

Chanson de geste ou ce que nous apprend le travail systémique avec les familles où une personne est anorexique

Yveline REY

Dans [Soigner les anorexies graves \(2009\)](#), pages 163 à 187

Article mis en ligne le 01/04/2010 sur Cairn.info :

[Chanson de geste... travail systémique avec les familles où une personne est anorexique | Cairn.info](#)

La démarche classique en psychologie clinique nous a appris à considérer l'individu (sujet ou patient) dans tous ses états psychiques. La démarche systémique, par complémentarité, nous invite à comprendre le contexte où surgissent difficultés et pathologie comme « matrice du signifié ». Cette vision grand angle est cependant plus cinématographique que photographique, comme le remarque G. Ausloos (1995). Autrement dit, elle n'est jamais fixe mais varie continuellement en fonction de l'ouverture du champ, de l'éclairage, de la place de l'observateur, de son intention, de son attention, de ses finalités.

L'intention ici n'est pas de catégoriser, de sérier, de classer mais plutôt d'explorer, plus précisément d'explorer l'anorexie mentale comme phénomène complexe et communication à niveaux multiples.

L'attention, elle, portera sur ce dialogue très particulier entre thérapeute systémique et famille, quand l'objet de la rencontre est une jeune fille (ou parfois un garçon) qui présente des troubles restrictifs de la conduite alimentaire. Nous nous intéresserons à ce que ce dialogue nous indique des jeux interactionnels où émerge l'anorexie comme message crypté, à ce qu'il nous apprend quant à la façon de construire l'espace thérapeutique.

Les finalités sont une modélisation de la relation d'aide qui favorise l'évolution à la fois de la patiente et de la communauté d'appartenance par la mise en place d'espaces différenciés mais cependant reliés.

L'anorexie mentale comme phénomène complexe et communication à niveaux multiples

Si c'était un air de musique, on entendrait peut-être La Jeune Fille et la mort de Schubert. Si c'était un paysage surgirait sans doute un désert de sable ou une foule agglomérée à l'infini, un paysage qui estompe les contours, qui rend floues les limites mais qui peut être aride ou foisonnant. Ce pourrait être aussi une sculpture de Giacometti ou de César. Et pourquoi pas des matriochkas ? Ces poupées russes qui s'emboîtent les unes dans les autres illustreront très bien notre propos.

La plus grande représente la société, notre société occidentale, moderne, postindustrielle. La poupée de taille moyenne pourrait représenter la famille et la plus petite l'individu. Si nous poursuivons sous cette forme allégorique, il faudrait placer entre la poupée moyenne et la grande celle de l'espace thérapeutique.

Le contexte social

F. Skaarderud écrit (1993) :

« Toute communication peut être lue comme un texte... Pour moi, le texte présenté par l'anorexie est un essai sur les frontières et l'espace psychique de la femme dans la société postindustrielle. »

Il remarque que la culture occidentale tend à déplacer le contrôle interne en un contrôle externe et que les pathologies liées aux conflits d'autorité (névroses obsessionnelles, hystérie) laissent de plus en plus la place à des manifestations pathologiques liées au manque de frontières (états limites).

À notre époque de mondialisation, la déritualisation accompagne l'effacement des frontières. Ces deux phénomènes, limites claires et rituels de passage, favorisaient l'accès à l'autonomie. Les rituels qui rythmaient le cycle de vie et balisaient, en particulier, le passage de l'enfance à l'adolescence et de l'adolescence à l'âge adulte sont devenus quasiment inexistantes ou sont vidés de leur sens. Il en résulte que la structuration de l'espace collectif/privé, dedans/dehors et du temps (phases, irréversibilité) est mise à mal. Ce qui était fondateur de l'expérience du sentiment d'identité est de moins en moins assuré par un environnement social qui relègue aux oubliettes de la pensée collective les thèmes de la vieillesse, de la maladie, de la mort.

Le corps est devenu un objet esthétique intemporel survalorisé et les messages socioculturels véhiculés par les médias ne donnent plus de repères mais imposent des modèles idéaux. La société du « politiquement correct » demande aux femmes d'être belles, minces, indépendantes et performantes sur tous les plans. Ces messages sont d'autant plus redoutables quand ils atteignent de plein fouet des adolescentes fragilisées, aux limites floues et peu protectrices qui ne peuvent que se sentir envahies par ces modèles idéaux prônés par des canaux multiples.

Dans ce contexte social, l'anorexie mentale peut apparaître comme une amplification des aspects paradoxaux de cette communication ambiante. La minceur en devenant maigreur extrême lance un message ambigu sur le thème mythique de l'apparence. Le contrôle que la jeune fille pense exercer sur son poids et son entourage avec l'espoir qu'il la rendra indépendante l'amène, au contraire, à dépendre de plus en plus de son régime et de son entourage qui se mobilise autour de sa maladie. Le disque se raye et le refrain si actuel sur l'encouragement à la prise d'autonomie devient une rengaine insupportable et aliénante.

En bref – et paradoxalement – la grève de la faim non déclarée de l'anorexique devient le miroir grossissant des excès de notre société de consommation où l'avoir et le paraître laissent de moins en moins de place à l'être.

Cependant, l'objectif de cette description quelque peu caricaturale n'est pas de dresser un inventaire des méfaits de notre société. On peut aussi bien considérer que l'ouverture des frontières permet une meilleure circulation de l'information et voir alors tous les avantages qui en découlent, ce qui dessinerait un verre cette fois à moitié plein.

Il s'agit plutôt ici de surligner le lien entre manifestations pathologiques et changement au niveau macro-social, de rendre explicites les incidences du global sur le local et de les prendre en compte afin d'améliorer les modalités thérapeutiques.

