LANGAGES DU THERAPEUTE ET LANGAGES DE L'ENFANT: LE COUPLAGE THERAPEUTIQUE

INTRODUCTION

Comment l'enfant d'une part, le thérapeute d'autre part, se comportent-ils dans l'interaction thérapeutique? Comment s'établit la relation entre le thérapeute et l'enfant?

Le thérapeute qui voit une famille est inévitablement d'abord frappé par l'ensemble des interactions. Mais il établit aussi des relations personnalisées avec chacun des membres de la famille.

Dans cette présentation je donne une lecture de la nature de la relation qui se crée entre le thérapeute et l'enfant et sa famille, selon les théories récentes de Maturana et Varela.

PREMISSES THEORIQUES

Les premières théories systémiques (Watzlawick et coll., 1972), se sont développées à partir des théories de l'information, avec les notions d'in-put, de chaînes d'interactions circulaires et rétroactives et des propriétés homéostatiques d'un système fermé. En clinique, nous observons les blocages paradoxaux des interactions, quand il y a contradiction entre le contenu digital (verbal) et analogique (non verbal) du message.
Le clinicien s'intéresse à l'agencement des règles de communication dans la famille, selon les rôles de chacun et la fonction du symptôme, incluant parfois plusieurs générations.

Humberto Maturana et Francisco Varela (1980) se sont distancés de cette approche cognitiviste, un système autoorganisé devant pouvoir être expliqué sans avoir recours à ce qui lui est extérieur (l'in-put).
Selon Varela (1983), un système maintient son organisation en fonction de son propre réseau d'opérations internes (eigenbehaviour ou autoréférence).
L'environnement n'a de réalité qu'en tant que fond, duquel le système se distingue. Le système est opérationnellement clos:

l'environnement n'existe pour lui que comme bruit ou perturbation (Atlan, 1979). Il ne détermine pas l'identité, c'est l'individu qui détermine comment il réagit à une perturbation. Ce sont les opérations de système qui fondent son identité, par ses propriétés et ses composants. Une perturbation peut amener le système à modifier sa structure en modifiant ses composants, mais sans modifier ses opérations: il change pour ne pas changer. Ces mécanismes adaptatifs peuvent évoquer le concept piagétien d'accommodation.
Ainsi, même si le monde existe de manière objective, pour un individu il n'y a qu'un monde, celui de sa propre expérience physiologique subjective (Varela, 1988). L'environnement n'est significatif que dans la mesure où l'individu peut l'assimiler: l'individu ne peut connaître ce qu'il ne connaît pas (Varela, 1989).
L'individu assimile aux opérations propres les opérations à la périphérie, dont le sens émerge par analogie. Les expériences sont ressenties par l'individu de manière globale, de par la constitution en réseau du système neuronal, et sont limitées d'autre part aux circonstances aléatoires, le système choisisissant la première réponse qui convient (R. Fivaz, 1989). L'individu classe au fur et à mesure ses conduites selon la nature de ses réactions aux perturbations, lesquelles sont le plat principal pour la production d'ordre intérieur du système (Varela, 1983), qui se complexifie ainsi progressivement: c'est l'autopoïese.

Une fois admis le comportement de l'individu comme autoréférent, nous pouvons davantage étudier ses rapports avec l'environnement.
Le milieu existe bien, dans le sens que l'individu existe dans le monde: ce qui n'est pas couplé avec le monde ne peut exister dans ce monde (Maturana, 1982).
L'unité fondamentale de l'évolution, c'est un individu plus son milieu, dans la perspective écosystémique (Bateson, 1979).
L'individu se couple donc à son milieu pour satisfaire son propre équilibre.

L'on peut parler de couplage structurel quand un couplage avec un système autoorganisé à opérations similaires devient stable. Il se

crée alors un système autopoïétique de second ordre (D.Masson,1988).

