

LE THERAPEUTE SYSTEMICIEN : TUTEUR DE RESILIENCE ?

Mémoire de fin de formation à l'intervention systémique et à la
thérapie familiale



Lydia DHELLIN

Sous la direction de Jean-Pierre PIQUEMAL
IPEC – Groupe 4 - 2016

1 Table des matières

2	Remerciements.....	3
	Rapport de stage	
3	Introduction.....	5
4.	Présentation du Centre de Thérapie de l'hôpital Montperrin	5
4.1.	Présentation de la structure.....	5
4.2.	Historique	5
5	Fonctionnement du centre de thérapie familiale	6
5.1	Description du fonctionnement général	6
5.2	Déroulement d'une séance de thérapie.....	6
6	Référentiels théoriques	7
7	Expériences et ressentis personnels.....	8
7.1	Observation derrière le miroir sans tain	8
7.2	Devant le miroir sans tain.....	9
7.3	Séances d'études cliniques trimestrielles.....	10
8	Conclusion	11

Mémoire

9	Introduction.....	13
10	Le système thérapeutique.....	14
10.1	Définition du système thérapeutique	14
10.2	Définition du thérapeute systémicien.....	15
10.3	Les outils du thérapeute systémicien.....	15
10.3.1	Sa formation et son savoir-être.....	15
10.3.2	La relation thérapeutique.....	17
10.4	Mise en place du travail du système thérapeute vers le système patient.....	20
10.4.1	Définitions des ressources et compétences.....	20
10.4.2	Comment le thérapeute met le patient en situation de compétence ?	20
11	La résilience	23
11.1	Approche du concept de résilience	23
11.1.1	Qu'est-ce que la résilience ?.....	23
11.1.2	Le concept de résilience au travers des facteurs de risque.....	25
11.1.3	Le concept de résilience au travers des facteurs de protection.....	26
11.1.4	La résilience est-elle un résultat ou un processus ?	28

11.2	La résilience dans le cadre du modèle psychodynamique	28
11.2.1	Résilience et traumatisme	28
11.2.2	Résilience et mécanismes de défense	30
11.2.3	Analyse du fonctionnement psychique de la résilience	30
11.3	La mise en place durable de la résilience :	30
11.3.1	Le rôle de la mentalisation dans l'élaboration du trauma	30
11.3.2	Le rôle des objets médiateurs dans l'élaboration du trauma :	31
12	Les tuteurs de résilience	32
12.1	Qui sont-ils ?	32
12.2	Quelles sont leurs caractéristiques ?	33
12.2.1	Tisser des liens	33
12.2.2	Fournir des repères	35
13	Hypothèse	36
14	Méthodologie de la recherche	36
14.1	Choix de la méthodologie de la recherche	36
14.2	Description de la population	36
14.3	Les critères du questionnaire	37
14.4	Hypothèses de travail et analyse des résultats par questions	37
14.4.1	Le questionnaire	37
14.4.2	Étude de la 10e question en lien avec les caractéristiques d'un tuteur de résilience	43
14.4.3	Discussion	45
15	Limites	47
16	Conclusion	48
17	Bibliographie	49

2 Remerciements

Je souhaite remercier tout d'abord mon référent de stage, psychiatre et thérapeute familial, formateur et président du centre de formation de l'IPEC, Jean-François Ampelas pour son écoute, sa confiance, sa créativité, pour m'avoir permis d'effectuer à ses côtés un travail en cothérapie.

Merci à Marion Pitermann, psychologue, thérapeute familiale et de couple, pour sa disponibilité, sa générosité ; j'ai beaucoup appris en l'observant.

Merci à toute l'équipe de la thérapie familiale sans qui ce stage n'aurait pas été possible, pour nos réflexions au sujet des patients, pour le partage de nos ressentis et la mise en lien avec les théories.

Merci à Jean-Pierre Piquemal, formateur, directeur-adjoint à l'équipe pédagogique de formation et tuteur enseignant pour mon mémoire, pour son soutien, sa disponibilité, sa patience tout au long de cet écrit.

Merci à l'ensemble des formateurs de l'IPEC qui m'ont transmis avec passion, leurs connaissances et leurs compétences au courant de ces années. J'ai également apprécié leur savoir-être et leur authenticité.

Merci à l'ensemble du groupe, qui chaque année s'est vu modifié par le départ des uns et l'arrivée des autres tout en conservant le partage respectueux de nos expériences et de nos émotions.

Merci à Laurent (mon conjoint) pour son soutien et son aide depuis le début de cette formation, encourageant toujours mes choix et mes projets.

Merci à Laetitia mon amie, qui tel le fil d'Ariane est restée connectée à mes pensées et m'a aidée à évoluer davantage.

RAPPORT DE STAGE

Au

Centre de thérapie familiale de Montperrin

Lydia DHELLIN

**Sous la direction de Jean-Pierre PIQUEMAL
IPEC – Groupe 4 - 2016**

3 Introduction

Je choisis délibérément de séparer mon rapport de stage de mon mémoire. Réaliser cette expérience au Centre de Thérapie Familiale de Montperrin fut une belle opportunité d'apprentissage. Je vais tenter de décrire au mieux cette expérimentation afin de vous rendre compte de mon intérêt et de mon implication sur ce lieu de stage en qualité d'apprenante.

Je commencerai par présenter la structure en passant par l'origine de sa création; puis j'aborderai son fonctionnement général et spécifique au déroulement d'une séance de thérapie. Je poursuivrai en expliquant le déroulé d'une observation derrière le miroir sans tain, puis devant le miroir sans tain tout en exprimant mes ressentis personnels.

4. Présentation du Centre de Thérapie Familiale de l'hôpital Montperrin

4.1. Présentation de la structure

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) Montperrin est un établissement public de santé spécialisée, en charge du service public, situé à Aix-en-Provence et dont la construction date de 1864.

Sa mission consiste à prévenir, diagnostiquer, traiter, et effectuer le suivi thérapeutique de personnes souffrant de troubles psychiques.

Le CHS participe à la mise en œuvre d'actions de santé publique au sein de six pôles de psychiatrie adulte générale et trois pôles de psychiatrie infanto - juvénile et un pôle transversal comprenant urgence, psychiatrie de liaison, soit des personnes souffrant d'addiction, et des services de soins psychiatriques aux détenus (S. P. A. D).

Des thérapies familiales et de couple d'inspiration psychanalytique ou systémique, sont dispensées au centre de thérapie familiale (CTF) qui constitue une unité fonctionnelle de thérapie familiale. Ce centre est hébergé dans un des locaux au cœur du CHS.

4.2 Historique

Le centre de thérapie familiale est créé en 1993 au sein du CHS de Montperrin. Sa création intervient au moment où l'établissement souhaite s'ouvrir davantage sur la ville.

Le projet de création est porté par une équipe pluridisciplinaire composée de représentants des principaux métiers de la filière : médecin psychiatre, infirmier, surveillant, assistante sociale...

Le constat des difficultés d'accueil et de prise en charge de famille au sein du CHS est à l'origine de sa création :

- absence de réelle prise en charge des familles pendant et après les phases d'hospitalisation;
- le constat d'une prise en charge sans réelle formation, ni supervision est donc un des premiers éléments de réflexion.

Dans le même temps, ces soignants percevaient que la famille jouait un rôle majeur. En effet, elle pouvait être à l'origine d'un dysfonctionnement sévère, d'une pathologie mentale, d'où l'importance de travailler avec elle. L'équipe soignante perçoit la nécessité de faire le lien entre les familles et le patient, ce moyen est la thérapie familiale.

Les intervenants, et en particulier les infirmiers souffrent d'être vécus comme des séquestreurs, persécuteurs par le patient et ou la famille. Ils demandent une formation

adéquate aux entretiens collectifs familiaux et aux thérapies familiales systémiques. Ce besoin de formation identifié en premier lieu par le personnel infirmier va finalement être repris par les médecins, psychologues, assistants sociaux, et surveillant.

En 1991, ces intervenants tous issus du même secteur (secteur 16) entament une formation de deux ans qui va déboucher en 1993 sur la création du centre de thérapie familiale.

Trois ans plus tard, les infirmiers ont cessé l'exercice de cette thérapie pour laisser les places vacantes à un psychiatre et un psychologue.

Actuellement, les couples ou les familles proviennent de nombreuses villes alentours. 75 % sont des demandes de couple, 10 % sont des demandes de consultation familiale, 5 % sont des demandes d'ordre psychiatrique.

Par ailleurs, la thérapie familiale est un service public, prise en charge par le centre hospitalier de Montperrin, permettant à une population défavorisée d'avoir accès à cette thérapie, qui ailleurs serait trop onéreuse ou impossible à réaliser.

Le CTS a également développé une antenne de formation pour les demandes de stages et formations, et aussi pour une demande d'intervention dans des équipes en formation. Les patients selon la demande peuvent être envoyés par un thérapeute, psychiatre, le CMP. La demande de consultation succède assez souvent une première demande de consultation thérapeutique.

5 Fonctionnement du centre de thérapie familiale

5.1 Description du fonctionnement général

Les consultations de thérapie familiale systémique se déroulent tous les mardis (journée) et les vendredis matin.

Au moment du déroulement de mon stage, l'équipe systémique est constituée de deux psychiatres et d'une psychologue : Docteur Jean-François Ampelas, psychiatre, thérapeute familial et formateur systémicien travaille au centre de thérapie familiale depuis 2003.

Il est le responsable du CTF et représente le membre permanent présent le jour et demi de fonctionnement hebdomadaire. Son expérience et ses qualités communicationnelles constituent des atouts clés pour un apprenant, ainsi que pour les patients en situation de consulter. Une psychologue clinicienne et thérapeute familiale systémique, intervient la journée du mardi comme vacataire depuis 2008. Une troisième intervenante est psychiatre et thérapeute familiale systémique. Contractuelle, elle intervient uniquement le mardi après-midi. Le centre accueille en permanence deux à trois stagiaires qui participent aux dispositifs de soins derrière la glace sans tain et parfois en consultation directe avec les patients.

Le centre de thérapie familiale est équipé d'une glace sans tain et d'un système vidéo permettant de filmer les séances. Une autorisation est demandée aux couples et familles pour filmer les séances et les utiliser dans le cadre d'un travail de supervision ou de formation.

Le dispositif thérapeutique est, en général, constitué de deux thérapeutes en présence du couple ou de la famille et d'un ou plusieurs cothérapeutes, dont les stagiaires, derrière la glace sans tain.

5.2 Déroulement d'une séance de thérapie

Le centre dispose d'une petite salle d'attente où le (la) stagiaire va accueillir les visiteurs dès leur arrivée. C'est ensuite le (la) thérapeute principale qui viendra les chercher pour rejoindre le cas échéant le (la) Co thérapeute, et initier la séance. Des visiteurs sont alors invités à

traverser un petit couloir pour pénétrer dans la grande salle de consultation. En plus de mobilier confortable disposé en salon, la pièce est équipée d'un « paper bord », de jouets d'enfants, et du matériel spécifique incluant glace sans tain, micro et caméra. Les stagiaires et ou autres thérapeutes sont installés en observation derrière la glace sans tain. Les séances d'une durée d'une heure sont interrompues après 35 à 40 minutes passées avec le couple ou la famille. L'équipe thérapeutique au complet se réunit alors pendant une dizaine de minutes pour commenter la séance et déterminer le retour qui sera fait au patient. La séance est ensuite clôturée par la prise d'un nouveau rendez-vous ou pas. La visée du dernier laps de temps est de livrer au patient cette synthèse et les éventuels consignes correspondantes. Des remarques de cette dernière partie ne sont pas destinées à faire l'objet d'échanges. Elles participeront au processus de travail thérapeutique pour les patients, qui laisseront murer tout ce qui s'est joué en séance dans l'ici et maintenant jusqu'à la prochaine rencontre.

Au terme de la séance, les patients sortiront par une porte différente de celle où ils sont entrés. Ce dispositif spatial est garant de confidentialité : il permet aux couples et familles de ne pas se croiser.

La façon dont les personnes investissent l'espace lors des entretiens, est un élément clinique qui peut se révéler signifiant. Il est en effet souvent question de place au sein des générations et des systèmes familiaux dans les problématiques évoquées.

Il peut y avoir une analogie entre ce qui se joue en séance et ce qui se joue au sein de la cellule familiale ; le thérapeute peut l'utiliser pour faire exprimer chacun des membres sur ce qui a été observé, ressenti. De plus, au moins une chaise est toujours disposée en plus du nombre de participants, afin que puisse figurer imaginativement le tiers absent : personne non présente mais dont l'influence impact les interactions du système familial et thérapeutique.

Au centre de thérapie familiale de Montperrin, chaque thérapie correspond en moyenne à une dizaine de séances. Cependant, il peut y avoir un dépassement du nombre pour répondre aux besoins de certaines familles. Le nombre de séances est annoncé au patient lors de la présentation du cadre. Le principe étant que les familles possèdent des compétences leur permettant dans l'intervalle des séances, de trouver une résolution des problèmes pour lesquels elles viennent consulter. Cette projection d'emblée dans une fin de thérapie annoncée, oblige les patients à mobiliser des stratégies et à "se mettre au travail". La question de la fin de la thérapie, de la séparation est fréquemment débattue en séance, de même que l'évaluation de l'efficacité du dispositif.

6 Référentiels théoriques

Il n'existe pas de protocole spécifique d'intervention. Les techniques utilisées sont celles qui sont reconnues dans le monde de la systémie dont les plus couramment utilisés sont le génogramme, les objets flottants tels que les « sculptures vivantes », les prescriptions paradoxales, l'approche centrée solutions, la « voix off ». Les notions de tiers absent ou pesant d'Edith Goldbeter et les résonances de Mony Elkaim font partie du cadre théorique auquel se réfèrent l'ensemble des thérapeutes du centre de thérapie familiale de Montperrin.

7 Expériences et ressentis personnels

Mon stage au sein du centre de thérapie familiale a duré six mois. Il s'est déroulé au sein de l'équipe de thérapeutes systémiques. Mes expériences se sont situées à trois niveaux :

- observation et participation au dispositif thérapeutique derrière et devant la glace sans tain.
- cothérapie avec Jean-François Ampelas auprès d'une famille réduite ensuite en couple.
- Participation aux séances d'études cliniques (Intervision une fois par trimestre).

7.1 Observation derrière le miroir sans tain

Après avoir préparé le dispositif d'enregistrement et sa mise en route, les stagiaires et ou thérapeutes présents prennent note de ce que chacun observe. Nous sommes devant le miroir tel un écran offrant une pièce de théâtre. Notre rôle est de noter nos observations, nos ressentis et formuler des hypothèses qui seront adressées en fin de séance aux familles. Le travail de réflexion s'élabore en transversalité. Chacun son tour va exprimer à l'ensemble du groupe thérapeutique, sa lecture subjective des séances, à formuler des hypothèses sur le système d'interactions en présence. Ce travail collectif s'appuie sur les compétences de toutes les personnes impliquées aux places de coacteurs du dispositif, avec pour finalité de mobiliser les ressources et compétences du système couple ou famille.

Cette expérience fut pour moi très féconde. J'ai apprécié au contact de cette équipe une qualité d'accueil, ainsi qu'une disponibilité à l'écoute et à l'échange d'idées représentatives des valeurs professionnelles avec lesquelles s'articule la pratique dans l'accompagnement thérapeutique des couples et des familles en consultation.

Les observations et commentaires lors de l'interruption de séance prouvent qu'il y a autant de ressentis, de visions, d'hypothèses différentes qu'il y a de personnes qui les expriment. Cet accès au champ des possibles optimise les chances d'accompagner au mieux les couples ou les familles.

J'ai apprécié l'ouverture des thérapeutes à l'ensemble des points de vue exprimés : apprenants et thérapeutes sont écoutés au même niveau, chaque réflexion ou interrogation est prise en compte. Il ne m'a pas été toujours aisée de sonder mes émotions au regard de ce que je pouvais observer, et encore moins de parvenir à répondre systématiquement à sa fonction (à quoi ça sert que je ressente telle émotion ?). J'ai donc été vigilante à écouter les résonances des autres apprenants et thérapeutes, et la manière dont chacun interrogeait sa fonction et émettait les hypothèses qui pouvaient en découler.

De ces multiples échanges autour de ce qui se passait dans le système thérapeutique en séance, faisait émerger des approches théoriques (structurale, contextuelle, stratégique, expérientielle...), Ce qui pour un apprenant, voire pour moi, est une grande richesse d'associer une situation concrète à une ou plusieurs théories, il s'agit là un des meilleurs apprentissages qui soit.

De plus, ce travail collectif où chacun apporte un point de vue différent conduit le thérapeute à relativiser son savoir et à cultiver une certaine humilité. Le thérapeute n'est pas un expert du diagnostic, ni de la solution. Son rôle est d'accompagner le ou les patients dans une réflexion et une relation qui va les amener à avoir une autre lecture des événements, de même construire avec ce(s) patients d'autres possibles. C'est le patient qui choisira ce qui lui conviendra le mieux car il est également expert de lui-même.

