

INSTITUT D'ENSEIGNEMENT A DISTANCE DE L'UNIVERSITE PARIS 8

MEMOIRE DE RECHERCHE

M1 Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique

Extraits

Thème de la recherche :

*L'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à
l'amélioration de symptômes de maladies chroniques*

Sous la direction de Madame Nathalie Duriez

Françoise PATOIZEAU, épouse DESCLEVES

M1 PCPP 2^{ème} année 2007/2008

Table des matières

Table des matières	2
Remerciements	5
Résumé	6
Introduction	7
A. Partie théorique	10
1. La maladie	10
1.1. Quelques définitions	10
1.1.1. Qu'appelle-t-on maladie chronique ?	10
1.1.2. Qu'est ce qu'une maladie psychosomatique ?	10
1.1.3. Qu'est ce qu'un symptôme ?	11
1.2. Du dualisme corps-esprit à la psychosomatique	11
1.3. Maladie, santé et qualité de vie	16
1.4. Le malade et sa maladie	17
1.4.1. Le vécu de la maladie	17
1.4.2. Stratégies de coping	19
1.5. Conclusion	20
2. L'approche systémique en traitement des maladies	21
2.1. Définition d'un système	21
2.2. Les trois systémiques	22
2.3. Thérapie systémique et traitement des maladies	24
2.3.1. Historique	24
2.3.2. L'apport de Selvini-Palazzoli	26
2.3.3. L'apport de Minuchin	27
2.3.4. L'apport de Onnis	28
2.3.5. Les sculptures comme outil métaphorique	31
2.4. Conclusion	32
3. La méthode thérapeutique des constellations systémiques	33
3.1. L'origine	34
3.2. La psychogénéalogie	35
3.3. Les règles internes au système familial	36
3.4. Les principales dynamiques dans une constellation	38
3.5. L'utilisation en thérapie familiale	38
3.6. L'utilisation en thérapie de maladie	40
3.7. Le déroulement d'une constellation	40
3.7.1. Spécificités des Constellations familiales	42
3.7.2. Approche phénoménologique	43
3.7.3. Spécificités des Constellations de symptôme / maladie	44
3.7.4. Recherches	45
3.8. L'effet d'une constellation	47
3.8.1. Recherches	47
3.9. Conclusion	50
4. Efficacité des psychothérapies	51
4.1. Historique	51
4.2. Considérations méthodologiques de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies	53

4.3.	Les facteurs de changement communs aux thérapies familiales, et les facteurs spécifiques.....	55
4.4.	Les caractéristiques du patient	56
4.5.	Les caractéristiques du thérapeute.....	58
4.6.	Le processus thérapeutique	59
4.7.	L'alliance thérapeutique	60
4.8.	Conclusion.....	61
5.	Conclusion.....	61

B. Méthodologie de recherche 63

1.	Problématique et question de recherche.....	63
1.1.	Historique de la problématique	63
1.2.	Question de recherche et hypothèses.....	65
2.	Choix de l'étude de cas	67
3.	Protocole de recherche	69
4.	Participation des thérapeutes à la recherche.....	69
5.	Choix des sujets participants à la recherche.....	71
5.1.	Recrutement des participants	72
5.1.1.	De avril à mi-août 2007.....	72
5.1.2.	A partir de mi-août 2007	73
5.1.3.	Restrictions possibles dans le choix des participants.....	74
6.	Recueil des données	74
6.1.	Quelles données sont recueillies ?.....	74
6.2.	Comment sont-elles recueillies, par qui, quand ?.....	78
7.	Analyse des données	80
7.1.	Analyse séquentielle du génogramme.....	80
7.2.	Analyse des informations quantitatives.....	81
7.3.	Analyse des entretiens par la théorie enracinée.....	82
7.3.1.	Les raisons du choix	82
7.3.2.	Ce qu'est une catégorie	83
7.3.3.	Le processus d'analyse utilisé.....	84
7.3.4.	Quelques différences	85
7.4.	Analyse des dynamiques dans la constellation	86
8.	Evolution	86
8.1.	Sur les sujets participants	86
8.2.	Sur les symptômes étudiés	87
8.3.	Sur le recueil des données	87
9.	Conclusion.....	88

C. Etude des cas..... 89

1.	Présentation des cas.....	89
----	---------------------------	----

Note importante : dans cet extrait de mémoire, les études de cas détaillées ont été enlevées. Les étudiants qui souhaiteraient consulter à des fins de recherche ces études de cas détaillées et l'annexe du mémoire peuvent contacter l'auteur de ce mémoire pour avoir ces documents, en précisant leur thème et leur cadre de recherche, par email à fdescleves.psychologue@orange.fr.

Conclusion générale 92

Bibliographie.....	96
--------------------	----

« Un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel ledit phénomène se produit. Ne pas pouvoir saisir la complexité des relations entre un fait et le cadre dans lequel il s'insère, entre un organisme et son milieu, fait que l'observateur bute sur quelque chose de mystérieux et se trouve conduit à attribuer à l'objet de son étude des propriétés que peut-être il ne possède pas ».

P. Watzlawick, cité par Onnis (1989, p 33)

Remerciements

A Cyril et Emmanuel, mon mari et mon fils, pour leurs encouragements constants et leur soutien de tous les instants.

A tous les membres de ma famille d'aujourd'hui et d'hier, toujours présents pour m'encourager quand j'en ai besoin.

A Constanze Potschka-Lang, pour son exigence, son questionnement et son ouverture.

A Pascale, mon associée dans le travail, pour m'avoir permis de conjuguer travail et études durant toutes ces années.

A Stella, sans qui cette recherche n'aurait pas vu le jour, pour sa présence enthousiaste et sereine.

A Nathalie Duriez, pour sa disponibilité, ses encouragements, et ses apports synthétiques et enrichissants.

Résumé

La recherche exploratoire présentée ici concerne l'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration des maladies chroniques et de leurs symptômes. Nous avons fait une revue de la littérature concernant la maladie, son vécu, la psychosomatique, l'utilisation de la thérapie systémique en traitement des maladies et l'apport d'Onnis (1989, 2001, 2004, 2005), pour arriver à l'utilisation de la méthode des constellations systémiques dans la thérapie autour d'une maladie. Nous avons également consacré un chapitre à la revue de la littérature concernant l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. Suivant les recommandations de Thurin (2005), nous avons procédé à l'analyse longitudinale détaillée de six cas de personnes souffrant une maladie chronique, avant et cinq mois après leur constellation sur leur maladie. Nous avons principalement effectué une analyse par théorisation ancrée (Paillé et Muchielli, 2003, Strauss & Corbin, 2004) pour modéliser le changement de vécu de la personne autour de sa maladie. Cela nous a également permis de faire émerger des hypothèses de modérateurs et de médiateurs de changement autour de l'utilisation de la méthode des constellations.

Les résultats mettent en évidence une évolution positive pour quatre des six cas : cette évolution est mise sur le compte notamment du travail en constellation, mais pas uniquement ; elle serait liée à l'élaboration cognitive de ce qui s'est déroulé en constellation. La rigidité émotionnelle spécifique aux deux autres cas semblerait freiner considérablement le changement. Le changement, pour ces cas, a eu lieu à plusieurs niveaux, physiologique, psychologique, familial ou social, confirmant la perspective multidimensionnelle d'Onnis sur l'approche de la maladie.

Mots clé :

Systémique, psychosomatique, maladie, constellation, efficacité, étude de cas, analyse par théorisation ancrée

Introduction

Nous présentons dans cette introduction ce qui a suscité notre intérêt pour notre sujet de recherche, puis nous présentons les différents chapitres de ce mémoire.

Notre intérêt pour le travail en constellations systémiques, qui a amené à cette recherche, commence en 2002, s'intensifie à travers la participation à plusieurs ateliers de constellation jusqu'en 2006, et se concrétise à travers la rencontre avec Constanze Potschka-Lang en avril 2007.

Notre première expérience du travail en constellations systémiques date d'octobre 2002, à travers un atelier de trois jours. Le titre de cet atelier « stage de ressenti total » nous avait intriguées, car, à l'époque, nous avions une faible connexion à notre ressenti. Cet atelier a coïncidé de façon fortuite avec la mort soudaine de notre père d'un cancer du pancréas. Certaines personnes venaient à cet atelier pour travailler sur leurs maladies, et d'autres sur des relations familiales ou, plus généralement sur des relations interpersonnelles restrictives.

Nous avons été impressionnées par la puissance de cette méthode systémique : elle permet dans un même espace et un même temps, de visualiser et ressentir des dynamiques familiales transgénérationnelles inadéquates, ainsi que les solutions à ces dynamiques ; elle permet aussi de voir les sens cachés que peut prendre un symptôme. Il semblait, d'après les participants, que faire leur constellation avait un rôle de catalyseur au déblocage de situations difficiles.

Nous étions également fortement intriguée par le mécanisme des constellations, inexplicé jusqu'à maintenant, et par l'effet à long-terme du travail en constellation.

Entre 2002 et 2007, nous avons participé à de nombreuses journées d'atelier de constellation, animées par différents praticiens, ce qui a aiguisé notre intérêt et notre questionnement sur cette méthode.

En avril 2007, nous rencontrons Constanze Potschka-Lang, qui a introduit dans les années 1990 les Constellations Familiales en France. Mme Potschka-Lang est la fondatrice d'un institut de formation aux constellations systémiques et l'auteur d'ouvrages spécialisés sur ce sujet. Elle nous propose de nous associer au travail de recherche international initié par le Dr Gunthard Weber, psychiatre, constellateur renommé. Ce travail porte sur les constellations autour de maladies chroniques et des symptômes associés.

Nous acceptons avec enthousiasme cette proposition, en nous concentrant sur le suivi des effets de ces constellations, sachant que, spécialement en France, la perception d'absence de suivi des personnes ayant fait leur constellation fait l'objet de nombreuses critiques. L'équipe internationale de recherche se concentre aujourd'hui plus sur le processus des constellations de maladie.

Cette recherche nous intéresse, pour plusieurs raisons : peu de recherches existent sur les constellations et leurs effets, aucune recherche n'existe sur les constellations de maladie ; une telle recherche, exploratoire en premier lieu, pourrait contribuer à l'investigation de solutions aux maladies chroniques. D'autre part, la méthode des constellations apporte une vision instantanée de solutions possibles à un problème, et une vision des intrications relationnelles inhibant la mise en place d'autres solutions que le symptôme ; cela nous semble être un complément intéressant à d'autres méthodes thérapeutiques.

Ce mémoire débute par un chapitre théorique sur l'état de la question. Dans ce chapitre, nous prenons en compte différentes facettes du traitement de la maladie : le vécu de la maladie, la perspective psychosomatique, d'abord psychanalytique, puis systémique ; nous résumons ce qu'est la systémique, puis nous décrivons ce qu'est la méthode des constellations et les recherches faites à ce jour (en langues française ou anglaise) ; et enfin nous abordons le sujet de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies.

Le deuxième chapitre est centré sur la méthodologie adoptée dans cette recherche exploratoire, qualitative, longitudinale, sur des cas isolés. La méthodologie adoptée inclut l'utilisation de l'analyse par théorisation ancrée.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de six cas, volontairement diversifiés au niveau des maladies. Cette étude porte sur l'évolution du vécu des personnes par rapport à la maladie, à leur système familial et social, et à leurs projets de vie. Chaque étude de cas inclut une analyse séquentielle de génogramme, une analyse par la méthode de la théorisation ancrée des entretiens, une modélisation du vécu du client, et une discussion sur les hypothèses.

La conclusion de ce mémoire apporte une synthèse de ces hypothèses, des similitudes et différences des cas, et des propositions pour améliorer cette recherche.

Les annexes de ce mémoire incluent les transcriptions intégrales des entretiens et des constellations, ainsi que les analyses associées.

A. Partie théorique

1. La maladie

1.1. Quelques définitions

1.1.1. Qu'appelle-t-on maladie chronique ?

La maladie se définit par rapport à la santé. La santé est un état de bon fonctionnement de l'organisme. La santé, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (W.H.O, 1998), se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Nous relevons ici la notion de bien-être à plusieurs niveaux, pas seulement physique ou mental.

Une maladie est une « altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. » (Ybert et al., 2001, p 559).

Une maladie chronique est une « maladie de longue durée caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois vers la récupération ou vers le décès par cachexie ou par complication d'une maladie aiguë. » (Bérubé, 1991, p 130).

Les maladies sont répertoriées et classifiées dans le CIM-10, classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexe, établie par l'OMS.

1.1.2. Qu'est ce qu'une maladie psychosomatique ?

C'est une maladie caractérisée par des symptômes physiques dont les causes sont multiples, mais où des facteurs émotionnels jouent un rôle important. Elle affecte habituellement un organe ou un système physiologique. Les manifestations physiologiques sont celles qui accompagnent normalement certaines émotions, mais elles sont plus intenses et plus prolongées. Des émotions réprimées ont une action physiologique qui, si elle est durable et suffisamment intense, peut amener des perturbations de la fonction, voire une lésion de l'organe. Le malade n'est pas conscient de la relation qui existe entre sa maladie et ses émotions (Bérubé, 1991, p 130).

1.1.3. Qu'est ce qu'un symptôme ?

Nous trouvons deux définitions : celle de la médecine générale et celle de la psychanalyse.

Pour la médecine générale, un symptôme est « toute manifestation d'une affection ou d'une maladie contribuant au diagnostic, et plus particulièrement tout phénomène perçu comme tel par le malade.

Les symptômes subjectifs, ou signes fonctionnels, sont couramment appelés symptômes. Il s'agit de phénomènes perçus par le malade, qui révèlent une lésion ou un trouble fonctionnel. Ils sont donnés par le patient lors de l'interrogatoire par le médecin, premier temps de l'examen. Dans un deuxième temps, le médecin procède à l'examen physique du patient pour rechercher et identifier les signes objectifs d'une maladie. La confrontation des symptômes et des signes permet d'orienter le diagnostic. » (Ybert et al., 2001, p 895).

Pour la psychanalyse, un symptôme est la « manifestation phénoménale ou comportementale d'un trouble inconscient. » (Bloch et al., 2002, p 1285).

Nous relevons ici que la médecine générale recherche des signes physiques (et non psychiques) pour établir un diagnostic de la maladie. Pour la psychanalyse, le symptôme est le signe d'un trouble psychique inconscient (et non d'un trouble physique). Nous voyons déjà dans ces deux définitions la séparation entre le corps et l'esprit.

Dans la suite de ce document, pour être en accord avec ces deux définitions et la définition de la santé, nous utiliserons la dénomination de symptôme pour tout phénomène physique ou psychique perçu par la personne, nuisant à son bien être physique, mental ou social.

1.2. Du dualisme corps-esprit à la psychosomatique

Onnis (1989, pp 11-12) introduit la problématique de la maladie psychosomatique en termes de recomposition de l'unité perdue entre psyché et soma.

Cette recherche d'unité perdue s'entend non seulement pour le malade, mais aussi pour la médecine. Depuis Platon en passant par Descartes jusqu'à la science moderne, la culture occidentale a véhiculé un dualisme, une dichotomie corps-esprit. Elle a mené à une attitude objectivante du corps : le corps est réduit à un objet, les phénomènes dont il est le siège sont expliqués par de purs accidents biologiques. Onnis nous rappelle alors l'importance de

restituer à l'individu le sens global de son être, à de multiples niveaux, biologique, affectif, cognitif, relationnel, environnemental, niveaux qui interagissent.

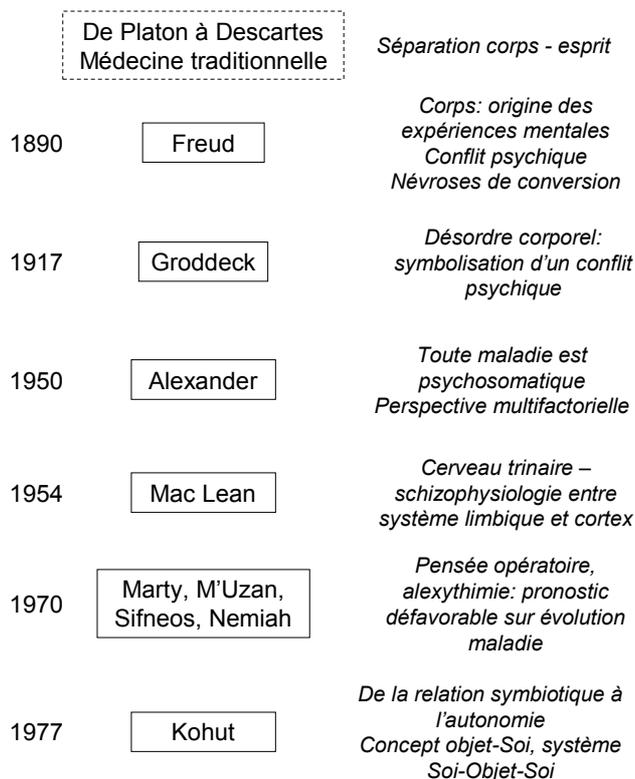
C'est également le point de vue de Trombini & Baldoni (2005, pp 13-16): « la condition même de la maladie est révélatrice d'une unité psychosomatique qui demande une approche multidimensionnelle, que les différentes spécialisations, avec leurs connaissances fragmentées, ne peuvent encore admettre ». Pour eux, le corps et l'esprit ne sont pas différents, mais seulement les points de vue qu'on en a.

Ils plaident pour la mise en place d'une culture de la psychosomatique, acceptant différents points de vue, parfois contradictoires en surface, ceci pour mieux comprendre la complexité des expériences corporelles et psychiques, pour mieux séparer, mais aussi réunir les phénomènes qui en découlent.

Ils nous proposent une définition de la psychosomatique : c'est « une science qui se propose d'étudier et d'aider l'être humain dans ses aspects psychologiques et corporels ».

Trombini & Baldoni (2005, pp 23-87) présentent l'évolution de la perspective psychanalytique sur la relation corps-esprit, sur la psychosomatique, et les principaux auteurs ayant contribué à cette évolution. Nous avons représenté ci-après une synthèse de cette présentation : l'évolution va d'une perspective purement individuelle interne à une perspective plus systémique, prenant en compte la relation complexe entre le Soi et l'autre.

Evolution de la perspective psychanalytique sur la psychosomatique



D'après Trombini & Baldoni (2005), *Psychosomatique*, In Press, Paris

Freud est considéré comme le précurseur de la psychosomatique, postulant que les symptômes somatiques apparaissant chez les femmes atteintes d'hystérie sont l'expression d'un conflit inconscient entre des désirs sexuels inacceptables et les défenses psychiques de la personne. Il introduira ainsi le concept de conversion. Les symptômes hystériques de conversion entretiennent selon lui un lien symbolique avec le conflit psychique dont ils sont l'expression : ils représentent une solution de compromis entre désir inacceptable et défenses. Pour lui, chaque partie du corps peut être érotisée, en fonction notamment de son histoire personnelle, et des traumatismes psychologiques et physiques subis dans l'enfance.

Il introduira également le concept de névrose actuelle, névrose à expression somatique, dont les désordres, aux symptômes de type viscéral, n'ont pas de signification symbolique, contrairement à la névrose de conversion, dont les symptômes atteignent des parties du corps impliquées dans la vie relationnelle. Ce concept sera le précurseur des théories psychosomatiques telles que celles de Mac Lean, Marty, M'Uzan, Sifneos et Nemiah (1970), qui « considèrent le symptôme psychosomatique comme la conséquence d'une altération psychique caractérisée par une carence du développement de la capacité de symbolisation. »

Groddeck (1917), contemporain de Freud, et considéré comme le père de la psychosomatique, élargit le concept de conversion à toute pathologie de nature psychique ou somatique.

Puis Alexander (1950) développe un concept de désordre psychosomatique différent de celui de conversion ou de névroses, pour prendre en compte la nécessité d'évaluer l'organisme humain dans son ensemble ; pour lui, dans toute recherche d'origine de maladie, il faut prendre une perspective multifactorielle, dans laquelle les facteurs émotifs interagissent toujours avec d'autres éléments, somatiques et autres, pour amener à la maladie.