Au sein de ce système les propriétés pour les opérations sont les émotions, définies comme la disposition pour l'action (Maturana, 1990).
Mais si la connaissance procède de l'individu, de ce qu'il ressent, distingue et organise, l'individu se développe dans l'interaction, entre des psychismes capables d'interface (Bretherton et Bates, 1979).
Quand il interagit, l'individu coordonne ses conduites, et deux individus en interaction coordonnent leur coordination de conduites (Dell, 1985), par consensus linguistique. Le langage est alors défini comme une opération pour distinguer le sens des différences observées par des expériences de pratique verbales et non verbales entre des individus à réactions, opérations et histoire similaires (Maturana, 1974).

Dans notre existence, nous pouvons dire que l'échange procède d'une nécessité biologique (l'appariement des chromosomes; ma "moitié") qui crée ainsi un suprasystème: le couple est la somme des conjoints, plus le bien commun et l'aire d'échanges.

Nous pouvons considérer que la famille, avec l'enfant qui en est le produit, définit un nouveau suprasystème de troisième ordre, où émergent des fonctions entre sous-systèmes (couple parental, dyade parent-enfant, fratrie).

UNE APPLICATION CLINIQUE:

a. Le système thérapeutique

Nous pouvons dire, en adoptant les formulations de Maturana et Varela, que nos interventions thérapeutiques visent à augmenter l'autoorganisation en favorisant une augmentation des couplages structurels au sein de la famille. La famille et chacun de ses membres sélectionnent les réponses les plus appropriées à leur fonctionnement habituel (R. Fivaz, 1989).

A un premier niveau, les interventions peuvent avoir pour effet d'enrichir les possibilités d'interaction dans la famille

elle-même, par exemple en invitant un père périphérique, en renforçant un couple parental par une prescription de souper en tête-à-tête, en modifiant la qualité d'une relation mère-enfant ou père-enfant par des tâches (câlins, contes, etc.), en actualisant un grand-parent (Traube, 1987).

Mais le thérapeute n'est pas qu'une personnalisation du cadre au sein duquel la famille peut explorer ses propres interactions, pas seulement non plus le spécialiste qui signale les pannes et indique les moyens possibles pour y remédier.
Il est inclus dans les interactions avec la famille, avec laquelle se crée un nouveau système: le système thérapeutique.

Nous ne sommes pas neutre, en tant qu'observateur, puisque nous faisons des distinctions au travers d'interactions entre l'environnement et notre propre structure filtrante (Maturana, 1974): quand nous sommes là, nous ne pouvons pas ne pas être là.

Sur le plan clinique également, l'observateur doit être considéré comme actif: il inter-vient dans les relations familiales.
Pour comprendre - dans l'étape diagnostique - le thérapeute doit s'identifier au patient, interpréter le comportement observé, et se représenter les besoins du patient. Pour ce faire, il se prend lui-même comme étalon, en opérant ainsi des choix dans ce qu'il observe, selon ses références personnelles, ses théories et le contexte.
Dans une deuxième temps le thérapeute doit analyser sa propre subjectivité, qui est amplifiée par son engagement quand il réagit personnellement à des modèles de réactions différents du sien à ce moment. Ainsi il peut entrer dans une relation symétrique s'il est contredit ou éprouver des besoins de protection envers un enfant maltraité. A cet égard, le désir réparateur du thérapeute limite sa vision globale (Traube, 1989), et ceci d'autant plus que la famille le considère comme extérieur, intrusif.

Dès lors, comment la famille se voit-elle et se réorganise-t-elle, quand elle se retrouve avec nous?
Comment s'engagent les relations, et comment se réactualisent les fantasmes, dans la famille et entre la famille et le thérapeute?

Quelle place prend le thérapeute dans ce travail de clarification? Nous pouvons répondre que c'est la famille qui construit le monde, le thérapeute en donnant des visions alternatives, de par ses expériences. La famille, par assimilation et accommodation, en apprend à son tour quelque chose, dans un processus d'autoévaluation et de prise de conscience, et le thérapeute s'ajuste, de par sa formation à prendre une position hétérocentrée et à s'autoanalyser. Il s'instaure ainsi une spirale co-évolutive dans le système thérapeutique.