Par ailleurs, force est de constater que si le facteur socioculturel est déterminant – les pays du tiers-monde où la consommation et la nourriture ne peuvent être un enjeu ne connaissent pas cette forme de pathologie –, il ne saurait être suffisant. En d'autres termes, à la vulnérabilité individuelle, au contexte socioculturel prédisposant, il convient d'ajouter la dimension familiale dans le développement et le maintien de cette pathologie.

Le creuset familial

« Elle essaie de disparaître au sein de la famille, mais en devient par là-même le centre incontournable. Elle est loyale à sa famille. À travers son symptôme, elle signale pourtant à l'entourage que ses proches ne peuvent lui donner suffisamment de place, de nourriture émotionnelle et d'amour. »
(Skaarderud, 1993)

Groupe-naturel-et-culturel-doté-d'une-histoire, la famille est de plus en plus reconnue comme communauté d'appartenance essentielle au développement de la personne. Selon les époques et les courants, les systémiciens ont placé l'accent soit sur la dimension horizontale ou synchronique – celle des modalités interactionnelles observables dans l'ici et le maintenant –, soit sur la dimension verticale – celle des modèles qui se construisent et se transmettent d'une génération à l'autre, l'axe diachronique. Actuellement, la plupart des auteurs admettent que la communication familiale comporte au moins deux pôles.

Le premier pôle est un pôle rituel, qui correspond à celui de séquences répétitives dans les échanges, avec les règles, les codes, les rôles qui s'y rapportent. Ce pôle est celui de la danse interactionnelle.

Le second pôle est un pôle mythique, qui recouvre les croyances partagées, les valeurs, le récit qui donne sens. À ce niveau mythique est associée une logique qui organise la chorégraphie, une logique qui dit comment on doit se comporter dans cette famille, mais aussi comment on doit sentir, ressentir et même penser.

Entre ces deux pôles existe une relation de type récursif, à savoir que si le niveau mythique donne la cadence et rythme les échanges, la danse par son aspect ritualisé conforte et participe au maintien du mythe. L'originalité de l'apport européen qui s'inscrit dans une mouvance systémique de second ordre est de prendre en considération la totalité de cet ensemble à trois dimensions que P. Caillé (1991) a appelé le modèle organisant de la famille. Il est également clair que nous n'avons jamais une connaissance complète de ce modèle organisant, nous pouvons seulement l'approcher par les hypothèses qui émergent au sein de la rencontre thérapeutique.

Pour éclairer ce point fondamental, je ferai référence à une anecdote tenant surtout de la métaphore. Un reportage télévisé montre un grand nombre de moines bouddhistes rassemblés en train de prier ou de méditer. Simultanément le présentateur évoque l'élimination en masse de poulets porteurs d'un virus en Chine. De prime abord le lien entre les bouddhistes qui prient et le discours du présentateur sur les poulets ne paraît pas évident au téléspectateur. Cependant le présentateur explique que les moines prient pour les âmes réincarnées dans les poulets ! Si je ne crois pas à la réincarnation, ce commentaire peut me faire sourire. En revanche, si je partage cette croyance, je me joindrai à ce rassemblement, pas seulement en raison des valeurs partagées mais parce que ma participation à cette manifestation contribue à marquer une frontière entre ceux qui croient et ceux qui ne croient pas. De ce fait ma participation à ce rite confirme l'identité de ma communauté d'appartenance en même temps qu'elle signale la différence d'avec ceux qui préconisent l'extermination des poulets. Ma participation est à la fois allégeance et signe de dépendance à un groupe mais aussi marque ou revendication d'autonomie par rapport à une société plus large.

Laissons cette anecdote et revenons à la famille, pour souligner que le modèle organisant est essentiel dans la constitution de l'identité d'appartenance qui, elle, est nécessaire à la construction de l'identité individuelle.

Explorons maintenant les spécificités des familles dont un membre présente des troubles de la conduite alimentaire. S. Minuchin, psychiatre et thérapeute familial originaire d'Argentine mais qui exerce aux États-Unis, propose une carte de la structure – de l'organisation des liens – des familles où la patiente présente une anorexie mentale. Ces familles présentent quatre caractéristiques transactionnelles, qui se retrouvent également dans les familles à fonctionnement psychosomatique. Cela pourrait nous inviter à réfléchir sur notre grille nosologique traditionnelle (Minuchin et al., 1996). Compte tenu de leur incidence quant au traitement et à la prise en charge familiale, il me paraît intéressant de les rappeler.

L'enchevêtrement fait référence à un degré élevé d'implication et d'attachement réciproque qui va de pair avec des limites intergénérationnelles et interpersonnelles fragiles qui rendent aisée l'invasion de l'espace individuel. Un bref exemple traduira concrètement cette observation. Au cours d'une séance consacrée à la

reconstruction de l'histoire familiale, le thérapeute demande à la patiente anorexique son ressenti personnel par rapport à un événement marquant – en l'occurrence la naissance de l'aîné des garçons. La patiente évoque alors les circonstances difficiles de l'accouchement, comme si elle était la mère et non la sœur du garçon. Malgré l'insistance du thérapeute, elle aura beaucoup de mal à se situer comme membre de la fratrie.

Ce désir excessif d' « être ensemble » et de « tout partager » s'accompagne d'un manque d'intimité. L'une des conséquences de ce type de fonctionnement est une perception peu différenciée que les membres de la famille ont d'eux-mêmes. Il en résulte une hiérarchie exécutive confuse et un sous-système parental peu efficace face aux décisions à prendre ou à la résolution des problèmes. Il est alors courant qu'un grand-parent ou qu'un parent s'engage dans une coalition plus ou moins cachée avec un des enfants en l' « instigant » contre l'autre parent, selon la formule de M. Selvini-Palazzoli (1996). Dans cette configuration, il devient clair que « la maladie » est tout à la fois enjeu et stratégie.