L'attention des psychosomaticiens se déplace alors de la théorie du conflit¹ prônée par Freud et ses successeurs pour expliquer la maladie psychosomatique, vers la capacité primaire de chacun à reconnaître et exprimer ses propres émotions. Mac Lean (1954), chercheur sur les structures cérébrales, note que les patients psychosomatiques ont une difficulté à avoir cette capacité. Dans sa théorie du cerveau trinaire (le cerveau reptilien, le cerveau limbique et le cortex), il parle de « schizophysio-logie entre système limbique et cortex » pour expliquer le fait que les émotions, au lieu d'être représentées par des pensées ou des fantasmes, s'exprimaient par une activité viscérale.

Après lui, viennent M'Uzan, Marty, Sifneos et Nemiah (1970) : ils élaborent au même moment les concepts similaires de pensée opératoire et d'alexithymie, pour tenter de décrire la personnalité psychosomatique. Sifneos et Nemiah donnent les caractéristiques suivantes de l'alexithymie, amenant des carences empêchant une intégration psychosomatique normale :

- Difficulté dans l'identification et la description de ses propres émotions
- Difficulté dans la distinction entre sentiments et émotions corporelles liées à l'activité émotive
- Processus imaginatifs limités, en raison d'une vie fantasmatique insuffisante
- Style cognitif concret, pratique, orienté vers l'extérieur plutôt qu'introspectif

Le dialogue est privé d'intensité émotive, sans références aux vécus intérieurs, aux peurs, aux sentiments.

Le concept de pensée opératoire ajoute à cette liste de caractéristiques le fait que les pulsions,

¹ « Le symptôme psychosomatique est considéré jusqu'alors comme la conséquence d'un conflit psychique, lequel, provoquant une stimulation émotionnelle chronique, sollicite à son tour des réponses physiologiques », in Trombini & Baldoni, (2005), p 59

insuffisamment élaborées au niveau mental, se déchargent directement dans le corps, tout comme le nouveau-né, rendant le symptôme psychosomatique muet, non symbolique, sans sens.

La présence de traits alexithymiques est maintenant reconnue comme facteur important de risque de somatisation ou de développement des maladies.

Kohut (1977) introduit le concept d'objet-Soi, à la suite des travaux de Klein, de Winnicott et de Bowlby notamment, et des travaux sur le développement infantile, validant que, dans les premiers mois de la vie, les objets extérieurs sont perçus comme des sensations somatiques et des parties de soi. Cet objet-Soi est un objet (c'est-à-dire, dans le sens psychanalytique, tout ce qui possède une signification pour l'individu) du monde extérieur perçu comme une partie de soi, et est utilisé pour la régulation de fonctions telles que la tension émotionnelle et l'estime de soi. L'enfant a dès le début de sa vie besoin d'un environnement humain composé d'objets-Soi, comme les parents, et notamment la mère. Se crée alors un système Soi-Objet-Soi entre l'enfant et l'autre humain, système qui évolue normalement harmonieusement d'une dépendance symbiotique à une indépendance relative, l'adulte, pour Kohut, ayant toujours besoin de relations avec des objets-Soi pour préserver son identité. Si le système Soi-Objet-Soi ne se développe pas harmonieusement (par exemple en cas d'incapacité à l'empathie des parents), l'identité est endommagée et peut entraîner des somatisations, des sentiments de morcellement, une moindre estime de soi, et une dépression.

Dans cette perspective, le couple mère-enfant est considéré comme un système complexe, où les émotions et les stimuli physiques jouent un rôle fondamental dans la régulation psychosomatique. Nous sommes passés d'une perspective purement individuelle, centrée sur le conflit psychique, à une perspective plus systémique dans l'approche psychanalytique de la maladie psychosomatique.

Parallèlement à cette approche psychanalytique, une approche systémique de la maladie psychosomatique s'est développée, d'abord avec Minuchin, Selvina Palazzoli, dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, puis Onnis, qui s'intéresseront principalement aux enfants souffrant de maladies telles que les troubles des conduites alimentaires, le diabète de type 1, et l'asthme.

Nous développerons les apports de l'approche systémique dans la section 2.3 « L'approche systémique en traitement des maladies ».

1.3. Maladie, santé et qualité de vie

Les médecins, les familles et les patients peuvent évaluer différemment les effets des thérapies sur les maladies, comme le démontre l'étude de Januck (1982, cité par Trombini & Baldoni, 2005, p 223) sur la qualité de vie pour des personnes hypertendues ayant eu une thérapie pharmacologique anti-hypertensive.

La qualité de vie est considérée comme un facteur clé de la santé par l'OMS. Pour cette organisation, la mesure de la santé doit inclure non seulement une indication des changements dans la fréquence et la sévérité des troubles, mais aussi une estimation du bien-être. Ceci peut être fait en mesurant l'amélioration de la qualité de vie.

L'OMS définit la qualité de vie ainsi (W.H.O., 1998, p 11) : c'est la perception de l'individu sur sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs, et en relation avec ses objectifs, attentes, et préoccupations.

Les domaines revus par l'OMS (W.H.O., 1998, p 19) pour établir la qualité de vie sont les suivants :

- La santé physique,
- L'état psychologique,
- Le niveau d'indépendance,
- Les relations sociales,
- L'environnement de la personne,
- Les croyances personnelles.

L'OMS a élaboré un questionnaire d'auto-évaluation de la qualité de vie, en version complète, le WHOQOL-100 (100 questions), et en version abrégée, le WHOQOL-BREF (26 questions). Les domaines de vie évalués par le WHOQOL-BREF sont (W.H.O., 1998, p 44):

- La santé physique,
- L'état psychologique,
- Les relations sociales,
- L'environnement de la personne.

Ce questionnaire, basé sur des phrases données par des personnes souffrant de différents types de troubles, a été élaboré dans 15 centres internationaux, et testé sur sa validité et fiabilité. Nous l'utiliserons dans notre recherche.

1.4. Le malade et sa maladie

1.4.1. Le vécu de la maladie

Selon Pedinielli (2005), Vannotti et Gennart (2006), il y a trois principaux pans du vécu de la maladie : le vécu du corps malade, le vécu psychologique de la maladie, et le vécu temporel de la maladie.

Vannotti et Gennart font le lien entre le vécu de la maladie et l'approche phénoménologique de toute chose, qui est l'expérience, la prise de connaissance de l'objet, des phénomènes du monde par le sujet, au moment de leur mise en relation, sans préconçu théorique au sujet de ces phénomènes.

Notre corps, « foyer de notre engagement au monde », nous amène à construire un sens de la réalité, telle qu'elle nous apparaît. C'est à travers son corps que « l'homme agit, ressent, pense et communique », c'est à travers son corps qu'il va faire l'expérience de la santé et de la maladie.

Si nous sommes en bonne santé, nous nous appuyons sur notre corps pour vivre « au-delà » de notre corps. En revanche, la maladie produit « une dissociation en nous-mêmes et la partie de notre corps qui nous fait souffrir », crée une difficulté au niveau psychique. Notre présence à soi est modifiée, c'est comme si la partie de notre corps qui nous faisait souffrir n'était pas « nous-mêmes ». Vannotti & Gennart parlent ici de la maladie physique, et nous faisons une extension à la maladie psychique, de par la représentation intérieure que nous avons de toute chose.

Pedinielli (2005, pp 81-82) souligne que, dans la maladie physique, « l'autonomie de l'organe confronte le sujet à un risque de morcellement avec lequel il doit lutter », et que l'organe incriminé peut opérer dans la représentation du patient un phénomène de clivage entre ce qui est mauvais et ce qui est bon.

La maladie ne modifie pas seulement notre présence à nous-mêmes mais aussi notre présence au monde, à ce qui nous entoure : elle réduit notre monde en « rapprochant ses limites à la portée de notre corps ». Le vécu de la maladie affecte l'être dans sa relation à soi, à la sphère familiale, et, plus largement à la sphère sociale (nous retrouverons plus loin cette notion chez Onnis).

Straet & Picard (2007) notent d'ailleurs combien, dans leur pratique de médecins généralistes, la prise en compte du vécu du patient par rapport à sa maladie et sa place dans son monde a été clé pour soigner de façon efficace, plutôt que de se cantonner à une approche détachée.

Kübler-Ross, citée par Pedinielli (2005, p 43), décrit les phases psychologiques par lesquelles le malade passe, au moment où il sait qu'il est atteint d'un cancer, avant d'accepter la maladie. C'est un cycle similaire au cycle du deuil, décrit également par Kübler-Ross. Ce travail psychique peut se retrouver chez tous les personnes atteints de maladie grave, qu'elle soit physique ou psychique :

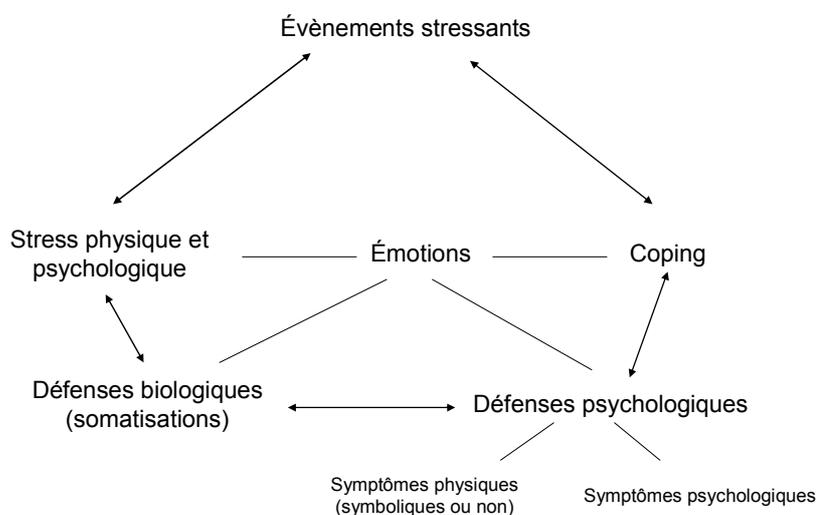
- *Phase de refus ou d'isolement* : cette phase doit être respectée, car elle sert « d'amortisseur » à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatal ou gravissime de la maladie
- *Phase de colère (irritation)* : elle est liée à la question « pourquoi moi ? », et peut amener à des projections agressives, pouvant amener la rupture du lien médecin – malade
- *Phase de marchandage* : il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec Dieu
- *Phase de dépression* : elle a deux aspects, la dépression réactionnelle due aux pertes [de sa perception à soi et aux autres, voir Vannotti & Gennart (2006)] et le « chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin
- *Phase d'acceptation* : phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment
- *Phase d'espoir* : l'espoir est présent dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'aux derniers instants, selon Kübler-Ross.

Pedinielli (2005, p 52) note également que, dans l'approche temporelle de la maladie, le futur est limité au futur immédiat : les malades, surtout ceux présentant un pronostic sévère, énoncent peu de projets concernant l'avenir. Le futur s'exprime alors sous deux formes : la forme positive évoquant la possibilité d'un retour au passé plus serein, la forme négative évoquant « la répétition, le retour au même », l'absence de la nouveauté ou de l'inconnu.

1.4.2. Stratégies de coping

« Coping », terme anglais, est utilisé en psychologie, et signifie « adaptation ». Les stratégies de coping sont celles utilisées par une personne pour affronter et résoudre des situations existentielles problématiques, donc de stress. (Trombini & Baldoni, 2005, p 145).

Trombini & Baldoni (2005, pp 145, 150) présentent d’une manière synthétique l’adaptation au stress, pouvant entraîner la maladie, et les différentes stratégies de coping que nous pouvons adopter.



Relations circulaires entre stress, émotions et défenses, d'après Trombini & Baldoni (2005, pp 145; 150)

Seyle (cité par Trombini & Baldoni, 2005, p 133) définit le stress « comme la réponse non spécifique de l’organisme à chaque demande de changement ». Le stress n’est pas forcément négatif, mais la rencontre entre les événements stressants et nos habiletés physiques et psychologiques va donner une réponse adaptative, mettant en place des défenses psychologiques ou biologiques, qui peuvent produire des maladies, maladies liées à notre capacité d’intégration de ces événements stressants, et à nos stratégies de coping.

Pour Engel (1962, cité par Trombini & Baldoni, 2005, p 138), trois types d’évènements peuvent prendre une valeur psychologiquement stressante :

- Une perte ou une menace de perte d’un objet (au sens d’une personne, d’une chose, d’une fonction ou d’une idée qui ont pris un rôle clé dans l’assouvissement de nos besoins)

- Un préjudice ou une menace de préjudice
- La frustration d'une pulsion

Engel et ses collaborateurs notent qu'une relation existe entre l'existence de ces événements et l'aggravation de maladies physiques et psychiques chez des personnes incapables d'affronter et d'élaborer psychiquement une perte. (Trombini & Baldoni, 2005, p 142). Cela nous amène à considérer les habiletés psychologiques de la personne à répondre au stress.

Dans le modèle de Lazarus et Folkman, « les stratégies de coping sont considérées comme des réponses à des conditions stressantes spécifiques, et leur choix est fonction de l'évaluation cognitive de l'évènement ». Pour eux, il y a deux types de stratégies choisies par l'individu :

- Celles centrées sur le problème à affronter, donc sur l'origine externe du stress (« problem-focused strategies »)
- Celles centrées sur la régulation de ses propres émotions engendrées par le stress, donc sur la conséquence interne du stress (« emotion-focused strategies »)

L'utilisation de ces stratégies de coping est liée aux caractéristiques personnelles de l'individu : une personne à haut degré d'extraversion utilisera plus un coping focalisé sur le problème, une personne à haut degré de névrotisme utilisera plus un coping focalisé sur les émotions internes. L'extraversion et le coping focalisé sur le problème semblent conduire à un résultat plus positif (Trombini & Baldoni, 2005, pp 148-149).

1.5. Conclusion

Les psychanalystes ont été les premiers à s'intéresser à l'apparent dualisme corps-esprit chez une personne malade, et à émettre des théories sur la liaison entre symptômes de la maladie et difficultés psychiques individuelles : le symptôme somatique serait une solution de compromis entre désir inacceptable et défenses psychiques. Alexander a été le premier à déclarer que toute maladie était psychosomatique, c'est-à-dire avait une composante somatique et une composante psychique, liées, et à insister sur l'importance de prendre en compte le malade et sa maladie dans une perspective multidimensionnelle. A sa suite, les psychanalystes se sont éloignés de la théorie du symptôme comme résultante d'un conflit psychique, pour se focaliser plus sur une gestion émotionnelle inadéquate comme facteur prédisposant et aggravant de maladie. La recherche sur le stress et les stratégies d'adaptation (coping) est apparue en parallèle, découvrant comment ces facteurs pouvaient déclencher des réponses psychosomatiques.

En complément de ces recherches sur les déclencheurs de maladies, les médecins, psychiatres et psychologues ont travaillé sur le vécu de la maladie par le malade, du déni à l'acceptation, avec une relation particulière au temps (projection uniquement dans le futur immédiat), et avec une relation particulière au corps pouvant entraîner des sensations de clivage entre la « bonne » et la « mauvaise » partie du corps.

Longtemps, la causalité d'un trouble psychosomatique a été vu comme linéaire et intrapsychique ; puis s'est ajouté l'état de la relation mère-enfant dans les premières années comme cause du trouble, prémisses d'une prise en compte systémique du trouble. L'OMS a également pris une perspective plus systémique de la santé et de la maladie, en recherchant dans différents domaines de vie les facteurs contributeurs d'une perception de qualité de vie ; le questionnaire WHOQOL en est la résultante.

2. L'approche systémique en traitement des maladies

2.1. Définition d'un système

Un système, selon Le Moigne (1977) est « un objet qui, dans un environnement, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pourtant son identité unique ». Ce système se compose de sous-systèmes ou d'éléments, possédant chacun une autonomie relative, une vie propre par rapport à l'environnement dans lesquels ils évoluent.

Un système possède quatre caractéristiques fondamentales :

- *L'interaction* d'un élément avec d'autres, action réciproque modifiant le comportement ou la nature des éléments en présence
- *La totalité* : le tout est plus que la somme des parties ; des propriétés émergent au niveau global, non présentes au niveau élémentaire
- *L'organisation*, c'est-à-dire l'agencement d'une totalité en fonction de la répartition de ses éléments en niveaux hiérarchiques ou sous-systèmes. Le processus d'organisation des éléments entre eux pour former un tout fait partie des caractéristiques
- *La complexité du système* ; la complexité vient du verbe latin « complector » signifiant entrelacer, embrasser, comprendre, tenir ensemble (Trombini & Baldoni, 2005, p 124).

Cette complexité du système existe par le degré élevé de son organisation, l'incertitude de l'environnement dans lequel il évolue, la difficulté à prédire son comportement global.

Un système peut être décrit d'un point de vue structurel : il se compose d'*éléments* ; une *frontière* plus ou moins perméable sépare la totalité des éléments de son environnement, et les éléments entre eux ; des *réseaux de relation* assurent le transport des informations, de l'énergie, des matériaux entre les éléments du système ; des *réservoirs* stockent ces informations, cette énergie, ces matériaux, pour éviter le blocage du système (Durand, 1971, cité par Duriez, 2007, p 22).

Il y a deux types de systèmes :

- Des systèmes fermés, où les frontières sont imperméables avec l'extérieur
- Des systèmes ouverts, où il y a échange de matière, d'énergie, d'information entre le système et l'extérieur. Les systèmes humains font partie de ces systèmes. Tout système ouvert fait partie d'un sur-système plus vaste.

2.2. Les trois systémiques

Cette partie, inspirée de Duriez (2007, p 24-50) donne un bref aperçu des trois phases de l'évolution de la théorie des systèmes, et de leur application au champ thérapeutique. On qualifie ces trois phases par « les trois systémiques ».

La première systémique est basée sur la théorie générale des systèmes proches de l'équilibre de Von Bertalanffy (1937), qui décrit les principes régissant les systèmes :

- totalité (« un système est un ensemble d'éléments en interaction »),
- non-sommativité (le tout a des qualités différentes (qualités dites émergentes) de la somme des qualités des parties),
- équi-finalité (réalisation des « objectifs du système à partir de différents points de départ et par différents moyens », ce qui implique que, dans un système familial, on ne peut définir les conditions initiales qui ont amené un membre à souffrir d'une pathologie ; on sort de la causalité linéaire),
- homéostasie (équilibre entre la tendance au statu quo et la tendance au changement).

Dans cette perspective, le processus de régulation pour arriver à l'homéostasie du système est la boucle de rétroaction négative, correctrice des actions empêchant le système d'atteindre son but.

La première systémique a permis de définir toute communication comme un système de relations, d'interactions s'influçant réciproquement, sur des modes de communication digitaux (langage verbal) et analogiques (langage non-verbal), et sur des modes de relations symétriques (minimisation du refus de la différence) ou complémentaires (Watzlawick, cité par Duriez).

Dans ce cadre, Bateson & al. (1956) ont élaboré la théorie du double lien, trouble de la communication entre deux personnes en relation étroite et complémentaire. « Cette théorie envisage les symptômes comme le résultat de l'apprentissage d'un modèle de communication » (tel que les symptômes de la schizophrénie). Elkaïm, cité par Duriez, note que Haley avait déjà à l'époque fait un pas vers la deuxième systémique, en montrant la dimension co-constructive du double lien.

La deuxième systémique est issue des travaux de chercheurs de plusieurs disciplines, dont Heinz Von Foerster (1970), cybernéticien et biomathématicien. Celui-ci montre l'illusion dans laquelle nous sommes de considérer l'observateur comme neutre, et son observation comme la réalité. En fait, l'observateur ne perçoit pas la réalité totale, mais une partie seulement, qui est la réalité observée à travers le filtre de son cadre de référence, c'est-à-dire de son propre système de perception, de croyances et de théories ; il forme avec l'observé un système différent de celui qu'il tente d'observer. C'était déjà un des principes de la mécanique quantique. Appliqué à la thérapie, cela signifie que le thérapeute n'est pas un observateur « objectif » du système qu'il observe (que ce soit le système individuel ou familial), il co-construit une réalité thérapeutique avec son patient.