Le thérapeute respecte l'organisation de la famille, même si sa mission est de promouvoir un changement. Ainsi, le thérapeute signale telle interaction qu'il observe, en passant, de manière à ce que ce soit la famille qui fasse des différences (Traube, 1987), en la connotant positivement et en se référant à sa propre réaction.

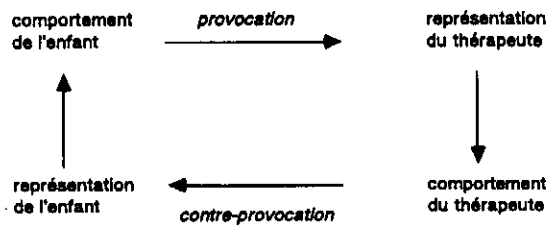
De même quand le thérapeute recommande des tâches qui permettent à la famille d'explorer en séance et hors séance des conduites de la vie quotidienne, la famille en retiendra certains aspects et d'autres pas, selon ses habitudes foncières et ses valeurs.

De cette manière, le thérapeute offre un cadre où la famille peut trouver à portée des occasions, souvent imprévues, d'opérer des choix qui correspondent à ses possibilités et à celles de chacun de ses membres, selon leur âge, leur personnalité et leur place dans la famille.

b. Le couplage thérapeutique

En appliquant les concepts d'autoorganisation et de couplage structurel, le processus d'engagement d'une relation thérapeutique significative peut être repéré comme suit. Un comportement spontané d'un individu - ici l'enfant - est provocateur d'émergences chez un autre individu - ici le thérapeute -. S'agissant d'un enfant symptomatique, son comportement apparemment paradoxal peut être provocateur d'émergences ambivalentes chez le thérapeute, comme il est provocateur dans la relation entre l'enfant et la mère (voir schéma no 1).

schéma no 1 : émergences



Nous nous appuierons sur un exemple clinique (Traube, Steffen, 1990):
Virginie, 8 ans, irrite sa maîtresse par son attitude sournoise et par ses mensonges et vols. A la maison aussi elle fait des crasses et désarçonne les parents par l'habitude bizarre d'imiter les animaux.
Alors que les parents parlent abondamment, Virginie se met soudain à galoper.
Le pédopsychiatre est désarçonné à son tour, ne parvenant pas à s'adresser directement à l'enfant, même après être sorti pour discuter avec sa co-thérapeute.

Le thérapeute cherche intuitivement à trouver une réponse qui se situe sur la même longueur d'ondes que celle utilisée par l'enfant: il répond au même niveau par une contre-provocation (schéma no 1), qui satisfait l'antagonisme homéostatique du fonctionnement symptomatique, tout en instaurant une boucle relationnelle, nouvelle et exemplaire. C'est cette première interaction d'une relation très directe, où enfant-sujet et thérapeute-sujet émergent d'une matrice de pratiques humaines, qui peut être appelée couplage thérapeutique.
Cette interaction particulière est la première pierre pour

l'établissement d'une relation, qui se développe dans une dimension de jeu.
En l'occurrence, le pédopsychiatre, après avoir demandé à la famille l'autorisation d'adopter un comportement qui pourrait paraître déplacé, se met à galoper derrière l'enfant qui galope, instaurant un moment ludique et de complicité.
Avant que cette interaction ne s'épuise spontanément et dans une tentative de l'enrichir et de la diversifier pour développer une relation thérapeutique, le pédopsychiatre continue de galoper, mais cette fois à côté de l'enfant, puis devant elle, induisant successivement des sens de compagnonnage et de jeu de poursuite.
Un peu plus tard encore, il propose à l'enfant une nouvelle variante déjà plus élaborée symboliquement et aussi relationnellement: déjà que nous galopons, pourquoi Virginie ne se mettrait pas sur le dos du cheval-pédopsychiatre?

