complexité s'est lui-même «choisi» des valeurs liées à la signification de lui-même qu'il s'est construites. Il en est de même pour tout thérapeute ou théoricien partisan d'une *théorie éclectique* ou d'une *intégration* entre différents modèles théoriques. La classification habituelle des théories en psychothérapie semble donc masquer des distinctions plus irréductibles (probablement inconciliables avec toute tentative d'intégration), car touchant aux *fondements* mêmes du regard qu'ont leurs auteurs sur le monde, et donc sur la thérapie. Finalement, il va sans dire que ma propre conception est elle-même fondée sur des valeurs et qu'en conséquence j'ai des préférences, probablement manifestes dans cet article, vis-à-vis de certaines des qualités de l'autonomie que j'ai nommées. Mais quel rôle ces valeurs jouent-elles dans la pratique?

### A propos de «l'alliance thérapeutique»

«L'alliance thérapeutique» est généralement considérée comme un universal (dénominateur commun entre toutes les théories). Nous nous permettons de questionner cette affirmation, car il est, selon notre perspective, impossible de faire abstraction de la «Weltanschauung» du thérapeute. Ainsi, si l'on reprend la formulation de von Foerster (25) selon lequel l'éthique, c'est l'accroissement des possibilités de choix de l'autre, et qu'on tente d'appliquer, à l'instar de Sluzki (23), ce précepte à la thérapie, on ne peut qu'en conclure que les possibilités de choix offertes au client sont contextualisées, et limitées, par les possibilités de choix que le thérapeute considère comme telles. On peut citer à ce propos Duss-von Werdt (5): «{Le thérapeute} organise sa personne selon son orientation théorique et pratique et attend que son client s'adapte aux conditions incluses dans celle-ci.» En d'autres termes, la conception qu'a le thérapeute de l'autonomie contribuera à définir sa capacité de distinguer ce qui chez le client constitue un nouveau choix, un témoin de son autonomie. Et l'alliance thérapeutique se joue aussi à ce niveau: jusqu'à quel point thérapeute et clients sont-ils d'accord quant à la qualité qu'ils attribuent aux concepts d'autonomie et de santé.

### A propos de la recherche en psychothérapie

Toute recherche, que ce soit au niveau de son thème, de ses hypothèses ou de sa méthodologie, se fonde aussi sur une conception de l'autonomie. Elle est en ce sens autoréférentielle: dans les termes de Varela (26) et Maturana (20), elle produit les opérations qui la produisent. Une recherche ne permettra donc jamais de découvrir quelque chose qui échapperait aux fondements sur lesquels cette recherche s'est construite. En d'autres termes, toute recherche ne pourra que confirmer la conception que ses auteurs ont de l'autonomie. La problématique de la relation observateur-observé, et de l'influence de l'observateur sur l'objet de ses recherches, prend dès lors une nouvelle teinte. Ceci, bien évidemment, nous concerne également. Ainsi probablement que tout chercheur travaillant dans le domaine de ce que l'on a coutume de nommer les «sciences dures»: «(...) il n'est pas difficile de se convaincre que les sciences n'ont jamais pu se passer d'une métaphysique «influente»» (G. Israël, p. 253 (13)).