L'élaboration du commentaire pour les familles :

Les hypothèses thérapeutiques sont élaborées sur la base des théories de la systémie. L'équipe échange pendant l'interruption de séance sur ses perceptions de la dynamique du système. Des thérapeutes s'attachent à analyser et restituer les interactions familiales tout en restant dans un cadre circulaire afin de ne pas cibler les personnes spécifiques (exemple le patient désigné). C'est une façon de rendre responsable chaque membre du couple ou de la famille, de ce qui se joue en séance.

Suite à la construction d'hypothèses validées par les thérapeutes et apprenants, le commentaire reste à être élaboré pour ensuite être livré à la famille. L'objectif du commentaire est de faire prendre conscience de mode de fonctionnement qui pourrait être à l'origine des difficultés de la famille, et ce, d'une manière qui permet à la famille d'envisager un changement. Plusieurs formes de commentaires sont proposées selon les situations :

- soit seules les hypothèses peuvent être livrées à la famille considérant que cela puisse suffire à enclencher une dynamique de changement.
- Soit accompagner les hypothèses d'une proposition de tâche de type prescription paradoxale à réaliser chez soi.
- Soit uniquement accuser réception de ce qui s'est déroulé pendant la séance sans faire de commentaire complémentaire.

Le thérapeute doit veiller à ce que les commentaires restitués à la famille soient dénués de jugement et que chaque membre de la famille se soit senti écouté, entendu de façon équitable par rapport aux autres membres.

Le commentaire est donc ensuite remis à la famille par le thérapeute. Il n'est pas attendu de réponse de la famille à ce commentaire final. La séance est ensuite clôturée par la prise de rendez-vous.

J'ai longuement éprouvé l'envie de connaître les impressions des patients après qu'il y ait eu connaissance du commentaire afin d'être témoin de cette mise en travail de la famille et continuer à élaborer avec eux. Même si ce moment est quelque peu frustrant pour moi et sûrement pour la famille, j'ai bien saisi l'intérêt du dispositif. Le travail continue au-delà de la séance pour les familles, et le commentaire peut ou pas conduire à débattre ou à faire réagir les membres de la famille individuellement ou mutuellement.

J'ai l'agréable sensation toutefois, que le commentaire ne laissera pas insensible les patients qui l'ont écouté.

7.2 [Devant le miroir sans tain](#)

Dès le début de mon stage, j'ai négocié la possibilité d'intervenir devant le miroir sans tain, en cothérapie avec l'un des thérapeutes. Ma demande a été acceptée, au préalable j'ai dû assurer une animation pendant une heure à 1h30 avec l'équipe d'apprenants - thérapeutes à partir d'une fiche de lecture. J'avais choisi d'échanger sur le livre « entre résilience et résonance » de Boris Cyrulnik et Mony Elkaim, et mettre en lien le contenu avec des situations de couple ou de familles rencontrées en thérapie. Ce fut un moment très fructueux pour moi de partager nos points de vue, d'éclairer certains points obscurs et de créer le débat.

Je reviens sur cette mise en situation en qualité de cothérapeute devant le miroir sans tain. J'ai fait l'expérience du côté thérapeute à mi-parcours de mon stage, soit au bout du troisième mois. J'ai donc assuré pendant près d'un an (à la date où je rédige le rapport) le suivi d'un couple avec le docteur Ampelas. Les quatre premières séances se sont réalisées en famille,

puis, au regard des éléments il leur a été proposé de travailler sur la base du couple. Alors que dans ma fonction d'infirmière-puéricultrice en PMI, j'ai l'habitude de m'entretenir avec les familles dans le domaine de l'éducation la santé., Je me suis sentie particulièrement novice dans ce type d'entretien.

La présentation auprès de la famille en qualité d'étudiante n'a pas semblé rassurer le père de famille, qui a sollicité la présence d'un psychologue. Bien heureusement le docteur Ampelas a posé le cadre de telle façon que ma place n'a plus été mise en cause. Malgré cela, je laissais intervenir mon collègue bien plus que je ne le faisais, pendant les premières séances. Ce qui me paraissait « facile » derrière le miroir sans tain à interroger de façon circulaire les membres de la famille, questionner les émotions, faire développer un mot signifiant, devenait plus difficile devant le miroir sans tain. Je me suis sentie comme une jeune conductrice qui vient d'avoir son permis de conduire et qui n'a plus son moniteur pour la guider. La mère de famille était sans cesse dans la plainte proférant de multiples reproches à son conjoint, ce dernier répondant aux attaques de son épouse de façon impassible, le fils de 14 ans pleurant très facilement. L'ensemble était assez déroutant, ce qui a rendu difficile la mise en place d'une alliance thérapeutique. Tout au long de la thérapie, j'ai tenté d'apprendre à écouter les patients tout en restant attentive à moi-même et à intervenir dans ces conditions.

J'ai tenté de participer en complémentarité avec mon collègue, à veiller à être sur la même dynamique de travail.

Je suis également habituée à exercer en binôme dans mes missions d'infirmière -puéricultrice, mais le binôme en thérapie est à apprendre, à expérimenter.

J'ai également essayé d'être vigilante dans la manière d'entrer en relation, de formuler les questions, de gérer mes émotions.

J'étais désireuse de développer l'utilisation de mes émotions dans le cadre de mes interventions, j'ai tenté de repérer et donner du sens à mes résonances, de développer des capacités d'élaboration d'hypothèses sur la base du ressenti émotionnel.

Je pense que l'intuition est aussi un outil indispensable pour travailler en thérapie.

Je mesure également l'importance de préparer à minima les prochaines séances en réfléchissant sur ce qui s'est joué lors des précédentes séances et quelles pistes de travail on peut proposer, ce qui complète le travail thérapeutique dans l'ici et maintenant.

7.3 Séances d'études cliniques trimestrielles

J'ai eu la chance de participer aux séances d'études cliniques à deux reprises pendant la durée de mon stage. J'ai beaucoup appris par ce travail qui consistait à revisiter une situation familiale ou de couple au moyen d'une vidéo ou d'un récit. Les thérapeutes qui exposaient la situation clinique réfléchissaient à d'autres portes d'entrée afin de mieux appréhender la difficulté. Ceci ne pouvait se réaliser qu'en débattant, qu'en écoutant les propositions ou réflexions des autres collègues thérapeutes exerçant à l'hôpital militaire de Laveran (Marseille). Cette position méta ouvrait un large champ des possibles au niveau de la compréhension, et des stratégies d'intervention.

8 Conclusion

Pendant ces six mois de stage, j'ai éprouvé énormément de plaisir à expérimenter un savoir-faire et savoir-être thérapeutique. J'ai trouvé très enrichissant cette mise en pratique au regard de la théorie vue en formation. J'aurais eu besoin de prolonger le plus possible cette expérience car intégrer et assimiler toutes les notions théoriques me demandent du temps. Il est certain que ce vécu au centre de thérapie familiale de Montperrin me conforte dans le choix de devenir thérapeute familiale ou de couple systémique.

Ce stage en thérapie familiale m'a transformée tant du point de vue professionnel que personnel. L'approche systémique n'a de cesse de nous faire réfléchir et repenser les situations autrement. J'aime l'idée, qu'en systémie le thérapeute peut s'utiliser lui-même. J'ai hâte dans un futur proche de m'utiliser moi-même, ainsi que tous les outils appris en formation et en stage afin de servir au mieux le patient ou sa famille.

**Mémoire de fin de formation à l'intervention systémique et à la
thérapie familiale**

LE THERAPEUTE SYSTEMICIEN : TUTEUR DE RESILIENCE ?

Lydia DHELLIN

**Sous la direction de Jean-Pierre PIQUEMAL
IPEC – Groupe 4 - 2016**

p. 12

9 Introduction

Si, dans un premier temps, ma rencontre avec la résilience est le fruit du hasard, mon engagement dans cette recherche a bien évidemment à voir avec mon histoire personnelle.

En effet, j'ai découvert le concept de résilience en mars 2003 lors du VIII^e colloque sur ce thème, à salon : « Après la déchirure - Résilience, Familles et Sociétés ». Le colloque était présidé par Boris Cyrulnik¹.

Le mot « résilience » a aussitôt raisonné en moi dès que j'en ai découvert le sens. Mon histoire personnelle marquée très jeune par la maladie et la séparation avec ma famille, m'a très vite rapprochée des histoires d'enfants résilients contés par Boris Cyrulnik. Ces blessures du passé m'ont paradoxalement grandi grâce à la rencontre sur mon chemin de vie, de tuteurs de résilience.

Les lectures de Boris Cyrulnik « les vilains petits canards », « le murmure des fantômes » ou encore « la résilience, comment renaître de sa souffrance » m'ont conforté sur le regard optimiste porté sur ses enfants au destin initialement brisé qui ont su et pu grâce à la rencontre de « bonnes » personnes défier l'adversité.

La formation à la thérapie familiale systémique a nécessité de nombreuses lectures ; une variable constante était présente dans quasi chacun des ouvrages : la personnalité, le savoir-être du thérapeute. Afin qu'il soit efficace, aidant pour le patient, le thérapeute doit faire preuve d'un savoir-faire, mais ce qui fait selon moi la différence dans sa réussite, c'est son savoir-être.

Sensible au concept de résilience, voire à celui de tuteur de résilience développée par Boris Cyrulnik mais également par Michel Delage ou encore Jacques Lecomte ; j'ai voulu interroger la possibilité que le thérapeute familial systémique pourrait par son savoir-être devenir un tuteur de résilience pour son patient.

Selon Cyrulnik, on ne se décrète pas soi-même tuteur de résilience, seul le patient vous l'attribue. Je considère avoir été une enfant résiliente, car j'ai eu la chance de rencontrer des personnes à des moments opportuns qui ont cru en ma personne, en mes capacités et m'ont aidé à avancer positivement dans ma vie.

Si j'ai choisi de devenir thérapeute, c'est avant tout pour venir en aide aux personnes en souffrance, pour les aider à dépasser et à élaborer les conflits qui les assaillent. Il est illusoire de penser que c'est au thérapeute que revient la réussite d'une prise en charge ; s'il ne travaille pas avec les ressources de la personne (mais aussi avec celles de son environnement), les possibilités de changement sont entravées.

D'autre part, la résilience, parce qu'elle a avoir avec le lien, renvoie notamment au métier de thérapeute, à la relation d'aide, à la rencontre intersubjective entre le soignant et son patient. En effet, la dimension sur laquelle la plupart des spécialistes de la résilience mettent l'accent et qui m'a semblé fondamentale est celle du lien : on ne devient pas résilient tout seul, la résilience s'étaye sur la relation à l'autre.

¹ Boris Cyrulnik : psychiatre et psychanalyste

Aujourd'hui, je suis une future thérapeute systémicienne qui souhaite pouvoir donner accès à mon patient à ma capacité de devenir tuteur de résilience.

Dans mon travail de recherche, je traite de deux notions importantes :

Le thérapeute systémicien et la résilience (tuteur de résilience), ces deux thèmes se rejoindront à un moment donné, c'est pourquoi je commencerai :

- dans un premier temps à définir le thérapeute systémicien avec toutes ses composantes, car selon moi, son style de formation, le travail sur sa personne, la manière dont il l'utilise, comment il déploie l'alliance thérapeutique et comment il met le patient en situation de compétences vont contribuer à créer un processus de résilience pour le patient,
- puis dans deuxième temps, je traiterai de la résilience chez le sujet (enfant et adulte) : au niveau de son concept, son lien avec les facteurs de risques et de protection. Dans le cadre du modèle psycho dynamique, je mettrai en lien la résilience avec le traumatisme et les mécanismes de défense.
- un troisième chapitre sera axé sur les tuteurs de résilience : qui sont-ils ? Quels sont leurs caractéristiques ?

L'ensemble des trois chapitres aboutira à l'hypothèse suivante : le thérapeute systémicien est un tuteur potentiel de résilience pour le patient, pour la famille.

L'hypothèse sera vérifiée à l'aide de 10 entretiens téléphoniques réalisés auprès de patients dont le suivi thérapeutique systémique est achevé.

Ces entretiens tenteront d'apprécier le ressenti du patient dans sa relation avec son thérapeute. L'issue de ces entretiens permettra une analyse des résultats et une mise en relation avec l'hypothèse et la théorie.

10 Le système thérapeutique

Je propose de définir pour commencer, le système thérapeutique dans lequel s'inscrivent le thérapeute systémique et la famille car c'est le cadre du système thérapeutique qui va déterminer la base de travail du thérapeute systémicien.

10.1 Définition du système thérapeutique

Historiquement, les cliniciens se sont tournés vers une théorie mais hors de leur champ de compétence et novatrice à l'époque, « *la théorie générale des systèmes* », qui fut le fruit des travaux de Ludwig Von Bertalanffy². L'ambition de ce biologiste d'origine autrichienne était d'établir des lois universelles de ce qu'il nommait la « *complexité organisée* ».

Bertalanffy appelait « *système* » un ensemble de parties en interaction entre elles et avec leur milieu (en grec, « *système* » signifie « *assemblage* » en thérapie systémique familiale, on appellera système thérapeutique l'ensemble formé par les membres de la famille en interaction avec le (ou les)thérapeutes et le contexte.

Je baserai mon travail à partir de la cybernétique de second ordre qui a permis d'élaborer la théorie dite de l'« observation participante » selon laquelle un observateur modifie toujours le système.

² Karl Ludwig von Bertalanffy : Biologiste d'origine autrichienne connu comme le fondateur de la Théorie systémique grâce à son ouvrage *General System Theory*

10.2 Définition du thérapeute systémicien

Dans cette perspective le thérapeute familial systémique doit être conscient de son implication et de son influence lorsqu'il est en relation avec les familles.

La seconde cybernétique décrit la famille comme un système dynamique, animée par les interactions intenses et complexes de ses membres. Ce système est confronté à des crises en relation avec son contexte évolutif (tant sur le plan socio-économique que sur le plan de la nature et de l'évolution de ces interactions).

Le thérapeute familial n'est plus un observateur/spectateur extérieur à ce qui se produit. Il est lui-même porteur d'acte et de sens, il est coacteur du jeu en train de se dérouler. Il n'est plus dans un système clivé, avec, d'un côté, le système thérapeutique et de l'autre le système familial : ici, système familial et système thérapeutique s'imbriquent pour former un système nouveau.

Le thérapeute, dès lors, n'est pas l'unique détenteur du savoir, il le partage avec la famille. Sa fonction s'apparente alors non plus à celle d'un réparateur, mais plutôt à celle d'un facilitateur de communication, de recherche de sens, de processus de solutions auprès de la famille. Il ne cherche plus à disséquer l'information, à la comprendre mais plutôt à la faire circuler.

10.3 Les outils du thérapeute systémicien

10.3.1 Sa formation et son savoir-être

Afin d'exercer au mieux sa profession, le thérapeute systémicien doit se saisir de tous les outils qu'il a à sa disposition.

Son premier outil est lui-même et la formation qu'il a choisie pour incarner sa profession. Très souvent, avant d'effectuer la formation de thérapeute, la profession d'origine de l'apprenant est issue de la psychologie, de la psychiatrie, du social (assistante sociale), de l'éducation (éducateur spécialisé) ou du soin (infirmier ou médecin).

La formation implique la construction, la transmission et l'acquisition d'une triade de savoirs distincts : le savoir (corpus théorique), le savoir-faire (compétences pratiques) et le savoir-être. Le savoir-être dans la formation prend tout son sens dans une réflexion autour de la vision anthropologique « qui suis-je ? » ; « Quel est ma conception de l'être ? » et éthique « qu'est-ce que cette profession exige de moi ? » Ce savoir-être comprend l'aptitude du sujet à s'engager personnellement et à répondre en son nom face à la communauté d'appartenance, à réfléchir sur la nature des responsabilités que le sujet assume vis-à-vis des autres et de lui-même. Selon Marco Vanotti³, le savoir-être du thérapeute suppose un certain nombre de qualités spécifiques : l'empathie, le courage, la détermination et la prudence.

- « *La participation empathique sous-tend la compréhension de la souffrance du client et demande une implication affective forte du thérapeute, ainsi que l'aptitude au respect.*
- *La capacité à faire preuve de courage, dans le cadre d'une rencontre de personne à personne, réside dans l'autonomie de sa pensée, dans l'aptitude à prendre position. Faire preuve de courage, c'est apprécier la portée éthique des actes, et en témoigner, sans juger les personnes.*
- *La détermination à soigner, dans l'acceptation de ses limites, dans l'évaluation de ses propres ressources signifie la capacité à ne pas se résigner devant les difficultés et à*

³ Marco Vanotti - Psychiatre, professeur à la polyclinique médicale de Lausanne et à l'université de Neuchâtel.

«La formation à l'épreuve du savoir être» dans «Thérapie familiale en Europe, inventions à cinq voix ». Editions De Boeck 2010.

croire que l'on peut toujours faire quelque chose pour les sujets en souffrance.