Prigogine (1968), chimiste, a apporté à la deuxième systémique le concept de structures dissipatives, c'est-à-dire de « systèmes capables de conserver leur identité uniquement en restant continuellement ouverts aux flux de leur environnement ». Ici, l'étude se porte sur les systèmes en rupture d'équilibre, produisant soit une crise, soit une restructuration du système s'adaptant aux modifications de l'environnement. Il apporte le concept de boucle de rétroaction positive, de feedback évolutif, qui va faire basculer le système dans un autre état, à partir de petits changements. Appliqué à la thérapie, ce concept montre l'utilité de « ces tous petits riens thérapeutiques », qui peuvent faire basculer le système dans un autre état plus adapté.

D'autres chercheurs, tels que Morin, Haken, Atlan, Maturana et Varela, vont enrichir ces concepts par le principe d'auto-organisation des systèmes vivants, « processus de création par destruction de redondance, par création de différenciation ». Maturana et Varela parlent alors de système autopoïétique, qui « engendre sa propre frontière, produit l'organisation qui le définit comme unité. Ainsi, la famille produit elle-même les règles et le mythe familial qui vont la définir en tant que famille unique ».

La troisième systémique apporte notamment deux nouveaux points de vue :

- La théorie de l'énaction émise par Varela, selon laquelle la conscience est un processus dynamique et ouvert, et la cognition une représentation du monde se construisant à partir des actions qu'accomplit un être dans le monde, provenant donc de la triade sujet, objet et relation sujet-objet. Appliqué à la thérapie, cela montre la difficulté à objectiviser une connaissance du patient, et l'importance de la relation thérapeute – patient dans cette connaissance.
- L'auto-référence d'un système, qui est l'aptitude de ce système à définir son identité. Appliqué à la famille, « l'auto-référence d'une famille correspond à la façon dont ses membres parlent d'eux-mêmes, se pensent en tant que système et interagissent à l'intérieur de leur système ». Les paramètres auto-référencés du système familial, par exemple ses croyances, se transmettent de génération en génération, reproduisant l'identité du système, par la transmission aux générations suivantes, transmission consciente ou inconsciente.

2.3. Thérapie systémique et traitement des maladies

2.3.1. Historique

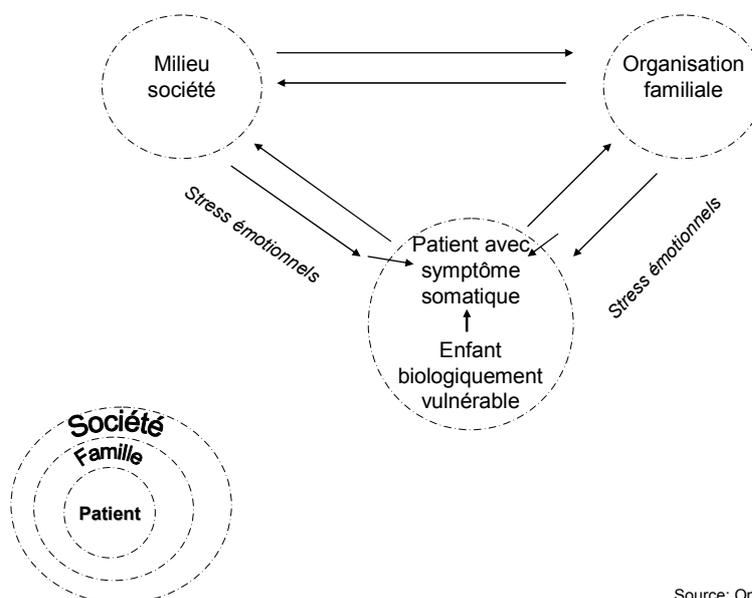
Dès le milieu du XX^{ème} siècle, de nombreux psychiatres et psychologues américains se sont rendus compte des limites du traitement de la maladie psychosomatique en gardant une perspective uniquement individuelle (Trombini & Baldoni, 2005, p 110-130). Le traitement par cure psychanalytique classique avait apporté des résultats décevants, car ne tenant pas compte du contexte extérieur, en particulier du contexte de la famille. Des études sont alors faites, vers les années cinquante, sur des bébés asthmatiques et leur contexte familial ; ces études décèlent chez les parents une distance affective, une sévérité, et une tendance à

l'hyperprotection. De nombreux centres mettent alors en place une « parentectomie », c'est-à-dire un éloignement des patients de leur contexte familial. Cette parentectomie amène au début à une amélioration transitoire, qui n'empêche pas à long terme la chronicisation de la maladie. Nous sommes encore là dans une perspective de causalité linéaire, la famille étant considérée comme la cause du trouble. Cette façon de faire est progressivement remise en cause depuis la fin des années 1990 (Cook-Darzens, 2002, pp 10-11, 51-53).

Vers la fin des années 1960, l'on commence à appliquer dans le domaine de la psychosomatique un modèle systémique relationnel basé sur une relation causale de type circulaire. Don D. Jackson, un des fondateurs du Mental Research Institute, est l'un des premiers à utiliser ce modèle avec des patients atteints de maladies somatiques, mettant en évidence un style particulier de comportement appelé « restrictif » : les relations dans ces familles y sont limitées, appauvries par l'application de règles éducatives rigides et par l'impossibilité d'exprimer ses sentiments et ses désaccords ; l'évitement du conflit est systématique ; les relations sociales sont insuffisantes et formelles. Jackson montre alors comment les symptômes psychosomatiques dépendent du système familial, mais aussi comment le patient contribue également, par circularité, à maintenir les symptômes ; on arrive alors à une « homéostasie » du système.

La focalisation sur la famille du patient ayant un trouble psychosomatique peut faire craindre qu'on sous-estime la spécificité biologique du symptôme. Onnis (1989), appliquant le concept systémique des systèmes vivants ouverts, intègre la composante biologique dans la prise en compte du trouble psychosomatique : ce système psycho-biologique individuel est en interaction et en influence réciproque avec les systèmes familial et socio- environnemental, systèmes tous ouverts et hiérarchiquement ordonnés. Cette modélisation intègre les points de vue cités précédemment des psychanalystes Alexander, Marty, M'Uzan, Sifneas, et Nemiah.

Système ouvert: le continuum du biologique à l'environnemental



Source: Onnis (1989), p 81

Nous donnons maintenant une synthèse des apports de Selvini-Palazzoli et Minuchin à la psychosomatique ; ils sont précurseurs des apports de Onnis ; nous nous attarderons plus longuement sur ceux-ci, car ils ont un lien important avec le travail en constellations qui nous intéresse dans cette recherche.

2.3.2. L'apport de Selvini-Palazzoli

A la mort de Jackson, en 1968, les approches systémiques de traitement des maladies s'exportent vers l'Europe. Maria Selvini Palazzoli, psychanalyste et thérapeute d'enfants spécialisée dans le traitement de l'anorexie mentale, abandonne alors l'approche individuelle

pour une approche familiale de type systémique. Elle et son équipe dégagent des caractéristiques présentes dans de nombreuses familles de patients anorexiques (Trombini & Baldoni, 2005, p 115) :

- Tendance à réfuter ce qui est communiqué par d'autres membres
- Difficulté à recourir au rôle de leader
- Interdiction de toute alliance
- Incapacité à s'assumer responsable de ce qui se passe dans la famille

Le symptôme anorexique est alors l'expression du style de communication familiale.

L'équipe de Selvini-Palazzoli crée des techniques thérapeutiques, telles que la connotation positive (comme l'utilité du symptôme pour le bien-être et l'équilibre de la famille), pour promouvoir le changement dans le système familial d'une personne anorexique.

2.3.3. L'apport de Minuchin

Salvador Minuchin, pédiatre et psychiatre argentin ayant travaillé aux Etats-Unis et en Israël, pratiquant l'orientation structurale en thérapie familiale, est considéré comme celui ayant apporté le plus à la théorie psychosomatique (Trombini & Baldoni, 2005, p 115). Selon l'orientation structurale, l'organisation du système familial doit être étudiée à travers une carte des différents sous-systèmes fonctionnels (par exemple le couple, les enfants) dans lesquels chaque membre développe une fonction précise (par exemple la fonction de grand-frère, ou de fils, pour une même personne). A partir d'expériences avec une famille d'enfants diabétiques, il développe son modèle d'interprétation des troubles psychosomatiques (Trombini & Baldoni, 2005, pp 117-119):

- Le patient présentant le trouble est lié à sa famille par un rapport de circularité où les symptômes et dysfonctionnements structuraux du groupe s'influencent réciproquement,
- Des facteurs stressants extérieurs peuvent favoriser l'apparition du trouble ; dès lors, il tend à être maintenu par l'organisation familiale,
- Une prédisposition somatique peut exister, expliquant le choix du symptôme ; mais ce qui a le plus d'importance est la tendance du patient à interagir de manière circulaire avec la famille.

Il est important de noter que Minuchin intègre les composantes médicales et biologiques de la maladie « dans une vision circulaire plus complexe, qui accorde une importance centrale à la relation du patient et du système familial ».

Il dégage quatre caractéristiques structurales des familles ayant des enfants présentant des troubles anorexiques, diabétiques ou asthmatiques (familles qu'il appellera « familles psychosomatiques ») :

- *Engluement* : les membres ont tendance à s'intéresser excessivement aux autres membres de la famille.
- *Hyperprotection* : chaque signe de mal être ou de maladie entraîne une protection excessive des membres de la famille vers le patient.
- *Rigidité* : la famille est fortement résistante au changement.
- *Evitement des conflits* : il n'y a pas de tolérance de désaccord, tout conflit est étouffé ou nié.

On voit ici le lien avec le modèle de Don D. Jackson.

Les récentes recherches nuancent ces caractéristiques du système familial (Cook-Darzens, 2002). Onnis (2005) mentionne par exemple que, dans son travail avec des familles de patients anorexiques, il n'est pas possible de faire émerger une typologie unique de structure de famille.

2.3.4. L'apport de Onnis

Luigi Onnis est neuropsychiatre et thérapeute familial, exerçant comme praticien-chercheur à l'Institut de Psychiatrie de l'Université La Sapienza de Rome. Il s'intéresse depuis les années 1970 aux interprétations et aux interventions sur les troubles psychiatriques et psychosomatiques, en privilégiant une approche systémique.

Onnis (1989, p 13) s'insurge contre les modèles traditionnels de traitement de la maladie psychosomatique, maladie par nature propice au travail sur l'être dans sa globalité. Ces modèles de traitement, « distinguant trois composantes fondamentales, biologique, psycho-émotive et socio-environnementale », avaient focalisé leur attention sur une seule de ces composantes, oubliant les interactions possibles avec les deux autres, en les regardant

uniquement comme des causes ou des effets de la composante choisie. Onnis (2001) relève que, dans un grand pourcentage de cas traités par de tels modèles réductionnistes, le trouble évolue vers la chronicité.

L'objectif fondamental du modèle systémique selon Onnis (1989, p 15) est de rechercher les connexions entre les différentes parties d'un phénomène « avec la conviction que chacune d'entre elles ne peut recevoir sa physionomie réelle et son sens plein que dans le cadre des interactions réciproques ». Il n'y a plus de causalité linéaire, nous sommes dans une causalité circulaire.

Pour lui, la médecine psychosomatique profitera pleinement d'une méthodologie systémique, pour avoir une approche unitaire, intégrée du malade. Il insiste particulièrement sur l'effort à faire pour observer le symptôme psychosomatique dans le contexte relationnel où il apparaît. Le symptôme, pour Onnis, exprime un sens symbolique, réunit en lui « la signification du contexte de communication et de relation dans lequel il apparaît. ».

Le modèle systémique implique alors un changement du champ d'observation et des critères d'intervention, se déplaçant « des individus aux systèmes qui les englobent et aux situations auxquelles ils participent ».

Onnis et al. (2001, p 168) ont effectué de nombreuses recherches en psychosomatique, orientées dans une perspective systémique, et ont mis en évidence deux aspects clé :

- « L'existence de corrélations significatives et importantes entre le symptôme psychosomatique et les réactions psycho-émotionnelles du patient, et entre ces dernières et les caractéristiques typiques de son système d'appartenance », au niveau des relations observables et au niveau « mythique », plus profond et caché, renvoyant souvent à une histoire transgénérationnelle
- L'absence, dans les services d'assistance tels que les hôpitaux, de capacité à affronter ces composantes psycho-émotionnelles et relationnelles

Ils soulignent que l'approche systémique qu'ils emploient pour soigner les troubles psychosomatiques n'est pas une « technique de thérapie familiale » - car alors ce serait un réductionnisme - mais une orientation méthodologique permettant « de retrouver les connexions entre de multiples niveaux systémiques », restituant à « la maladie psychosomatique la caractéristique de point d'intersection entre facteurs biologiques et

psychosociaux ». Onnis et al. (2001, 169-170), adoptant une optique de la complexité, voient le trouble psychosomatique comme le résultat de la corrélation de multiples composantes, de multiples niveaux systémiques – biologique, familial, relationnel, psycho-émotionnel -, chacune gardant une spécificité et une autonomie propre ; de ce fait, une approche thérapeutique interdisciplinaire coordonnée est recommandée pour prévenir la chronicisation du trouble.

Onnis (2005) explique qu'il travaille principalement avec la famille, au lieu de travailler sur tous les niveaux systémiques auquel le trouble psychosomatique est lié, pour des raisons théoriques et pratiques :

- La famille est le premier contexte d'expériences et d'apprentissages, où les mouvements d'identification et d'autonomisation se sont produits ; il est clé de travailler sur ce contexte, quand on se réfère au concept du système Soi-Corps-Soi évoqué plus haut (Kohut, 1977). Pour autant, Onnis met en garde contre l'idée de condamner la famille comme « pathogène »
- La famille est un système complexe reliant plusieurs niveaux : le niveau synchronique des modèles d'interaction et de communication, et le modèle diachronique des histoires individuelles et collectives, des valeurs, croyances, mythes, secrets, qui influencent encore le présent et le futur.

Le modèle de thérapie familiale utilisé par Onnis, qui découle de cette perspective, a trois phases :

1. *Phase initiale : le travail structural* ; il consiste à recueillir des informations sur le trouble psychosomatique analysé, comment la famille s'est organisée autour, et à travailler sur les modèles interactifs familiaux dysfonctionnels
2. *Phase intermédiaire : travail avec les « sculptures du temps »*, inspiré de la technique des sculptures de Satir (Elkaïm, 1995, p 454-456), où les différents membres de la famille mettent en scène une sculpture du présent, du futur, et du passé, pour explorer la dimension diachronique de la famille. Ce travail permet également d'utiliser un langage analogique, plus semblable au langage non verbal du symptôme.
3. *Phase finale : travail sur les sous-systèmes et sur les histoires trigénérationnelles*, en recherchant les événements dans la famille d'origine ayant favorisé l'organisation familiale actuelle

2.3.5. Les sculptures comme outil métaphorique

Onnis, à la suite de Bateson, pense que la fonction des métaphores est de créer un lien entre le monde biologique et les processus mentaux (Onnis & al., 2004). Il cite Bateson :

« Les métaphores représentent la logique à partir de laquelle le monde biologique a été construit. C'est la principale caractéristique de l'organisation des processus mentaux ».
Bateson, 1979

La métaphore, au sens propre, est une transposition de sens ; elle suppose toujours une comparaison implicite (et non explicite comme la comparaison).

La métaphore, de par son pouvoir évocateur et non explicatif, permet selon Onnis de faire allusion aux niveaux pré-verbal et inconscient, sans être jamais explicite ; ainsi, la personne qui l'écoute, la voit, la perçoit ne met pas en place de mécanismes de défense, et lui permet d'aborder de façon créative la situation à laquelle la métaphore se réfère.

Onnis travaille avec les familles sur ce qu'il observe des comportements et des interactions, et sur le monde intérieur de la famille, caché, ce qu'il définit comme le niveau mythique de la famille. Ce niveau mythique est le « ciment émotionnel » des familles, composé des croyances, des valeurs, des affects, qui représentent et soudent la famille de façon unique. Le langage métaphorique, et plus particulièrement l'utilisation d'objets métaphoriques tels que les sculptures, prennent place dans « l'espace intermédiaire » entre la famille et le thérapeute, introduisent entre eux un code, permettant le dialogue et la co-découverte du niveau mythique de la famille. Alors le changement intérieur et extérieur pourra être possible.

Onnis & al (2004) insistent particulièrement sur l'importance de l'utilisation d'un langage analogique, métaphorique, quand la souffrance s'exprime à travers le corps ; cette souffrance, d'un point de vue systémique, est le signe non seulement des problèmes intrapsychiques du patient, mais aussi du contexte familial, relationnel et mythique. Le langage analogique est isomorphe au langage du symptôme, qui est langage du corps du patient, et du « corps de la famille ». Onnis, dans son livre « corps et contexte » (1989), disait déjà que « le symptôme psychosomatique acquiert [...] une valeur de métaphore ; le phénomène corporel ne se contente pas de se charger de valences émotionnelles, mais synthétise et en même temps renforce les modules interactifs rigides du système interpersonnel où il apparaît ».

Onnis & al. (2004) utilisent pour ce faire « Les Sculptures du Temps de la Famille » (STF). Ces sculptures servent de métaphores pour transcrire le langage du symptôme.

« La méthode des sculptures consiste à demander à chaque membre de la famille de donner une représentation visuelle et spatiale de l'image qu'il a de la famille, à travers la position des corps dans l'espace, leurs postures, la distance relative entre eux, la direction des eux. ».

Dans la méthode des STF, Onnis & al. explorent avec chaque membre de la famille la dimension du temps, car, de par leur expérience, le système familial de patients psychosomatiques a perdu la dimension du temps. Chaque membre de la famille représente la famille sur trois temps : une sculpture du présent, une du futur (après dix ans), une du passé (à partir d'un évènement du passé les ayant particulièrement marqués). Deux scénarii sont possibles : soit les interactions, les rôles restent les mêmes, et on est dans un « temps gelé » ; soit la dynamique perçue est accompagnée de craintes de perte, évoquées par les sculptures. Le niveau mythique de la famille émerge alors et peut être exploré entre le thérapeute et la famille, par les nouvelles visions du problème évoquées par les sculptures, et les nouvelles solutions qui en découlent.

Nous verrons dans la suite comment la méthode des constellations systémiques s'inspire également de la méthode des sculptures, et sans doute, fait émerger le niveau mythique, non dit de la famille, et le sens de la maladie.

2.4. Conclusion

L'évolution de l'approche systémique en thérapie a permis de comprendre que le thérapeute, par ce qu'il est, par la relation thérapeutique qu'il entretient, fait partie du système de la personne en soin, et n'est pas un observateur neutre, sans incidence sur le système individuel et familial que l'individu amène avec lui en thérapie. Elle a permis également d'appréhender différemment le changement thérapeutique, principalement en thérapie familiale, considérant que chaque système familial est un système ouvert, en équilibre instable, que des « tous petits riens thérapeutiques » peuvent faire basculer vers une nouvelle structure plus appropriée. Elle a aussi apporté la notion d'auto-référence d'un système, et, appliquée à la thérapie familiale, la capacité d'une famille à transmettre, de façon consciente ou inconsciente à travers des générations une identité familiale.

L'approche systémique en traitement des maladies a suivi la même évolution : la découverte de structures familiales restrictives engendrant des symptômes tels que de symptômes anorexiques, a amené à une « parentectomie », c'est-à-dire l'isolation du malade de sa famille. Puis, compte tenu des échecs de cette méthode, le rôle du malade dans le système familial a été plus pris en compte, et on est passé d'une approche causale à une approche circulaire de la maladie, prenant le système familial et le système du patient en compte. Onnis a apporté une perspective similaire à celle d'Alexander, mais avec une approche systémique : pour lui, il est indispensable de prendre en compte les différents systèmes du malade et leurs interactions, c'est-à-dire les systèmes individuel et psycho-émotionnel, le système familial et le système social, pour aller vers la guérison. Il a en outre apporté une méthode originale de soin en thérapie familiale, la méthode des sculptures du temps ; cet outil métaphorique amène à une compréhension implicite de chaque membre du système familial, et à un changement ; il évite aussi que des mécanismes de défense se mettent en place. Cette méthode a des liens avec la méthode des constellations familiales, comme nous le verrons plus loin.