Après ce couplage intensif, le pédopsychiatre réalise que les parents, la petite soeur et la co-thérapeute le regardent jouer par terre avec l'enfant et il les inclut dans la relation ludique. Pourquoi la petite soeur ne pourrait-elle pas aussi jouer, ne pourrait-elle se mettre, elle aussi, à cheval, sur sa mère?
Chemin faisant, le pédopsychiatre propose un mini scénario cette fois: que font ces chevaux? où vont-ils?

Dans cette dimension de jeu, spontané, non rationalisé, la famille accepte de jouer le jeu avec le thérapeute, tout en demeurant dans le domaine des relations qui lui sont connues.
Famille et thérapeute co-évoluent dès lors dans un système, momentané, où la famille est aussi spectatrice de sa propre pièce et le thérapeute également acteur (Guitton, 1988).

A la séance suivante, Virginie demande spontanément à rejouer à l'histoire des chevaux et le pédopsychiatre s'y pliera de bonne grâce, mais en demandant que soit élaboré un nouveau scénario. L'histoire, dans un registre toujours plus symbolique, sera celle de chevaux qui se marient (Virginie et sa mère), le père étant le pasteur.
Le focus thérapeutique de la relation mère-enfant, ambivalente,

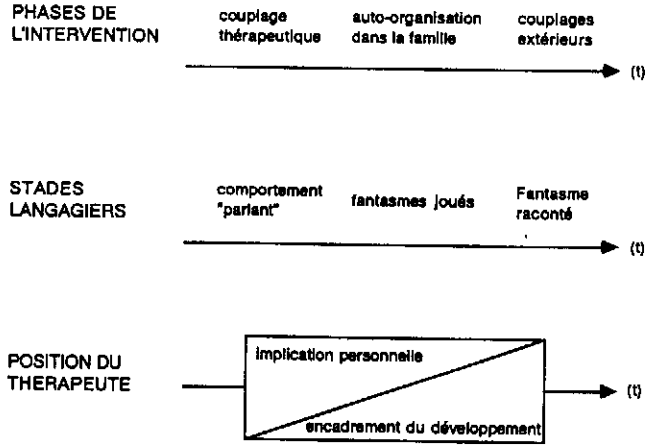
est ainsi instauré.
Ce focus est travaillé parallèlement par une prescription de tâches, d'abord en séance, sous le contrôle des thérapeutes, puis hors séance, où la mère devra caresser sa fille 3 minutes tous les soirs, pour forcer par ses câlins la sauvagerie de cet animal.
Enfant et famille ouvrent à cette occasion des boucles relationnelles bloquées.

Dans les séances suivantes se développent des fantasmes de séparation, d'abandon, de rapt et de filiation: le petit cheval perdu retrouve sa mère et se marie avec elle; un lapin est adopté par une famille d'écureuils trois ans après le décès de ses parents; un ours emporte une fillette de l'hôpital; le diable vient voler l'enfant d'une princesse.
Connaissant l'histoire de la famille d'origine, nous pouvons nous demander de qui Virginie se croit inconsciemment la fille: de son père à qui elle ressemble physiquement; du grand-père maternel biologique, que sa mère n'a pas connu, et qu'elle recherchait sans doute durant sa propre pré-adolescence quand elle voulait devenir aventurière; de la grand-mère maternelle qui l'a souvent eue en garde pendant sa petite enfance, au point qu'elle a pu imaginer n'être qu'adoptée par sa mère qui a une relation plus naturelle avec sa soeur?
En tout état de cause, pendant la durée du traitement, conjointement à une amélioration de la socialisation de Virginie et de ses relations avec sa mère, mais aussi à l'apparition d'une problématique conjugale chez les parents, Virginie se désintrique du lien ambivalent indirect avec sa mère, qui avait sans doute aussi comme fonction pour la mère de rappeler sa revendication ambivalente envers sa propre mère qui l'avait placée à l'adolescence.

c. Le processus thérapeutique
Dans la phase initiale du traitement, l'action du thérapeute a consisté bien pragmatiquement à maintenir le système en mouvement selon l'inspiration du moment, ceci en s'impliquant personnellement, c'est-à-dire en utilisant comme langage toute sa personne.