- *L'art de la prudence requiert un travail réflexif sur soi et sur l'univers du système des soins, sur les enjeux politiques et économiques de la profession. C'est pourquoi ces qualités et ces attitudes précédemment définies, nécessitent un travail toujours renouvelé par rapport à soi comme être humain et comme figure professionnelle ».*

Dans une perspective constructionniste, Marco Vanotti postule qu'une solide relation formative conduit, avec le temps, à une modification significative de tous les sujets en présence, et par conséquent des formateurs eux-mêmes.

Une formation en thérapie familiale systémique bien encadrée amène inévitablement l'étudiant à se poser des questions non seulement sur lui-même, mais encore sur sa propre famille d'origine et sur son entourage. Maurizio Andolfi⁴ et son équipe de formateurs insistent sur ce qu'ils appellent « *le handicap professionnel du thérapeute familial* » qu'ils définissent comme étant « *cette zone frontière toujours très perméable entre famille en thérapie et famille interne du thérapeute* », l'objectif étant évidemment de transformer le handicap de l'étudiant en ressource thérapeutique. On peut également souscrire aux affirmations de Barbara de Frank – Lynch⁵ (1985) : « *chacun sait qu'en matière de processus thérapeutique, et on peut le vérifier, le thérapeute ne peut mener les familles plus loin que les progrès qu'il a fait lui-même dans sa famille d'origine. La famille ne peut dépasser les blocages du thérapeute.* » D'où l'importance pour le futur thérapeute de s'engager dans une démarche d'implication personnelle désirant apprendre à s'utiliser lui-même comme thérapeute, c'est-à-dire à développer son propre potentiel créatif.

L'acte thérapeutique est en effet un acte créateur, unique, original. Il fait appel à la fois aux connaissances engrangées lors des études, aux expériences vécues au contact direct des familles et aux compétences créatrices personnelles du thérapeute. La classique « technique professionnelle » (savoir-faire) s'allie ici aux ressources du thérapeute en tant que sujet (le savoir-être).

Ce travail préalable, est tout à fait indispensable avant de s'engager à travailler avec les familles. La volonté thérapeutique peut s'appréhender par rapport à l'histoire personnelle et familiale du thérapeute : avant de devenir thérapeute, il a souvent tenté d'aider sa famille ou des membres de son entourage à surmonter un certain nombre de difficultés existentielles (deuil, problème d'argent, etc.). Il a accepté cette mission pourtant impossible du fait du rôle qui lui revenait dans le fonctionnement de sa propre famille, tout cela faisant partie du processus homéostatique. Sculpté par cette expérience, il pourrait continuer sa mission à travers d'autres systèmes, s'il ne s'interrogeait pas sur les facteurs qui ont nourri sa volonté thérapeutique.

L'apprenti thérapeute ne deviendra véritablement thérapeute que lorsqu'il n'aura plus besoin de l'être... Alors naîtra un « style thérapeutique » particulier, qui le caractérisera dans sa pratique et constituera en quelque sorte sa signature de thérapeute. L'essentiel n'est-il pas que chaque thérapeute s'approprie, ou invente une technique qui lui permet de se sentir à l'aise dans sa pratique ?

Ainsi le thérapeute ayant appris à se servir de lui-même avec respect, engagement, recul, liberté, et créativité... ayant travaillé sur l'histoire de sa propre famille et sur lui-même pourrait-il développer sa propre pratique thérapeutique ?

⁴ Maurizio Andolfi - Neuropsychiatre pour enfants. Professeurs de psychodynamique, du développement et des relations familiales. « La thérapie avec la famille » Paris. ESF.1982.

⁵ Dans « Applications en thérapie familiale systémique » Karine et Thierry Alberne – Masson, 2013.

Des thérapeutes tels que Virginia Satir⁶, Milton H Erickson⁷, Salvador Minuchin⁸ se sont rendus célèbres par leurs capacités d'improvisation en séance, parvenant ainsi à surprendre les patients et à les amener à reconsidérer complètement différemment les problèmes qui les faisaient souffrir. Ces thérapeutes, ainsi que d'autres tels que Guy Ausloos⁹, Momy Elkaïm¹⁰, et Edith Goldbeter¹¹ ont ceci en commun : l'intérêt qu'il porte au patient et le style thérapeutique qu'ils adoptent liés à leur personnalité demeurent des modèles de formation.

Je vous propose de nous intéresser, à présent, à l'alliance thérapeutique : par quoi elle est définie ? Qu'est-ce qu'elle permet dans le système thérapeutique ?

10.3.2 La relation thérapeutique

10.3.2.1 L'alliance thérapeutique

Duruz¹²(1994) suggère de définir l'alliance comme le processus interactionnel par lequel client et thérapeute « *expriment collectivement et affectivement, ainsi qu'au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant aux buts de la thérapie et quant à son déroulement* ».

Greeson⁴(1965, 1967,) introduit la notion d'alliance thérapeutique qu'il distingue de l'alliance de travail. Greeson met en avant l'idée que pour obtenir cette alliance de travail, il faut d'abord qu'un lien affectif se constitue entre le thérapeute et le client. C'est la qualité de ce lien premier qui permet l'amorce, la poursuite du processus thérapeutique.

Luborsky¹² (1976) envisage également les processus d'alliance en deux temps. Il développe le concept d'alliance aidante selon deux axes :

- l'alliance de type 1 (phase 1) qui combine la croyance qu'a le client que le thérapeute peut l'aider et l'attitude de celui-ci, manifestant chaleur et soutien dans la relation ;
- l'alliance de type 2 (phase 2) qui correspond à l'engagement et à la croyance du client dans le processus de traitement. Le client a le sentiment d'un travail en commun, d'une coopération avec son psychothérapeute, avec l'impression de partager la responsabilité de sa propre évolution.

Luborsky¹² (1984) publie à cette époque un ouvrage qui montre que l'habileté du thérapeute à former une alliance semble être le déterminant le plus crucial de son efficacité dans le succès thérapeutique. D'un autre côté, il est évident que l'alliance est aussi influencée par les dispositions du patient au traitement.

La participation active du patient est un élément clé de la définition de l'alliance thérapeutique chez Bordin¹². En 1979, il définit trois composantes de l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute :

- une entente sur les buts thérapeutiques;
- un consensus sur les tâches à effectuer pour atteindre ses buts;
- le lien affectif entre l'intervenant et le client.

Le dernier élément rappelle l'importance de la dimension affective déjà soulevée dans les

⁶ Virginia Satir : Assistante Sociale de formation et thérapeute

⁷ Milton H Erickson : Psychiatre et psychologue américain qui a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose clinique et a consacré de nombreux travaux à l'hypnose thérapeutique

⁸ Salvador Minuchin thérapeute familial a développé la thérapie familiale structurale, qui traite des problèmes au sein d'une famille en traçant les relations entre les membres de la famille, ou entre les sous-ensembles de la famille

⁹ Guy Ausloos : Psychiatre, psychanalyste et psychothérapeute

¹⁰ Momy Elkaïm : Neuropsychiatre, l'une des figures de la thérapie familiale, a été l'un des fers de lance du mouvement de l'antipsychiatrie en Europe dans les années 1970.

¹¹ Edith Goldbeter : thérapeute et docteur en psychologie

¹² Dans « changer en famille » - Nathalie Duriez, collection relations, éditions Ères, 2009.

conceptions psycho dynamiques antérieures, et dans les écrits de Rogers (1951) portant sur les conditions dites facilitantes du thérapeute, soit : l'attitude chaleureuse, l'empathie, l'authenticité et la compréhension.

Selon moi, l'alliance thérapeutique est composée de l'affiliation, de l'empathie, des résonances :

10.3.2.2 L'affiliation

Le thérapeute construit sa relation avec la famille sur un mode transversal : il collabore avec la famille (thérapie de collaboration), Salvador Minuchin parle d'affiliation.

Pour s'affilier à un système familial, le thérapeute doit accepter l'organisation et le style de la famille, et s'y fondre ». (Minuchin, 1998).

Pour s'affilier, le thérapeute doit prendre soin et être soucieux de l'autre.

« S'affilier » ou « créer une alliance » avec le sujet ou la famille sont deux notions proches, mais la première est nuancée par l'investissement du thérapeute à calquer son comportement à celui de la famille ; la deuxième notion a un caractère plus large de rapprochement, d'union.

Virginia Satir¹³, de son côté, avait insisté sur la nécessité de mettre le patient, et sa famille, suffisamment à l'aise pour que l'entretien se passe bien, dans une ambiance détendue et de confiance réciproque.

Selon Satir, le « soi du thérapeute » est une des principales composantes du processus thérapeutique. Virginia Satir enseignait aux thérapeutes à devenir congruents et à communiquer de façon congruente.

Virginia Satir les encourageait à considérer leurs patients comme des êtres humains d'une valeur égale à la leur et à établir un contact avec eux sur cette base. Plus le thérapeute est intégré et conscient de lui-même, plus la thérapie a en réalité des chances d'atteindre un niveau suffisamment profond pour que des changements fondamentaux puissent intervenir. Satir écrit : *« je me suis rendue compte que lorsque je suis complètement présente face à un patient ou une famille, mon essence thérapeutique est aussi beaucoup plus grande. Je peux atteindre les profondeurs où je dois aller et, en même temps, respecter la fragilité, la puissance et le caractère sacré de la vie qui est en l'autre quand je suis pleinement en contact avec moi-même, avec mes sentiments et mes pensées, avec ce que je vois et entends, je deviens plus congruente, plus « entière », et capable d'établir un plus grand contact avec l'autre (...). En bref, je viens de décrire des thérapeutes qui font passer leurs personnes et celles de leurs patients avant tout. C'est un contact positif avec les individus qui préparent le chemin pour les risques qu'il faudra nécessairement prendre (Baldwin et Satir, 1987, page 23).*

Dans l'approche symbolique-expérientielle, les relations entre les individus qui participent au système thérapeutique sont un élément essentiel. Car le changement se fait dans le contexte d'une relation intime, et l'un des buts premiers de la thérapie est de développer l'intimité ou l'engagement affectif au sein du système thérapeutique, d'où l'importance de la spontanéité et de l'expérience vécue dans l'ici et maintenant de la situation thérapeutique.

Quel que soit le style thérapeutique, la construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique.

¹³Virginia Satir dans « Thérapie du couple et de la famille. Paris : Desclée de Brouwer (2006)

10.3.2.3 L'empathie

Pour instaurer un climat de confiance et s'affilier au patient, il est important que le thérapeute soit empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qui manifestent. Cette attitude thérapeutique permet au patient de se sentir écouté, compris et respecté. Elle suppose que nous arrivions à nous centrer sur l'autre et sur ses attentes. Cette implication du thérapeute, c'est celle par laquelle il exprime à la famille sa capacité empathique, c'est-à-dire sa volonté, de s'approcher au plus près de la réalité émotionnelle de chacun de ses membres, puis de partager avec chacun d'entre eux ce qu'il a perçu de leurs émotions.

10.3.2.4 Les résonances.

Loin de se couper de ses émotions, il les écoute et les partage avec son équipe (équipes de supervisions et ou Co-thérapeute), mais également avec la famille.

Mony Elkaïm, par le concept de résonance, exprime cette dynamique : les émotions et les sentiments du thérapeute, en interaction avec une famille, lorsqu'ils sont en train de se vivre et de se construire, peuvent aider à établir un certain niveau de communication, tels que les rôles de chacun, et les (dys) fonctionnements du système familial peuvent s'en trouver amplifiés, donc mieux repérables.

« J'utilise le terme de résonance pour désigner cette situation où ce que nous vivons a une utilité pour l'autre et pour le contexte dans lequel ce sentiment émerge. Cette utilité consiste en général à renforcer l'autre dans ses croyances profondes, à renforcer la stabilité des croyances du système humain dans lequel nous vivons ce que nous vivons »¹⁴.

Cette façon d'être du thérapeute va donc permettre la construction d'une relation de travail en collaboration. Affilié et se sentant reconnu dans ses capacités, le patient pourra « mandater » le thérapeute comme pouvant l'aider.

10.3.2.5 Le mandat

Il sera donc important dans le premier temps de la rencontre de définir la relation de façon à parvenir à une circularité des mandats. Bien souvent, lorsqu'une personne ou famille se présente, nous tenons pour acquise sa demande d'aide. Demander de l'aide est un processus très difficile.

Parler de soi, et de son vécu reste une démarche difficile parce que renvoyant à l'intime du sujet, et cela ne se fera que si ce dernier se sent en sécurité dans l'entretien. Ce sera donc au thérapeute de mettre en place une relation sécurisante afin que le patient puisse le mandater.

10.3.2.6 Le positionnement dans le système thérapeutique

Au sein de ma pratique, lorsqu'une personne vient demander de l'aide, elle se trouve dans une relation complémentaire basse à l'égard du thérapeute, qui lui, est placé dans une position haute. Là nous faisons référence au type de relations développées par Watzlawick¹⁵, à savoir les relations symétriques et les relations complémentaires.

Lorsqu'un patient vient nous voir, il nous met d'emblée en « position haute ». Pour lui, le thérapeute est dépositaire d'une certaine connaissance, d'un certain savoir.

Aux yeux du patient, le thérapeute est l'expert, celui qui détient la solution à son problème. Il

¹⁴ Mony Elkaïm, dans : « si tu m'aimes, ne m'aime pas » - Seuil, 1989.

¹⁵ Paul Watzlawick : psychologue, psychothérapeute, psychanalyste jungien et sociologue. Théoricien dans la théorie de la communication et le constructivisme radical, membre fondateur de l'École de Palo Alto.

Dans : « une logique de la communication » - Editions du seuil, 1972.

nous paraît important dans un premier temps d'accepter la « position haute » dans laquelle le patient nous met, et de reconnaître nos connaissances, nos compétences (ceci est plus rassurant pour le patient). Mais nous devons utiliser cette « position haute » pour faire valoir la compétence du patient pour lui-même, mettre en avant ses capacités et ses ressources et l'amener à définir ses objectifs :

Le patient nous mandate pour l'aider, nous le mandats pour nous aider à l'aider, le patient se retrouve alors en « position haute », acteur dans sa prise en charge.
Pour les thérapies brèves, « c'est le patient qui est expert de sa thérapie ».

C'est dans cette circularité de mandats que se développe une relation de coopération et d'affiliation. Dans ce contexte de travail, le rôle du thérapeute est d'amener le patient ou la famille à repérer et utiliser ses compétences et ses ressources personnelles. Notre travail doit se faire à partir des objectifs du patient et non des nôtres. « *Il est donc important que le thérapeute se mette dans la capacité à ne pas savoir* » Peter de Jong et Insoo Kim Berg¹⁶. En effet, le fait d'avoir des connaissances et d'être compétent dans notre domaine peut nous amener à avoir dans l'idée que nous savons ce qui est bon pour le patient. Mais si nous partons de nos objectifs, dans 99 % des cas, cela sera un échec, car ce ne sont pas forcément des objectifs du patient à ce moment-là.

Après avoir considéré les éléments indispensables cités plus haut pour créer au mieux l'alliance thérapeutique, nous allons examiner les outils mis en place par le thérapeute afin de mettre le patient ou la famille en situation de compétences.

10.4 Mise en place du travail du système thérapeute vers le système patient

10.4.1 Définitions des ressources et compétences

Les ressources sont tous les moyens dont dispose une personne ou un système pour résoudre les difficultés auxquelles elle est confrontée.

Les compétences sont les aptitudes à utiliser ces ressources.

10.4.2 Comment le thérapeute met le patient en situation de compétence ?

a) Le postulat de la compétence :

« *Une famille ne peut se poser que des problèmes qu'elle est capable de résoudre* ». Selon Guy Ausloos¹⁷, parler de famille compétente est donc une façon de rendre à la famille sa compétence plutôt que de considérer ses manques. La position du thérapeute ne peut qu'être modifiée. En effet, s'il travaille avec une famille qui est capable de résoudre les problèmes qui se posent à elle, il n'est plus question de la prendre en charge, mais au contraire « *d'activer un processus* » dans lequel la famille pourra observer, expérimenter, changer, il s'agit d'activer un processus qui modifie leur réalité de sorte que ce qui s'énonçait comme problématique ne le soit plus.

b) le postulat de l'information pertinente :

« *L'information pertinente est celle qui vient de la famille et y retourne* ». C'est la notion

¹⁶Peter de Jong et Insoo Kim Berg Dans « De l'entretien à la solution », Editions Satas, 2002.