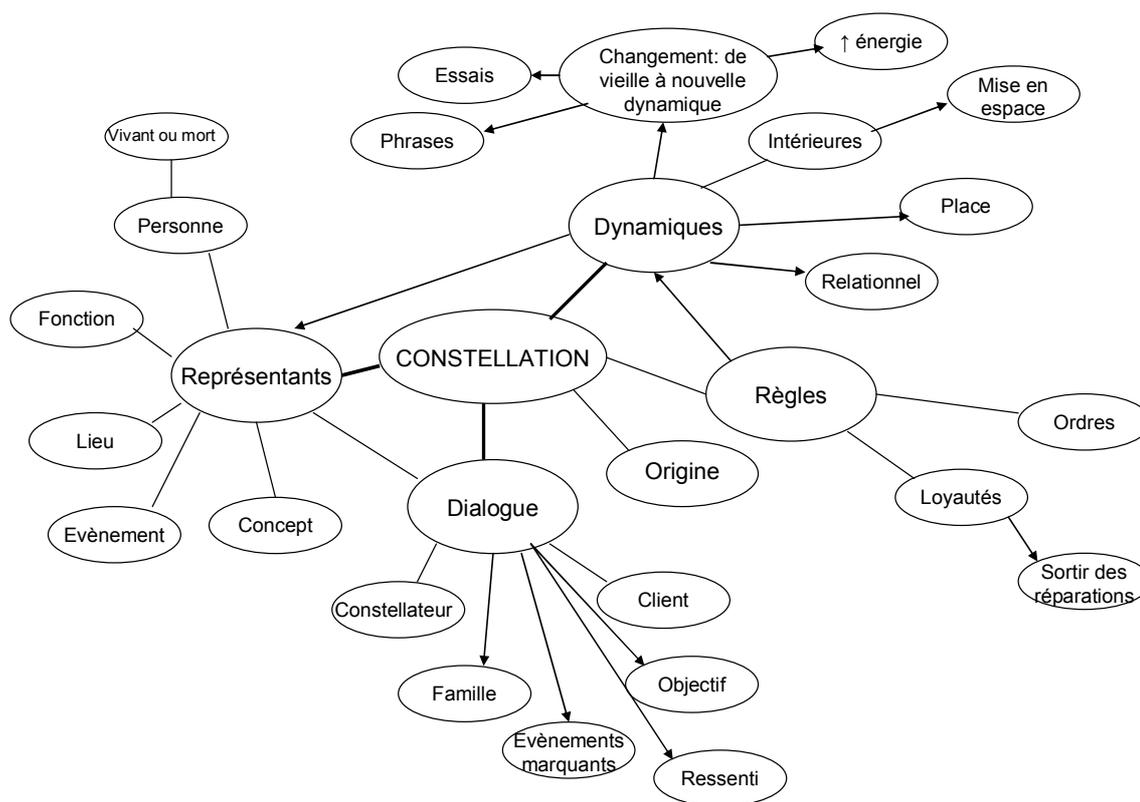
3. La méthode thérapeutique des constellations systémiques

Dans la suite de ce document, pour être conforme aux différentes terminologies utilisées par les différents auteurs cités, nous emploierons indifféremment les termes de praticien en constellation, constellateur, thérapeute en constellation, animateur de séminaire de constellations, pour désigner la personne qui anime le déroulement d'une constellation.

Nous emploierons également indifféremment les termes de patient et de client, pour désigner la personne qui demande à faire une constellation. En effet, très souvent, cette personne est désignée par le constellateur par le terme de « client » et non de « patient » : cela peut a priori surprendre. Cependant, le choix de ce vocable est fait pour mettre la personne en responsabilité de sa demande et de ce qu'elle va faire de la constellation, ainsi que pour mettre le thérapeute en position basse.

Nous montrons graphiquement ci-après ce qu'est une constellation. Nous expliciterons ce graphique tout au long de ce chapitre. Nous allons présenter l'origine de la méthode des constellations, son utilisation en thérapie familiale et en thérapie de maladie, puis le déroulement d'une constellation, et enfin le résultat disponible en langue anglaise et française des recherches effectuées à ce jour.

Qu'est ce qu'une constellation?



3.1. L'origine

Les constellations systémiques s'inspirent notamment du travail de reconstruction familiale et de la technique de sculpture familiale de Virginia Satir (Elkaïm et al., 1995, p 454), et du travail de Ivan Boszormenyi-Nagy (1973) sur les loyautés invisibles, l'intrication systémique dans les relations transgénérationnelles, et le principe de « l'équilibre entre donner et prendre ».

Cette méthode thérapeutique de changement a été mise au point par Bert Hellinger, psychanalyste, dans les années 1980, pour insuffler une dynamique de changement dans le système familial ; une deuxième phase a eu lieu en 1994, avec le psychiatre Gunthard Weber et Bert Hellinger, appliquant les principes des constellations familiales au système professionnel (Potschka-Lang, 2006, pp 21-40 ; communication personnelle, 2007)

Hellinger, après avoir refusé de mettre en place d'école de formation délivrant un diplôme de thérapeute de constellations familiales (Tencé, 2002, p 109), a créé il y a deux ans l'école Hellinger de constellations. Au vu de l'expansion rapide de cette pratique thérapeutique et des

critiques formulées par des participants sur l'attitude de certains animateurs de séminaires de constellations, le Dr Gunthard Weber, à travers l'institut WISL², et d'autres constellateurs renommés tels que Constanze Potschka-Lang, ont mis en place depuis plus 1999 des écoles de formation, des critères de formation, de supervision et de suivi du travail de constellation, pour professionnaliser la pratique. Le suivi va à l'encontre des convictions de Bert Hellinger, pour qui le feedback et le suivi du client compromettraient les effets bénéfiques d'une constellation (Potschka-Lang, 2006, p 36-40).

3.2. La psychogénéalogie

Nous nous arrêtons un bref instant sur la psychogénéalogie, attitude de réflexion intégrée dans la méthode des constellations, et qui apparaît peu dans le travail en psychosomatique cité dans les sections précédentes.

La psychogénéalogie est un mot créé par Anne Ancelin-Schützenberger dans les années 1980. Elle définit ainsi ce terme :

« la psychogénéalogie est un art et un science. C'est une démarche qui nous permet de comprendre et d'utiliser au mieux notre héritage psychique, ou, si besoin est, de le transformer.

Elle s'appuie sur la psychanalyse étendue aux liens transgénérationnels et sur la technique sociopsychologique du géosociogramme, arbre généalogique augmenté des liens et des faits de vie importants ». Ancelin-Schützenberger (2007), p 11

Distinguons d'abord la notion d'inter et de transgénérationnel. La transmission intergénérationnelle est constituée de vécus psychiques élaborés, connus, entre générations se connaissant. La transmission transgénérationnelle est « constituée d'éléments psychiques inconscients non élaborés, traversant l'espace psychique sans appropriation possible », d'une tâche inachevée, entre générations parfois éloignées (Ancelin-Schützenberger, 2007, p 24 ; Fossion & Rejas, 2007, p 231). Ancelin-Schützenberger (2007, p 25) souligne par ailleurs l'importance de la prise de conscience, de la mise en sens de ces « patates chaudes »

² WISL, Wieslocher Institut für Systemische Lösungen, est un institut de formations en thérapies systémiques constructivistes, et en thérapies basées sur les constellations; il est basé à Wiesloch, près d'Heidelberg (Allemagne), et a été créé par le Dr Weber ; <http://www.wieslocher-institut.com/institut/>

transgénérationnelles, le risque sinon étant de développer un mal-être, une maladie, d'affronter un évènement tragique.

Le travail de mise en sens passera par un travail de recherche d'évènements marquants, de répétitions, de syndromes d'anniversaire, pour certains sur trois générations, pour d'autres comme Ancelin-Schützenberger sur quatre à sept générations. Fossion & Rejas (2007) donnent un exemple de cette recherche de mise en sens et du travail thérapeutique associé, fait par S. Hirsch auprès des familles de survivants de la Shoah ; le traumatisme de la Shoah est passé de l'indicible à l'innommable à la 2^{ème} génération, puis à l'impensé à la 3^{ème} génération; la mise en sens se fera par la reconstitution de l'histoire de la famille par les petits-enfants. Fossion & Rejas (2007, p 240) désignent cela sous le terme « réamorçages informatifs ».

Ce travail de mise en sens pour clore un travail psychique inachevé sur plusieurs générations se fera à travers le génosociogramme, arbre généalogique reprenant les évènements marquants de la famille, les deuils non faits, les secrets, les attachements particuliers. Ancelin-Schützenberger (2007) met en place également la méthode du psychodrame pour clore cette tâche inachevée, en ayant une expérience kinésique, affective et corporelle, en travaillant à partir des génoigrammes (ou génosociogrammes).

Ce travail de mise en sens a de nombreuses similitudes avec le travail des constellations, comme nous le verrons par la suite.

3.3. Les règles internes au système familial

Commençons par donner les définitions du système familial et des intrications, pour Bert Hellinger et les autres praticiens en constellations (Potschka-Lang, 2001, pp 17-29) :

« Le système familial :

On distingue deux systèmes familiaux : le système d'origine et le système actuel.

Nous pourrions comparer le système familial à un mobile. Chacun de ses membres a une place. Si l'un d'entre eux devait être exclu, tout le mobile se mettrait à vaciller car tous sont liés et s'influencent mutuellement. Le mobile est composé d'un nombre défini d'éléments. Un individu est élément d'un système dès lors qu'il subit de la part de ses membres ou exerce sur eux une influence dite « systémique ». Bert Hellinger dit qu'ils sont « gouvernés par une même conscience familiale ». Les intrications n'apparaissent qu'à l'intérieur de ce groupe bien déterminé. »

« *Les intrications* :

Des évènements tragiques ébranlent un système familial et ont souvent pour conséquence des intrications dont les effets se ressentent sur plusieurs générations. Dans ces cas-là, l'intrication touche en général un jeune membre de la famille qui prendra à sa charge le fardeau d'un autre sans même en avoir conscience. Par exemple, un enfant tombera gravement malade pour que l'on se souvienne d'un parent dont le destin a été tragique. Un individu endossera la culpabilité pour une personne appartenant à une génération antérieure, etc. »

Bert Hellinger décrit les règles fondamentales qu'on observe dans tous les systèmes familiaux, qu'il appelle « ordres de l'amour » ; ces règles, au nombre de quatre, sont largement inconscientes, mais on peut en observer les effets, positifs si elles sont respectées, potentiellement dévastateurs si elles ne le sont pas (Potschka-Lang, 2001, pp 30-35 ; 2006, pp 59-69, Hellinger, 2002, pp 551-553) :

- *Dans un système familial, tous sont liés les uns aux autres* : lorsqu'un enfant naît, un lien très fort se crée entre lui et sa famille, quelle que soit sa qualité ; ce lien, fondamental, est le gage de l'appartenance à la famille ; ce lien psychique à la famille d'origine est si fort que l'enfant voudra inconsciemment le maintenir à tout prix, et peut même être prêt à sacrifier sa vie pour sa famille.
- *Chacun a le même droit à l'appartenance* : quel que soit son comportement, son destin, aussi longtemps qu'un membre de la famille se souviendra de la personne, elle appartiendra au système familial. Il arrive qu'une personne soit exclue, on oublie de penser à elle (par exemple une femme morte en couches), son souvenir est refoulé. Cependant, cette exclusion engendrera un déséquilibre dans le système familial multi-générationnel, et des intrications, qu'il faudra réparer.
- *Chaque membre de la famille a sa place et son rang* : il y a aussi « exclusion lorsqu'un membre de la famille n'a pas la place et l'estime qui lui reviennent par rapport à son rang ». Chacun doit avoir sa place, selon son ordre chronologique ; on inclut donc dans le système familial les enfants morts-nés, pour équilibrer ce système. Ce principe hiérarchique vaut aussi pour les premiers conjoints ; s'ils sont exclus, généralement l'un des enfants du nouveau couple « prendra » leur place.
- *Les membres exclus sont toujours représentés* : si ce n'est pas le cas, un enfant peut s'identifier alors à la personne exclue, exprimant des sentiments, adoptant des comportements qui ne sont pas les siens, allant même jusqu'à suivre l'exclu dans la mort.

3.4. Les principales dynamiques dans une constellation

L'exclusion, la non-consideration engendrent des intrications, que l'individu garde adulte, par amour et pour satisfaire son besoin d'appartenance, par loyauté envers une personne qui peut avoir plusieurs générations d'écart avec lui (Potschka-Lang, 2001, pp 35-42).

Bert Hellinger décrit trois principales dynamiques d'intrication, fréquemment observées en constellation :

- *Je te suis* : cela signifie qu'une personne se sent poussée à suivre un autre membre de son système familial dans son destin ; cette dynamique est la survivance d'une croyance archaïque selon laquelle on peut rejoindre les disparus et les ramener à la vie.
- *Plutôt moi que toi* : lorsqu'un parent est dans une dynamique « je te suis » pour tenter de suivre un membre de sa famille d'origine, les enfants le ressentent. Inconsciemment, ils peuvent se dire : « mieux vaut que je disparaisse que toi » ; en se mettant ainsi au service de leur famille, ils se sentiront en harmonie avec elle. La dynamique « plutôt moi que toi » est la conséquence directe de la dynamique « je te suis ».
- *J'expie une faute personnelle ou une faute commise par un autre* : lorsqu'un individu a causé un grand tort à un autre, il se produit un déséquilibre dans cette relation. Inconsciemment, le coupable veut expier sa faute ; si ce n'est lui, ce pourra être l'un de ses descendants. « Le coupable ne pourra se libérer qu'après avoir regardé sa victime et sa culpabilité en face ».

Le travail en constellation vise à remettre en place ces « ordres de l'amour », en mettant à jour les dynamiques et en dénouant les intrications apparaissant alors.

3.5. L'utilisation en thérapie familiale

L'objectif du travail en constellation est de donner une opportunité au patient d'élargir ses choix, ses perceptions, son champ d'action, en lui procurant un élargissement du regard (Potschka-Lang, communication personnelle, 2008).

Le travail consiste à dénouer les intrications du système familial qui empêchent le client d'atteindre son objectif ; celui-ci peut être par exemple de se sentir à sa place, de lâcher-prise sur le travail, ou de comprendre d'où vient la violence familiale.

L'objectif pour la personne (désignée par « le client ») venant vers sa constellation, est de voir et de ressentir à travers la constellation une nouvelle dynamique possible dans son système au sujet de la situation qui lui pose problème, afin d'avancer vers le but qu'il recherche.

Elkaïm (1995, p 456) dit qu'« au cours des cinq dernières années de sa vie, Virginia Satir a développé une version plus courte du travail de reconstruction familiale,[...] centrée sur certains problèmes de survie en rapport avec les buts particuliers que le patient désigné se propose d'atteindre dans la vie ». Il y a là une certaine similitude entre le travail de Satir et le travail en constellation.

L'objectif du praticien est de mettre à jour les conflits d'appartenance, de place dans la famille, les problèmes potentiels de loyautés à des personnes ou des événements passés, les déséquilibres entre ce qu'on donne et ce qu'on reçoit dans la famille, tout ceci empêchant le changement et une dynamique plus saine du système dans lequel évolue le client. Les constellations se font généralement en groupe de 12 à 40 personnes, mais peuvent également se faire en individuel, à l'aide de figurines.

Le client doit être prêt à faire une constellation, à « affronter » ce qu'il va voir des loyautés, des intrications inconscientes mises à jour par la constellation. « La prise de conscience de la dynamique dans laquelle on est intriqué s'accompagne souvent d'une désillusion douloureuse » (Potschka-Lang, 2001, p 48). Kutschera (2006, p 20), cardiologue et psychothérapeute, cite le cas d'un client qui a mis six ans pour faire une constellation familiale et aller au-delà de sa crainte d'éprouver encore la douleur de la perte de sa mère.

Cet exemple, par ailleurs, souligne le fait que le travail en constellation vient très souvent en complément d'un travail thérapeutique (Kutschera, 2006, pp 41, 63 ; Potschka-Lang, 2001, pp 47-49), favorisant une prise de conscience, un changement intérieur. Le processus de transformation impulsé par la constellation peut se dérouler et évoluer sur une période assez large, de un à deux ans. C'est pour cette raison qu'il n'est pas conseillé au gens de faire plusieurs constellations de façon rapprochée, dans un intervalle inférieur à trois mois.

3.6. L'utilisation en thérapie de maladie

Il est important de souligner que le travail en constellation sur une maladie ne vient pas se substituer à une prise en charge médicale, mais qu'il vient en complément.

Hellinger (2002, pp 553-554, 2004, p 4) présente les principes qu'il voit souvent apparaître dans les constellations autour d'une maladie :

- La maladie représente souvent un membre exclu de la famille ; à travers la souffrance qu'elle cause, la maladie force à regarder et réintégrer la personne exclue ;
- La maladie peut représenter aussi une dynamique « je te suis » dans la mort, ou « je meurs à ta place » ;
- La maladie résulte d'une intrication avec une autre personne de la famille, qui a pu mourir plusieurs générations auparavant ;
- Au niveau du système, chacun a le même droit d'appartenance, quel que soit ce qu'il ait fait de répréhensible, même si cela est contraire à notre morale (chrétienne notamment).

Kutschera (2006, p 15) note également comme règle empirique basée sur sa pratique, que, plus la maladie est sérieuse, plus les intrications sont intenses, tout comme la loyauté au système. Le potentiel thérapeutique est limité dans ces cas si importants, et il faut apprendre à respecter ce qui ne peut être changé dans ces situations. L'exemple dramatique que Hellinger (2003, pp 54-56) nous donne de la constellation de Dorothee avec la Mort, est une illustration de cela.

Kutschera (2006, p 14), comme Hellinger, nous met en garde cependant contre toute tentative de « recette » : le symptôme, la maladie, peut apparaître avoir un sens ; il peut par exemple servir de soutien, ou permettre de suivre un proche dans la mort ; mais il a toujours un sens spécifique à la situation du patient et des relations dans son système.

3.7. Le déroulement d'une constellation

Une constellation se déroule généralement en groupe, dans une grande salle, lors d'un séminaire de constellations. Les participants au séminaire ne se connaissent généralement pas. Certains viennent pour faire leur propre constellation, d'autres sont des observateurs-

participants : ils peuvent être choisis pour représenter quelqu'un ou quelque chose dans la constellation de quelqu'un d'autre. Les participants sont assis en cercle ; deux places l'une à côté de l'autre dans le cercle sont réservées pour le constellateur et la personne qui veut faire sa constellation à ce moment là. Le constellateur et la personne s'assièrent à cet endroit en début de constellation, pour l'entretien préliminaire. Cet entretien a pour but de cerner les objectifs de la personne sur la mise en place d'une constellation pour elle. A l'issue de cet entretien, le constellateur choisit les premiers éléments à « mettre en scène » pour cette constellation ; il demande ensuite à la personne, désignée par le terme « client », de choisir dans l'assistance des personnes qui vont représenter ces éléments. Les participants sont libres d'accepter ou de refuser d'être représentant. Le client, en les tenant par les épaules, les place alors à l'intérieur du cercle, dans la position qu'il veut ; il ne leur fait pas faire de mouvement spécifique. Le client revient à sa place, et vérifie qu'il est satisfait du placement des représentants. Les représentants sont alors concentrés sur leur ressenti, et peuvent se déplacer lentement, dans la position qu'ils ressentent être la meilleure à ce moment là. Le constellateur observe les mouvements initiés ; s'il voit un blocage, il peut faire parler les représentants sur ce qu'ils ressentent, leur faire dire des phrases spécifiques, pour reconnaître par exemple l'existence d'une dynamique familiale bloquante et s'en libérer. Il peut aussi faire entrer de nouveaux représentants pour pallier ce blocage ; il le fait toujours avec l'accord du client. Le constellateur demande également régulièrement au client ce que ce qu'il voit se dérouler en constellation peut lui évoquer ; cela favorise les prises de conscience, et permet au constellateur d'être guidé par le client dans son travail. Le constellateur peut également se rasseoir près du client pour une nouvelle phase d'entretien, pour acquérir des informations supplémentaires au vu de ce qui se passe dans la constellation.