L'hyperprotection désigne une modalité répétitive d'interaction où l'on assiste à une surenchère dans les demandes et offres de soin et de protection. Tous les membres de la famille manifestent une sollicitude appuyée et une préoccupation constante du bien-être de chacun. Comme le remarque S. Minuchin (ibid.), un éternuement met en mouvement une myriade d'offres de mouchoirs. Dans ce mode d'échange, les considérations ou les remarques critiques sont le plus souvent accompagnées de comportements apaisants et pacificateurs destinés à éviter l'explosion des conflits familiaux.

La rigidité. Ces groupes marqués par l'enchevêtrement et l'hyperprotection sont fortement centrés sur le maintien du statu quo. Face aux événements qui requièrent une modification des règles de la communication familiale, par exemple au moment de l'adolescence, les membres de la famille conjuguent leurs efforts pour conserver un équilibre (homéostasie) qui tend vers la permanence. Compte tenu des inévitables pressions aussi bien externes qu'internes, ces familles vivent dans un état chronique de stress latent. Elles tendent à développer des circuits d'évitement dans lequel le « porteur de symptôme » aura une fonction évidente.

Le manque de résolution des conflits. Les caractéristiques précédemment énoncées, lorsqu'elles se conjuguent au sein d'un même groupe, aboutissent à ce que de telles familles aient un seuil de tolérance très bas au conflit.

Ainsi que le remarque J.-P. Gaillard (1998), les enjeux de la relation familiale dans l'anorexie mentale s'organisent autour de grands principes au service d'une complémentarité rigide. Cette complémentarité se manifeste plus spécifiquement dans la relation entre nourriciers et nourris et se heurte à la revendication farouche de la jeune fille à plus de symétrie et d'égalité dans les rapports. Concrètement, cela se traduit par son refus opiniâtre de toute nourriture aux temps et heures décidés par les parents, qui lui interdisent avec tout autant de fermeté et par principe toute nourriture hors de ces temps (ibid.). Ce conflit, qui s'apparente aux conflits intergénérationnels propres à la crise d'adolescence, reste larvé, soigneusement dissimulé et surtout jamais verbalisé. Les disputes mineures, les changements de sujet, les interruptions constantes relayées par l'un ou l'autre membre de la famille permettent d'éviter la confrontation et empêchent toute issue conflictuelle avant que soit atteint un seuil dangereux. Certaines familles vont même jusqu'à nier l'existence de tout problème, en dehors bien sûr de celui de l'anorexie.

Pour les structuralistes comme S. Minuchin, ces caractéristiques – enchevêtrement, hyperprotection, rigidité, manque de résolution des conflits – forment le creuset au sein duquel la maladie peut se développer et se maintenir du fait même qu'elle est utilisée comme mode et voie (voix !) de communication. Cette conceptualisation très pragmatique est enrichie et éclairée par des recherches plus actuelles sur l'exploration des mythes familiaux. Cela permet, comme nous l'avons exposé plus haut, d'envisager le modèle organisant de la famille dans sa globalité et de mieux saisir comment l'organisation des interactions entretient les croyances partagées et comment ces croyances rythment la danse rituelle.

En particulier L. Onnis (1996, p. 165) remarque que dans les groupes familiaux enchevêtrés et organisés autour de la surprotection, il s'agit principalement d'un mythe qui exalte l'unité et l'harmonie familiale et qu'il faut maintenir à n'importe quel prix.

« Un mythe qui, naturellement, présente une spécificité, une singularité par rapport à l'histoire particulière de chaque famille mais qui est fréquemment en corrélation avec un fantasme de rupture (comme nous l'avons appelé), c'est-à-dire avec la peur que chaque manifestation conflictuelle, chaque mouvement de séparation puisse produire une désagrégation plutôt qu'une transformation évolutive des liens affectifs et menacer ainsi l'intégrité du système. Sous un angle individuel, l'adhésion du patient à ce mythe est profonde, sur un plan émotionnel plutôt que cognitif, et ceci explique la force des liens qui l'attachent à sa famille et les sentiments de culpabilité par rapport à toute possibilité de transgression (on retrouve ici ces loyautés invisibles dont parle I. Boszormenyi-Nagy) ».

Nous ne saurions clore ce tour d'horizon des différentes strates du « terreau familial » dans le développement de l'anorexie mentale sans faire référence aux travaux de M. Selvini-Palazzoli sur la pathogénèse des relations. Cet auteur décrit en particulier un processus en six étapes qui, lorsqu'elles se succèdent et s'emboîtent, aboutissent au comportement anorectique.

Les deux premiers stades concernent les familles d'origine et la constitution du couple avec son mode d'organisation interactif. M. Selvini-Palazzoli remarque que, selon sa casuistique, il s'agit d'un couple où la femme se confine dans un rôle de victime tant à l'égard de son mari que de sa famille d'origine. Elle renonce à l'affirmation de sa propre personnalité, à la revendication de ses besoins individuels pour s'identifier totalement à sa fonction de mère et de maîtresse de maison, par ailleurs extrêmement contrôlante et intrusive. Selvini et al. (1996) note :

« La très faible estime qu'elles ont d'elles-mêmes semble comme le miroir de l'efficacité de leur fille à montrer ouvertement à travers leur corps, l'insécurité et la mésestime de soi. »

Il y a comme une incapacité pour ces mères à s'amuser, à montrer de la fantaisie, à demander de l'aide ouvertement quand elles sont débordées. Quant au choix de leur partenaire, elles recherchent un homme capable de se réaliser socialement et qu'elles se montreront prêtes à servir et à assister. Secrètement elles aspirent à une estime qu'elles n'obtiendront jamais.

Le mari peut présenter deux types de profil. Le profil le plus courant est celui du mari « encaisseur », brave, intelligent, dont la réussite professionnelle est souvent brillante, mais qui se montre incapable de freiner le comportement intrusif de son épouse. L'autre profil plus rare est celui d'un homme autoritaire qui, à l'inverse, rabroue ouvertement son épouse sans cependant parvenir à ce qu'elle ne se dévoue corps et âme à sa pauvre vieille mère, par exemple. Une remarque importante est que chacun des conjoints reste émotionnellement très lié à une famille d'origine frustrante, ce qui constitue une cause de friction réciproque. À nouveau ici, en filigrane, sont évoquées les loyautés invisibles décrites par I. Boszormenyi-Nagy.