Progressivement l'enfant développe sa vie symbolique et relationnelle dans le cadre de jeux psychodramatiques, où le thérapeute devient progressivement davantage un auxiliaire à l'instar d'une poupée vivante, laquelle sera finalement remplacée par un vrai jeu de marionnettes, secondarisé aussi sur le plan du langage.
Le thérapeute, d'abord très impliqué, assure progressivement de façon prévalente une fonction d'encadrement du développement (E. Fivaz, 1987). Au long des jeux et discussions les relations réelles et imaginaires de l'enfant s'étoffent au sein de sa famille (voir schéma no 2).

schéma no 2 : processus thérapeutique



d. Langages du thérapeute et langages de l'enfant
A partir des concepts d'autoorganisation et de couplage structurel, il est possible de distinguer des fonctionnements différents chez l'enfant et le thérapeute (voir schéma no 3): le langage de l'enfant est spontanément autoréféré, le couplage intervenant prioritairement pour son propre développement et son propre intérêt; l'assimilation primant sur l'accommodation;

l'enfant étant davantage égocentré, de par son âge, de par son immaturité symbolique dans certains cas, du fait également de la souffrance qui immobilise une part de son énergie.

A l'inverse, la spécificité du travail du thérapeute est l'importance qu'il accorde au couplage au bénéfice du patient. Le thérapeute se prête à l'enfant comme personne, comme relation, comme poupée vivante, objet d'échanges verbal et de jeu. Ceci dans l'espace transitionnel du jeu, qu'il crée par son encadrement. Le thérapeute peut se décentrer pour le projet de l'enfant, se mettre en question, en étant prêt à changer son fusil d'épaule. Au premier temps, il s'agit pour le thérapeute de s'adapter au canal langagier qu'utilise l'enfant, souvent comportemental, pour que le courant passe: le couplage relationnel d'abord.

schéma no 3

langage de l'enfant:	langage du thérapeute:
Autoorganisation	couplage structurel
et son couplage structurel	pour l'autoorganisation de l'enfant

La relation est ainsi à la fois réciproque et complémentaire, asymétrique, le thérapeute représentant davantage le contexte, dans la constance et la prédictibilité, l'enfant l'implication et l'ajustement (E. Fivaz, 1987).

Le thérapeute se met en fait au niveau de l'enfant, tenant compte de son âge affectif, mais également du principe qu'à sa façon il a aussi raison.

Dans ce sens, le thérapeute se comporte un peu comme la mère qui anticipe pour confirmer les besoins de son enfant, par son

attitude analogique, tout en construisant un cadre qui représente le statut parents-enfants.

Cela étant, à l'instar de la mère aussi, le thérapeute projette son propre enfant fantasmatique et imaginaire (Cramer, Stern, 1988). Il réactualise ses propres besoins d'accordage et il s'auto-organise lui-même en sélectionnant et intégrant les réponses de l'enfant et de la famille. L'enfant et la famille réveillent ses propres affects et valeurs, y compris les réactions ambivalentes possibles en tant que personne, et aussi l'instinct parental inconditionnel.

EN SOMME:
Pour qu'une relation authentique s'établisse, patient et thérapeute, avec leurs caractéristiques propres, doivent pouvoir se considérer comme partenaires. Le thérapeute, en particulier, doit pouvoir prendre distance de sa compétence officielle, pour pouvoir respecter la compétence du patient et lui favoriser l'expression. La garantie, pour que "quelque chose passe", c'est une relation directe, tant avec l'enfant, qu'avec tous les membres de la famille.