La constellation se termine au bout d'une heure maximum, quand, dans la mise en scène, les représentants ont tous trouvé une place qui leur convient en relation avec les autres représentants, et que les intrications ont été visualisées, identifiées, et résolues par des phrases et des mouvements des représentants. Le constellateur, en accord avec le client, décide de la fin de la constellation. . Le constellateur peut faire suivre cela d'un travail spécifique pour les représentants, si ceux-ci ont du mal à sortir de leur rôle.

Après la fin de la constellation, il n'y a généralement pas de phase de questions / réponses entre le constellateur, le client, et les participants, sur ce qui s'est passé dans la constellation. L'objectif ici est de laisser le client en paix avec le travail intérieur émotionnel et cognitif amené par la constellation.

Quelques-unes des spécificités remarquables de cette méthode sont les suivantes :

- Un seul représentant de la famille a besoin d'être présent ;
- Cela se passe sur un temps court (moins d'une heure) ;
- Le constellateur ne recherche pas à tout prix à résoudre toutes les intrications révélées par la constellation : si cela n'est pas possible, c'est que le moment n'était sans doute pas approprié (Kutschera, 2006, p 54) ;
- En moyenne, les gens font deux constellations par an ;
- Le suivi n'est pas automatique ; il est effectué à la demande de la personne.

Nous allons maintenant présenter les spécificités du déroulement d'une constellation familiale et d'une constellation autour d'une maladie ou des symptômes associés ; nous présenterons également l'approche phénoménologique d'une constellation.

3.7.1. Spécificités des Constellations familiales

Une personne qui pense qu'elle est intriquée à l'intérieur de son système familial, et que son bonheur ou sa santé est en danger, peut mettre en place une constellation.

Dans une première étape, le thérapeute, à côté du client, le questionne sur la situation qu'il veut changer et le but recherché, ainsi que sur les événements marquants pour lui, sa famille actuelle, sa famille d'origine, et sur les relations dans sa famille actuelle et sa famille d'origine ; les exclusions, les secrets sont également recherchés. Cette étape est volontairement courte (maximum vingt minutes) : cela évite les intellectualisations et les interprétations du reste des participants ; cela aide aussi à réduire la complexité et la confusion créée par la profusion d'information.

« Le client choisit à l'intérieur d'un groupe [...] ceux ou celles qui seront les représentants des membres de sa famille. Selon le problème ou le but recherché, la personne reconstitue sa famille d'origine ou sa famille actuelle, en donnant aux uns et aux autres une place et une orientation précises. Il se dégage une image de la famille qui permet à tous les participants de percevoir les intrications et les dynamiques cachées.

Le thérapeute recherche un dénouement à l'intrication en déplaçant les représentants, s'orientant pour cela à l'ordre interne du système. Il fait intervenir des personnages manquants, rend leur existence aux personnages exclus ou oubliés à l'aide de phrases ou de rituels, etc., jusqu'à ce qu'une nouvelle image de l'unité familiale se dessine. L'objectif est de rendre à chacun sa place et de faire en sorte que nul ne

ressente plus la nécessité d'adopter une attitude compensatoire. La personne concernée intègre ce nouvel ordre et laisse agir l'image dans son âme. » (Potschka-Lang, 2001, pp 17-29)

Outre des membres de la famille, les personnes peuvent être prises pour représenter des événements marquants tels que des guerres, des lieux, tels que le pays d'origine, en cas d'immigration ; ils peuvent également représenter des choses plus abstraites, telles que la mort, l'envie, l'espoir, la vie.

3.7.2. Approche phénoménologique

La phénoménologie occupe une place importante dans l'approche thérapeutique des constellations.

La phénoménologie est une approche de la philosophie qui commence par l'exploration des phénomènes (c'est-à-dire ce qui se présente consciemment à nous), afin d'en saisir l'essence.

Dans une approche phénoménologique psychothérapeutique, le thérapeute se doit d'être le plus non-intentionnel possible, sans crainte, tout en étant extrêmement présent, dans « le consentement inconditionnel de la réalité telle qu'elle se dévoile » (Hellinger, 2002, pp 13-23), pour saisir l'essence et le sens de ce qui se passe.

Dans le déroulement d'une constellation, le constellateur, le client, et les représentants de la constellation ont chacun une approche phénoménologique (Hellinger, 2003, pp 246-249) :

- Le constellateur est « complètement présent et complètement dehors ». Il est extrêmement attentif à ce qui se dit, à ce qui se passe, à ce qui se ressent tout au long de la constellation ; il entre dans la constellation mise en place pour ressentir ce qui se passe pour lui, il est en résonance ; il peut même parfois prendre un rôle de représentant dans la constellation, tout en gardant un recul sur ce qui se passe (Kutschera, 2006, p 48).
- Le client choisit les représentants pour sa constellation et les place, en étant complètement présent à son objectif et aux représentants, sans intellectualisation. Le constellateur l'arrêtera d'ailleurs quand il constatera que le client n'est pas connecté à son ressenti, et lui demandera de le faire et de recommencer le processus de choix et de placement.
- Les représentants, quelques minutes après avoir été placés, ont des ressentis et des réactions qui semblent appartenir aux personnes qu'ils représentent, jusqu'à parfois présenter les mêmes symptômes qu'eux (nous avons personnellement vécu cette expérience plusieurs fois)

De cette approche émergent ce que Hellinger appelle la « réalité essentielle » et des insights, en acceptant la réalité telle qu'elle est vue dans la constellation.

3.7.3. Spécificités des Constellations de symptôme / maladie

Le travail en constellation autour d'une maladie et de ses symptômes vise à rééquilibrer le système du patient sans la maladie, ou à proposer une intégration plus appropriée de la maladie.

Le thérapeute, dans l'entretien préliminaire à la constellation, demande systématiquement le diagnostic établi par un médecin, et la prise en charge médicale existante. Il précise également que le travail en constellation peut compléter la prise en charge médicale, et non pas s'y substituer.

Hellinger emploie parfois un représentant abstrait dans les constellations pour des clients voulant travailler sur leur maladie ; dans son livre « To the Heart of the Matter » (2003), il choisit de mettre en place un représentant abstrait, tel la mort, pour un seul des dix cas de maladie présentés. Cependant, dans la majorité des cas, il ne représente pas la maladie, ou son symptôme dans la constellation. C'est vraisemblablement dû au fait que Bert Hellinger est plus focalisé sur une moindre représentation visuelle des différents éléments du système pour pouvoir, selon lui, laisser émerger de façon plus intense les mouvements inconscients de l'âme.

D'autres praticiens, comme Constanze Potschka-Lang, Stephan Hausner, les Dr Albrecht Mahr, Mathias Engel, Gunthard Weber, Ilse Kutschera (Kutschera, 2006), choisissent dans la majorité des cas un représentant pour la maladie et le symptôme.

Le représentant du symptôme agit comme un baromètre, un superviseur pour le praticien en constellation, et active la compréhension du client sur l'utilité du symptôme dans son système, sur la représentation qu'il en a.

La constellation alors présente la représentation visuelle, métaphorique, de l'interaction entre le symptôme et le système du client. L'objectif est de trouver un nouvel équilibre dans le système du client, sans qu'il y ait besoin du symptôme. Le praticien et le client peuvent ensemble voir les effets des mouvements se passant dans la constellation sur le représentant du symptôme ou de la maladie.

La question en suspens autour de ces deux pratiques de mise en place de constellation autour d'une maladie est de savoir ce dont le client a réellement besoin pour intégrer ce qu'il a visualisé et ressenti en constellation.

3.7.4. Recherches

Peu de recherches en langue française ou anglaise ont été effectuées à ce jour sur le processus des Constellations systémiques. Citons cependant celles de Tencé, Law, et Schlötter.

Tencé (2002) a effectué une recherche en Allemagne avec huit personnes ayant des troubles psychiques, dans le but de montrer l'émergence de phénomènes originaux par la méthode des constellations familiales. Ses hypothèses de recherche étaient les suivantes :

1. La méthode s'appliquerait aussi bien au système familial d'origine qu'au système familial actuel, pour dénouer des symptômes liés à des identifications ou à des loyautés invisibles transgénérationnelles.
2. La méthode serait particulièrement appropriée dans les cas de secrets de familles, de travail de deuil non effectué, de personnes exclues du système familial ; elle permettrait de mettre en évidence ces liens, travail qui prendrait plus longtemps par d'autres méthodes.
3. Les enchevêtrements seraient reconnus et résolus par le système de rituels des constellations.

La première hypothèse est confirmée dans les huit cas de l'étude. La deuxième hypothèse semble très valide : des secrets, des identifications, prévisibles à partir du travail du génogramme, sont confirmées. La troisième hypothèse n'est pas confirmée cependant : il n'a pas été possible d'établir un lien de cause à effet entre l'utilisation de rituels pour reconnaître et résoudre les enchevêtrements mis à jour dans la constellation, et une amélioration psychique du patient. Tencé conclue qu'on ne peut attribuer une telle amélioration à ce processus thérapeutique de rituel. Nous notons que Tencé n'a pas étudié le niveau d'élaboration des participants à sa recherche, leur capacité de symbolisation, et comment cela peut influencer sur le résultat d'une constellation.

Law (2005), dans le cadre de son mémoire de M1 à l'IED de Paris 8, a effectué une recherche sur les cas de constellation présentés lors d'un séminaire d'une journée de constellations

familiales en Polynésie, pour comprendre comment cette thérapie en groupe peut aboutir à une dimension de résolution systémique, et comment un groupe de gens qui ne se connaissent pas peuvent travailler sur des problématiques familiales importantes. Ses hypothèses de recherche étaient les suivantes :

1. Lors d'une séance de constellations, l'émotion exprimée sera importante et guidera l'intervention du thérapeute.
2. Le travail de constellation va amener les participants à un point de vue systémique et fera émerger une problématique qui touche d'autres membres de la famille.
3. Le partage de l'expérience des constellations au sein des systèmes participants et animateurs entraîne des phénomènes de résonances.

Les première et troisième hypothèses sont validées, Law soulignant l'importance du phénomène de catharsis pour libérer les nœuds émotionnels souvent inconscients, et pour guider l'action du thérapeute. Le travail sur la troisième hypothèse est particulièrement intéressant, cette demande de ressenti aux participants n'étant généralement pas formulée à la fin d'une constellation, afin de ne pas troubler ce qui vient de se passer dans cette constellation.

Une recherche sur le phénomène de perception représentative lors des constellations a été effectuée par Peter Schlötter en 2005, dans le cadre d'une thèse. La perception représentative est la faculté, pour les représentants en constellation, d'éprouver des sensations physiques et mentales corrélées avec le système constellé. Cette perception représentative touche le corps plus que l'intellect, c'est pour cette raison que le constellateur impose des limites à l'expression verbale des participants, pour limiter l'intervention des structures cognitives (Hell, 2006).

Le sujet de la thèse de Schlötter était d'apporter un démenti empirique à l'affirmation « ce que vivent les représentants lors d'une constellation est le fruit du hasard ». Cette recherche s'est faite dans un cadre expérimental, avec 250 personnes. Le résultat de cette recherche démontre que les réactions des représentants, issus d'une même culture occidentale, sont très semblables quelque soit le représentant, pour une même configuration de constellation, à la même place dans cette configuration. Le démenti à l'affirmation précédente est donc fait. Schlötter en conclut qu'il doit exister une sorte de « langage des positions » que nous avons dû apprendre à interpréter, intuitivement, depuis notre plus jeune âge.

Les détails de la méthodologie de recherche et des résultats sont consultables dans « Constellations systémiques : pratiques et perspectives », (Potschka-Lang et Engel, 2006), et les réflexions autour de ce sujet dans le mémoire de Hell (2006).

3.8. *L'effet d'une constellation*

Hellinger (2002, pp 561-563) se refuse à demander du feedback au client sur l'effet de sa constellation. Il lui suffit d'avoir ressenti au moment de la constellation si ce qui se passait était juste ; son « but n'est pas de faire disparaître un symptôme, mais de parvenir à ce que le client se sente à sa place dans sa famille ». Pour lui, ce serait de la curiosité mal placée de s'enquérir a posteriori de l'effet d'une constellation, ayant le sentiment qu'il se mettrait entre la personne et son destin, son âme.

Cette position a soulevé de nombreuses critiques, et d'autres praticiens en constellation renommés adoptent un point de vue différent, prônant un suivi quand la personne le demande, et des recherches sur l'efficacité de cette méthode (Potschka-Lang et Engel, 2006, pp 36-40). A titre d'exemple de l'ouverture des praticiens au travail critique sur leur pratique, l'article de Gurevich (2006, pp 50-53), constellateur américain, dans la revue internationale des constellations systémiques « The Knowing Field » dresse une liste des effets négatifs possibles des constellations (comme il en existe dans toute méthode thérapeutique) et recommande certaines actions pour se prémunir de ces effets.

3.8.1. Recherches

De la même façon que sur le processus, un nombre relativement restreint de recherches ont été effectuées à ce jour sur l'efficacité des constellations systémiques. Potschka-Lang et Engel (2006, pp 273-287) relatent quelques unes de ces recherches statistiques, dont nous donnons le résumé ici.

Le psychologue Gert Höppner a mené en 2001 avec 86 volontaires l'une des premières études sur l'efficacité du travail de constellation familiale, reposant sur trois hypothèses de recherche :

1. Il existe un lien entre l'état de santé psychique d'un individu et l'image intérieure qu'il se fait de sa famille et de lui-même.
2. Faire représenter sa famille d'origine dans une constellation a un impact positif sur la santé psychique actuelle d'un individu et l'image qu'il a de lui-même.
3. La mise en place d'une image de solution à la fin d'une constellation a une fonction thérapeutique importante.

Les résultats sont les suivants :

1. Il a été constaté de nettes améliorations dans l'état du client, améliorations statistiquement significatives
2. Des améliorations de l'état du client interviennent dès que sa situation familiale est représentée dans la constellation, s'il prend conscience des dynamiques agissant sur le système, et ce, même avant qu'une image de solution ne soit trouvée.

Constanze Potschka-Lang et Estelle Brun, en Master 2 de psychologie clinique à Psychoprat Lyon, en 2004, ont effectué une recherche sur 18 participants, reposant sur deux hypothèses de recherche :

1. Les constellations familiales permettent de mettre en lumière des intrications transgénérationnelles négatives, jusqu'alors occultées, et de les résoudre.
2. La qualité des relations entre les membres de la famille s'améliore après une constellation.

Les participants ont répondu à un même questionnaire sur trois périodes : avant la constellation, peu après la constellation, et trois à cinq mois plus tard.

Les résultats de cette recherche sont les suivants :

- Quatre fois plus de personnes qu'au début ont déclaré avoir acquis le sentiment qu'elles ont leur place dans la vie et dans la famille
- Une grande majorité des personnes ayant, avant la constellation, l'impression de porter le fardeau d'un autre, ou bien d'éprouver des sentiments dont ils ne s'expliquaient pas la cause, n'ont plus cette impression après la constellation.
- Une majorité des participants atteint d'un trouble du comportement alimentaire déclare, quelques mois après la constellation, mieux accepter leur pathologie qu'avant la constellation, alors que le trouble alimentaire n'était pas le sujet de la constellation.

- L'amélioration de la qualité des relations entre les membres de la famille s'est améliorée, pour la famille actuelle principalement.
- Une grande partie de ceux qui pensaient spontanément à des aspects négatifs de leurs parents, parviennent à en avoir une image plus positive après la constellation. Les relations avec les deux parents évoluent positivement, avec une progression plus marquée à long terme avec la mère.

Potschka-Lang conclut que l'étude confirme que les constellations familiales agissent à plusieurs niveaux, et peuvent avoir pour effet secondaire notamment d'influer positivement sur un symptôme, tel le trouble du comportement alimentaire.

Le Dr Langlotz, psychiatre, en 2005, a mené une étude sur 35 participants suite à ses séminaires de constellation, à partir du questionnaire VEI, utilisé en Allemagne en psychiatrie clinique et pour des tests de personnalité. « Le contrôle effectué au bout de deux mois a révélé pour l'ensemble du groupe une amélioration significative », après, pour certains d'entre eux, une phase de déstabilisation, qui leur avait paru utile (cette phase de déstabilisation temporaire est relatée par tous les praticiens en constellation que nous avons rencontrés). Pour les clients souffrants de troubles psychiatriques et intégrés dans cette étude, l'amélioration a été la plus spectaculaire. Cette amélioration, pour ces clients comme pour les autres du panel, s'est « maintenue, et parfois s'est accentuée, lors des contrôles ultérieurs effectués à deux et quatre mois ».

Aucune recherche scientifique n'a été effectuée sur l'effet d'une constellation sur l'évolution de maladies chroniques. Cependant, plusieurs articles et les livres de Hellinger (2002) et de Kutschera (2006) mentionnent les résultats de quelques cas de travail sur des maladies chroniques en constellations. Ces résultats ont été apportés spontanément au praticien par les malades quelques temps après leur constellation, et sont mentionnés dans la section 3.6 « Utilisation en thérapie de maladie ».

Le Dr Brigitte Essl, médecin homéopathe et psychologue, publie en 2006 un article dans « The Knowing Field » sur l'application de son travail en constellation à des maladies chroniques. Les points clé que nous relevons de son article sont les suivants :

- Elle fait l'hypothèse qu'une information sur un traumatisme reste « actif » pendant plusieurs générations, par l'intermédiaire de la capacité de l'enfant, dans ses deux

premières années de développement, à absorber les informations « silencieuses », non verbales du système familial, dont l'information sur le traumatisme.

- Les effets des constellations apparaissent même sur les personnes non présentes durant la constellation ; elle cite à cet effet deux cas d'enfants ayant des maladies chroniques, pour lesquelles les parents ont fait une constellation pour leurs enfants, sans qu'ils soient présents. Les parents ont travaillé sur leurs systèmes familiaux respectifs, qui sont ceux de l'enfant ; c'est sans doute la raison pour laquelle il y a eu un effet.
- Elle constate une variété spécifique d'enchevêtrements liés à des maladies : « je te suis dans la mort », « plutôt moi que toi » [à mourir], « je prends ton destin » (par exemple, par une identification au destin du bourreau ou de la victime) ; les identifications peuvent être duelles (identification au bourreau et aux victimes).
- Elle constate également qu'un mouvement interrompu vers la mère pendant la période pré-verbale de l'enfant (lien symbiotique rompu par exemple quand l'enfant reste longtemps en couveuse) apparaît aussi souvent dans les constellations sur des maladies chroniques.
- Elle traduit ces enchevêtrements (intrications) comme des réponses inconscientes des patients à des événements traumatiques ancestraux, enchevêtrements contribuant à la maladie, symbole de drames intérieurs. Le travail thérapeutique en constellation, adressant ces parties cachées de notre vie, donne une impulsion de soin à notre système individuel.

3.9. Conclusion

La méthode des constellations, initiée par Bert Hellinger, a de multiples origines : les loyautés invisibles (Boszormenyi-Nagy), les reconstructions et les sculpturations (Satir), le psychodrame et la psychogénéalogie (Ancelin-Schützenberger). Cette méthode sert à travailler sur les phénomènes intrapsychiques associés aux intrications transgénérationnelles présentes dans les systèmes familiaux, et vise à identifier puis reconnaître les dynamiques familiales associées à ces intrications, ce qui permettra de mettre en place une solution plus appropriée. La constellation a un effet métaphorique, tout comme les sculptures de Onnis : le patient/client voit et ressent les « mouvement de l'âme », la place du symptôme, les loyautés invisibles.

« L'image intérieure du client évolue également grâce aux changements que vivent les représentants. C'est ainsi qu'il peut modifier son rapport aux autres et agir différemment dans

l'existence » (Potschka-Lang, 2006, p 87). La méthode des constellations donne une impulsion pour provoquer un changement intérieur et une restructuration du système du client. L'originalité de la méthode des constellations provient de plusieurs facteurs: travail avec des adultes, dans une perspective transgénérationnelle (famille d'origine sur plusieurs générations et famille actuelle) ; travail individuel (nul besoin d'avoir sa famille avec soi) ; travail sur une séance, avec un suivi à la demande du client uniquement. Le travail en constellations sur des maladies chroniques est effectué depuis plusieurs années par les constellateurs, en complément du travail médical; des constatations empiriques ont été faites (présence d'un traumatisme sur plusieurs générations, exclusion d'un membre de la famille, intrications complexes), mais aucune recherche n'a été effectuée sur la spécificité potentielle du processus et du résultat.