Le troisième stade réfère à l'enfance de la future patiente. Le point commun, au-delà des différences individuelles, est que dans aucun cas la fillette n'a reçu les soins qui correspondent à ses besoins. Soit elle se trouve enfermée prématurément dans un rôle de consolatrice de la mère, soit elle devient la « petite princesse » de son père et se laisse séduire par celui-ci pour compenser l'insuffisance maternelle ; elle entre alors en compétition avec la mère. Cette fonction prépondérante de go between se fait au détriment de ses besoins d'enfant et de son développement personnel. Notre pratique clinique, comme l'illustre l'exemple suivant, confirme les observations de Selvini.

Éléonore, 14 ans, lors d'un premier entretien familial, s'assoit d'emblée au centre, entre ses deux parents. Elle semble « trôner » et toute la communication des deux adultes passe par elle. Le même scénario se reproduit à la deuxième séance. À la troisième, la thérapeute l'invite à changer de place : elle peut s'asseoir où elle veut à condition de laisser les deux parents côte à côte. Elle accepte bien cette proposition et se place à côté de son père. Cependant à nouveau elle monopolise la parole et sa mère semble complètement écartée du dialogue qu'elle engage avec son père. Elle évoque en particulier un épisode concernant les nombreux voyages de son père à l'étranger et les cadeaux qu'il lui rapporte à chaque fois. Récemment il lui a rapporté du Japon deux somptueux paquets qu'elle a refusé d'ouvrir, malgré sa curiosité, pendant deux mois pour « punir » son père d'être resté absent plus longtemps que prévu ! Éléonore apparaît ici non seulement comme la petite princesse

très gâtée (matériellement) de son père, mais également comme le « bras vengeur » d'une mère qui ne dit mot et affiche une mine résignée.

Le quatrième stade concerne l'adolescence de la jeune fille qui est marquée par des changements décisifs modifiant sa perception des sentiments de ses parents à son égard. Elle réalise, sans pouvoir le formuler ainsi, qu'elle a été « flouée », voire utilisée dans un dialogue de couple dont, en fait, elle est exclue.

Le cinquième stade correspond à l'explosion du symptôme sous forme d'un régime qui ne s'arrêtera pas. L'anorexique a donc trouvé le moyen de se distinguer de sa mère, remarque Selvini (1996), en évitant d'engraisser comme elle les humiliations et en exerçant un contrôle parfait de soi et des autres, comme le montre le cas d'Éléonore. En fait ses revendications, à travers cette grève de la faim non déclarée comme telle, s'adressent à chacun de ses parents qu'elle ressent, sans pour autant l'élaborer, comme sourds à ses besoins élémentaires mais dominés par les leurs. L'incapacité des parents à percevoir les revendications à « bouche fermée » de leur fille et leurs réactions inappropriées transforment une banale crise d'adolescence en situation chronique.

Au sixième stade, le « jeu familial », maintenant bien rodé, continue à travers des stratégies basées sur le symptôme et la conviction que celui-ci va durer. Tant et si bien que si la jeune fille tente d'abandonner son régime elle se trouve confrontée à l'obstruction acharnée des parents. Telle cette mère, citée par Selvini (ibid.), qui d'un air dégoûté dit à sa fille qui a repris quelques kilos : « Mais tu ressembles à un éléphant ! » Quant à la patiente, elle a découvert l'immense pouvoir que lui octroie son symptôme et comment il lui permet de retrouver ou de garder la position privilégiée, plus ou moins illusoire, dont elle jouissait pendant son enfance.

« Souvent elle enchaîne sa mère à elle-même, dans un lien pseudo-symbiotique qui cache de l'hostilité et du contrôle. »
(Selvini et al., 1996, p. 154)

Cette grille diachronique, même présentée ici de manière très schématique, ne peut que parler aux praticiens confrontés régulièrement aux familles de patientes anorexiques. Elle doit cependant être nuancée et relativisée. De nombreuses circonstances peuvent intervenir à chaque étape et modifier le processus engagé. À chaque stade il existe un nombre de choix et d'ouvertures (surtout si elles sont encouragées par des professionnels attentifs) qui peuvent heureusement et salutairement entraver l'évolution vers l'installation d'une anorexie durable.

Ces études sur la dynamique du « jeu familial » menées par Selvini et ses collaborateurs de l'École de Milan donnent un nouvel éclairage à la remarque de Skaarderud (1993) à propos de l'anorexique :

« Son corps n'existe plus en tant que sien propre : il appartient à sa famille. »

Elles constituent un des apports les plus importants de cette fin de siècle à la compréhension efficiente des processus relationnels accompagnant l'émergence de l'anorexie mentale.

L'espace thérapeutique

Ce balayage à différents niveaux contextuels de l'écologie des liens dans l'apparition des désordres du comportement alimentaire, pour rapide qu'il soit, nous interroge inévitablement quant à la façon de structurer l'espace de la relation d'aide.

Compte tenu de l'enjeu vital de cette forme de pathologie et de la multiplicité des intervenants quand le trouble perdure, comment doser le trop ou le trop peu des interventions ? Comment agencer les différents espaces de « soin » afin qu'ils ne deviennent pas enchevêtrés et rigides, miroirs de la dynamique organisationnelle familiale, mais puissent rester à la fois différenciés et connectés afin de diversifier les formes d'expérience qui favoriseront d'autres expressions possibles que celle de la symptomatologie ?