Ce respect de l'autre fonde notre autocritique, c'est-à-dire le travail de prise de conscience de nos associations, de nos réactions, de nos erreurs : quand notre propre auto-organisation de thérapeute prime sur celle du patient, de par nos théories parfois et souvent de par notre désir thérapeutique, nous réagissons au-delà de notre mandat, qui vise à favoriser les reprises d'organisation, par les relations que nous établissons et suscitons.

Raymond B. Traube

BIBLIOGRAPHIE

ATLAN, H. (1979): "Entre le cristal et la fumée", in Du bruit comme principe d'autoorganisation, Paris, Le Seuil, chap. 3, 39-89.
BATESON, G. (1979): "Mind and nature. A necessary unity", New-York, (traduction française: "La nature et la pensée", Paris, Le Seuil, 1984, op. cit. p. 234)
BRETHERTON I., BATES E. (1979): "The emergence of intentional communication", cité par STERN, D. in Les interactions affectives, in Psychopathologie du bébé, (Lebovici S., Weil-Halpern, F. et coll.) Paris, PUF, 199-214 (op. cit. p.211)
CRAMER, B., STERN, D. (1988). "Evaluation des changements relationnels au cours d'une psychothérapie brève mère-nourrisson", in Psychiatrie du bébé, Cramer, Paris, EsHel, 31-70
DELL, P.-F. (1985): "Understanding Bateson and Maturana: toward a biological foundation for the social sciences" in Journal of Marital and Family Therapy, 85-11, 1-20.
FIVAZ, E. (1987): "Alliances et mésalliances dans le dialogue entre adulte et bébé: la communication précoce dans la famille", Paris et Neuchâtel, Delachaux &Niestlé
FIVAZ, R. (1989): "L'Ordre et la volupté", Lausanne, Presses Polytechniques Romandes
GUITTON-COHEN ADAD, C. (1988): "Instant et processus", Paris, ESF, p. 85
MASSON, D. (1988): "Maturana (H.R.) et Varela (F.) (Concepts de)", in BENOIT, J.-C., MALAREWICZ, J.-A. et al.: Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques, Paris, ESF, 306-311.
MATURANA, H. (1974): "Evolution: natural drift" (unpublished), cité par DELL (voir sous Dell)
MATURANA, H. (1982): "Stratégies cognitives", in MORIN E., PIATELLI-PALMARINI , L.:Le cerveau humain, théories de la cognition. L'Unité de l'homme, Paris, Le Seuil
MATURANA, H. (1990): "La biologie du changement (3ème partie)" in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux no 11, Toulouse, Privat, 135-155.
MATURANA, H., VARELA F. (1980): "Autopoïesis: the organization of the living" in Autopoïesis and cognition, Boston, Reidel
TRAUBE, R. (1987): "La restitution de la compétence décisionnelle aux parents en pédopsychiatrie; catamnèses", Neuchâtel, bibliothèque OMP
TRAUBE, R. (1989): "L'intérêt des jeux de rôles dans les présentations d'impasse thérapeutique", in Psychologie médicale, Paris, vol. 21, no 11, 1595-1601.
TRAUBE, R., STEFFEN, P. (1990): "Le psychodrame familial (une forme de psychothérapie familiale et symbolique de l'enfant)", in Thérapie familiale, Genève, Vol.XI, no 3, 331-344.
VARELA, F. (1983): "L'autoorganisation: de l'apparence au mécanisme", in DUMOUCHEL ET DUPUIS: Colloque de Cerisy, L'autoorganisation, Paris, Le Seuil
VARELA, F. (1988): "Le cercle créatif: esquisse pour une histoire naturelle de la circularité", in WATZLAWICK, P.: L'invention de la réalité, Paris, Seuil, 147-159.
VARELA, F. (1989): "Connaître les sciences cognitives", Paris, Seuil
WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVEN, J., JACKSON, D.D.: (1972).:"Une logique de la communication", Paris, Seuil