4. Efficacité des psychothérapies

Nous nous inspirons ici de la thèse de Nathalie Duriez (2007, pp 99-186). Notre recherche se concentre sur l'efficacité, vue du client, de la méthode des constellations systémiques, dans le cadre d'un travail sur des maladies chroniques. Nous allons tout d'abord présenter comment les recherches ont évolué sur l'efficacité des psychothérapies, et comment la méthodologie de travail sur étude de cas s'affirme aujourd'hui. Ensuite, nous présenterons les différents facteurs influençant les résultats thérapeutiques. Dans notre recherche, nous nous attacherons à voir lesquels de ces facteurs ont influé, du point de vue du client.

4.1. Historique

Il y a quatre périodes de recherche sur l'évaluation des psychothérapies (Goldfried et Wolfe, 1996) :

- De 1950 à 1960 : recherche sur l'efficacité de la thérapie, en ne prenant pas en compte le type de thérapie et la nature du problème dont souffre le patient. Eysenk (1952), à partir de recherches d'efficacité sur la pratique psychanalytique, conclut à une corrélation inverse entre la guérison et la psychothérapie. Cette conclusion sera critiquée, pour ouvrir la voie à des recherches bien plus contrôlées ;

- De 1960 à 1980 : les recherches se focalisent sur la recherche de la thérapie la plus efficace pour un type de troubles ; à titre d'exemple, nous citons comme exemple de recherche le travail montrant l'efficacité supérieure de la thérapie comportementale et cognitive pour le trouble boulimique (Elkaïm et al., 2007, pp 388, 391) ;
- De 1980 à 1990 : par souci de rigueur méthodologique, les chercheurs demandent aux thérapeutes participant à la recherche de suivre à la lettre les manuels de thérapies ; les études sont effectuées sur le modèle médical ; les cas de recherche sont très contrôlés, sous formes d'essais randomisés, mais peuvent perdre de leur « naturel », offrant alors une comparaison limitée avec la réalité clinique des psychothérapies ;
- De 1990 à maintenant : les chercheurs travaillent sur un autre paradigme de recherche, « l'identification des processus de changement chez les patients, et l'analyse des actions du thérapeute qui amènent à ces changements (Duriez, 2007, p 102). L'heure est maintenant à la recherche sous forme d'étude de cas, analysant de façon personnalisée l'intervention thérapeutique, à partir d'une évaluation initiale du problème et du patient. Nous situons notre recherche actuelle dans ce paradigme.

Ces quatre périodes ont contribué à améliorer la méthodologie appliquée à la recherche de l'efficacité des psychothérapies, et à prendre en compte des variables négligées auparavant, les caractéristiques du patient et du thérapeute, et l'effet de l'interaction thérapeute-patient (Thurin, 2005).

Dans la méthode thérapeutique des constellations, le patient est en moyenne une heure en contact thérapeutique (c'est-à-dire en travail sur son propre cas) avec le thérapeute. C'est pourquoi il nous a semblé judicieux de nous focaliser principalement sur le vécu du patient, et donc sur les recherches concernant le rôle du patient dans l'efficacité des psychothérapies ; nous donnerons également un aperçu du rôle du thérapeute, du processus thérapeutique, de l'affiliation thérapeute-patient sur cette efficacité, en montrant les spécificités du rôle du thérapeute dans les constellations.

4.2. Considérations méthodologiques de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies

Il est important d'explorer les cinq dimensions proposées par le modèle d'Elliot (1991) (cité par Duriez, p 108) avant d'arrêter son choix pour une méthode de recherche.

- Qui décrit le processus ? Le client, le thérapeute, ou le chercheur ?
- Qui fait l'objet de la recherche ? Le client, le thérapeute, ou la dyade ?
- Quels sont les aspects du processus qui sont analysés ? Quelles sont les caractéristiques de la communication observées ? Le contenu, l'action, le style, ou la qualité ?
- Quelle est l'unité étudiée ? La phrase, l'intervention, le thème, les tours de parole, les séquences de la séance, les différentes étapes de la thérapie ou l'ensemble de la thérapie ?
- Quel est l'objectif de l'étude ? Comprendre le contexte, le processus thérapeutique ou l'impact de la thérapie ?

Nous verrons dans la partie « Méthodologie » de ce mémoire comment nous répondons à ces questions, et quel choix de méthode de recherche en découle.

Fonagy (2000) présente trois types de stratégies de recherche : les études sur un cas unique, les essais contrôlés et randomisés, et les essais ouverts.

Dans les études sur un cas unique, l'axe de recherche se situe sur le patient individuel plutôt que sur un groupe moyen, même quand c'est un groupe de patients qui est étudié. L'inconvénient de cette recherche est la non-généralisation, sauf à identifier la « réplique au cas par cas (recherche de régularités à partir de fonctionnements, de processus individuels), plutôt que sur l'agrégation des cas (recherche de régularité de l'effet d'un déterminant sur un ensemble de cas mélangés, avec le risque d'annuler des différences actives) (Thurin, 2005).

Comme le souligne Duriez (2005), les essais contrôlés randomisés présentent plusieurs problèmes :

- On peut difficilement envisager des groupes contrôle, pour des raisons éthiques ;
- Ces essais sont coûteux ;
- Les résultats ne peuvent être généralisés ;

- Cela ne tient pas compte de la préférence des patients pour une certaine forme de traitement.

La méthodologie des essais ouverts est intermédiaire entre celle du cas unique et celle de l'essai contrôlé randomisé. Bien que l'entrée dans le traitement puisse être régie par des critères stricts, il n'y a aucun groupe de contrôle ; cette méthodologie d'étude, plus naturaliste, inclut fréquemment la comparaison de traitements thérapeutiques différents pour le même trouble. Si l'ensemble des données est suffisamment important – ce qui est rarement possible, il peut être possible de tirer des conclusions au sujet de la valeur relative des traitements, même en l'absence d'une affectation aléatoire.

Thurin (2005) quant à lui, estime que la recherche sur l'évaluation des psychothérapies doit se centrer sur la clinique réelle, en tenant compte de l'expertise du thérapeute et de la personnalité du client. Elle peut ensuite être complétée par des études en laboratoire.

Thurin demande qu'il y ait dans ces recherches:

- Une évaluation des changements intra-sujets, suivant une perspective longitudinale, en décrivant les processus majeurs et les résultats ;
- Une étude de cas cliniques, avec un suivi clinique systématique ; à partir des hypothèses générées ainsi, on pourra entamer une recherche à plus grande échelle.

Thurin préconise également que ces recherches sur l'évaluation des psychothérapies répondent à une question réelle des cliniciens.

Une considération complémentaire à prendre dans la méthodologie de recherche est la présence d'une collaboration active du thérapeute à la recherche. Duriez (2007, pp 109-110), citant les recherches de Sandberg (2002), Vachon et al. (1995), et Shelhav (1980), note que les réticences des thérapeutes à participer à un projet de recherche sont multiples : absence de temps, connaissance insuffisante de l'utilisation des méthodes statistiques sophistiquées, respect de la confidentialité des séances, et crainte que la recherche n'interfère dans le processus thérapeutique. Nous verrons dans la partie « Méthodologie » comment nous avons pu répondre à ces réticences.

4.3. Les facteurs de changement communs aux thérapies familiales, et les facteurs spécifiques

Duriez (2007, p118), citant Sprenkle et Blow (2004), note que l'on recense cinq éléments communs aux différentes approches de thérapie familiale :

- La conceptualisation des relations ;
- La psychothérapie concerne l'ensemble du système auquel appartient le patient ;
- L'alliance thérapeutique doit se faire avec l'ensemble du système ;
- Le travail se fait au niveau comportemental, cognitif, affectif ;
- Le travail est fondé sur l'exploration de l'expérience du patient et de son système.

Dans l'approche des constellations systémiques, nous retrouvons ces cinq éléments :

- Conceptualisation des relations à partir de la mise en place spatiale des relations intra et trans générationnelles.
- Le système analysé est le système de la famille actuelle et de la famille d'origine du patient, ainsi que les événements marquants pour le patient, sa famille actuelle et sa famille d'origine. La maladie est également représentée dans ce système.
- L'alliance thérapeutique se fait avec le patient, et l'ensemble du système à travers le patient, dans un premier temps à travers l'entretien, puis en lui demandant l'autorisation d'inclure les éléments de son système dans la visualisation de sa constellation, et en lui demandant régulièrement l'effet de la constellation sur lui.
- Le travail se fait en deux temps : pendant la constellation, il se fait de façon prioritaire aux niveaux cognitif et affectif ; ceci inclut les changements de perception intérieure; et après la constellation, sur les trois niveaux, comportemental, cognitif, et affectif, le niveau comportemental étant la résultante du travail sur les niveaux cognitif et affectif.
- Le travail, phénoménologique, est de fait fondé sur l'expérience, le vécu du patient ; il n'y a pas ou peu d'interprétation.

Sexton et Ridley (2004), cités par Duriez (2007), insistent sur le fait que l'explication du changement ne peut être fondée uniquement sur les facteurs de changement communs aux thérapies familiales, mais doit se reposer également sur une connaissance fine du modèle de changement proposé par l'approche thérapeutique spécifique. Pour cela, ils introduisent les notions de modérateurs et de médiateurs.

« Les modérateurs sont les variables antérieures à l'intervention thérapeutique qui auront un impact sur le traitement. Elles spécifient pour qui et dans quelles conditions le traitement thérapeutique sera efficace » (Duriez, 2007, p 124) ; ce sont les conditions du changement. Les médiateurs sont les différents mécanismes permettant d'obtenir des changements.

Dans le cadre des constellations systémiques, les modérateurs sont par exemple le contexte de groupe de la thérapie, le type de problème présenté, les données médicales et sociales. Dans le même cadre, les médiateurs pourraient par exemple être la reconnaissance des dynamiques apparaissant pendant la constellation, tel que les dynamiques « je te suis », ou « plutôt moi que toi ».

Un modérateur n'est pas corrélé avec le traitement thérapeutique, il y est antérieur, alors que le médiateur est corrélé avec ce traitement, il se produit pendant le traitement.

Sexton, Alexander et Mease (2004), cités par Duriez (2007, p 125) ont identifié six médiateurs, agents susceptibles de produire un changement dans une thérapie familiale: la nouvelle définition du problème présenté (recadrage) ; la résolution d'impasse, l'alliance thérapeutique, la réduction de la négativité au sein des séances, l'amélioration des compétences interactionnelles ou comportementales, la conformité au traitement.

Cependant, les modérateurs et médiateurs restent à découvrir, pour représenter la complexité des mécanismes de changement.

Dans la suite, nous faisons la revue de certains de ces modérateurs et médiateurs, considérés comme facteurs clé du résultat thérapeutique par Lambert et al. (1992, cité par Duriez, 2005, p 114) :

- Les caractéristiques du patient et du thérapeute (modérateurs) ;
- Les caractéristiques du processus thérapeutique et l'alliance thérapeutique (médiateurs).

4.4. Les caractéristiques du patient

Selon l'étude de Lambert (1992) cité par Duriez (2007), « les variables qui proviennent des patients expliquent 65% des résultats thérapeutiques ». Les caractéristiques des patients peuvent être externes (par exemple le réseau d'amis), ou internes (par exemple l'empathie), invariantes (par exemple le sexe), ou évolutives (par exemple le degré de motivation),

psychologiques ou biologiques. L'intérêt des chercheurs porte maintenant sur l'interaction entre ces variables du client et les variables du traitement proposé (par exemple thérapie en groupe). Nous situons notre recherche dans ce cadre.

Nous présentons ici la synthèse des résultats de deux recherches mentionnées par Duriez (2007) sur les caractéristiques du patient.

Modèle de Hanna et Ritchie (1995) :

Ils définissent sept habiletés du patient jouant un rôle dans le changement en thérapie :

1. Le sentiment qu'un changement est nécessaire ;
2. Le patient doit accepter de vivre les difficultés et l'anxiété que pourront apporter la thérapie ;
3. La conscience : Le patient est capable d'identifier les cognitions, affects, comportements et relations familiales et interpersonnelles nécessitant un remaniement ;
4. La confrontation du problème, en dépit des peurs et des réactions d'évitement ;
5. L'effort, c'est-à-dire le déploiement de ressources pour changer, une intention, une volonté y étant associées ;
6. L'espoir d'une amélioration ;
7. Le support social, incluant la relation thérapeutique.

La résistance des patients serait un manque dans ces habiletés.

Modèle de Tallman et Bohart (1999) :

Pour eux, le client est l'artisan principal de sa guérison : par un processus de pensée générative (je pense, puis j'explore des possibilités, puis j'expérimente, puis je change de comportements), le client en thérapie, comme dans la vie courante, réfléchit à son problème, explore les possibilités de résolution, en fait l'expérience intérieure et extérieure par le retour de l'environnement, et change. Pour Tallman et Bohart, la capacité d'auto-guérison des patients est le principal facteur de changement, les thérapeutes étant souvent superflus.

4.5. Les caractéristiques du thérapeute

Duriez (2007) explore quatre caractéristiques du thérapeute qui peuvent intervenir dans le processus thérapeutique : son expérience, son expertise, le changement intérieur durant la thérapie, et l'utilisation de son propre self par le thérapeute.

L'expérience du thérapeute aurait de l'importance dans certaines situations difficiles, pour lesquelles les thérapeutes sont plus préparés à les aborder.

L'expertise du thérapeute, définie comme telle car le thérapeute est reconnu compétent et efficace par ses pairs, est caractérisée par plusieurs facteurs :

- Sa capacité à communiquer à son client son respect ;
- Son désir de l'aider ;
- Sa compétence à l'aider, développée par la résilience personnelle à des expériences précoces et à des relations familiales ;
- Sa capacité à comprendre et conceptualiser l'expérience subjective unique du client
- Sa sensibilité au monde interne des autres ;
- Sa capacité à établir, maintenir, restaurer l'alliance thérapeutique avec le client ;
- Sa capacité à s'engager émotionnellement ;
- Sa compréhension profonde de la souffrance humaine ;
- Son attention au processus thérapeutique plutôt qu'à son résultat ;
- Son réseau de pairs l'ayant soutenu dans son apprentissage du métier ;
- Son travail dans plusieurs lieux thérapeutiques.

Ces facteurs se retrouvent dans trois domaines :

- *Le domaine cognitif* : apprentissage et curiosité constante de la complexité humaine ;
- *Le domaine émotionnel* : bonne santé mentale, et bonne réceptivité émotionnelle interne et aux autres ;
- *Le domaine relationnel* : grande capacité à collaborer avec le client, en recherchant l'intensité et la profondeur dans la relation.

Le changement intérieur du thérapeute, son développement personnel, va de pair avec son développement professionnel ; ce qu'il vit dans le processus thérapeutique le transforme, pour un constant remaniement de sa vision du monde, des autres, et du relationnel.

Le concept de self est « une manière d'être au monde, qui évolue en fonction de l'interaction avec l'environnement. Il s'agit d'un processus permanent, qui se déploie aux frontières de l'intrapsychique et de l'interpersonnel et qui se développe surtout lorsque la situation nécessite des ajustements créateurs » (Duriez, 2007, p 127).

Pour travailler de façon appropriée selon l'approche systémique où l'observateur, ici le thérapeute, fait partie du système, le thérapeute doit bien se connaître et savoir comment sa propre histoire influence son approche clinique. Le processus thérapeutique provoque des résonances chez le thérapeute, et le thérapeute et son client évoluent de concert. Virginia Satir (1975) citée par Duriez (2007), dit que « le changement commence en apprenant à comprendre les composantes de notre self » pendant le processus thérapeutique.

4.6. Le processus thérapeutique

Le changement, selon l'école de Palo Alto, se ferait grâce à des moments d'intensité émotionnelle créés par le processus thérapeutique. Ces moments créeraient une rupture d'équilibre (cf Prigogine plus haut), une sorte d'emballement et de bascule vers une restructuration du système, que ce soit le système de chaque individu impliqué dans le processus thérapeutique (clients et thérapeutes), ou les systèmes thérapeutiques et familiaux (Duriez, 2007, pp 140-142). Ces « tous petits riens thérapeutiques », émergences de moments chaotiques [créés] au hasard de connexions inconscientes imprévisibles », apparaîtraient notamment grâce au recadrage du symptôme dont il est question dans la thérapie, arrivant par exemple par l'usage d'images et de métaphores.

On peut ici faire un parallèle avec le processus thérapeutique des constellations systémiques, qui, à l'instar des sculpturations de Onnis, crée des objets métaphoriques visant à restructurer l'image intérieure inconsciente du système par le client. La question reste de savoir quelles métaphores ont créé une restructuration, sachant que cela est très spécifique au contexte du client et de la relation thérapeutique.

4.7. *L'alliance thérapeutique*

L'alliance thérapeutique est considérée comme un facteur essentiel de l'efficacité d'une thérapie ; Lambert et al. (1992) considèrent que la relation thérapeutique explique 40% des résultats.

L'affiliation, émergence d'une relation entre la famille (mais aussi le client, dans une rencontre individuelle) et le thérapeute, est une rencontre entre deux systèmes (celui du client et du thérapeute) ayant des points de vue a priori différents sur le problème à traiter (Duriez, 2007, p 159). L'affiliation peut être instantanée, du fait du charisme du thérapeute et de l'ouverture de la famille, et la restructuration du système peut se passer dès le premier entretien, simultanément aux interventions d'affiliation (Minuchin, 1981, cité par Duriez, 2007, p 160). Nous voyons ici un parallèle à faire avec ce qui se passe dans un séminaire de constellations systémiques : l'entretien entre le constellateur et le client est limité dans le temps (vingt minutes maximum) et le travail de restructuration est abordé immédiatement après. L'affiliation s'est vraisemblablement mise en place alors ; c'est sans doute dû aux caractéristiques du client et du thérapeute, mais aussi au fait que ceci se fait en groupe, sur un à trois jours, ce qui a permis à chacun de ressentir la pertinence de l'intervenant et de l'intervention. Cet aspect pourrait faire l'objet d'une autre recherche.

Duriez (2007, pp 170-171) insiste particulièrement sur le caractère évolutif de l'affiliation, dépendant du moment, de la spécificité des systèmes du client, du thérapeute et de leur interaction. L'affiliation réussie, en constante évolution, est créatrice de nouveauté, de nouvelles hypothèses, de nouvelles significations, représentations du monde, que ce soit pour le client ou pour le thérapeute, engendrant des actions de part et d'autre des actions, qui vont à nouveau nourrir les systèmes du client et du thérapeute et les faire évoluer.

Duriez parle ici de la thérapie de famille, mais cela, à notre avis, peut s'appliquer également au travail thérapeutique « individuel » mené en constellation³.

³ Individuel car aucun membre de la famille n'est présent durant la constellation d'une personne, même si le travail thérapeutique s'effectue alors sur le système familial.

4.8. Conclusion

Les recherches sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies ont évolué d'une approche globale, statistique, centrées sur la méthode thérapeutique et le symptôme à soigner, à une approche plus spécifique par des études détaillées de cas, et une prise en compte beaucoup plus fine du patient, du thérapeute, du processus thérapeutique et de l'affiliation thérapeute-patient. Ceci a permis de recentrer les recherches sur l'efficacité réelle des thérapies en milieu naturel, c'est-à-dire clinique ici. La recherche s'est également penchée sur la mise à jour de facteurs communs et de facteurs spécifiques d'efficacité pour les thérapies ; ces facteurs peuvent être regroupés en deux classes : les modérateurs et médiateurs du changement.

Nous verrons dans le chapitre « Méthodologie » comment nous intégrons cette évolution dans notre recherche, et nous identifierons des modérateurs et médiateurs de changement dans nos études de cas.