Si l'anorexie mentale est une forme de communication paradoxale, il est évident que le double message envahit aussi l'espace thérapeutique :

« L'anorexie est une communication paradoxale. Le concept de séduction peut avoir son utilité à propos de la relation dans laquelle le thérapeute se trouve engagé ; il peut rapidement se trouver prisonnier de la logique de la crise anorexique... qui ressemble aux trous noirs du cosmos : elle aspire à soi toute l'énergie de l'entourage et tend à recruter de nouveaux membres pour le système pathologique... Le risque existe pour le thérapeute de devenir un "amateur passionné" en acceptant que l'anorexique convertisse sa crise en crise du thérapeute... En travaillant à l'intérieur de paradigmes étroits sans flexibilité suffisante, le thérapeute peut facilement contribuer à renforcer le mythe selon lequel nos structures de santé ne sont pas en état de fournir un traitement adéquat à cette affection de haute actualité. »
(ibid.)

Comment alors transformer le double lien pathogène en simple lien thérapeutique ?

Il serait présomptueux (même pour un systémicien !) de vouloir répondre de manière définitive à ce questionnement. Il paraît surtout important de le soulever afin de baliser le chemin qui, de toutes façons, sera à construire à chaque nouvelle situation. Il existe des protocoles systémiques qui ont fait leurs preuves (Gaillard et al., 1998). Notre propos est davantage ici d'inscrire quelques notes dans la marge d'un espace de connexion/différenciation à créer et de proposer quelques « touches » cliniques destinées à illustrer une modélisation possible de l'intervention systémique. Tous les cas présentés dans ce texte réfèrent à des prises en charge familiales au sein d'une clinique universitaire qui accueille des adolescents et des jeunes adultes.

Narration d'une prise de contact, ou comment engager le dialogue avec l'entourage institutionnel et familial du patient ?

Appelons-le Nicolas. Il a 17 ans et nous est adressé avec sa famille par le médecin chef du service où il est hospitalisé. Le médecin évoque une anorexie sévère qui s'est déclarée il y a environ deux ans. Notre premier contact est avec la « famille institutionnelle » – le médecin et le référent du malade. La conversation se centre moins sur l'anamnèse du patient que sur le parcours de l'équipe avec ce garçon et ses parents, qu'ils ont déjà rencontrés et préparés à ce travail. Sont principalement évoqués leur sentiment d'impuissance – Nicolas en est à sa troisième hospitalisation, dont deux dans un autre établissement –, et les raisons qui les ont amenés à envisager une thérapie familiale : l'implication extrême du garçon dans un conflit conjugal en partie dissimulé mais non moins virulent.

Dans un second temps est abordée la question du relais avec la famille, de la différenciation et de la spécialisation des espaces de soin.

Il s'agit pour l'équipe de thérapie familiale de travailler en priorité sur et avec le contexte en instaurant le plus tôt possible un climat de collaboration et de partenariat tant avec les soignants qu'avec la famille pour prévenir d'éventuelles escalades symétriques et les inévitables disqualifications réciproques qui s'ensuivent. Le message analogique véhiculé par cette démarche doit traduire notre volonté de synchroniser nos efforts en étant attentifs à diversifier les systèmes de référence tout en marquant clairement les repères spatio-temporels de chacun. C'est aussi ce message que doit recevoir la famille dès le premier entretien.

Viendront à cette séance, que l'on qualifie de préliminaire afin de signifier que rien n'est encore engagé et qu'il est possible de ne pas s'engager, les deux membres de l'équipe soignante déjà mentionnés, les parents de Nicolas, Nicolas et ses deux jeunes sœurs de 15 et 12 ans, Béatrice et Sophie.

Le début de séance est consacré aux présentations des personnes (d'emblée les enfants ont leur espace-temps de parole préservé), du matériel vidéo, de son usage et de sa confidentialité. Le médecin du service n'y aura pas accès au-delà de cette première session. Les objectifs de la rencontre sont énoncés clairement, à savoir la décision ou non d'entreprendre un travail avec la famille, l'exploration des réticences, des craintes, des motivations et des attentes de chaque personne présente.

Concrètement, le médecin en charge du patient est invité à préciser les motifs de son indication et les membres de la famille encouragés à rétroagir. Madame pourra alors faire part de son scepticisme et surtout de ses craintes que tous les griefs accumulés ne remontent à la surface alors que Monsieur et les trois enfants se

déclareront plutôt très favorables à cette démarche avec cependant certaines nuances et des attentes différentes. En particulier, Sophie, la dernière, déclare que si on ne fait pas quelque chose en famille, elle a peur de suivre le même chemin que son frère.

Dans une deuxième partie de l'entretien, lorsque le contact est établi et l'atmosphère un peu moins tendue, il est demandé à chacun de donner sa définition du ou des problèmes actuels. L'objectif d'une telle formulation est de décentrer l'attention focalisée sur le patient pour inclure progressivement l'interaction familiale dans le dialogue.

Pour médiatiser ce questionnement qui peut apparaître trop incisif et anti-homéostatique (déstabilisant) lors d'un premier entretien, nous utilisons un panier ou une corbeille en osier. Les participants sont invités à tour de rôle à prendre cette corbeille et à y déposer leurs préoccupations majeures du moment avec la possibilité d'utiliser un « double fond » pour y placer ce que l'on ne souhaite pas pour l'instant mentionner. Il est aussi demandé à chacun d'évaluer le poids du panier dans le temps et ce qui se passerait s'il venait à disparaître (introduction de la durée et de la fonction de la maladie et autres dysfonctionnements).