¹⁷Guy Ausloos : Dans « La compétence des familles », Editions Erés, 2013.

d'information développée par Bateson¹⁸(1979) qui avait guidé Guy Ausloos dans cette formulation. Bateson dit que « *l'information, c'est une différence qui fait la différence* » Guy Ausloos parle de circularisation de l'information : c'est faire découvrir aux membres de la famille des choses qu'ils ne savaient pas qu'ils savaient sur leur relation. Circulariser l'information, c'est ce qui permet aux familles de trouver leurs propres solutions, ce que l'auteur appelle leurs « auto-solutions », solutions qui découleront des nouvelles informations dont ils disposent. Si l'information circule, les changements deviennent possibles.

c) La connotation positive

Celle-ci est également un moyen pour le thérapeute de mettre le patient ou la famille en situation de compétences.

« *Connoter positivement le système ou le patient désigné, c'est souligner ce qu'il y a de positif dans le fonctionnement du système ou dans le comportement du patient, c'est passer d'une définition pathologique de la famille à l'activation de ses compétences* » Guy Ausloos. La connotation positive est très utile car elle renvoie à la famille une image d'elle-même qu'elle n'était pas en mesure de percevoir.

En cherchant l'aspect positif de ce qui déplaît au thérapeute, ce dernier se change lui-même avant de changer la famille. Il change sa vision de ces gens, et se met donc dans de meilleures conditions pour travailler avec eux. Quand le thérapeute dit par exemple à une famille que « critiquer chez vous est sans doute une façon de stimuler et de montrer qu'on est là », ce travail de reformulation amène le thérapeute avoir différemment les critiques du patient et à le trouver plus sympathique.

L'exercice permanent du recadrage positif de ce qu'ils viennent de vivre constituent pour le thérapeute un des meilleurs moyens d'autoformation permanente puisqu'il entraîne à voir les familles comme plus fonctionnelles qu'elles ne semblent le montrer et les patients comme plus créatifs qu'ils ne veulent le laisser paraître, plus inventifs et géniaux.

d) Le recadrage :

« *Les choses ne changent pas, change ta façon de les voir, cela suffit* » Lao Tseu¹⁹.

Nous avons déjà insisté sur la nécessité de changer notre regard pour découvrir les ressources des personnes, les solutions qu'elles ont déjà développées. Il est également nécessaire que le patient puisse aussi changer son regard afin de disposer d'un choix sémantique. Selon Paul Watzlawick, recadrer consiste à « *changer le point de vue perceptuel, conceptuel et où émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue pour la déplacer dans un autre cadre qui s'adapte aussi bien et même mieux aux « faits » concrets de la situation et qui va en changer le sens. Le nouveau sens proposé n'est pas plus vrai, plus juste que le précédent, il est plus adapté à la situation, plus utile pour la résolution des problèmes. Le recadrage consiste à rendre compte d'un fait ou d'un problème sous un autre angle, et de lui apporter une valeur positive, plus propice au changement* ».

Cette redéfinition du problème « *est l'aspect le plus créatif de la thérapie et celui qui rend la famille apte à devenir le protagoniste de son propre changement dans la situation thérapeutique* » Maurizio Andolfi.²⁰

Pour effectuer un recadrage, il nous faut d'abord nous imprégner de la vision du monde de

¹⁸ Bateson : Anthropologue, psychologue, épistémologue, influencé par la cybernétique, il est l'un des fondateurs de l'école de Palo Alto. Dans « La nature et la pensée », Seuil, 1984.

¹⁹ Lao Tseu, considéré *a posteriori* comme le père fondateur du taoïsme.

²⁰ Maurizio Andolfi : Dans « La thérapie avec la famille » Paris ESF, 1982

l'autre. L'influence exercée par le recadrage est directement liée à la qualité de la relation que nous établissons, cela suppose donc circularité des mandats, coopération et relation de confiance. Un « bon » recadrage doit à la fois étonner l'autre et lui donner l'envie de s'en saisir pour changer. S'ils ne sont pas affiliés à la personne, elle le rejettera purement et simplement.

Le recadrage et la connotation positive sont deux outils qui visent au but commun de rendre compte d'un fait ou d'un problème sous un autre angle, et de lui apporter une valeur positive, plus propice au changement.

e) *L'utilisation d'échelle*

Celle-ci est également un moyen pour le patient d'évaluer sa perception de sa réalité ici et maintenant. Il s'agit donc d'un outil subjectif qui est proposé au patient afin de l'aider à se repérer dans sa propre évolution. Par exemple, à la première rencontre, le soignant peut demander au patient « sur une échelle de 0 à 10, si 0 représente le moment où vous avez décroché votre téléphone pour prendre rendez-vous et 10 le moment où vous nous direz ne plus avoir besoin de venir, où en sont les choses aujourd'hui ? » Cet outil peut également être utilisé de façon relationnelle : soit le patient est seul, et l'échelle permet de faire intervenir d'autres membres de la famille « sur une échelle de 0 à 10, si 0 correspond au moment où vous avez pris rendez-vous et si 10 correspond au moment où vous n'avez plus besoin de venir, où est-ce que votre mère dirait que les choses en sont aujourd'hui ? » Soit la famille est avec le patient à l'entretien, et nous pouvons alors demander à chacun son évaluation, puis leur demander de discuter des différences montrées. Nous pouvons aussi demander à un membre de la famille de dire ce qu'exprimerait l'autre et cette fois devant celui-ci. Ce type de questionnement amène les membres de la famille à méta-communiquer sur la façon dont ils se perçoivent, sur la définition de leurs relations. Cela conduit également chacun des membres de la famille à mettre en avant les aspects positifs d'eux-mêmes, puisque nous sommes dans ce qu'ils sont capables de faire et non dans ce qu'ils ne peuvent pas faire. Cela permet de travailler avec les ressources de la famille.

f) *La question miracle*

Il s'agit de projeter le patient vers un état futur, lorsque le problème serait résolu, amener le patient à se projeter dans l'avenir.

« Maintenant, je voudrais vous poser une question bizarre. Imaginez que pendant que vous dormez la nuit prochaine et que toute la maison est calme, un miracle se produit. Le miracle consiste en ce que le problème qui vous a amené ici est résolu. Cependant, comme vous êtes endormi, vous ne savez pas que le miracle est arrivé. Alors, quand vous vous réveillerez demain matin, qu'est-ce qui sera différent qui vous dira qu'un miracle a eu lieu et que le problème qui vous a amené ici est résolu ? (de Shazer, 1988)²¹

Il a été recensé, que le patient utilise souvent des images, réalistes, détaillées et réalisables dans le contexte de sa vie. L'accomplissement du miracle relève de la compétence du patient. Je n'ai jamais utilisée cet outil mais je l'envisagerai, lorsque le patient aura de nombreux problèmes à gérer, cet outil permet au patient de hiérarchiser ses priorités, en plus de penser à un choix illimité de possibilités.

g) *Le Génogramme solutionniste:*

Tel que défini par Peter de Jong et Insoo Kim Berg²², sa construction est identique à celle du Génogramme, mais les objectifs du thérapeute sont différents, puisqu'il choisira de s'intéresser

²¹ De Shazer : Dans « De l'entretien à la solution » p107 Edition SATAS, 2002

²² Peter de Jong et Insoo Kim Berg : Dans « De l'entretien à la solution », Editions Satas, 2002.

aux transmissions générationnelles des ressources et des méthodes de survie.

Toute famille possède des ressources et trouve des solutions aux divers problèmes qu'elle rencontre dans son parcours existentiel même si de prime abord, ces solutions ne paraissent pas les mieux adaptés. C'est en tout cas ce qui a été transmis.

L'objectif de cette orientation du génogramme consistera à :

- Aider le patient à mettre en évidence toutes les ressources que sa famille a pu utiliser pour dépasser les difficultés existentielles. Le thérapeute mettra en relief avec le patient toutes les solutions que la famille et chacun de ses membres ont pu apporter aux problèmes qu'ils ont réussi à résoudre, insister sur les valeurs positives dont il a hérité du passé familial et qu'il peut alors modéliser pour son propre compte dans le futur. Le thérapeute propose au patient de rechercher quelles sont les valeurs qui caractérisent la famille et dans lesquelles il peut puiser l'énergie nécessaire pour lever les obstacles qu'il rencontre sur son chemin (anecdote, légende familiale, etc....)
- Introduire l'idée que l'on n'est pas forcément la « victime » passive d'une situation, mais qu'on peut développer ses capacités d'en sortir grâce à la sémantique de la « survie ».
- Instaurer une dynamique de changement en sensibilisant le patient à ses multiples possibilités de choix de solutions.
- S'attacher et repérer les ressources et les compétences impliquent que le thérapeute se soit d'abord intéressé au problème, qu'il ait prit le temps d'écouter le patient évoqué son traumatisme. Si nous ne nous intéressons qu'aux ressources, le patient aura l'impression de ne pas être entendu, de ne pas être autorisé à évoquer son vécu traumatique. Il est donc nécessaire de laisser au patient un espace d'entretien de son vécu douloureux. Dans l'approche systémique, si le thérapeute s'intéresse à la « partie souffrante », il s'appuie sur la « partie saine », celle où se situent les compétences et les ressources, afin de mobiliser le sujet et le rendre acteur de sa résilience.

11 La résilience

11.1 Approche du concept de résilience

Avant d'aborder le chapitre concernant les tuteurs de résilience, il me paraît indispensable de traiter de la résilience en la définissant et en l'associant à des notions telles que l'attachement, les facteurs de risque et de protection, le traumatisme, les mécanismes de défense. Examiner ces notions en lien avec la résilience permet au thérapeute de mieux appréhender le patient en quête de mieux être.

11.1.1 Qu'est-ce que la résilience ?

11.1.1.1 *Émergence du concept et influence théorique*

Quelques définitions :

- Définition du petit Robert : terme de physique qui caractérise la résistance aux chocs, soit le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal à la surface de la section brisée (kg par cm²).
- Du point de vue psychologique, la résilience se révèle face à des stress importants et/ou cumulés, face à des traumatismes ou des contextes à valeur traumatique.

Depuis plus de 35 ans, des travaux sur la résilience dans les pays anglo-saxons ont donné lieu à des publications scientifiques reconnues grâce à des auteurs comme Emmy Werner, Michael Rutter, Robert Hoggerty...

En revanche, la résilience a pris son essor en France et dans les pays francophones surtout depuis les années 1990.

De nombreux auteurs et praticiens ont contribué à faire connaître ce concept et à développer ses contours théoriques autant que le champ de ses applications pratiques. Parmi ces auteurs nous pouvons citer : Boris Cyrulnik, Michel Manciaux²³, Jacques Lecomte²⁴ ou Michel Delage²⁵.

Le mot « résilience » vient du latin et signifie « ressauter », explique Boris Cyrulnik. Non pas ressauter à la même place, comme si rien ne s'était passé, mais ressauter un petit peu à côté pour continuer à avancer...

Résilier un engagement signifie aussi ne plus être prisonnier d'un passé, se dégager. La résilience n'a rien à voir avec une prétendue invulnérabilité ou une qualité supérieure de certains mais avec la capacité de reprendre une vie humaine malgré la blessure, sans se fixer sur cette blessure.

Définition de la résilience proposée par Manciaux, Vanistendael²⁶, Lecomte et Cyrulnik (2001) : « *capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficile, de traumatismes parfois sévères* ».

Une définition complète de la résilience serait :

« La résilience est un processus dynamique qui désigne la reprise de développement d'une personne confrontée à un traumatisme, ayant nécessité dans un premier temps une résistance à ce trauma initial impliquant alors l'inexistence d'un effondrement durable et dans un deuxième temps, l'inscription dans l'élaboration de ce trauma. La résilience doit être comprise comme la résultante de l'interaction des ressources du sujet tant internes (capacité, fonctionnement intrapsychique relevant de la personnalité sous-jacente) externes (environnement familial, social), cette construction débutant dès la naissance et se poursuivant tout au long de la vie » : Amandine Theis²⁷

Différents concepts et notions peuvent être associées à la résilience, soit en participant à sa compréhension, soit en permettant de la différencier. Parmi les concepts associés nous pouvons citer les notions de : compétences sociales, cognitives, comportementales, de... stress et coping (ajustement aux situations inversibles) ; facteurs de risque, facteurs de protection ; vulnérabilité ; estime de soi ; attachement ; traumatisme ; mécanismes de défense

Résilience et style d'attachement :

La « théorie d'attachement » souligne l'importance pour le développement ultérieur de l'individu et son épanouissement, de l'acquisition d'une **sécurité interne** construite sur la base des interactions précoces de l'enfant avec son environnement. Cette sécurité interne doit permettre à l'individu de mettre en jeu des capacités à franchir les obstacles rencontrés au

²³ Michel Manciaux : pédiatre clinicien et enseignant de santé publique

²⁴ Jacques Lecomte : psychologue français est l'un des principaux experts francophones de la psychologie positive

²⁵ Michel Delage : psychiatre et spécialiste en thérapie familiale

²⁶ Stefan Vanistendael : Sociologue, est également responsable du département " Recherche et Développement " au Bureau international catholique de l'enfant

²⁷ Amandine Theis : psychologue clinicienne : thèse de doctorat en psychologie, Université de Nancy2

cours de son existence (Bowlby²⁸, 1978), autrement dit, lui permettre de développer la résilience.

Résilience et différences interindividuelles :

Les différences interindividuelles sont parfois expliquées en termes de résistance plus ou moins grandes des individus, en référence à la variation de la vulnérabilité interne des personnes. Cela a été le cas des premières interprétations proposées par Emmy Werner pour tenter de comprendre les enfants résilients.

Les premières approches ont interrogé la résilience chez les individus en l'expliquant uniquement ou essentiellement comme la capacité de résister à l'adversité.

La résilience pourrait ainsi apparaître comme acquise une fois pour toutes par certains individus alors que les chercheurs s'accordent pour la considérer comme un processus dynamique et évolutif qui n'est pas forcément pérenne ni persistant à toutes les épreuves de la vie.

Résilience comme processus multifactoriel :

La résilience est un processus multifactoriel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement comprenant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes défensifs) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement sociaux affectifs).

Il en résulte des formes de résilience spécifique résultant d'un processus dynamique évolutif qui est propre à chaque sujet. L'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs de protection pourront conduire vers la résilience ou vers la vulnérabilité.

11.1.2 Le concept de résilience au travers des facteurs de risque

Les études sur le risque se sont développées et diversifiées, et elles ont rendu possible l'identification d'un grand nombre de facteurs de risque. Un facteur d'inadaptation sociale est « *un événement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la probabilité pour l'enfant de développer des problèmes émotifs ou de comportement* »²⁹

La présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque aurait pour conséquence, sous certaines conditions, l'apparition de troubles ou d'inadaptation chez l'enfant ou l'adulte. Il y a deux grandes catégories de facteurs de risque³⁰, la liste ne se veut pas exhaustive:

- Facteurs de risques associés aux caractéristiques de l'individu :
 - un Q.I. faible
 - la prématurité
 - un handicap

- Facteurs de risques relatifs à l'environnement externe :
 - Des troubles psychiatriques ou des comportements d'addiction des parents
 - Le décès d'un des deux parents
 - Une séparation prolongée d'avec le « caregiver » (personne qui prend soin de l'enfant au cours des premières années de la vie)
 - Des violences familiales (maltraitance physique et ou psychiatrique, inceste)

²⁸ John Bowlby, psychiatre et psychanalyste, célèbre pour ses travaux sur l'attachement, la relation mère-enfant.

²⁹L.Fortin et M.Bigras : « La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèle théorique » pratique psychologique. 2000 pages 50)

³⁰ Werner, 1989 ; Masten et Coastworth, 1998; Manciaux, 1998 ; Fortin et Bigras, 2000 ; Anaut, 2003,

- Le divorce ou la séparation (associer à la discorde familiale)
- Une maladie chronique
- Un placement familial ou un placement dans une institution spécialisée
- Des facteurs sociaux environnementaux :
 - Le chômage
 - La pauvreté ou une situation économique faible
 - Des habitats pauvres (bidonvilles, squats...)
 - Un logement surpeuplé
- Des menaces vitales pour l'individu :
 - La guerre
 - La confrontation directe à un attentat
 - Les catastrophes naturelles

La confrontation à un seul facteur de risque est-elle suffisante pour produire des effets pathologiques ?

Qu'en est-il du cumul des facteurs de risque ? Des études ont été menées et ont permis de répondre à ces questions en mettant en lumière le poids du nombre de facteurs rencontrés, les effets cumulatifs du risque et de l'adversité.

L'analyse de données recueillies³¹ révèle que la présence d'un seul facteur de risque n'augmente pas la probabilité de voir apparaître un trouble psychiatrique, par contre, la présence de deux facteurs la multiplie par quatre, et celle de quatre facteurs ou plus par 10. Mais Norman Garmezy³² précise que les données de recherche confirment qu'il existe « *des enfants pour qui, malgré l'exposition à de multiples facteurs de risque, de telles conséquences négatives ne se manifestent pas* ».