5. Conclusion

Nous avons vu les points suivants dans ce chapitre consacré aux les perspectives théoriques associées à notre thème de recherche :

- Toute maladie, même physique, peut être considérée comme psychosomatique ;
- Il est important de considérer la perspective individuelle de la personne malade sous plusieurs angles : sa personnalité, son système biologique, émotionnel et ses mécanismes de défenses, ses stratégies de coping, son vécu corporel, psychologique et temporel de la maladie ;
- Il est important également de prendre en compte le système supra individuel ;
- Les thérapies systémiques sur les maladies psychosomatiques, intégrant ces perspectives, prennent en compte du système inter-générationnel (parents-enfants), mais nous semblent s'arrêter au travail sur les enfants étant encore dépendants de leurs parents, et non au travail sur les adultes ;
- Une méthode thérapeutique originale d'Onnis intègre la mise en place de sculptures dans le travail sur la maladie, outil métaphorique permettant un changement intérieur et un changement du système ;

- La méthode des constellations, employée en complément de la prise en charge médicale de maladies ou de symptômes associés, a de nombreuses similitudes avec la conception psychosomatique d'Onnis et sa technique de sculptures du temps ; c'est un travail systémique effectué avec des adultes, dont l'objectif est le changement de dynamiques transgénérationnelles limitantes. Pour l'instant, peu de recherches ont été faites sur cette méthode thérapeutique, et aucune n'a été effectuée sur l'utilisation de cette méthode pour le traitement de maladies chroniques.

Nous avons donc trouvé opportun d'effectuer une recherche exploratoire au sujet des effets de la méthode des constellations sur l'amélioration de maladies chroniques d'adultes, en suivant la préconisation actuelle sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies, c'est-à-dire, une recherche à partir de cas isolés, pour identifier les modérateurs et médiateurs du changement propres au thérapeute, client et au processus thérapeutique. Nous adoptons dans cette recherche une perspective phénoménologique centrée sur le client.

B. Méthodologie de recherche

1. Problématique et question de recherche

1.1. Historique de la problématique

Tencé (2002) avait déjà signalé la volonté des constellateurs de favoriser des recherches sur les constellations. En 2006, le Dr Gunthard Weber, psychiatre allemand, animant des constellations depuis plus de 20 ans, et ayant écrit de nombreux livres à ce sujet, lance un projet de recherche international pour mieux comprendre l'aide que les constellations systémiques peuvent apporter à l'amélioration de maladies chroniques et des symptômes associés, et publier sur ce sujet. Ce projet est nommé « SISC » pour « Symptom and Illness Systemic Constellations research project ». Nous utiliserons cet acronyme dans la suite de notre présentation.

En avril 2007, nous rencontrons Constanze Potschka-Lang ; celle-ci est sollicitée par Le Dr Weber pour participer à la recherche SISC, et elle nous propose de participer avec elle à cette recherche.

Jusqu'à juillet 2007, cette recherche reste dans ses prémisses, à cause de la complexité du sujet, du peu de théorisation faite sur le sujet « constellations et symptômes », ceci rendant difficile la formulation d'hypothèses pour une recherche quantitative. Le département de psychologie clinique de l'université de Heidelberg (Allemagne), et le département de sociologie de l'université de Jena (Allemagne), qui financent en partie cette recherche, demandent au Dr Weber de limiter le cadre de la recherche à l'étude détaillée de cas, à travers une approche qualitative de recherche, pour définir ensuite des hypothèses pour une recherche quantitative.

En juillet 2007, le Dr Weber organise une réunion à Heidelberg, à laquelle nous participons. Quatorze médecins et thérapeutes de différents pays (Brésil, Argentine, Mexique, Belgique, Allemagne, Hollande) sont réunis ; ils sont tous animateurs de constellations systémiques depuis plus de 10 ans.

L'objectif de cette réunion est de définir le cadre et les principes de la recherche suivant les nouvelles exigences, afin que chaque équipe travaille de la même façon.

Lors de cette réunion, nous définissons :

- Les symptômes que nous voulons étudier ;
- Les critères de recrutement des participants à la recherche ;
- Les critères de recrutement des constellateurs ;
- Ce que nous allons étudier : processus de la constellation, contenu de la constellation, résultats ;
- Le type de recueil de données ;
- Le temps de recueil de données ;
- Pour qui, pour quoi nous faisons cette recherche ;
- Les contraintes associées ;
- La façon dont les équipes à travers le monde vont communiquer, et sur quoi.

Ceci est défini à partir des expériences des personnes présentes sur les constellations traitant de symptômes. Mais ce cadre est défini à un niveau relativement général (par exemple : tout type de maladie chronique diagnostiquée par un médecin), afin de permettre aux équipes d'expérimenter et de modifier ce cadre jusqu'en janvier 2008, pour le resserrer si besoin à partir de cette date.

Les seules hypothèses préalables de recherche émises en juillet 2007 par l'un des participants sont :

- Un traumatisme est à l'origine du symptôme, dans la vie actuelle du patient, ou plus vraisemblablement dans des générations précédentes ; ceci sera mis à jour dans la constellation.
- Le symptôme symbolise quelque chose d'exclu par le parent du patient ; et le patient, par une relation rapprochée avec son symptôme, tente de rapprocher la partie exclue.

Tous cependant sont très prudents à énoncer des hypothèses ; la seule chose admise, basée sur leur expérience, est que les constellations semblent souvent avoir un effet sur le symptôme. A la fin de la réunion à Heidelberg, nous laissons la question suivante ouverte : peut-on formuler des hypothèses de recherche, cette recherche étant exploratoire, ou l'objectif de cette recherche n'est-elle pas de formuler des hypothèses sur ce qui pourrait lier constellation et changement du symptôme ?

Cela est cohérent avec l'approche phénoménologique utilisée en constellations : voir ce qui arrive et ce qui est, ici et maintenant, sans jugement. Les hypothèses viennent après.

Le cadre défini alors est trop étendu pour notre recherche en master. Nous décidons alors, avec l'accord de Constanze Potschka-Lang, responsable pour la France de la recherche SISC, de limiter notre recherche de master à l'évaluation des effets de la constellation sur le client, avant la constellation et cinq mois après, pour tout type de maladie chronique diagnostiquée par un médecin.

Nous faisons attention cependant à recueillir les données nécessaires pour la recherche SISC, et à montrer une collaboration active de la France : nous participons à l'élaboration des questionnaires et aux choix des outils, nous filmons intégralement les constellations, nous nous engageons à recueillir les données sur le laps de temps nécessaire (suivi supplémentaire à 12 mois), à traduire en anglais toute transcription de cas utile à la recherche SISC, et à participer à toute discussion sur la comparaisons des cas utilisés dans la recherche SISC. La dernière réunion à laquelle nous avons participé a eu lieu du 26 au 30 juin 2008.

1.2. Question de recherche et hypothèses

Nous avons vu précédemment que nous sommes dans une recherche exploratoire, qualitative, visant à formuler des hypothèses pour des recherches futures.

Notre question de recherche concerne l'apport de l'utilisation de la méthode des constellations systémiques à l'amélioration de maladies chroniques.

La revue de la littérature faite dans la partie théorique, ainsi que notre propre réflexion, nous amène à nous poser les questions suivantes autour de notre question de recherche:

- Y-a-t-il une communauté d'évènements marquants cause du symptôme, hormis les causes organiques ? Sur quels évènements marquants pourraient être fixés les gens ?

- A quoi le symptôme est-il une solution ? Qu'a-t-il été mis en place dans la réalité pour remplacer le symptôme après la constellation ?
- Quelles sont les étapes pour passer à la diminution d'une maladie chronique : réduction de l'alexithimie (M'Uzan), évolution du système familial et social (Onnis), évolution de la perception intérieure des intrications familiales (Hellinger et Essl), acceptation de la maladie (Kübler-Ross) ?
- Qu'est ce qui bloque une évolution de la maladie chronique ?
- Quelles sont les caractéristiques du client ? Possède-t-il les habiletés au changement décrites par Hannah et Ritchie ?
- En quoi l'adhésion à la méthode thérapeutique influe-t-elle sur l'évolution de la maladie ?
- Y-a-t-il une spécificité de l'effet de la méthode des constellations sur l'évolution de maladies chroniques ?
- Le réamorçage informatif, la prise de conscience, mentionnés par Fossion & Rejas (2007) et Ancelin-Schützenberger (2007) à propos d'éléments psychiques non élaborés transmis entre générations, ne sont-ils pas ce que les constellations apportent par la visualisation et le ressenti des dynamiques familiales et des intrications? Ces éléments psychiques non élaborés ne seraient-ils pas, pour les cas de maladie, les exclusions, les traumatismes, les mouvements interrompus, les dynamiques familiales « je te suis », « plutôt moi que toi », « je prends ton destin », intrications sur plusieurs générations, mentionnées par Hellinger (2004), Kutschera (2006), Essl (2006) ? Un des résultats de la recherche de Höppner (2001) est que la prise de conscience des dynamiques agissant sur le système familial est un facteur d'amélioration de l'état du client.

Cette recherche est exploratoire, nous nous concentrons donc sur le changement du vécu du client dans une perspective phénoménologique ; mais nous pouvons faire les hypothèses suivantes à partir de ces questions:

H1 : Pour qu'il y ait changement, le client doit avoir un minimum d'habiletés au changement et doit adhérer à la méthode thérapeutique des constellations.

H2 : Le changement induit par la constellation va permettre une transformation du vécu du client de sa maladie, et plus largement, des modifications de ses relations avec son système familial et social.

Les recherches et les constats empiriques de Fossion & Rejas (2007), Ancelin-Schützenberger (2007), Hellinger (2004), Kutschera (2006), Essl (2006) et Höppner (2001) nous amènent à poser l'hypothèse suivante :

H3 : La prise de conscience des dynamiques familiales dans lesquelles la maladie intervient est un facteur d'amélioration du client.

Nous restons très ouvertes à l'émergence d'autres hypothèses.

Cette recherche nous permettra aussi d'identifier d'autres hypothèses de modérateurs et de médiateurs de changement propres à l'utilisation de la méthode des constellations pour des cas de maladie chronique.

2. Choix de l'étude de cas

Compte tenu du cadre de la recherche, exploratoire, ayant pour objectif de formuler des hypothèses pouvant servir à une étude quantitative, et des préconisations de Thurin (2005) sur l'évaluation des thérapies et l'étude des mécanismes de changement, nous avons opté pour une recherche longitudinale à partir de cas isolés.

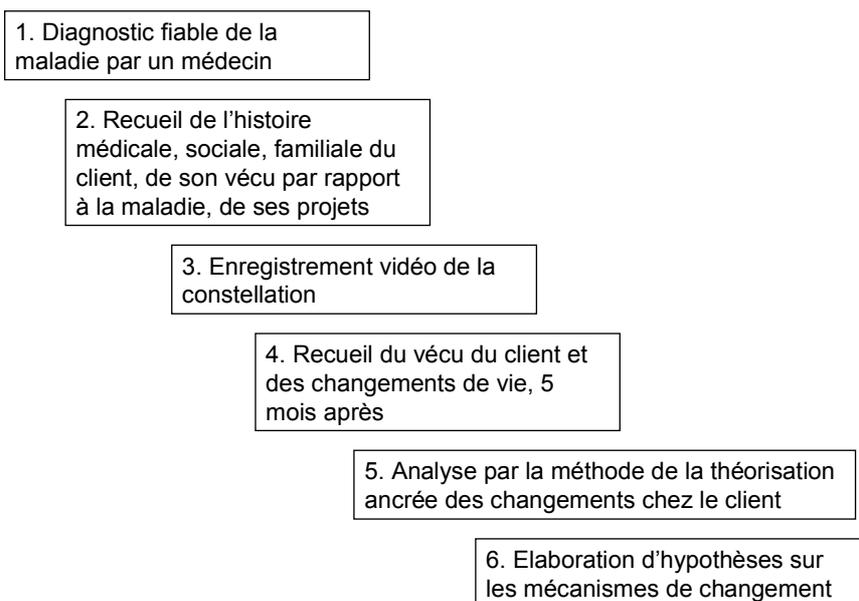
L'exploration des réponses aux questions proposées par Elliot (1991, cité par Duriez, 2007) nous a également orientées dans ce choix :

Questions d'Elliot (1992)	Réponses dans le cadre de notre recherche
Qui décrit le processus thérapeutique? Le client, le thérapeute, ou le chercheur ?	Le client (vécu de ses changements et attribution à la thérapie) Le chercheur (interprétation de ce qui se passe pour le client)
Qui fait l'objet de la recherche ? Le client, le thérapeute, ou la dyade ?	Le client
Quels sont les aspects du processus qui sont analysés ? Quelles sont les caractéristiques de la communication observées ? Le contenu, l'action, le style, ou la qualité ?	Le vécu du client par rapport à sa maladie, sa famille, et ses relations interpersonnelles, avant, pendant et après la constellation. L'attribution du changement à la méthode thérapeutique, ceci incluant la relation avec le thérapeute. Le contenu et la qualité de la communication.
Quelle est l'unité étudiée ? La phrase, l'intervention, le thème, les tours de parole, les séquences de la séance, les différentes étapes de la thérapie ou l'ensemble de la thérapie ?	La phrase, certaines séquences de la constellation, et les étapes avant, pendant, après la thérapie.
Quel est l'objectif de l'étude : Comprendre le contexte, le processus thérapeutique ou l'impact de la thérapie ?	Comprendre l'effet de la thérapie, et le lien possible avec le contexte du client ainsi que le processus thérapeutique. Formuler des hypothèses pour une recherche quantitative future.

3. Protocole de recherche

Le protocole de recherche que nous utilisons pour chaque cas est illustré ci-dessous ; il sera explicité dans les chapitres sur le recueil et l'analyse de données.

Protocole de recherche



4. Participation des thérapeutes à la recherche

Nous avons vu dans la partie théorique qu'il était important d'obtenir la collaboration active des thérapeutes, et d'avoir un objectif de recherche qui les intéresse pour leur pratique, pour effectuer une recherche pertinente en milieu naturel (Duriez, 2007, pp 109-110). Les deux thérapeutes participant à la recherche pour la France sont le Dr Mathias Engel et Mme Potschka-Lang. Nous avons déjà présenté Mme Potschka-Lang dans l'introduction de notre mémoire. Le Dr Engel, quant à lui, est docteur de l'Université de Rome, et médecin-psychiatre né en Allemagne. Il est thérapeute systémique, formé à l'Ecole de Milan ainsi que par G. Weber et F. Simon (Heidelberger Institut für systemische Therapie). Il est spécialiste en Analyse transactionnelle et thérapie comportementale. Le Dr Engel exerce en tant que

psychiatre pour enfants et adolescents à Rastatt (Allemagne), et dirige un service hospitalier de psychothérapie pour adolescents dans une clinique privée de Baden-Baden.

La participation des thérapeutes à notre recherche a été obtenue pour plusieurs raisons :

- Ils sont motivés à explorer et à officialiser l'effet de la méthode thérapeutique des constellations, en particulier ici sur les maladies chroniques ;
- Ils sont dans une constante remise en cause de leur pratique, et acceptent donc d'être filmés, et que leur interaction thérapeutique soit analysée ;
- Ils ont été impliqués par nous sur des aspects clé de la méthodologie de la recherche : revue du protocole de recueil des données, du respect de la confidentialité des séances, et de nos analyses de cas ;
- Nous avons volontairement restreint l'étendue de nos questions dans l'entretien semi-structuré avant la constellation, pour ne pas commencer un processus thérapeutique et interférer avec le processus thérapeutique de la constellation qu'ils animent.

A partir de la réunion à Heidelberg en juillet 2007, les rôles sont clairs entre nous : Mme Potschka-Lang et le Dr Engel animeront les constellations, nous recueillerons les données avant, pendant, après les constellations, et les analyserons comme nous l'entendons pour satisfaire les exigences de ma recherche universitaire ; le recueil des données devra également satisfaire la demande de la recherche SISC, comme vu précédemment. Mme Potschka-Lang et nous-même sommes en liaison permanente avec le reste de l'équipe SISC, pour faire progresser nos savoirs en parallèle sur cette recherche.

5. Choix des sujets participants à la recherche

Les conditions de participation sont les suivantes :

- Les symptômes, la maladie chronique, doivent avoir été diagnostiqués par un médecin.
- Ces symptômes doivent être en place depuis 6 mois au moins ;
- Les participants acceptent librement de participer à la recherche ; cela signifie qu'ils acceptent de remplir des questionnaires, répondre à des interviews de notre part, ceci sur une période de 18 mois, que leur constellation de symptôme soit filmée, et que ce film soit partagé avec les autres équipes participant à la recherche ;
- Les participants signent alors une autorisation⁴ (validée par un avocat), nous permettant d'utiliser les données les concernant à des fins de recherche. Nous précisons par écrit que ces données restent confidentielles, et que leur identité n'est pas dévoilée ;
- Les participants ont accès à leurs données ;
- Les participants doivent faire une constellation au sujet de leur maladie chronique ou de leur symptôme associé.

En contrepartie de leur participation à la recherche, les participants paient une somme moindre que la somme standard pour leur participation à un atelier de constellations.

Ces conditions de participation sont reprises dans le courrier envoyé par Constanze Potschka-Lang et nous-mêmes aux participants potentiels⁵.

De plus, les personnes ayant participé à la constellation de participants à la recherche, signent une autorisation d'enregistrement vidéo de la constellation.

⁴ Voir autorisation en annexe

⁵ Voir courrier type en annexe

5.1. Recrutement des participants

Cela s'est fait en deux temps :

5.1.1. De avril à mi-août 2007

A l'origine, en avril 2007, nous avons l'intention de nous concentrer sur les patients atteints de fibromyalgie. Pourquoi la fibromyalgie ? Tout d'abord, parce que c'est une maladie dont les causes sont floues et très discutées, entre l'organique et le psychologique, et sur laquelle les traitements traditionnels actuels ont peu d'effet ; également parce qu'une cliente de Constanze Potschka-Lang, atteinte de fibromyalgie, avait eu une évolution très favorable de sa maladie, évolution qu'elle mettait en grande partie au crédit des constellations qu'elle avait effectuées avec Mme Potschka-Lang; enfin, parce que, grâce à cette personne, nous avons l'espoir de pouvoir entrer en contact avec les membres des associations de personnes atteintes de fibromyalgie. La cliente de Mme Potschka-Lang avait proposé de partager son expérience auprès des associations.

Mi-juillet 2007, nous perdons espoir de recruter pour notre recherche des personnes atteintes de fibromyalgie.

La cliente de Mme Potschka-Lang a contacté la présidente de la principale association de personnes atteintes de fibromyalgie, qui refuse qu'elle témoigne de son expérience, et de parler de notre recherche. La principale raison de ce refus est que cette recherche n'est pas validée ni encadrée par le professeur du CHU de Grenoble s'occupant de cette maladie sur le plan organique, ainsi des recherches associées. Nous avons également un entretien avec l'un des principaux rhumatologues de la région ayant plusieurs patients atteints de fibromyalgie ; il nous signifie également que si notre recherche n'est pas validée par ce professeur du CHU de Grenoble, il ne parlera pas à ses patients de notre recherche. Enfin, nous avons un entretien avec le psychiatre désigné comme expert sur la région pour cette maladie, le Dr Delpont ; celui-ci, très intéressé par notre démarche, et persuadé de l'aspect psychologique de cette maladie, nous indique cependant que nous avons très peu de chances d'avoir des patients fibromyalgiques envoyés par les médecins : notre démarche s'apparente à une recherche de causes psychologiques à cette maladie, alors que « l'air du temps » sur cette maladie est de la reconnaître comme maladie organique, surtout dans la région. Cette expérience nous illustre

bien l'opposition encore en vigueur entre l'organique et le psychologique, plutôt qu'une recherche de multiplicité de facteurs.

Face à ces résistances, nous décidons mi-août d'abandonner notre focalisation sur la fibromyalgie.

5.1.2. A partir de mi-août 2007

Lors du meeting à Heidelberg en Juillet 2007, nous (les équipes internationales) avons décidé d'avoir la possibilité d'étudier tous les cas de symptômes / maladies chroniques qui se présentaient, jusqu'à fin Janvier 2008. A cette date, les équipes internationales devaient décider ensemble de restreindre la recherche à un petit nombre de symptômes / maladies chroniques.