Le père, sans hésiter, s'empare le premier de la corbeille et commence à pleurer ; aucun membre de la famille ne paraît surpris mais personne ne veut expliquer ce que signifient ces larmes. Il finit par dire que la famille est devenue un tribunal et que tous le jugent responsable de l'anorexie de Nicolas. C'est ce qui lui pèse le plus et ne va qu'en s'accroissant. La mère, très contrôlée, parle, sur un ton qui tend à minimiser les choses et à faire redescendre la tension, de problèmes économiques et relationnels, de disputes entre les enfants. Les filles évoquent les repas devenus un « enfer » du fait que Nicolas exerce une sorte de « terrorisme » sur la nourriture lorsqu'il est à la maison. Nicolas quant à lui parle uniquement des disputes entre ses parents et met en avant son souci de protéger sa petite sœur, très sensible, afin qu'elle ne tombe pas malade à son tour.

Un frisson parcourt le dos des thérapeutes : cette séquence pourrait s'intituler « Chronique d'une maladie annoncée » ! Bien sûr, aucun des membres de la famille ne peut envisager qu'il n'y ait plus de problèmes majeurs dans la corbeille. Comme le dit Selvini, tout le monde s'attend à ce que cela dure.

Compte tenu des informations recueillies, la fin de séance est consacrée à dramatiser l'anorexie comme maladie où le pronostic vital est en jeu, et que vu la lourdeur du panier il n'est pas possible d'envisager une amélioration rapide. Il est même recommandé en cette phase préliminaire de ne rien modifier aux habitudes (contre-paradoxe à minima qui aurait dû être plus vigoureux puisque la famille annonce elle-même que rien ne peut changer). Réaction immédiate de Madame : « Si vous aviez dit que cela allait s'améliorer rapidement, je ne vous aurais pas crus et je ne serais pas revenue ! »

La séance est aussi consacrée à préciser le partage des rôles, à savoir que le médecin, présent comme accompagnateur de la famille mais qui ne reviendra pas, a en charge la santé du patient et prendra les mesures qu'il jugera nécessaires à l'amélioration de l'état de Nicolas. L'équipe de thérapie familiale travaille, elle, à remobiliser les ressources et compétences de la famille même si actuellement il semble y avoir un blocage dans les capacités évolutives du groupe. Le ton est très chaleureux et la participation de chacun est reconnue. Si j'ai choisi de rapporter cette prise de contact avec la famille de Nicolas, c'est que cette situation illustre assez bien les points suivants. Le projet au cours d'un premier entretien est de poser clairement le cadre, de marquer les espaces, de tracer les limites, de définir les rôles et le domaine de compétence de chacun. Il est aussi de prendre le temps de s'affilier (joining) au groupe et à chacun de ses membres en tant que personne.

L'attention doit porter autant sur l'interaction, sollicitée par un certain nombre de techniques, que sur le contenu. Cela favorise l'émergence des aspects paradoxaux de la communication et rend plus facile l'usage incontournable d'un contre-paradoxe quand il s'agit de cas aussi critiques (Gaillard et al., 1998) ; mais, comme on vient de le voir, c'est aussi la meilleure façon d'ouvrir l'angle de vision aux effets des désordres de la conduite alimentaire sur l'entourage et de mettre en évidence les boucles rétroactives et autres cercles vicieux. L'objectif reste d'introduire au plus tôt le modèle organisant comme tiers afin de permettre aux membres du groupe familial d'entrer en dialogue avec leurs propres représentations des relations et de la communication familiales (niveau rituel et niveau mythique).

Chanson de geste

Il est fort difficile de rester dans un style de conversation ordinaire, même si l'écoute est amplifiée, avec les familles dont un(e) enfant présente une anorexie mentale. Le risque est en effet, ici plus qu'ailleurs, d'être rapidement absorbé dans le « jeu » familial. La production langagière (mode digital) est moins sollicitée que dans d'autres approches thérapeutiques. Le plus souvent la mise en mots passe d'abord par la mise en gestes, autrement dit par le langage analogique qui a l'avantage de posséder une sémantique appropriée à une définition non équivoque de la relation (contrairement au mode digital).

Il y a un peu plus de six mois que nous rencontrons la famille de celle que nous nommerons Paméla. Ils viennent de loin, du nord de la France, très régulièrement, se montrent ouverts et très impliqués dans ces séances de thérapie familiale. L'ambiance est lisse, à peine quelques rides à la surface d'une eau qui nous semble cependant de plus en plus opaque. Les mots redisent toujours la même version : famille banale et sans histoire dont le seul problème et d'ailleurs événement marquant est l'anorexie de leur fille unique, Paméla, âgée de 19 ans. Avant d'être hospitalisée à Grenoble, Paméla a effectué un séjour dans une clinique de sa région deux ans auparavant...

La thérapeute en séance commence à éprouver douloureusement cette ankylose du temps et du mouvement. Il est donc décidé de proposer à la famille un mode d'expression où les mots auraient moins d'importance mais qui serait susceptible d'apporter une nouvelle compréhension de ce qui se passe entre les différents membres de la famille, sur la façon dont ils se traitent les uns les autres et donc sur la valeur du message anorectique.

Concrètement, il s'agit pour chacune des personnes présentes de réaliser dans la pièce une sculpture en plaçant chaque membre du groupe dans une position, une attitude, avec une expression qui expriment la vision du sculpteur sur la façon dont chacun participe à la relation, cela en utilisant un minimum de mots.

Il y a peu de réticences, il est clair que s'est déjà établie une relation de confiance, indispensable à ce type d'exploration, entre la thérapeute et ces trois personnes.

Le père se lève et propose de commencer : il place les trois statues sur une même ligne, sa femme est debout, de face, son attitude est accueillante mais son expression inquiète. À l'autre extrémité il campe sa fille, raide, contractée, de dos, avec une expression de sévérité. Il se met, en dernier, au milieu, à égale distance entre les deux femmes, sans les toucher. Il écarte légèrement les bras, en précisant qu'il est tirillé des deux côtés, mais de façon plus souple du côté de son épouse et plus autoritaire du côté de sa fille. Il ajoute que si un mouvement animait la sculpture, la ligne se refermerait en cercle et tous se rapprocheraient en se tenant par les bras et le cou (cercle très fermé).