11.1.3 Le concept de résilience au travers des facteurs de protection

Le terme « résilience » a été utilisé par Emmy Werner (1989, 1992), lorsqu'elle a analysé les données empiriques de sa recherche longitudinale, qui ne portait pas initialement sur la résilience. Dans le but d'évaluer les conséquences à long terme de stress survenu au cours des périodes prénatales et périnatales, cette psychologue américaine a suivi dès 1955 et pendant plus de 30 ans, une cohorte de 698 enfants de la naissance à l'âge adulte, sur l'île de Kauai à Hawaï. De cette population de départ, 201 enfants étaient « vulnérables », du fait de la présence de plusieurs facteurs de risque. Ce qui a beaucoup surpris l'équipe, c'est qu'un tiers de ses enfants à risque n'ont pas connu de problèmes particuliers pendant leur enfance et sont devenus des adultes heureux et compétents. De plus, beaucoup d'enfants à haut risque ayant connu des problèmes durant leur enfance ont été capables de rebondir à l'adolescence et à l'âge adulte. C'est alors pour qualifier ses enfants, que Werner a utilisé le mot « résilience » pour la première fois : cette recherche montre bien que ce n'est pas parce que des enfants se développent dans des environnements particulièrement défavorables que cela va entraîner la survenue de pathologie.

³¹ Michael Rutter : premier professeur de psychologie infantile du Royaume-Unis. Données recueillies lors d'une étude menée par Michael Rutter³¹ et ses collègues en 1975 auprès d'enfants résident sur l'île de Wight

³² Norman Garmezy ; Psychologue clinicien, spécialisé dans les recherches sur la schizophrénie

La résilience serait le résultat d'un équilibre, en constante évolution, entre les facteurs de risque, la vulnérabilité des individus et les facteurs de protection.

Selon Michael Rutter³³, « *les facteurs de protection font référence aux influences qui modifient, améliorent ou transforment la réponse d'une personne face un événement qui prédispose à une mauvaise adaptation* ».

Il faut prendre en considération les qualités positives qu'il entraîne, le rôle du facteur de protection est de modifier la réponse à une future adversité plutôt que de stimuler le développement normal,

Le facteur de protection a un effet tampon sur l'événement adverse et il va conduire l'enfant ou l'adulte qui est soumis à développer ses potentialités qui lui permettront alors d'y répondre de manière adéquate.

Nous diviserons les facteurs de protection en deux grandes catégories : ceux renvoyant à l'individu, et ceux relatifs à l'environnement externe. Plusieurs auteurs ont théorisé sur certains de ces facteurs de protection³⁴. Nous ferons état de ceux qui sont le plus couramment cités :

- Facteurs de protection interne :
 - Un niveau intellectuel moyen au minimum
 - Une capacité de résolution de problème
 - Une capacité de planifier
 - L'utilisation de stratégies adaptatives
 - Une orientation, donner un sens à la vie (foi, religion, idéologie, impression de cohérence)
 - Une estime de soi élevé
 - Un attachement sécurisant
 - Des compétences relationnelles (empathie, capacité à rechercher de l'aide, capacité de communication)
 - Une maturité précoce
 - L'altruisme
- Facteurs de protection dans l'environnement externe au sein de la famille :
 - Des relations émotionnelles stables avec un des parents ou un membre de la famille proche ;
 - Des parents compétents, qui offrent un environnement éducatif positif ouvert et qui fixe des normes ;
 - Une cohésion familiale ;
 - Le soutien du conjoint à l'âge adulte.
- Facteurs sociaux environnementaux :
 - Les réseaux de soutien informel par des pairs, des voisins, etc.
 - L'école quand elle offre un environnement éducatif, positif et ouvert ;
 - Des lieux de rencontre ou la participation à des activités (religieuses, culturelles, associatives, humanitaires, etc....).

C'est toujours la combinaison de ressources internes et externes qui favorisent l'émergence de

³³ Michael Rutter: Dans: « Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder ». British journal of psychiatry - 1985 p600

³⁴ Luthar, 1993 ; Masten et Coastworth, 1958;Fortin et Bigras, 2000 ; Cyrulnik, 2003;Lecomte, 2004

la résilience chez l'individu pour surmonter l'adversité. Il est aussi important de raisonner en termes de processus : ainsi, la résilience serait un processus de négociation de risque, les facteurs protecteurs s'opposant au risque et les facteurs de vulnérabilité conduisant à succomber à ce risque.

11.1.4 La résilience est-elle un résultat ou un processus ?

Parler de résilience en termes de résultat revient à la considérer comme la conséquence de tels ou tels facteurs.

La résilience se constate dans ses effets. Seulement, le risque majeur est de donner à la résilience un caractère figé, de considérer qu'un fonctionnement résilient serait acquis pour toujours. Or, les recherches, les constats empiriques montrent le contraire.

Joëlle Lighezzolo et Claude de Tichey³⁵ s'interrogent quant aux critères de résilience choisis qui « *ne peuvent être les mêmes chez l'enfant, l'adolescent, et la personne adulte* », qui sont « *susceptibles d'évoluer dans le temps pour un même sujet* » et enfin qui sont « *soumis à l'entière subjectivité du chercheur* »

La position qui semble dominer actuellement est celle soutenue par Michael Rutter (1985) qui consiste à aborder la résilience en termes de processus.

Par processus, nous pouvons entendre processus et dynamique adaptatif, non pérenne ou psychique (Anaut³⁶), en ce sens que :

- la résilience est comprise dans une perspective développementale, de cycle de vie, c'est-à-dire qu'elle est fonction du stade de développement dans lequel se trouve le sujet, ce qui conduit à des différences de réaction suivant l'âge l'évolution, la construction psychique, l'entourage du sujet³⁷.

- ce n'est pas une qualité fixe de l'individu, elle peut être soumise à des variations conséquentes selon les circonstances, les moments. La résilience est vue comme une construction, comme un processus évolutif³⁸.

11.2 La résilience dans le cadre du modèle psychodynamique

11.2.1 Résilience et traumatisme

Pour Boris Cyrulnik, c'est à partir du moment où la personne subit un traumatisme qu'elle va tenter de le surmonter et mettre en place un processus de résilience.

Rappelons que pour la psychanalyse, « *le traumatisme est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* »³⁹.

Cette définition, tout en mettant en évidence l'origine interne et externe du traumatisme, montre que celui-ci est avant tout psychique, puisque ce n'est pas l'événement en lui-même qui est traumatique, mais plutôt l'incapacité qu'a le sujet d'y faire face. (Exemple : différentes réactions après un attentat).

Pour B. Cyrulnik, il ne peut y avoir de traumatisme que s'il y a une « *effraction* » qui provoque

35 Joëlle Lighezzolo (maître de conférences en psychologie clinique à l'Université de Nancy 2) et Claude de Tichey (professeur de psychologie clinique à l'Université de Nancy 2). Dans : La résilience : dépasser les traumatismes, 2004, P28

36 Marie Anaut, professeur de psychologie et psychologue clinicienne

37 Cyrulnik, 1999 ; Lemay, 1999 ; Lecomte, 2002

38 Rutter, 1987 ; Manciaux, 2001.

39 J. La planche et J.B Pontalis, 1967

la déchirure de la bulle protectrice de l'enfant, si bien que celui-ci ne parvient pas à comprendre ce qui lui arrive. Son monde se désorganise et devient confus.

Traumatisme vient du grec « trauma » qui signifie « blessure », « dommage », « désastre ». Le terme trauma est dérivé du verbe titrôskô se définissant par « percer », « meurtrir » qui vient donc faire effraction. Dans le langage médical, le traumatisme est d'abord identifié comme les conséquences de lésion sur l'ensemble de l'organisme provoqué par une action violente externe.

Il est possible de distinguer les traumatismes de type 1 et de type 2⁴⁰ :

- Les traumatismes de type 1 sont marqués par la soudaineté, la brutalité de l'événement, ils se manifestent sur une courte durée : catastrophe naturelle, massacre, accident, etc.
- Les traumatismes de type 2 « résultent de l'exposition répétée sur le long terme, à des événements extérieurs extrêmes », maltraitance, abus sexuels, violence conjugale, etc.

Anna Freud⁴¹ dit qu'il faut deux coups pour faire un traumatisme. Le premier coup, il est dans le réel: c'est le coup, on est blessé, on a mal, on a un bleu, on a froid, on est humilié, c'est du réel. Et le deuxième coup est dans la représentation du réel, dans l'idée que je me fais de ce qui m'est arrivé sous le regard de l'autre, de la famille, des institutions.

C'est l'histoire d'un petit garçon qui maltraité par ses parents, est accueilli dans une famille d'accueil dans laquelle il s'est créé un attachement. Quand cet attachement s'est développé, cette famille d'accueil lui a rendu un énorme service. Mais cette famille d'accueil l'a aussi traumatisé en lui disant : « ce qu'on fait pour toi, jamais ta mère, jamais tes parents ne l'auraient fait. » Avant d'entendre ces paroles, cet enfant orphelin avait des parents de rêve, comme seuls les orphelins en ont, qui ne vieillissent pas, qui n'étaient pas fatigués, qui ne commettaient jamais d'injustice.

Ainsi, dans le réel, la famille d'accueil a rendu un grand service à cet enfant.

Toutefois, dans la représentation du réel, elle l'a choqué en lui disant : « tes parents étaient des moins que rien ; nous, on te donne beaucoup plus. Jamais tes parents n'auraient pu te donner ça ». Et ces gens, qui dans le réel ont été utiles, ont transformé dans la représentation du réel une blessure en traumatisme. A l'adolescence, ils ont été étonnés que leur enfant leur en veuille et les quitte après tout ce qu'ils avaient fait pour lui. Et ils avaient raison, ils avaient fait beaucoup pour lui. Mais on ne les avait pas aidés à travailler l'idée selon laquelle on ne peut pas agresser les agresseurs d'enfants parce que très souvent, les enfants ont honte de leurs parents, de ne pas avoir des parents comme les autres. Et ils ont envie de protéger leurs parents mêmes quand leurs parents les agressent.⁴²

Quel que soit le traumatisme et son degré de danger, c'est la perception du sujet et ses capacités défensives qui vont lui permettre ou pas de le surmonter. Car chaque individu perçoit l'adversité différemment. Les recherches concernant la résilience font suite à l'observation d'une grande variabilité individuelle dans la sensibilité au stress et au

⁴⁰ Cote, 1996, cité par de Tychev et Lighezzolo ; B.Cramer, F. Ansermet : «Le syndrome de stress post-traumatique chez le jeune enfant 1999 »

⁴¹ Anna Freud, psychanalyste

⁴² Boris Cyrulnik : dans « La résilience comment renaître de sa souffrance », chapitre: Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience ? Ed Fabert, p34.

traumatisme. Certaines personnes ou certains groupes parviennent à se développer de façon satisfaisante, ou à « rebondir », tandis que d'autres y échouent.

11.2.2 Résilience et mécanismes de défense

Le rôle hémostatique des mécanismes de défense est reconnu par des spécialistes de ce champ (Cyrulnik, 1999 ; Vanistendael - Lecomte 2000). Le but des mécanismes de défense est de protéger le sujet, l'empêchant d'être immobilisé par l'anxiété et la dépression⁴³.

Les principales défenses mobilisables face à l'excès d'excitation sont :

- le recours à l'imaginaire
- l'humour est un autre procédé défensif
- le clivage consiste à séparer les représentations entre elles ou les affects des représentations afin de mettre à l'écart les plus insupportables
- le déni doit être utilisé de manière temporaire et non durable pour faire face à une réalité trop insupportable. Selon Tychev, «*le déni porte davantage sur la signification affective de la réalité insupportable que sur la réalité en elle-même chez le sujet résilient*»
- l'intellectualisation : les processus cognitifs qui le sous-tendent visent à traiter la réalité à problème sous forme d'hypothèses, d'anticipation, de prévision en vue de l'atteinte d'une solution à valeur adaptative

Ces mécanismes de défense sont autant de dispositifs intrapsychiques susceptibles de favoriser la résilience chaque fois que le sujet est confronté à une forte agression.

11.2.3 Analyse du fonctionnement psychique de la résilience

L'analyse du fonctionnement psychique de la résilience se décompose en deux temps :

1) confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique

Le premier temps : le temps du traumatisme : l'enfant ou l'adulte résiste à la désorganisation psychique en mettant en place des mécanismes de défense qui vont lui permettre de s'adapter à la réalité frustrante

2) le temps de l'intégration du choc et de la réparation

La deuxième phase suppose l'abandon de certaines défenses d'urgence (exemple déni, projection) pour privilégier des ressources défensives plus matures, plus adapté à long terme. Par exemple : créativité, intellectualisation, altruisme, sublimation.

Par ailleurs, le fonctionnement psychique de la résilience passe par le processus de mentalisation, qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects. Il s'agit de donner un sens à la blessure. Cette phase d'élaboration, qui passe par la mise en sens du vécu traumatique et le processus d'isolation peut permettre aux résilients d'écrire son histoire ou des histoires ou de développer sa créativité.

11.3 La mise en place durable de la résilience :

11.3.1 Le rôle de la mentalisation dans l'élaboration du trauma

La résilience se développe selon l'axe intrapsychique qui porte :

- sur la capacité de mise en représentations, de construction d'un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscités par le traumatisme

⁴³ Claude de Tychev dans « Surmonter l'adversité: les fondements de la résilience » : Cahier de psychologie clinique, 2001

- sur la capacité cognitive à traiter l'information et à s'organiser, planifier, fixer des objectifs
- sur la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu, le combat... développée grâce à une suffisante croyance en ses capacités.

Il sera nécessaire de toujours tenter d'articuler le narratif et le travail sur l'émotionnel d'une part, le travail sur le cognitif d'autre part, de telle sorte que soit permise d'un côté la subjectivisation de l'épreuve traversée, sa représentation, son historicisation, sa mise en sens, et d'un autre côté l'organisation, le combat, l'accroissement des capacités de maîtrise. Le thérapeute doit développer sa capacité contenante en aidant le sujet à exprimer des éprouvés parfois difficiles à extérioriser à l'aides d'outils divers :

11.3.1.1 Les thérapies narratives :

La résilience serait la capacité de renforcer les possibilités de bifurcation, de tournants, par rapport à un chemin que l'on a pris jusque-là et où se répètent des vécus traumatiques des représentations de son vécu traumatisant au travers desquels on lit toute son histoire.

« *La narration est la méthode la plus sûre pour devenir maître de ses émotions* »⁴⁴

Le récit aura toujours le souci d'articuler les trois temps du présent, du passé qui implique la mémoire, et du futur qui implique l'attente et sous-tend la dimension de l'anticipation. Cette dimension est essentielle à considérer, car les individus et la famille doivent pouvoir, malgré le traumatisme, élaborer des projets, se donner une mission, s'imaginer dans l'avenir.

Des thérapeutes comme Michael White⁴⁵, vont essayer d'aider les familles à créer de nouvelles narrations, à se raconter autrement leur histoire, de manière à ce que ces nouvelles histoires permettent fictivement de vivre en faisant l'économie de la souffrance et du mal-être.

Le thérapeute est ici dans une position d'aide à penser, contenant et pare-excitation, contribuant au maintien de l'unité et de la continuité familiale dans une mise en ordre des événements vécus et ce qui peut en être dit. Dans ce travail, la parole a ses limites, car précisément la confrontation à la peur, l'effroi, à la honte, laisse souvent les victimes dans l'incapacité de penser.

11.3.2 Le rôle des objets médiateurs dans l'élaboration du trauma :

Des objets médiateurs sont alors du plus grand intérêt pour aider à penser les émotions et à permettre le tissage de différentes narrations. L'album photo de famille, la « chaise vide » sont de puissants « condensateurs » émotionnels. Les « objets flottants »⁴⁶ permettent ainsi un langage métaphorique non verbal, tout à la fois médiateur de la relation au sein de la famille et avec le thérapeute, objets transitionnels), objet cocrées au sein de la rencontre thérapeutique. Ainsi les sculptures familiales du présent et du futur⁴⁷, le « jeu de l'oie systémique » (Caillé et Rey 1994), le « blason familial » (Rey, 2000), le « génogramme imaginaire » permettent en même temps qu'ils soulignent à tous les zones de souffrance, de dégager des compétences, de resserrer les appartenances, de relancer un processus d'historicisation.

Comme telles, ces techniques mobilisent des énergies dans la direction de la résilience.

⁴⁴ Boris Cyrulnik dans « Entre résilience et résonance » éditions Fabert, page 84

⁴⁵ Michael White : travailleur social australien, inventeur de la Thérapie narrative

⁴⁶ Philippe Caillé, psychiatre et Yvelines Rey, psychologue et thérapeute systémique dans « les objets flottants », éditions Fabert, 2015

⁴⁷ Luigi Onnis, neuropsychiatre et professeur à l'université de Rome

Trouver un sens aux épreuves, s'investir dans un idéal, avoir foi en l'avenir pour les générations futures, développer l'idée d'un sacrifice utile aux autres, avoir le souci de transmettre l'espoir, sont autant d'orientation que le sujet peut se fixer et mobiliser par la même les autres membres de la famille. H. Aponte ⁴⁸(2001) évoque la spiritualité comme une dimension à penser, à parler, à travailler dans les rencontres avec les familles, tout particulièrement celles qui ont subi de graves dommages.