### Conclusion: d'une conception du problème à une conception de la santé

La grande majorité des modèles en psychothérapie, y compris ceux dérivés de l'approche systémique s'articulent autour d'une définition du problème. Ce qui fait dire à Kaslow, dans son analyse comparative des théories en thérapie de couple et thérapie de famille (15): «The notions of *problem*<sup>4</sup> and *solution* have unique meanings within each particular school.» Goolishian, cité par Hoffmann (12), a raison lorsqu'il affirme que la tendance à diviser les thérapies en traitements individuels, de couple ou de famille, soit à utiliser un cadre théorique basé sur des unités sociales, constitue un piège, car le fait de s'intéresser à une organisation implique implicitement qu'elle peut être dysfonctionnelle, qu'elle est donc porteuse de pathologie et qu'elle peut être soignée. Même lorsque l'on passe «d'une conception algorithmique à une conception heuristique de la thérapie» (4), centrée non plus sur l'identification du problème, mais sur un modèle de résolution du problème, on reste fixé sur le problème, ou plutôt, *par* le problème. Même lorsque s'appuyant sur la nouvelle épistémologie née de la seconde cybernétique, on inverse la proposition «le système crée le problème» en affirmant que «le problème crée le système» (12), on se concentre sur une dialectique du problème et non sur une dialectique de la santé: on oublie que les significations qu'un individu et une société se donnent d'eux-mêmes sont «écrites» en termes de santé et non en termes de *problèmes* ou, pour reprendre les mots de Duss-von Werdt, que «chaque théorie clinique définit ou, mieux encore, *interprète* l'homme à sa façon» (5).

Le mérite du *constructivisme*, c'est, pour reprendre les mots de Maturana (19), d'avoir mis «l'objectivité entre parenthèses». En nous montrant que le problème n'était pas une caractéristique objectivable du système observé, mais une distinc-

<sup>4</sup> Souligné par l'auteur.

tion portée par l'observateur, il nous a amené à ranger dans un tiroir («mettre entre parenthèses») notre métacarte centrée sur le problème. Cependant, «{avec} la panne des visions intégratives et leur remplacement par d'innombrables micro-narrations mutuellement interchangeables, le sentiment d'être tenus ensemble, en connexion avec les autres, ainsi qu'avec leurs propres passé et futur, disparaît (...); alors chacun de nous se retrouve sans racine et le sens disparaît» (Frosh (8)). Cette caractérisation du *post-modernisme* s'applique, par exemple, aux *théories du chaos*: «la science "post-moderne" offre l'image d'une expansion exponentielle, polycentrique et sans règles (véritable exemple de sensibilité aux conditions initiales...), alors qu'il serait nécessaire d'établir des nouveaux centres et des nouvelles règles» (Israël – 13 –). Une nouvelle méta-carte, à notre avis, reste donc à créer. Si l'on part de la position du constructivisme, cela signifie s'intéresser aux «points-fixes» à partir desquels l'observateur procède et opère des distinctions. Ces «points-fixes», dans notre perspective, ce sont des valeurs, et ces valeurs se rapportent à la définition que l'observateur a de sa propre l'autonomie, soit à une conception de la santé. Georges Canguilhem, dans sa thèse de 1943 sur «le normal et le pathologique» (3b), remarquait que «*valere* qui a donné valeur signifie en latin se bien porter». Et il ajoutait: «La santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales» (p. 134).

La nouvelle méta-carte devrait donc être une métacarte de santé. Elle devrait être sémantique et s'intéresser au sens plutôt qu'aux normes et aux codes. Selon elle, le changement ne serait plus défini en termes de problèmes à résoudre, ni même simplement en termes de distinctions, mais en termes de ressources (imprévisibles) à développer. Il s'agirait de (re)devenir *sujets* du monde et dans le monde. Une telle tâche ne saurait être l'apanage du microcosme des universitaires occidentaux. Notre coup de pinceau est probablement trop prisonnier des schémas que nous avons appris. Peut-être serait-il temps de nous montrer plus attentifs aux paroles des auteurs issus de ce que l'on a coutume de nommer le «Tiers-Monde». Un d'entre eux, Martin-Baró<sup>5</sup>, écrit: «{Il s'agit} de prendre conscience des présupposés idéologiques qui conditionnent la perception même que l'on a des faits, et donc aussi nos idées, nos attitudes et nos comportements. (...) Cela signifie dépasser toute forme de réductionnisme dans l'interprétation de la réalité.» Puis: «La santé mentale, ce n'est pas le fonctionnement satisfaisant d'un individu; c'est un caractère fondamental des relations humaines qui définit les possibilités d'humanisation qui s'ouvrent pour chaque groupe et chaque société» (18).