Madame continue : elle commence par la statue de son mari, qu'elle assoit au milieu de la pièce et lui demande de prendre l'attitude du penseur de Rodin. Elle va s'asseoir en face de lui, en se tenant la tête à deux mains et en l'interrogeant du regard, mais il ne la voit pas, trop perdu dans ses pensées, et son expression à elle est triste, déprimée. Elle dispose enfin Paméla à une distance de trois mètres environ, leur tournant le dos et les bras ouverts devant elle (vers l'extérieur). S'il y avait un mouvement, les deux parents se lèveraient, tendraient les mains vers Paméla qui, un peu comme un automate, ne ferait qu'un quart de tour vers eux.

Paméla a souhaité présenter sa sculpture en dernier. Elle montre sa mère debout, très solide sur ses deux jambes, tenant la main de son mari également debout, mais plus hésitant, se balançant d'une jambe sur l'autre. La jeune fille se met face au couple, à au moins cinq mètres. Immobile, très droite et déterminée, elle fixe ses parents. Le mouvement tendra à rapprocher les deux parents de la fille, qui restera toutefois à deux mètres d'eux et ne bougera pas.

Cette danse sans mots et presque sans mouvement donne pourtant la juste mesure de l'éprouvé de la relation. Raideur, crispation, relâchement, tension, ouverture, fermeture, distance, etc., traduisent le malaise bien en deçà des mots et au-delà de toutes les explications données jusque-là. En général ces sculptures vivantes sont complétées par une autre mise en scène plus symbolique appelée « tableau de rêve ». Nous ne retranscrivons ici que la réalisation de Paméla pour éclairer la façon dont nous essayons d'accompagner le passage du geste au signe et du signe au récit.

La jeune fille, décidément très à l'aise avec ces modes d'expression pourtant inhabituels, déclare que si elle devait faire un « tableau de rêve » (Caillé, 1994) de sa famille en donnant, selon la consigne, à chacun une forme différente, elle commencerait par faire remonter le temps. Ses parents dans cet autre temps et dans un autre univers seraient des robots très perfectionnés. Elle ajoute que pendant longtemps elle a fait partie de ce monde non humain mais très sécurisant. Cependant depuis quelque temps, comme la petite sirène, elle hésite entre deux univers et se sent de plus en plus attirée vers la planète de l'humanité...

Chaque membre de la famille donnera à tour de rôle sa version métaphorique de sa chanson de geste. Chemin faisant, ces différentes constructions constitueront des enveloppes narratives composées à plusieurs, pour reprendre la formule de D. Stern (1997), et qui englobent aussi bien les comportements, les actions, les croyances que les émotions partagées.

De l'esthétique du drame à celle de l'exploration

Pas à pas le geste est devenu signe et le signe a pris du sens. C'est ce matériel qui stimule chez le thérapeute une production subjective qui servira de trame au récit inachevé proposé aux familles quand vient le moment de se séparer. Voici celui réalisé avec et pour la famille de Paméla suite aux séances consacrées aux sculptures vivantes et aux tableaux de rêve. C'est dire que ce conte a été construit « sur mesure » ; cependant certains thèmes évoqués sont assez caractéristiques des familles à patiente anorexique, et c'est pour cette raison que nous avons choisi de le rapporter ici, pour sa singularité mais aussi pour ses résonances plus générales.

Cette histoire qui se passe en des temps éloignés ressemble un peu à celle de la Belle au Bois Dormant. Il y eut, en effet, la naissance attendue d'une princesse et de nombreuses fées furent invitées à se pencher sur son berceau. Il y eut aussi une fée Carabosse que l'on tenta de tenir éloignée. Elle se vengea en jetant on ne sait quel sort dans la corbeille de baptême. Il y eut encore cette blessure que subit la princesse alors qu'elle était à l'aube de l'adolescence et qui la fit serrer les dents si fort qu'elle ne put plus rien avaler.

Mais là s'arrêtent les ressemblances avec le conte traditionnel. Les habitants de ce royaume du futur ne furent pas endormis mais changés en robots. Remarquons ici qu'une telle malédiction comporte aussi des avantages : lorsqu'on est robot, on ne souffre pas, on ne pense pas, on n'éprouve pas non plus de joie, mais il est possible d'agir, de se déplacer, d'accomplir un travail... Lorsqu'on est robot, on peut être efficace, mais sans émotion, sans état d'âme. Lorsqu'on est robot, on n'est pas coupable, pas même responsable, on exécute des directives venues d'ailleurs. Lorsqu'on est robot, on ne vieillit pas, le temps devient intemporel, immobile, mais infini... Et surtout, lorsqu'on est robot, on ne meurt pas !

Mais voilà, lorsqu'on est robot, on ne vit pas non plus, et c'est sans doute ce grain de sable – d'importance – qui s'introduisit dans le mécanisme pourtant bien huilé qui régissait et régulait les activités des occupants de ce lointain royaume. On ne sait pas très bien qui commença à douter des avantages de cette transformation en robot. Certainement, les habitants du royaume n'étaient-ils pas tous du même avis. Toujours est-il que la princesse fit des tentatives pour s'approcher de la mort, parce que si elle pouvait mourir, c'est qu'elle n'était pas déjà morte, c'est qu'elle pouvait vivre, c'est bien sûr qu'elle n'était pas tout à fait robot.

La reine mère, assez hésitante, commença de son côté à se lamenter, à avoir des malaises et même des maladies. Mais on sait bien que si les robots peuvent se casser, avoir des pannes, ils ne tombent jamais malades et surtout ils ne pleurent pas !