Ces familles (trop) gravement blessés ou (trop) dysfonctionnelles pour faire face aux épreuves doivent pouvoir bénéficier de mains tendues, c'est-à-dire de « tuteurs de résilience » rencontrés dans leur environnement, dans la communauté. C'est dans cette dimension que peuvent se situer parmi d'autres les thérapeutes. On est ici dans une véritable éthique, celle d'une offre à la résilience, c'est-à-dire d'une offre de moyens visant à favoriser les capacités des personnes et des ensembles familiaux à continuer leur vie le mieux possible. Cette offre passe par une meilleure information et une meilleure sensibilisation des acteurs sociaux pour qui prendre soin de l'autre est un métier et une vocation. Il nous appartient sans doute comme thérapeutes familiaux de militer pour la prise en compte contextuel du traumatisme, pour le travail de soins adaptés aux membres de la famille dans le moyen terme afin de réduire à son maximum la souffrance des sujets.⁴⁹

12 Les tuteurs de résilience

12.1 Qui sont-ils ?

Les tuteurs de résilience sont des personnes qui, par leur attitude et leur comportement facilitent la résilience chez l'enfant, chez l'adulte ou chez la personne âgée. Les facilitateurs de résilience font preuve de sincérité et de simplicité et ils sont sensibles aux autres. Lecomte insiste beaucoup sur le choix que fait l'enfant de son tuteur de résilience sans que celui-ci en soit conscient : mais, si tout le monde peut devenir tuteur de résilience, personne ne peut décréter l'être. C'est une étrange alchimie qui préside à l'élection de cette fonction c'est souvent après coup, que l'on constate avoir joué ce rôle. Et ce n'est pas forcément l'intervenant formé qui est le mieux placé, le plus efficace. Si certaines attitudes prédisposent à devenir un tel tuteur, il en va de même pour le sujet qui entre ou non dans le processus de résilience.

Michael Rutter observe que lorsqu'on a disposé autour de l'enfant des facteurs de protection, il y a une reprise possible de développement après un traumatisme.

Si un enfant est suffisamment entouré, s'il dispose de tuteur de développement autour de lui - tuteur biologique sensoriel, affectif, verbaux et socioculturels, il va pouvoir se faufiler comme il pourra afin de se développer suffisamment.

Fondamentalement, la résilience est un concept intersubjectif. La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui. Les capacités adaptatives et les capacités à penser ne peuvent être mises en jeu à partir de liens significatifs avec un environnement dans lesquels l'individu va pouvoir rencontrer ce que Boris Cyrulnik nomme les « tuteurs de résilience ».

⁴⁸ Harry Aponte, thérapeute, a travaillé avec Salvador Minuchin

⁴⁹ Michel Delage dans « Résilience dans la famille et tuteur de résilience, qu'en fait le systémicien ? » dans « Thérapie familiale » 2004/3 (Vol. 25), Page 339-347.)

Pour le sujet blessé, ces tuteurs peuvent être un parent, un enseignant, un éducateur, un psychologue... Etc. Toute personne qui va croire en lui, stimuler son développement, ces tuteurs de développement sont composés par l'histoire parentale, par la sensorialité, la manière de toucher, de parler. Les deux mots-clés sont « affectifs » et « sens ». Affectif car l'enfant a besoin de sentir aimer pour manger, jouer, être en relation à l'autre et il faut «sensé» car l'enfant n'a pas, de lui-même envie d'attribuer un sens à ce qu'il voit. Il faudra l'aider à construire ce sens qui donnera une direction à sa vie.

Selon Jacques Lecomte, un enfant blessé a besoin de sentir aimer, de se développer dans un cadre structurant, de découvrir que la vie a du sens pour devenir résilient. J'ai été intéressée par une recherche qu'il a menée auprès de personnes maltraitées dans leur enfance et devenues des parents affectueux, ce travail de recherche m'a intéressée dans la mesure où il me donne les outils afin de réaliser mon propre travail de recherche qui sera développé un peu plus loin.

L'auteur a interrogé ses ex-adolescents maltraités pour mieux comprendre leur résilience grâce à la rencontre de personne dans leur vie qui ont eu des caractéristiques communes dans leur savoir-être. Jacques Lecomte a élaboré un modèle simple de la résilience de l'enfant et du jeune, qu'il a intitulé le «*triangle fondateur de la résilience*»⁵⁰. C'est lorsqu'un (ou des) adultes manifestent de la sensibilité (le lien) et impose des règles (la loi) que le jeune peut trouver de la signification et une orientation pour son existence (le sens).

12.2 Quelles sont leurs caractéristiques ?

12.2.1 Tisser des liens

Au fil des entretiens que Jacques Lecomte a menés, il a pu constater que certaines attitudes des «tuteur de résilience» revenaient régulièrement :

- Ils manifestent de l'empathie et de l'affection
- Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne
- Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire
- Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents
- Ils respectent le parcours de résilience d'autrui
- Ils facilitent l'estime de soi d'autrui
- Ils évitent les gentilles phrases qui font mal

1) Ils manifestent de l'empathie et de l'affection :

Pour entrer pleinement dans un processus de résilience, l'enfant doit ressentir que l'adulte porte sur lui un regard inspiré par un véritable intérêt personnel, une sensibilité authentique face à la souffrance qu'il perçoit chez ce petit être. C'est le principal élément facilitateur de résilience. Jacques le compte donne en exemple le témoignage de Marie Raphaëlle qui a vécu un enfer avec ses parents dans un contexte d'alcool, de prostitution, d'abus sexuels, de maltraitance physique et psychologique. Sa maîtresse d'école primaire a joué un rôle essentiel de tuteur de résilience : elle l'a valorisée, soutenue, pris soin d'elle, « elle a réussi à me redonner courage et espoir ».

2) Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne :

Le tuteur de résilience, bien qu'il ne soit pas naïf et qu'il ait conscience des faces d'ombre de la

⁵⁰ Jacques Lecomte, dans « Guérir de son enfance » éditions Odile Jacob, 2004.

personne qui est en face de lui, s'intéresse cependant prioritairement à la face de lumière. Il croit aux potentialités de cet être et l'aide à les découvrir et à les faire croître. Tim Guénard⁵¹ exprime cela très bien lorsqu'il affirme : « *au cours de nos 22 années de vie commune, ma femme Martine ne m'a jamais enfoncé la tête dans l'eau lors de mes petits et grands dérapages (...) Ma femme a toujours dit qu'elle avait vu mon cœur en premier. Elle a discerné ce qui était bon moi. Cela, je l'admire, car ce ne devait pas être évident* ».

3) ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire :

Il y a une très grande différence entre la liberté de parler et l'obligation de parler. Beaucoup de gens pensent que «ça fait du bien de parler de ses problèmes». Oui, mais dans certaines conditions seulement. Tout dépend de la personne qui nous écoute, de la façon dont les confidences sont exprimées et reçues. Le tuteur de résilience ne cherche pas à forcer les confidences, il laisse la personne libre de s'exprimer, ou non, au rythme qui est le sien.

4) Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents :

Concevoir la résilience, non comme un état mais comme un processus, aide à considérer les moments difficiles comme des étapes plutôt que comme des échecs. Le parcours de résilience est un parcours sinusoïdal, fait d'avancées et de reculs.

Maintenir l'espoir que ce qui constitue apparemment un échec n'est qu'une étape dans un parcours de vie, est une des attitudes les plus susceptibles de faciliter la résilience.

5) Ils respectent le parcours de résilience d'autrui :

Chaque parcours de résilience est unique. Certains sujets résilients vont s'investir dans la religion afin d'y trouver un sens à leur vie ; d'autres auront besoin de travailler la résilience par la thérapie, par la créativité ou toute autre chose.

6) Ils facilitent l'estime de soi d'autrui :

Deux éléments majeurs sont susceptibles de faciliter le développement de l'estime de soi :

- . Sentir qu'on a de la valeur aux yeux d'autrui,
- . Se prouver à soi-même qu'on a de la valeur,

Ces deux aspects sont complémentaires. Il est évident que l'estime de soi d'un individu peut s'améliorer lorsqu'une personne significative à ses yeux lui exprime qu'elle croit en lui, qu'elle considère qu'elle a de la valeur.

7) Ils évitent les gentilles phrases qui font mal :

Les caractéristiques que Jacques Lecomte vient d'évoquer sont des attitudes positives, facilitatrices. Mais les tuteurs de résilience savent aussi éviter les attitudes négatives, en particulier celles qu'ils appellent les «gentilles phrases qui font mal». En voici deux souvent utilisés :

«*Je me mets à ta (votre) place*»

«*Tout ça c'est du passé, maintenant, il faut oublier*»

«*Je me mets à ta (votre) place*» est une phrase assez fréquente et toxique, bien que la personne qui la prononce le fasse avec un maximum d'empathie et la volonté d'apporter son soutien moral. Mais le message est généralement très mal accueilli. Ce propos ne peut soulager que si celui qui l'entend sait que son interlocuteur a vécu une expérience identique ou très proche de la sienne. Sinon, le sujet blessé a le sentiment que sa douleur en lien à son

⁵¹ Tim Guénard, écrivain français, cité par plusieurs auteurs comme exemple de personne devenue résiliente

histoire est sous-estimée, banalisée puisqu'une personne qui ne l'a pas vécu peut éprouver le même ressenti que lui.

« *Tout ça c'est du passé ; maintenant, il faut oublier* ». : Comme la précédente, cette phrase est généralement dite avec la volonté explicite de soulager son destinataire, mais provoque l'effet exactement contraire.

Elle est source fréquente de difficultés au sein des couples dont l'un a subi des blessures d'enfance. Se sentant impuissant à accompagner son conjoint dans son travail de mémoire, la personne tient des propos tels que « *mais enfin, oublie tout ça, tu es heureux (se) avec moi et les enfants. Ça ne sert à rien de repenser à ces trucs* ».

Les résilients ont besoin de maintenir vivant le souvenir de ce qu'ils ont vécu, tout en lui donnant une interprétation positive.

12.2.2 Fournir des repères

L'enfant et l'adolescent en difficulté ont non seulement besoin d'amour, mais aussi de cadre structurant. Tisser des liens et poser les règles sont deux attitudes non seulement compatibles mais plus encore complémentaires et nécessaires. C'est pourquoi les tuteurs de résilience savent généralement travailler ces deux registres complémentaires du lien et de la loi. Au cours de sa recherche, plusieurs témoins ont fait remarquer à Jacques Lecomte à quel point ils avaient souffert du manque de repères dans l'univers familial. Pour certains enfants ou adolescents, le manque de repères était plus grave à vivre que la maltraitance physique et psychologique infligée par leurs parents.

Cette idée de repères est également partagée par des adultes ayant passé leur adolescence dans des internats accueillant des ados en difficulté et qui disent à quel point les règles qu'ils ont dû respecter ont été structurantes pour eux, même s'ils avaient alors bien du mal à les supporter.

Fixer des limites à l'enfant est une façon de le reconnaître à sa juste valeur, de le considérer comme un être suffisamment responsable de ses actes. Au final, la loi sans lien n'est que contrainte insupportable et dénuée de sens. Inversement, le lien sans loi s'apparente à du laxisme de la part de l'adulte et risque de générer un sentiment de toute-puissance chez le jeune.

De l'équilibre entre le lien et les règles peut émerger une cohérence éducative et, par voie de conséquence, la résilience.

Il est fréquent que l'on ne voit pas les résultats de l'action menée par l'aidant. Les tuteurs de résilience ignorent souvent qu'ils le sont. Mais certains sont parfois récompensés des années plus tard. Ce qui arrive notamment lorsqu'un jeune adulte revient frapper à la porte d'une institution où il a grandi. C'est aussi le cas, lorsqu'un jeune adulte croise dans un magasin ou dans la rue un des enseignants qui a joué un rôle particulièrement important dans son parcours.

Nous constatons donc à quel point l'association équilibrée du lien et de la loi de la part d'un adulte permet aux enfants blessés de donner du sens à leur souffrance et, plus important encore, à leur existence.

Je serais tentée de considérer le cadre thérapeutique proposé comme pouvant être en lien avec les règles dont parlait précédemment Jacques Lecomte. À la différence que les règles, la loi destinées aux jeunes ou l'ado en construction, ne peuvent pas être les mêmes pour un adulte en consultation. Les règles, la loi définis par Jacques Lecomte sont celles posées par un éducateur et non pas par un thérapeute. Le cadre structurant du système thérapeutique renvoie aux règles implicites et explicites qui sous-tendent le cadre.

13 Hypothèse

L'ensemble des travaux concernant le profil du thérapeute systémicien et la résilience (avec une spécificité sur les tuteurs de résilience) est d'aboutir à vérifier l'hypothèse suivante :

« Le thérapeute systémicien est un tuteur potentiel de résilience pour le patient, pour la famille »

14 Méthodologie de la recherche

14.1 Choix de la méthodologie de la recherche

Pour mener une recherche 2 méthodes sont principalement employées : la méthode quantitative et la méthode du cas unique. Si la première est actuellement privilégiée dans le champ scientifique car plus objective, il n'en demeure pas moins que la seconde suscite toujours un grand intérêt. De plus, ces deux méthodes sont complémentaires : *« la méthode inductive quantitative a surtout pour intérêt de vérifier la régularité d'un événement observé, la méthode du cas unique a pour objet l'illustration d'une théorie »*.

J'ai choisi de procéder à une étude quantitative et qualitative. J'ai réalisé la recherche à partir d'un échantillon de 10 patients au moyen d'entretiens téléphoniques. Je les ai interrogés sur le ressenti de leur relation avec leur thérapeute lors d'un suivi thérapeutique achevé.

14.2 Description de la population

La population est constituée de patients suivis par des thérapeutes systémiciens. Pourquoi systémiciens ? Parce que l'approche systémique a un intérêt par :

- son principe d'inclure et d'impliquer le thérapeute dans le système thérapeutique
- par les outils dont il dispose,
- pour à la fois créer une alliance thérapeutique avec le patient et le mettre en situation de compétences, d'être plus à même de favoriser le processus de résilience.

Le thérapeute systémicien a selon moi une prédisposition à devenir un tuteur de résilience. Il peut potentiellement l'être pour le patient s'il lui donne les moyens pour cela.

Les patients ont été sélectionnés au hasard.

Dans un premier temps, un collègue thérapeute a préalablement mis à ma disposition des dossiers de patients non archivés, et m'a permis d'en prendre un certain nombre au hasard. Ensuite, il a été plus simple pour d'autres collègues thérapeutes que je réalise une présentation de mon projet d'étude.

Ce projet a été transmis aux patients qu'ils avaient suivis, afin qu'ils me joignent si ces derniers étaient intéressés pour s'entretenir avec moi.

En prévoyant de travailler sur la base d'un échantillon de 10 personnes, j'ai dû refuser des entretiens. Sept thérapeutes systémiciens, dont deux binômes de thérapeutes, ont fait l'objet d'un travail thérapeutique avec au moins un des 10 patients.

L'alliance des deux binômes était si importante que les sujets n'ont pas distingué les membres du binôme, donc la notion de co-thérapie n'apparaîtra pas dans les commentaires des résultats de l'étude.

14.3 Les critères du questionnaire

J'ai construit le questionnaire à partir des caractéristiques des tuteurs de résilience, étude préalablement réalisée par Jacques Lecomte, et d'éléments de base de la communication en systémie.

L'idée de ce type de questionnaire est d'évaluer si le thérapeute a pu être potentiellement un tuteur de résilience pour le patient par le feed-back que ce dernier fait de son ressenti, de son processus de travail avec son thérapeute.

Les questions ont été posées sous la forme d'un entretien. L'entretien téléphonique a été le moyen le plus accessible pour les patients ainsi que pour moi-même.

Le questionnaire était semi directif avec une orientation essentiellement ouverte. Le but recherché était d'obtenir le point de vue des patients sur des thématiques propres à sa relation avec son thérapeute et en quoi ce vécu-là avait pu permettre ou pas le travail thérapeutique.

Puis après avoir recensé tous les éléments de réponse, je les ai catégorisés, j'ai émis des hypothèses, puis je les ai reliés à des théories déjà vus et nouvelles.

14.4 Hypothèses de travail et analyse des résultats par questions

14.4.1 Le questionnaire

1) Pendant combien de temps avez-vous été en travail thérapeutique ?

Cette question permet d'évaluer le nombre de séances travaillées en thérapie avec l'hypothèse que plus le patient bénéficie de séances, plus il est dans une relation de travail avec le thérapeute, et peut aboutir à une résolution de ses problèmes.

Le nombre de séances est de 1 à 20 s'étalant de 1 semaine à 1 an.

En moyenne, chaque patient ou couple ou famille a bénéficié de 7 séances.