J.-C. Métraux  
Association «Appartenances»  
Place Chauderon 3  
Case postale 34  
1000 Lausanne – Chauderon 9

<sup>5</sup> Psychologue, jésuite et vice-recteur de l'Université Centro-Américaine de San Salvador, mort assassiné en 1989 par des membres de l'armée salvadorienne, en même temps que le recteur et trois autres professeurs jésuites.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Beitman B.D., Goldfried M.R. and Norcross J.C. (1989): «The movement toward integrating the psychotherapies. An overview», *American Journal of Psychiatry*, 146, 2, pp. 138-147.
2. Borstein P.H. and Bornstein M.T. (1988): *Marital Therapy*, Pergamon Press. Traduction espagnole: *Terapia de pareja, Enfoque conductual-sistémico*, Ediciones Piramide, Madrid.
3. Caillé P. (1991): *Un et un font trois. Le couple révélé à lui-même*, ESF, Paris.
- 3b. Canguilhem G. (1966): *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.
4. Caspar F. et Grawe K. (1991): *Loin du monisme des méthodes en psychothérapie*, Berne, Psychologisches Institut der Universität Bern.
5. Duss-VonWerdt J. (1992): *Jalons pour une théorie des théories cliniques. Quelques fragments*. Conférence réalisée à Louvain-la-Neuve le 24 avril 1992.
6. Edelman G. M. (1992): *Biologie de la conscience*, Ed. Odile Jacob, Paris.
7. Elkaïm M. (1989): *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*, Seuil, Paris.
8. Frosh S. (1991): «The semantics of therapeutics change», *Journal of Family Therapy*, 13, pp. 171-186.
9. Goldfried M.R. (1980): «Toward the delineation of therapeutic change principles», *American Journal of Psychology*, 35, pp. 990-999.
10. Gottmann J. (1976): *A couple's Guide to Communication*, Research Press, Champaign (Illinois).
11. Greenberg L.S. and Johnson S.M. (1988): *Emotionally Focused Therapy for Couples*, New York, The Guilford Press.
12. Hoffman L. (1985): «Beyond power and control: toward a "second order" family systems therapy», *Family Systems Medicine*, 3, 4, pp. 381-396.
13. Israël G. (1992): *L'histoire du principe du déterminisme et ses rencontres avec les mathématiques*, In: «Chaos et déterminisme», Dahan Dalmedico A., Chabert J.-L., Chemla K., Seuil, Paris, pp. 249-273.
14. Karasu T. (1986): «The specificity versus non-specificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents», *American Journal of Psychiatry*, 143, 6, pp. 687-695.
15. Kaslow F.W. (1987): *Marital and Family Therapy*, In: «Handbook of marriage and the family», eds: Sussmann M.B. and Steinmetz S.K.. Plenum Press, New York, pp. 835-859.
16. Lemaire J.G. (1971): *Les thérapies du couple*, Payot, Paris.
17. Lemaire J.G. (1979): *Le couple, sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*, Payot, Paris.
18. Martin-Baró I. (1990): *Psicología social de la guerra*, UCA Editores, San Salvador.
19. Maturana H. (1989): «La biologie du changement» (1<sup>re</sup> partie), *Cahiers critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, n° 9, pp. 61-78.
20. Maturana H. (1990): «Biologie du phénomène social», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de réseaux*, Bruxelles, 12, pp. 111-124.
21. Métraux J.C.: *Qualités de l'autonomie et théories en psychothérapie*.
22. Puget J., Berenstein (1988): *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*, Paidós, Buenos Aires.
23. Sluzki C. (1983): «Process, structure and world views: toward an integrated view of systemic models in family therapy», *Family Process*, 22, pp. 469-476.
24. Stiles W.B., Shapiro D.A. and Elliott R. (1986): «Are all psychotherapies equivalent?», *American Journal of Psychology*, 41, pp. 165-180.
25. von Foerster H. (1991): *Las semillas de la cibernética Obras escogidas*, Gedisa, Barcelone.
26. Varela F. (1989): *Autonomie et connaissance*, Seuil, Paris.
27. Willi J. (1982): *La relation de couple*, Delachaux et Niestlé.