Quant au roi, d'un naturel plus optimiste, il décida d'entreprendre un long voyage, une sorte de pèlerinage. Il entraîna avec lui la reine mère et la princesse. Il devint vite évident que tous ne marchaient pas du même pas. Le chemin était rocailleux, parfois peu accessible ou même dangereux. Ils n'avaient pas non plus la même curiosité. Mais chacun, à son rythme, avançait. C'est alors que le temps se remit subrepticement en marche : la légende du passé et sa malédiction commencèrent à s'éloigner, le royaume du futur et ses périls s'estompèrent au profit d'un paysage du présent plus mouvant, plus incertain aussi mais infiniment plus vivant. C'est alors qu'ils arrivèrent tous trois à un carrefour d'où partaient plusieurs routes. Fallait-il qu'ils s'engagent tous dans la même direction ? Pouvaient-ils choisir des chemins de traverse et chacun le sien ? Y avait-il une alternative ?

Les suites données à ce conte par les trois membres de la famille indiqueront que le paysage construit en commun commençait à se transformer.

Brièvement, le père répondit que ce n'était pas la route mais le voyage qui l'intéressait et que ce voyage faisait découvrir de nouveaux paysages et surgir des reliefs inconnus qui provoquaient des sensations et des émotions différentes... La mère, prudente, insista sur l'importance de garder la juste distance dans le dialogue à venir, tandis que Paméla souligna les ornières du chemin, rude et escarpé. Le carrefour représentait pour elle la sortie du tunnel et la possibilité d'inventer sa propre route.

Cette fin de thérapie illustre particulièrement bien les considérations d'Isabelle Stengers (1988) sur la crise. Lorsqu'un problème se pose à un système humain, remarque-t-elle, il peut évoluer vers deux esthétiques de la crise différentes : celle du drame et celle de l'exploration.

Nous avons tenté de montrer, à travers cette vignette clinique, que dans le meilleur des cas le travail thérapeutique avec les familles, soit favorisait le passage d'une esthétique du drame à une esthétique de l'exploration, soit conduisait à une juxtaposition des deux solutions. Cette confrontation de deux esthétiques initie un processus dynamique qui ouvre le paysage vers l'inconnu et l'imprévisible, comme le dit très bien le père de Paméla. Le choix devient alors possible et le choix est la première condition au changement. Ajoutons, et ce n'est pas le moindre argument, que l'anorexie se présentant comme un message à forte composante analogique (bouche doublement fermée puisque grève de la faim non déclarée comme telle), les outils thérapeutiques proposés dans les cas présentés ici, et qui ont été développés en collaboration avec P. Caillé (1988, 1994), se révèlent d'autant mieux adaptés et susceptibles de favoriser la création de nouveaux contextes d'expérience qu'ils intègrent cette dimension analogique à la communication thérapeutique. Ces différents contextes d'expérience interrogent sans cesse les partenaires de la rencontre (thérapeutes et membres de la famille) sur les « réalités » qu'ils construisent. Les grands principes, les normes, les codes qui sous-tendent le scénario du drame peuvent, à travers ce questionnement, se transformer en « aventure exploratoire ».

Conclusion

La privation de nourriture jusqu'à ce que mort s'ensuive et qui ne dit pas son nom (ni son non) est une violence extrême faite à soi-même, faite à l'autre. Comme la grève de la faim, elle est message et demande, mais ce message est crypté. Nous avons choisi d'aborder ce phénomène complexe en ouvrant l'angle sur les paradoxes, ceux véhiculés par notre société contemporaine de consommation et relayés par les médias, ceux transmis par l'entourage familial. Dans un premier temps il nous a paru important de rappeler quelques travaux concernant les dysfonctionnements familiaux selon une approche structurale (Minuchin) et les avatars dans la genèse des processus relationnels sur plusieurs générations (Selvini et al.).

Actuellement l'évolution de la systémique vers le constructivisme, via la cybernétique de second ordre, ou vers le constructionnisme social, issu du paradigme narratif, conduit beaucoup de praticiens-chercheurs à écarter, voire à rejeter, tous les apports des pionniers interactionnalistes sur la communication paradoxale, l'homéostasie, la crise et le changement. Le risque est grand de jeter le bébé avec l'eau du bain ! Il paraît en effet difficile dans la pratique clinique au quotidien d'ignorer les « jeux » relationnels aliénants et leurs enjeux sacrificatoires avec toutes leurs conséquences sous prétexte de querelle épistémologique, même si celle-ci peut être, par ailleurs, source de réflexion. Le repérage de certains modes de fonctionnement au niveau structurel et transgénérationnel permet d'endiguer leurs effets destructeurs et d'éviter qu'ils ne se propagent aux équipes soignantes. Les différents espaces de prise en charge auront ainsi moins tendance à devenir les miroirs stériles de la « réalité » familiale.

78 Dans un second temps, nous nous sommes davantage centrés sur l'espace de la rencontre thérapeute/famille en insistant sur ce que la famille nous apprend sur ses ressources, ses compétences, sa créativité lorsque nous parvenons à créer et à maintenir une marge de liberté dans l'intersection de la rencontre où peuvent s'expérimenter d'autres conditions d'expérience et de nouvelles modalités de communication.

Nous nous sommes efforcés de démontrer que face à des problématiques aussi complexes que l'anorexie mentale, la pragmatique et l'esthétique sont complémentaires. Cette complémentarité est illustrée à travers des situations cliniques qui mettent l'accent sur l'utilisation du langage analogique et métaphorique dans un parcours thérapeutique balisé d'objets transactionnels autant que transitionnels. L'histoire dramatique saturée par le problème se libère en s'ouvrant sur l'exploration de versions alternatives offrant plus de flexibilité.

Le surcroît de sens se dégageant des liens qui se dessinent entre manifestations pathologiques, communication familiale et le récit qui émerge au sein du travail thérapeutique réinstaure une distance par rapport aux représentations que la famille a d'elle-même. Cette distanciation favorise un processus de différenciation qui permet à la patiente d'envisager d'abandonner une « lutte paradoxale » pour reconquérir son corps, qu'elle a sacrifié à sa famille en le transformant en « anti-corps » (Skaarderud).