Parmi les 10 patients, 8 d'entre eux ont fait aboutir leur travail thérapeutique et en sont satisfaits. Les 2 autres ont écourté leur travail (motif : une patiente ne s'est pas sentie soutenue par le thérapeute au bout de deux séances. Un patient aurait voulu poursuivre mais son épouse s'y est opposée (4 séances).

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de séances et le travail thérapeutique. Les patients ne consultent pas uniquement pour résoudre des problèmes, mais parfois pour confirmer une décision, un choix. Pour un des couples, une séance a suffi pour atteindre leur objectif thérapeutique.

2) Comment voyez-vous la position de votre thérapeute dans la relation avec vous ?

-Position hiérarchique ? D'expert ?

-Position complémentaire ? Egalitaire ?

-En alternance entre les 2 ?

A quoi voyez-vous que le thérapeute a telle posture plutôt qu'une autre ? Donnez-moi un exemple.

Cette question renvoie aux types de relations développées par Watzlawick. L'hypothèse serait que l'alternance position expert / position complémentaire-égalitaire adoptée par le thérapeute ferait émerger chez le sujet des émotions, l'envie de dérouler son histoire; que le thérapeute ait pour commencer une position d'expert, afin de faire valoir la compétence du patient pour lui-même, mettre en avant ses capacités et ses ressources et l'amener à définir des objectifs,

le patient se retrouve alors en position haute acteur de sa prise en charge.

Dans 5 cas sur 10, les thérapeutes ont adopté une alternance position expert – position complémentaire égalitaire.

Dans 3 cas sur 10, les thérapeutes ont adopté selon les patients une position majoritairement égalitaire-complémentaire

Dans 1 cas sur 10, la thérapeute a adopté une position majoritairement d'experte

Dans 1 cas sur 10, la position du thérapeute est décrite comme *floue et en retrait*.

La notion de position d'expert a été définie comme le fait de :

- *Poser le cadre thérapeutique par le thérapeute*
- *Proposer une lecture différente des événements*
- *Poser différemment les questions (trois personnes l'ont évoqué)*
- *Utiliser différents outils*
- *Analyser ce qui pouvait se dire en séance*
- *Conduire l'entretien (exemple : présentation croisée des personnes)*
- *Signifier pour une patiente le fait d'imposer son point de vue*

La notion de position complémentaire égalitaire a été perçue, définie comme :

- *La capacité du thérapeute à se mettre au même niveau de communication de la patiente*
- *Par un contact facile, une mise à l'aise, une bonne « accroche »*
- *Par l'absence de jugement de valeur*
- *Par le fait d'expliquer les émotions, les ressentis du patient*
- *Par le fait de solliciter les compétences et ressources du patient*
- *Par un sentiment libre de s'exprimer, par l'expérience professionnelle du thérapeute*
- *Par un discours simple*

8 fois sur 9, la position d'expert a débuté le suivi thérapeutique, pour laisser la place majoritairement à une position complémentaire-égalitaire.

Le cas unique lors duquel la thérapeute a eu une position majoritairement d'experte était pour l'unique rencontre (la première fois où les personnes ont exprimés leurs difficultés), on peut s'interroger sur comment se serait déroulée la deuxième séance ? (Quelle position aurait adopté cette fois-ci la thérapeute ?)

3) Comment qualifiez-vous l'écoute de votre thérapeute ?

- Écoute empathique ? (Il sait se mettre à votre place)
- Écoute distante ?
- Autre type d'écoute. Définissez le type d'écoute, qu'est-ce que cela a permis ou pas ? À quel moment ?

Cette question fait référence à une des attitudes « des tuteurs de résilience » observée dans les entretiens que Jacques Lecomte a menés : « ils manifestent de l'empathie et de l'affection ». Manifester un réel intérêt personnel, une sensibilité authentique face aux sujets en difficulté est le principal élément facilitateur de résilience

L'écoute du thérapeute a été qualifiée 9 fois sur 10 d'empathique. À chacune des séances, le mot empathique est illustré de plusieurs façons : « *le thérapeute était proche de mon fils et de moi-même* » ; « *elle comprenait ce que je disais* » ; « *elle savait s'y prendre avec mon fils* » ; « *il est à l'écoute de mes émotions sans les banaliser* » ; « *la thérapeute a su se mettre à ma place* (exprimé par 4 patients) ; *écoute active, rétroactive*.

Les patients ont également complété la qualification de l'écoute par une écoute « *analytique* », par une écoute « *empathique avec une bonne distance* », ou par une écoute « *présente et attentionnée avec une certaine distance* », ou par une écoute « *rassurante* ».

Ces types d'écoute ont encouragé les patients à poursuivre les séances et ont permis de:

- *mieux comprendre leur situation*
- *favoriser un meilleur échange entre les membres de la famille*
- *prendre de nouvelles initiatives*
- *se détendre*
- *accepter un traitement (EMDR) donc d'accepter de revivre les traumatismes*
- *accepter de faire confiance*
- *être reconnu dans sa souffrance*
- *se sentir plus en confiance, rassurée, de développer davantage ses préoccupations de se raisonner, de temporiser les situations,*
- *délivrer ses émotions, de lâcher prise, les larmes, « un retour sur son enfance, ses blessures »*
- *se livrer davantage, de mieux comprendre son conjoint, d'échanger davantage avec son conjoint au domicile*

Les 9 patients ont décrit une écoute (presque) sur mesure, au regard de ce qu'elle a permis. Au moins 3 des patients évoquent la notion d'*écoute empathique avec une « bonne distance »*. L'écoute empathique plus ou moins associées à un autre qualificatif a eu des conséquences favorables sur la personne elle-même, dans sa relation avec les membres de la famille. Seule 1 patiente a qualifié l'*écoute* de son thérapeute de *distante et dépourvue d'empathie* ce qui a eu pour conséquence de sentir livrée à elle-même, ce fut un moment difficile à vivre, elle a eu un sentiment d'abandon.

On observe combien la qualité de l'écoute du thérapeute peut induire une modification positive chez le patient ou un sentiment de solitude. Selon les cas, le patient pourra continuer à travailler sa résilience ou pas.

4) Dans le travail thérapeutique, qu'est-ce que le thérapeute a le plus privilégié selon vous ? Vos compétences ? Vos manques ? Vos difficultés ? Vos réussites ? Vos ressources ? Votre plainte ? À quel moment ?

Cette question renvoie à une des attitudes « des tuteurs de résilience » : « ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne », car s'intéresser positivement aux côtés positifs du sujet signifie que le thérapeute croit en ses potentialités et favorise son processus de résilience.

- 4 patients sur 10 déclarent que leur thérapeute abordait pour débiter la séance leurs difficultés pour se focaliser ensuite sur leurs compétences, leurs ressources et ou leurs réussites.
- 4 autres patients disent de leur thérapeute, qu'il travaillait la séance avec eux à partir de leurs ressources
- 1 patiente qu'il n'a consulté qu'une seule fois, n'a travaillé que sur la base de ses manques, après avoir présenté sa situation.
- 1 patiente témoigne que le thérapeute n'aurait rien privilégié (ni ressources, les compétences, ni manque) pour favoriser le travail thérapeutique.

Il semblerait que les deux groupes de quatre patients ont pu mener à bien leur suivi thérapeutique malgré une divergence dans la pratique professionnelle. Pour le second groupe de 4 patients, nous pouvons toutefois nous interroger sur le souvenir qu'ils ont gardé de la

manière dont ils ont abordé ce pourquoi ils sont venus consulter. Quant à la personne qui n'a consultée qu'une seule fois, nous pouvons nous demander comment aurait été amorcée la seconde séance si elle avait eu lieu ?

Il est évident qu'il ne peut y avoir d'issue favorable pour la patiente dont le ressenti est que le thérapeute ne s'est saisi de rien.

5) Qu'elle aurait pu être l'attitude de votre thérapeute si certains des objectifs fixés dans le travail thérapeutique n'étaient pas atteints ? Aurait-il eu une attitude de découragement ? Une attitude dynamique d'encouragement ? Une absence d'expression ou autre ?

Cette question a été construite à partir d'une des attitudes « des tuteurs de résilience » : « ils ne se découragent pas face aux échecs apparents ». Il est important que le patient perçoive chez son thérapeute son indulgence face à ses éventuels échecs. Que les échecs font partie des étapes de la vie. La patience du thérapeute, ainsi que sa croyance à l'égard du patient sont une des attitudes facilitatrices de la résilience.

- 8 patients sur 10 pensent que leur thérapeute aurait eu une attitude dynamique d'encouragement si certains des objectifs fixés dans le travail thérapeutique n'étaient pas atteints. La situation ne s'est pas présentée (donc non vérifiée), cette forme de conviction personnelle indique une confiance du patient dans le thérapeute.

-1 patiente a expérimenté la situation, le thérapeute a eu à son égard une attitude d'encouragement et ce plusieurs fois. L'attitude dynamique d'encouragement a généré à la fois le sentiment de se sentir respecté par la thérapeute et une sensation de gêne à l'égard de la thérapeute qui lui a apporté conseils et soutien que la patiente n'a pas su utiliser dit-elle. Ceci lui a permis cependant de se motiver à travailler ses propres difficultés.

-1 patiente pense que son thérapeute aurait eu une attitude indifférente. Madame est blessée par la phrase du thérapeute « il n'y a pas de solution, vous n'êtes pas faits pour vivre ensemble ». Cependant la situation ne s'est pas présentée.

6) Lors de vos entretiens, votre thérapeute a-t-il toujours eu un discours adapté à vos besoins ? Si oui à quel moment ? Sinon à quel moment ? Quelle en a été la conséquence ?

Cette question fait référence à une des attitudes des tuteurs de résilience : « ils évitent les gentilles phrases qui font mal ». Au-delà des phrases qui peuvent faire mal, c'est l'importance des propos adressés au patient, en cohérence avec ce qu'il peut attendre, ressentir. C'est un accompagnement par la parole qui est susceptible de faciliter la résilience.

- 9 patients sur 10 témoignent d'un discours adapté à leurs besoins par leur thérapeute. Ils l'illustrent ainsi : « *il a trouvé les mots justes pour me parler ce qui a eu pour conséquence la sensation d'être comprise, de ne plus être seule* », « *Mon besoin était d'entendre que j'avais bien réagi et que c'était normal d'avoir peur* », ces propos ont permis de développer la confiance avec le thérapeute.

Ce discours adapté a permis :

- *pour un patient de retrouver une stabilité, de retrouver confiance en ses propres ressources*
- *pour un autre, cela a confirmé la décision de se séparer de son conjoint et de poursuivre un travail thérapeutique individuel*

- *pour un autre, de développer la confiance en soi car le patient dit avoir été entendu, compris*
- *pour une autre, lui a donné envie de renouveler les séances et elle s'est sentie mise en confiance*
- *pour un autre : de porter un autre regard sur les choses.*

Pour 1 patiente, le discours n'était pas adapté à ses besoins, les séances ont manqué d'investissement de la part du thérapeute, de plus, ce dernier ne l'aurait pas encouragée à reconduire les séances.

- 9 patients sur 10 ont le ressenti d'un discours adapté de leur thérapeute, quel que soit le contenu du discours ou quel que soit le thème auquel il se rapporte.
- 4 patients sur 10 ont employé le mot « *confiance* » pour définir la conséquence liée au discours adapté, au ressenti du patient à l'égard de son thérapeute dans la relation thérapeutique.
- 2 patients sur 10 ont évoqué *la sensation de bien-être* en lien avec un discours adapté.

7) Vous sentiez-vous libres de vous exprimer ou de vous taire pendant les séances ? Que ressentiez-vous à ce moment-là ?

Cette question fait également référence à une des attitudes des tuteurs de résilience : « ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire » : s'exprimer ou s'abstenir de le faire doit être un choix libre du sujet. Le tuteur de résilience permet cette liberté à la personne dans le but de favoriser sa résilience.

-10 personnes sur 10 se sont senties autant libres de s'exprimer que de se taire.

Cette libre expression :

- *a produit une sensation d'être entendue, écoutée, soutenue*
- *a provoqué un sentiment de liberté, d'être maître d'elle-même, générant un état de bien-être*
- *a permis d'exprimer ses émotions, de mettre des mots sur une évidence*
- *a éprouvé la patiente physiquement et psychologiquement de façon positive*
- *a créé un espace de détente des tensions physiques et morales*
- *a permis au patient de ne ressentir aucune pression*
- *a mis en évidence les compétences de certains patients : prendre soin de son conjoint (réfléchir à comment dire ses pensées, ses ressentis sans blesser) et être maître de soi-même.*

Cependant, pour 1 personne, cette liberté a été jugée comme « pas assez guidée » « trop libre ».

8) Lors des entretiens, votre estime de vous-même était-elle valorisée par votre thérapeute ?
Si oui comment l'avez-vous perçu ?

Cette question est en lien avec une des caractéristiques des tuteurs de résilience : « ils facilitent l'estime de soi ». Cette estime de soi est nourrie par le regard positif, l'intention positive que l'autre pose sur soi.

- 8 personnes sur 10 se sont senties valorisées dans l'estime d'elle-même par leur thérapeute.
- 3 personnes sur 8 témoignent d'une *mise en valeur au niveau de la personnalité* :

l'encouragement du thérapeute à lui faire voir le côté positif de ses capacités, de son caractère. Par la manière dont le thérapeute met en évidence les traits positifs de la personnalité du patient et des feed-back positifs sur celle-ci : « *vous avez des valeurs, du bon sens...* ».

- Le domaine para verbal est également illustré par (*l'impassibilité du thérapeute, l'attitude chaleureuse, l'encouragement dans le regard, la tonalité de la voix*)
- la manière dont le patient s'est senti valorisé s'est également manifesté par :
 - *la façon dont la thérapeute traduisait sa pensée*
 - *l'encouragement du thérapeute à faire persévérer le patient dans l'action*
 - *des conclusions du thérapeute en fin de séance*
 - *le fait de ne pas minimiser les faits*
- pour 1 patiente, une seule séance n'a pas permis ce type de valorisation ;
- pour 1 patiente, le thérapeute (selon elle) ne portait aucun intérêt à sa demande d'être aidée, elle ne s'est pas sentie écoutée.

9) Quel trait dans la personnalité de votre thérapeute a pu contribuer à susciter un malaise ou à vous mettre à l'aise ? De quelle façon ? Quelles conséquences cela a eu dans votre travail thérapeutique ?

L'idée de cette question est d'évaluer si un trait de la personnalité du thérapeute joue un rôle dans le processus thérapeutique, si ce trait permet d'activer le processus ou de le freiner. Pour Carl Whitaker⁵², « *la personnalité du thérapeute est un élément curatif dans la thérapie* ». ⁵³

- 9 patients sur 10 évoquent des traits de la personnalité de leur thérapeute qui ont contribué à les mettre à l'aise. Ces traits de la personnalité ont été définis par :
 - *une expression corporelle, mon thérapeute a un côté sécurisant, dégage de la sécurité, a un côté zen, a quelque chose de chaleureux, a une forme de neutralité dans la posture*
 - *par la manière de s'exprimer verbalement : la transparence par les explications claires dans le déroulement de la séance, le savoir écouter*
 - *par des caractéristiques inhérentes au thérapeute : la douceur, la directivité, le rôle de guide, la perspicacité, l'honnêteté, l'ouverture, la positivité, l'intuition*
 - *par la nature sexuée du thérapeute : pour une patiente, le sexe masculin l'a renvoyée à son père avec lequel elle n'entretenait pas de bonnes relations, mais à la fin de ce travail, elle en a entrepris un autre pour travailler sa relation avec son père.*

Nous pouvons constater que cette façon d'être par le corps, les mots, ce qui s'en dégage joue un rôle déterminant dans le travail thérapeutique et le processus de résilience.

-1 patiente décrit au contraire que « *l'attitude du thérapeute renversé sur son fauteuil jambes croisées* », « *sa mise en retrait* », sa posture « *supérieure* » et son « *absence d'implication* », a contribué à susciter un malaise. Cela a eu pour conséquence de s'être senti abandonnée.

10) Quelles seraient selon vous les qualités, attitudes qu'un thérapeute devrait développer pour aider un patient à lever les obstacles rencontrés sur son chemin ?

⁵² Carl Whitaker est un des pionniers de la thérapie familiale

⁵³ Dans : « La thérapie symbolique expérientielle » dans « Panorama des thérapies familiales », Mony Elkaïm, éditions points 1995

Les 10 patients proposent des qualités/attitudes en lien avec le savoir-faire du thérapeute, les items dominants du savoir-faire du thérapeute sont :

- *l'attente que le thérapeute soit force de proposition,*
- *qu'il serve de guide*
- *qu'il conserve une certaine distance professionnelle*
- *qu'il élabore des stratégies de travail*
- *qu'il mette le patient en situation de compétences*
- *qu'il instaure une relation de confiance.*
-

Les 10 patients proposent des qualités/attitudes en lien avec le savoir-être du thérapeute, les items dominant du savoir-être du thérapeute sont :

- 8 personnes sur 10 défendent la notion d'écoute (*écoute positive, active, interactive, empathique*) ;
- 4 personnes sont dans l'attente *d'absence de jugement de la part du thérapeute* ;
- 2 personnes souhaitent que *le thérapeute centre son intérêt sur sa personne.*
- 2 personnes évoquent *la disponibilité nécessaire pour créer un état de mieux être pour le patient*
- *La gentillesse, faire preuve de douceur, la recherche de connivence, choisir les mots justes* font partie des qualités humaines attendues.

Nous pouvons retrouver à partir de ces items certaines attitudes des « tuteurs de résilience » :

1. « Ils manifestent de l'empathie et de l'affection » (écoute empathique, développer une relation de confiance...)
2. « Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne (aborder des difficultés sous un angle positif, un guide qui ferait prendre conscience des capacités du patient) ;
3. « Ils évitent les gentilles phrases qui font mal » (savoir adapter son langage en fonction du type de patients, choix des mots..;)
4. « Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents » (absence de jugement, aider à modifier sa façon de faire, la disponibilité du thérapeute.)

14.4.2 Étude de la 10e question en lien avec les caractéristiques d'un tuteur de résilience

Les réponses à la question 10 décrivent ce que les patients attendent d'un tuteur de résilience dans le travail thérapeutique. Est-ce que nous retrouvons ces éléments dans les questions précédentes ?

Si on retrouve au moins 1 des adjectifs similaires aux réponses des neuf premières questions en lien avec les réponses de la question 10, on pourra alors conclure que le patient a reconnu son thérapeute comme tuteur de résilience dans le système thérapeutique posé à ce moment-là.

Patients	Qualités attendues du thérapeute lors de la question 10	Qualités reconnues à son thérapeute lors des 9 premières questions	Résultats
A	<ul style="list-style-type: none"> • La manière de mettre à l'aise • La gentillesse • La disponibilité • Absence de jugement • Parler avec simplicité 	<ul style="list-style-type: none"> • La manière de mettre à l'aise • La gentillesse • La disponibilité 	3/5
Patients	Qualités attendues du thérapeute	Qualités reconnues à son	Résultats

	lors de la question10	thérapeute lors des 9 premières questions	
B	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en confiance • Savoir se mettre à la place de l'autre • Le choix des mots • Aborder les difficultés sous un angle positif • Un guide qui ferait prendre conscience des capacités du patient • Savoir écouter 	<ul style="list-style-type: none"> • Mis en confiance par le biais de l'attitude corporelle • Savoir se mettre à la place de l'autre avec un point de vue objectif • Le choix des mots • Aborder les difficultés sous un angle positif • Un guide qui ferait prendre conscience des capacités de du patient 	5/6
C	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute empathique • Comprend ce que vous pouvez dire • La douceur • Entreprenant • Développer une relation de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute empathique • Elle comprenait ce que je disais • La douceur 	3/5
D	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute empathique • Etude analytique • Absence de jugement • Développer une relation de confiance • Déranger le patient • Conserver une bonne distance professionnelle • Avoir différents types de raisonnement • Proposer différents possibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute empathique • Etude analytique • Absence de jugement • Développer une relation de confiance 	4/8
E	<ul style="list-style-type: none"> • Distance bienveillante • Faire le pas de côté pour obtenir une autre lecture de la situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Distance bienveillante 	1/2
F	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir écouter • Cerner les besoins • Chercher à connaître la personne, son entourage • Elaborer des objectifs en commun • Donner des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir écouter • Cerner les besoins 	2/5
G	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute empathique • Aider à fixer des objectifs • Aider à modifier sa façon de faire • Savoir adapter son langage en fonction du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute empathique • Aider à fixer des objectifs • Aider à modifier sa façon de faire 	3/4
Patients	Qualités attendues du thérapeute	Qualités reconnues à son	Résultats

	lors de la question10	thérapeute lors des 9 premières questions	
H	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude positive empathique • Instaure une relation de confiance • Attitude d'échange 		0/3
I	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de jugement • Développer de la chaleur humaine (connivence/clin d'œil/sourire) • Faire preuve d'humour • Proposer des lectures • Avoir une attitude d'intérêt 		0/5
J	<ul style="list-style-type: none"> • l'ouverture (absence de jugement) • Proposer des outils • Développer une relation de confiance • L'expérience professionnelle • L'écoute interactive • La disponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • l'ouverture (absence de jugement) • Proposer des outils • Développer une relation de confiance 	3/6

14.4.3 Discussion

Les éléments de réponse de la question 10 apportés par les patients témoignent soit d'une redondance sémantique, soit d'une illustration de la qualité attendue ou encore, la conséquence d'une des attitudes du thérapeute

Les qualités et attitudes du thérapeute attendues par le patient s'avèrent fréquemment correspondre à celles retrouvées auprès de leur thérapeute.

Ils proposent en outre quelques compléments de caractéristiques.

Au regard des réponses obtenues ,8 patients sur10 confirment hypothèse suivante « **le thérapeutique systémicien est un tuteur potentiel de résilience pour le patient, pour la famille** »

Des réponses convergent vers certaines caractéristiques décrites par Jacques Lecomte :

«Ils manifestent de l'empathie et de l'affection »

«Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne »

«Ils évitent les gentilles phrases qui font mal »

«Ils respectent le parcours de résilience d'autrui »

A ces caractéristiques, s'ajoutent celles proposées par les patients interrogés (items les plus fréquemment retrouvés) :

«Ils instaurent une relation de confiance »

«Ils ne portent aucun jugement »

«Ils mettent le sujet en situation de compétences »

«Ils centrent leur intérêt sur la personne »

«Ils accordent leur disponibilité »

Les caractéristiques proposées par les patients interrogés et celles par Jacques Lecomte ont

été également développées par Karine et Thierry Alberne⁵⁴:

- savoir mettre à l'aise l'interlocuteur pour qu'il se sente en confiance et accepte de livrer des choses intimes et de parler librement de leur ressenti
- savoir respecter le rythme des interlocuteurs est primordial
- c'est le patient qui décidera lui-même du moment opportun, et du contenu de la confiance : le thérapeute lui tendra des « perches », sans jamais l'obliger à saisir l'une d'elles

La relation thérapeutique joue un rôle important dans les processus de changement, de résilience. Quelle que soit l'orientation du clinicien, la relation existante entre le client et le thérapeute est considérée depuis longtemps, tant par les chercheurs que par les cliniciens comme un élément essentiel du processus d'aide et de changement positif⁵⁵. Carl Rogers⁵⁶ est reconnu comme l'initiateur de cette réflexion autour de la relation thérapeutique – patient, car il a beaucoup développé la notion de relation d'aide, soulignant « *la nécessité d'une relation à la fois structurée, permissive, chaleureuse et sans jugement* ».

La mise en situation de compétences est un des principaux concepts développés par Guy Ausloos (notion développée dans la première partie du mémoire). « *Pour qu'il y ait résilience il faut qu'il y ait une certaine compétence* »⁵⁷. Certains patients témoignent de l'attente qu'ils ont auprès leur thérapeute de les aider à mettre en exergue leurs compétences.

Le patient sait qu'il a des compétences pour trouver ses propres solutions mais son état de vulnérabilité du moment, la situation complexe réduit sa possibilité à s'en saisir seul ; il a besoin pour cela d'un guide, d'un éclairer.

Les réponses des patients à l'entretien téléphonique témoignent de leurs capacités à analyser leurs besoins, leurs attentes à l'égard de l'aide que pourrait apporter le thérapeute. Je peux constater toutefois que l'énumération des qualités ou attitudes du thérapeute décrites explicitement (question 10) par les patients ne correspondent pas totalement à celles décrites implicitement lors des neuf premières questions.

Mais celles décrites implicitement semblent avoir largement contribué à créer un processus de résilience dans le travail thérapeutique.

Michel Maestre⁵⁸ propose « une réflexion des professionnels de la relation d'aide en deux étapes :

- la première consisterait en une interrogation sur le regard que nous portons sur les patients et toutes les personnes dont nous avons la charge : quelles sont les émotions qui nous animent lorsque nous sommes en relation professionnelle avec eux ? La pitié, le dégoût, la haine... ? L'indifférence ?
Ou bien, nous est-il possible de repérer, d'entrapercevoir, de décoder chez nos patients des compétences, des richesses qui sommeillent, et pour lesquels, même si cela paraît difficile sommes-nous prêts à nous engager à leur côté en leur donnant force, conscience et espoir ?
- La seconde, après avoir évacué les représentations négatives, serait d'élaborer un

⁵⁴ Karine et Thierry Alberne : dans « Applications en thérapie familiale systémique » éditions Elsevier/Masson, 2013

⁵⁵ Rogers, 1957 ; Gurman, 1977 ; Bordin, 1979

⁵⁶ Carl Rogers, psychologue humaniste, Il a principalement œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la relation d'aide (*counseling*) et de l'éducation. Sa méthode, l'approche centrée sur la personne (ACP), met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement).

⁵⁷ Guy Ausloos dans : « Entre résilience et résonance », éditions Favert, 2013, P109

⁵⁸ Michel Maestre, psychologue clinicien, thérapeute de couple et de famille et formateur en thérapie familiale systémique

protocole de travail permettant de développer les ressources de ses sujets. En tant que psychothérapeute, éducateur, rééducateur enseignant, il nous appartiendrait intégrer dans notre travail un processus de résilience dans lequel nous serions tuteurs de développement pour les personnes que nous accompagnons. »

Pour De Shazer, c'est le patient qui est l'expert de sa thérapie, c'est lui qui trace le chemin pour parvenir au but fixé défini, le thérapeute est là pour l'aider mais pas pour vouloir le changement à sa place. Le thérapeute encourage la créativité de la famille, valide les compétences de tous ses membres et les aide à trouver eux-mêmes leurs propres solutions. Le thérapeute est responsable de la mise en place du processus thérapeutique mais pas de son résultat.

15 Limites

J'ai choisi délibérément de travailler à partir de thérapies achevées afin de ne pas mettre mal à l'aise les patients à l'égard de leurs thérapeutes que j'étais censée connaître, ni le thérapeute qui se savait évalué par son patient. Travailler à partir de thérapies achevées est très intéressant car cela permet au patient de repenser son processus de travail différemment.

J'ai également choisi de porter mon objet d'étude à partir de l'approche systémique car il s'agit de mon approche de formation en cours. Je ne me suis donc pas intéressée aux autres types de thérapie.

Je constate après l'achèvement de mon travail, que j'aurais dû demander aux patients si leur thérapeute a été potentiellement un tuteur de résilience pour eux. Cette information aurait permis d'affiner ma conclusion.

Afin d'obtenir des réponses un peu plus exhaustives concernant les différents types de relations selon Watzlawick, j'aurais aussi pu interroger le patient sur la position basse du thérapeute lors de l'entretien, l'a-t-il expérimenté ? Qu'est-ce que ça aurait permis ?

Au vu de la littérature sur les caractéristiques concernant la résilience ou les tuteurs de résilience, la recherche repose sur un travail initial de Jacques Lecomte qui n'a pas été reconduit, ni multiplié.

L'échantillon des patients étudié n'est pas représentatif de la population.

Cependant l'étude demeure intéressante car elle permet de pouvoir étendre la recherche sur l'étude de la catamnèse du patient, il s'agirait alors d'étudier l'évolution du parcours de vie du patient qui a bénéficié d'une thérapie plus ou moins longue.

D'autant plus que les patients interrogés ont eu un intérêt certain à s'exprimer sur leurs ressentis lors des entretiens téléphoniques qui ont duré entre 30 minutes et trois heures. La moyenne consacrée était d'une heure.

16 Conclusion

Ce qui est important pour le développement de la résilience, c'est non seulement le regard que les personnes portent sur elles-mêmes face à l'adversité, leurs perceptions de la situation, leurs projections dans l'avenir etc., mais également le regard que l'on porte sur le sujet blessé.

Être sensible au concept de résilience, c'est accompagner le sujet en difficulté avec la conviction qu'il a en lui des ressources et des compétences. C'est l'aider à s'en servir notamment en renforçant ses facteurs de protection personnelles et environnementaux, ainsi que de faciliter des comportements résilients.

Cependant, il n'existe pas et ne peut exister de « thérapeute parfait », ici, tout est affaire de rencontres interpersonnelles.

Le plus important est de garder intacte sa volonté thérapeutique, malgré les aléas et les échecs que certains patients, couples, familles nous feront nécessairement vivre au cours d'une carrière (les patients et les enfants en particulier ressentent très bien si le thérapeute s'intéresse à eux et veut vraiment les aider).

Le thérapeute ne peut pas décider à l'avance si la séance sera un support de résilience pour le patient. Par contre, s'il est à l'écoute de ses émotions et si les résonances qui se manifestent au cœur de la thérapie peuvent être utilisées et le sont, alors il aura créé un processus de résilience. Le contexte thérapeutique est un contexte favorable pour développer « les flammèches de la résilience », la famille en thérapie, le couple qui vient consulter peuvent y tisser une toile de liens affectifs structurés autour d'émotions qui émergent dans une coconstruction entre le thérapeute et la famille.

La résilience pourrait appartenir au concept systémique, car elle est un processus dynamique, constant, en mouvement, en interaction avec autrui ou tout événement et ce à toutes les étapes d'une vie.

Les caractéristiques du thérapeute systémicien semblent correspondre à celles d'un tuteur de résilience; il a l'opportunité de le devenir mais cette évolution dépendra en grande partie de la rencontre et de la relation thérapeutique qui s'établira entre lui et le patient.

Ce travail de recherche a été une belle aventure, une véritable maïeutique. Ce fût un grand moment où allier thérapie systémique et résilience a nécessité de puiser dans de nombreuses lectures, réflexions, échanges, expériences et références personnelles. Ce travail processuel a été jonché de doutes, de remises en causes, parfois le temps a semblé bien long.

Au final l'expérience reste mémorable et particulièrement enrichissante.

17 Bibliographie

Karine et Thierry Alberne. « Applications en thérapie familiale systémique ». Masson, 2013.

Maurizio Andolfi. « La thérapie avec la famille ». ESF, 1982.

Harry J. Aponte. « L'amour source spirituelle du pardon : un exemple de spiritualité en thérapie ». Dans « Thérapie familiale » 2001 (Vol. 22), Page 357-359.

Guy Ausloos. « La compétence des familles ». Ères, 2013.

Bateson. « La nature et la pensée ». Seuil, 1984.

Philippe Caillé, Yvelines Rey. « Les objets flottants ». Fabert, 2015.

Boris Cyrulnik. « La résilience comment renaître de sa souffrance, chapitre: « comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience ? ». Fabert, 2015, p34.

Boris Cyrulnik. « Entre résilience et résonance ». Fabert, 2013, page 84.

Michel Delage. « Résilience dans la famille et tuteur de résilience, qu'en fait le systémicien ? » dans « Thérapie familiale » 2004/3 (Vol. 25), Page 339-347.

Michel Delage. « Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques » dans « Thérapie familiale » 2002/3 (Vol. 23), Page 269-287.

Peter de Jong et Insoo Kim Berg. « De l'entretien à la solution ». Satas, 2002.

Claude de Tichey. « Surmonter l'adversité: les fondements de la résilience » : Cahier de psychologie clinique, 2001.

Nathalie Duriez. « Changer en famille » - Collection relations, Ères, 2009.

Mony Elkaïm. « Si tu m'aimes, ne m'aime pas ». Seuil, 1989.

Mony Elkaïm. « La thérapie symbolique expérientielle dans Panorama des thérapies familiales ». Points, 1995.

L.Fortin et M.Bigras. « La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèle théorique » pratique psychologique, 2000.

Edith Goldbetter-Merinfeld, Juan-Luis Linares, Luigi Onnis, Elida Romano, Marco Vanotti. «Thérapie familiale en Europe, inventions à cinq voix ». De Boeck, 2010.

Jacques Lecomte. « Guérir de son enfance ». Odile Jacob, 2004.

Joëlle Lighezzolo et Claude de Tichey. « La résilience : dépasser les traumatismes » Editions In-Press, 2004, P28.

Psychologie médicale. « Création d'une unité fonctionnelle de thérapie familiale au CHS Montperrin Aix-en-Provence, 1992

Yvelines Rey. "Penser l'émotion en thérapie systémique : le blason familial" dans « Thérapie familiale » 2000 (Vol. 21), Page 141-154.

Michael Rutter. « Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder ». British journal of psychiatry - 1985 p600.

Virginia Satir. « Thérapie du couple et de la famille. Desclée de Brouwer, 2006.

Amandine Theis. «Approche psychodynamique de la résilience » Thèse de doctorat en psychologie clinique.

Paul Watzlawick. « Une logique de la communication ». Editions du seuil, 1972.

Michael White. « Thérapie de déconstruction » dans « Cahiers critiques de thérapie familiale » 1998 (Vol. 19) P153-189.

Internet : <http://www.ch-montperrin.fr/institution/historique1.html>