En France, suite à notre échec sur le recrutement de patients fibromyalgiques, nous avons alors décidé de recruter les participants à la recherche en communiquant de l'information à notre réseau de contacts, afin qu'ils nous envoient des personnes potentiellement intéressées : les personnes formées aux constellations systémiques par Constanze Potschka-Lang, les personnes que nous connaissions par nos stages en psychologie et en psychothérapie, et nos contacts dans le milieu médical et paramédical.

L'information a été faite par email et par interventions orales brèves lors de conférences, à partir de mi-août 2007, par Mme Potschka-Lang, sa secrétaire, et nous-mêmes⁶.

Cette méthode et le « bouche à oreille » nous a permis de recueillir des données sur 14 participants entre septembre et décembre 2007, puis sur 2 participants en mars 2008, pendant les ateliers de constellation programmés alors pour Mme Potschka-Lang et le Dr Engel.

Fin janvier 2008, le Dr Weber décide que nous limiterons à l'étude de quatre maladies chroniques :

- Fibromyalgie
- Maladie de Crohn
- Difficulté à avoir des enfants
- Insomnie chronique

⁶ Courrier d'information en annexe

Il est trop tard alors pour faire parvenir cette information aux participants de l'atelier de mars 2008. Deux participants n'ayant pas l'une des quatre maladies chroniques pré-citées se sont déjà inscrits à la recherche pour cet atelier ; par déontologie, nous ne pouvons leur refuser le droit de participer à notre recherche. L'information est en revanche donnée pour l'atelier prévu en juin 2008, mais aucun des participants ne s'inscrit alors à la recherche.

5.1.3. Restrictions possibles dans le choix des participants

Au meeting de Heidelberg, nous avons beaucoup discuté sur la pertinence d'inclure un participant ayant fait des constellations auparavant. Nous avons alors décidé de noter l'information (s'il a fait une constellation, quel en était le sujet, et à quelle date), pour décider a posteriori si nous voulions ensuite utiliser le cas dans la recherche.

Pour notre part, nous avons gardé tous les cas se présentant.

6. Recueil des données

Le cadre de recueil des données est identique entre les différents pays, de façon à pouvoir comparer les données.

En parallèle, nous faisons attention à ce que nous apprend le recueil des données, entre septembre 2007 et janvier 2008, de façon à modifier légèrement le cadre de recueil de données si besoin, ou à exclure des cas. Nous notons par exemple que l'entretien semi-structuré pré-constellation, prévu à l'origine quelques heures avant la constellation, doit être fait quelques jours voire quelques semaines auparavant afin de limiter le niveau de stress des participants avant leur constellation. Nous avons modifié cette pratique à partir des participants à l'atelier de constellations de décembre 2007.

6.1. *Quelles données sont recueillies ?*

Les données recueillies sont de différents ordres :

- L'historique médical et social du participant

- La qualité de vie du participant
- Le génogramme du participant
- Le regard que le participant a sur son symptôme ou sur sa maladie chronique, sur sa famille, sur sa vie
- Le déroulement de la constellation (contenu et processus)
- Les échanges entre le participant et le thérapeute, ou nous-mêmes après la constellation-symptôme
- L'évolution du symptôme / de la maladie chronique du participant

Nous recueillons de telles données en lien avec nos hypothèses de recherche, afin de :

- Modéliser le vécu du client par rapport à sa maladie, à sa famille, à son entourage, à ses projets, et le changement de ce vécu ;
- Comprendre comment des thèmes familiaux peuvent se retrouver symbolisés par la maladie ;
- Identifier des modérateurs et des médiateurs du changement dans l'utilisation de la méthode des constellations sur des cas de maladies chroniques.

Les guides d'entretien utilisés pour la récolte de données sont consultables en annexe, sauf pour l'entretien fait par le constellateur en début de constellation, celui-ci étant élaboré à partir de ce qui émerge de la discussion avec le client.

Les domaines de questions posées dans ces guides sont donnés ici :

Type d'entretien Numéro de l'entretien entre 0	Quand	Type de récolte des données	Domaines de questions
Historique médical et social (I)	Un mois à quelques jours avant la constellation	Par le client, papier crayon	<ul style="list-style-type: none"> • Age, sexe, statut marital, études, passé professionnel • Historique des maladies et diagnostics • Recherche de mêmes maladies dans générations précédentes • Niveau de gêne des effets de la maladie • Attentes d'amélioration à un an avec ou sans constellation • Historique de thérapies, incluant les constellations
Génogramme (II)	Un mois à quelques jours avant la constellation	Par le client, papier crayon Complété par les données provenant des entretiens pré constellation, et de la constellation	<ul style="list-style-type: none"> • Sur quatre générations (jusqu'aux arrière grands-parents) quand c'est possible • Evènements et faits marquants de vie • Maladies et handicaps
Qualité de vie (IIIa, IIIb)	Un mois à quelques jours avant la constellation Puis au moment de l'entretien de	Par le client, papier crayon	Questionnaire WHOQOL-BREF mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé, sur 4 domaines : <ul style="list-style-type: none"> • La santé physique • L'état psychologique • Les relations sociales • L'environnement de la personne

	suivi après cinq mois		
Entretien semi-structuré pré-constellation (IV)	Un mois à quelques jours avant la constellation	Face à face, mené et enregistré par le chercheur	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de la maladie • Sens de la maladie • Place dans la famille d'origine et famille actuelle • Evènements marquants, secrets • Vision et souhaits de vie future
Entretien de constellation (V)		Face à face, enregistré en vidéo par le chercheur	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de la maladie • Objectif par rapport à la constellation • Famille d'origine et famille actuelle • Evènements marquants
Entretien semi-structuré post-constellation (VI)	Cinq mois après la constellation	Au téléphone, mené et enregistré par le chercheur	<ul style="list-style-type: none"> • Evènements de vie sur la période de cinq mois après la constellation • Changements perçus • Souvenirs et faits marquants de la constellation • Changements liés à la constellation • Niveau de gêne des effets de la maladie • Niveau d'amélioration / de dégradation de la maladie

Pour reconnaître les données citées dans les analyses de cas, nous adoptons la numérotation suivante, dans l'ordre :

1. Lettre majuscule : désigne le cas ;
2. Chiffre romain : désigne l'entretien ;
3. Numéro de question : désigne la question type de l'entretien et sa réponse ;

4. Lettre minuscule : désigne la question supplémentaire posée à l'intérieur de la question type et sa réponse.

Par exemple, « A VI 3 » désigne la réponse du participant A à la question « Qu'est ce qui a changé depuis votre constellation/ le week-end Constellations de ___ dans votre vie ? » de l'entretien semi-structuré post-constellation.

Nous adoptons un codage spécifique pour les échanges entre le constellateur et le client dans la constellation : nous numérotions chaque prise de parole dans les échanges entre eux. Nous ne numérotions pas les prises de parole des représentants dans la constellation, ni les prises de parole du constellateur vers ces représentants.

Les données intégrales d'entretien, de questionnaires, sont consultables en annexe, par client. Les enregistrements vidéo peuvent être communiqués aux membres du jury sur demande.

6.2. *Comment sont-elles recueillies, par qui, quand ?*

Nous avons fait attention à apporter le moins d'éléments perturbateurs au « système » mis en place pour la recherche, afin de récolter des données ayant subi le moins d'influence possible. Ainsi, la personne qui interviewe le participant sur le regard qu'il a sur son symptôme / sa maladie chronique, sur sa famille, sur sa vie, est différente de la personne qui anime la constellation-symptôme. Egalement, les données recueillies sur le participant avant la constellation ne sont pas communiquées au constellateur avant la constellation, de façon à ce que celui-ci anime la constellation vierge de tout préconçu.

L'historique médical et social du participant, la perception de sa qualité de vie, son génogramme sont recueillis par le participant lui-même, quelques jours à semaines avant sa constellation-symptôme.

Des questionnaires, identiques pour tous les participants dans tous les pays participant à la recherche, ont été élaborés par l'équipe internationale SISC et nous-mêmes pour récolter l'historique médical et social du participant, ainsi que son génogramme.

Le questionnaire standardisé par l'OMS, WHOQOL-BREF, est utilisé pour évaluer la perception de la qualité de vie.

Le regard que le participant a sur son symptôme ou sur sa maladie chronique, sur sa famille, sur sa vie est recueilli à travers une interview semi-structurée que nous menons avec le participant quelques jours avant la constellation ; quelques jours sont préférables à le faire juste avant la constellation, afin d'influencer le moins possible le patient.

Nous limitons nos questions dans cette interview, afin de ne pas influencer le patient préalablement à sa constellation.

Les données concernant le déroulement de la constellation-symptôme sont recueillies par nous-mêmes grâce à l'enregistrement vidéo intégral de la constellation. La caméra pouvant être perçue comme un élément perturbateur du système, nous veillons à la placer avant l'arrivée des participants dans la pièce où se passent les constellations, de façon à ce qu'ils s'habituent à sa présence et l'oublient lorsque nous filmons. Nous utilisons également un petit micro sans fil accroché à la boutonnière du constellateur, de façon à limiter le côté intrusif de la prise de son.

Les échanges entre le participant et le thérapeute, ou nous-mêmes après la constellation-symptôme sont répertoriés et gardés par nous-mêmes comme données concernant l'évolution du participant. Nous notons :

- Quand a eu lieu cet échange,
- La raison de cet échange,
- Le contenu des échanges lors de ce contact (par exemples changements familiaux, évolution de la maladie ou des symptômes, nouvelle constellation demandée, nouvelle constellation faite par autre thérapeute et résultat).

L'évolution du symptôme ou de la maladie chronique du participant est recueillie cinq mois, puis douze mois plus tard par nous-mêmes, au téléphone, à travers un entretien semi-structuré et le remplissage du WHOQOL-BREF. L'objectif est d'avoir un temps suffisamment long pour constater une évolution. Dans le cadre de la recherche pour le Master de psychologie clinique à l'IED, nous nous limiterons à faire part des données récoltées à cinq mois.

Dans cette entretien de suivi cinq mois après la constellation, nous sommes plus libres de poser des questions additionnelles à la structure d'entretien pré-définie. L'affiliation créée avec le participant depuis le début de la recherche permet d'obtenir des informations plus riches que dans l'entretien pré-constellation. Cependant, pour éviter au mieux d'influencer le

participant, nous posons uniquement des questions ouvertes, d'abord générales, puis peu à peu orientées vers les effets possibles de la constellation.

7. Analyse des données

Nous analysons les données dans l'ordre où elles viennent, sauf pour l'étude des dynamiques dans la constellation, afin de rester concentrées sur le vécu du client :

1. Questionnaire médical et social
2. Génogramme
3. Entretien semi-structuré avant la constellation
4. Echange entre le constellateur et le client pendant la constellation
5. Entretien semi-structuré cinq mois après la constellation
6. Evolution des scores du WHOQOL
7. Dynamiques dans la constellation

7.1. Analyse séquentielle du génogramme

Nous avons procédé à une analyse séquentielle du génogramme, afin de formuler des hypothèses sur les thèmes familiaux, et sur le sens de la maladie. Cette analyse séquentielle consiste à prendre une personne de l'arbre en « haut » ou en « bas » sur un intervalle de trois générations ; il s'agit alors de partir du client et de « remonter » l'arbre, ou de partir d'un de ses grands-parents et de « descendre » l'arbre ; puis nous formulons des hypothèses sur sa vie, ses relations, ses enfants, ses parents, leur situation professionnelle et personnelle, à partir des informations recueillies sur cette personne ; nous vérifions ensuite à partir du génogramme si ces hypothèses sont vérifiées, ce qui nous permet de formuler d'autres hypothèses pour les descendants ou les ascendants. Des hypothèses non confirmées nous alertent sur les changements importants dans la vie de la famille, des hypothèses confirmées nous alertent sur les répétitions.

Nous analysons également les maladies notées dans le génogramme, pour mettre à jour d'éventuelles répétitions.

Nous regardons également attentivement les « blancs » dans le génogramme (par exemple peu d'information sur la branche masculine, arrêt des informations à la 3^{ème} génération), ainsi que

les informations de génogramme données par le client pendant et après sa constellation (informations que nous noterons en vert brillant dans le génogramme). Ces oublis peuvent en effet être significatifs.

7.2. *Analyse des informations quantitatives*

Nous avons plusieurs sortes d'informations quantitatives, d'auto-évaluation du client (pour rester focalisées sur le vécu du client). Ces informations quantitatives viennent en complément des autres données, et nous ne faisons aucune statistique dessus, compte tenu de la focalisation de notre recherche sur un petit nombre de cas :

- Deux questions sur l'espoir du client d'atteindre une amélioration, avec ou sans constellations. Ces questions sont posées dans le questionnaire médical et social (questions 13 et 14), rempli quelque temps avant la constellation, par le client (auto-évaluation). Ces questions permettent d'évaluer sur une échelle l'espoir général d'amélioration du client, et l'espoir lié à la mise en place d'une constellation.

Quelles sont selon vous vos chances d'atteindre une amélioration considérable de votre état de santé d'ici un an en résultat de la constellation familiale que vous allez faire?

(O = impossible, 100 = sûrement)

O ---- O
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Quelles sont selon vous vos chances d'atteindre une amélioration considérable de votre état de santé d'ici un an sans constellation familiale?

(O = impossible, 100 = sûrement)

O ---- O
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

- Une question, sur une échelle de 1 à 7, sur le niveau de gêne ressenti par rapport aux symptômes pour lesquels le client vient faire une constellation. Cette question est dans le

questionnaire médical et social (question 15), et est également posée dans l'entretien semi-structuré cinq mois après la constellation (question 4). Elle permet d'avoir un point supplémentaire par rapport aux questions qualitatives, sur l'évolution de la gêne, telle que perçue par le client

Quel niveau de gêne due à vos symptômes ressentez-vous en ce moment?

O - - - - O - - - - O - - - - O - - - - O - - - - O - - - - O

Pas de gêne gêne extrême

- La réponse aux vingt-six questions du WHOQOL-BREF, questionnaire sur la qualité de vie mis au point par l'OMS⁷, avant la constellation, et cinq mois après la constellation. Les résultats à ces vingt-six questions sont ensuite regroupés en quatre domaines (World Health Organization, 1998, p 106) – physique, psychologique, relations sociales, environnement. Nous notons l'évolution de ces domaines cinq mois après la constellation, en prenant comme point de référence une personne qui donnerait les scores maximum dans chacun de ces domaines. Cette information complète la perception que nous donne le client de son bien-être dans les entretiens.

7.3. Analyse des entretiens par la théorie enracinée

7.3.1. Les raisons du choix

Nous analysons les données à travers la méthodologie de « la théorie enracinée [dans les données] » élaborée par Glaser et Strauss (1967) et reprise par Strauss et Corbin (2004), particulièrement adaptée à l'émergence de concepts, à l'établissement d'hypothèses, et à l'analyse de cas telle que préconisée par Thurin.

La méthodologie de la théorie enracinée permet d'élaborer une théorie (ici pour nous la théorie du vécu du client) « qui dérive des données systématiquement récoltées et analysées à travers le processus de recherche » : il n'y a pas de théorie préconçue, la théorie émerge des données.

⁷ Cf section « Maladie, santé et qualité de vie » dans chapitre « Etat de la question »

Les objectifs de cette méthodologie sont les suivants :

- Permettre de construire plutôt que tester une théorie ;
- Fournir aux chercheurs des outils analytiques pour traiter des masses de données brutes ;
- Aider les analystes à prendre en considération des alternatives aux phénomènes ;
- Etre simultanément systématique et créatif ;
- Identifier, développer et relier les concepts constituant des composants de la théorie, à partir des données brutes.

Il s'agit de « mettre en sens » les données brutes pour comprendre ce qui se passe pour la personne, élaborer en fait une théorie du vécu de la personne et du changement de ce vécu, et découvrir des hypothèses sur la relation entre utilisation de la méthode des constellations systémiques et l'évolution d'un symptôme / d'une maladie chronique.

Cette mise en sens se fait en mettant en relation des événements et des contextes, en trouvant la logique sous-jacente, et en conceptualisant les phénomènes que l'on voit par des catégories. On appelle ce travail la « catégorisation ».

7.3.2. Ce qu'est une catégorie

« Une catégorie représente un phénomène, i.e. un problème, un enjeu, un événement, fait significatif, large (ex : négociation d'un accord de paix) ou étroit (modification des perceptions de l'image corporelle). *Le phénomène explique ce qui est en train de se passer.*

Une sous-catégorie répond aux questions se rapportant au phénomène : *quand, où, pourquoi, qui, quoi, comment, avec quelles conséquences*, apportant au concept une plus grande puissance explicative, et permettant de relier les catégories entre elles.

Répondre à ces questions permet de contextualiser le phénomène, le « pourquoi » (i.e. le situer dans une *structure* conditionnelle), et à identifier le « comment », les moyens par lesquels une catégorie se manifeste (i.e. le *processus*). » (Strauss et Corbin, 2004, p. 157).

Dans le cas de notre recherche, un exemple de catégorie pourrait être l'existence de symptômes, avec comme sous-catégories, les types de symptômes, leur durée, leur intensité, la gêne de vie occasionnée.

La catégorie désigne directement un phénomène d'un certain point de vue (celui du chercheur), il en fait une définition. La catégorie fait part de l'expérience du sujet. Le travail d'analyse par catégorie va au-delà de la désignation du contenu et a pour objectif d'accéder directement au sens de ce qui se passe ; elle est à un niveau conceptuel plus important que la simple description (Paillé et Muchielli, 2003, chapitre 9).

7.3.3. Le processus d'analyse utilisé

Suivant la méthodologie de l'analyse par théorie enracinée, nous avons procédé à différentes étapes dans l'analyse :

7.3.3.1. Analyse par codage ouvert

1. Plusieurs lectures sont faites du questionnaire médical et social, et de l'entretien semi-structuré effectué avant la constellation, pour faire émerger des catégories relatives au vécu du client par rapport à sa maladie. Nous avons utilisé la fonction « commentaire » du logiciel Word pour faire apparaître directement près du texte concerné nos mémos, et les catégories que nous faisons émerger, de façon à ce qu'un autre chercheur puisse comprendre facilement notre logique de pensée dans la catégorisation.
2. Plusieurs lectures sont faites de la transcription de la constellation, en nous concentrant sur les interventions du client dans la constellation, pour voir si des nouvelles données nourrissent la catégorisation faite précédemment.
3. Plusieurs lectures sont faites de l'entretien semi-structuré effectué cinq mois après la constellation, pour faire émerger de nouvelles catégories, des nouvelles sous-catégories ou propriétés de catégories identifiées avant et pendant la constellation. Cela nous permet d'identifier ce qui a changé du point de vue du client depuis la constellation.

Voici un exemple de note d'une catégorie possible à partir de l'analyse de l'entretien de suivi de Mme Claire :

E VI 6c « J'ai l'impression que ça m'a un peu... je ne sais pas si c'est ça ... ça m'a un peu détendue dans mes rapports avec les gens ».

Catégorie « changements », sous catégorie « relationnel », propriété « lâcher prise » (ou détente), dimension « niveau de pression »

Notons que le passage d'un phénomène en catégorie se fait quand il a acquis un trait suffisamment important de généralité, après saturation. La saturation se fait en accumulant propriétés et dimensions pour ce phénomène, et relève d'une décision de l'analyste (Paillé & Muchielli, 2003, p 173)

7.3.3.2. Analyse par codage axial

Cette analyse a pour objectif de développer (par l'ajout de propriétés et de dimensions) et de relier les catégories entre elles, en vue d'élaborer une théorie du vécu du client et de la transformation de ce vécu. Cette analyse a déjà commencé pendant le codage ouvert. Elle est formalisée sous format de tableau Excel⁸, montrant le lien des catégories entre elles.

7.3.3.3. Modélisation du vécu du client

Cette modélisation, graphique, montre le lien entre les catégories principales (de nombreuses catégories s'y relient), les relations de causalité, les niveaux de détail reliant les catégories.

Elle montre aussi, par l'utilisation de la couleur (vert clair pour les changements arrivés depuis la constellation, et vert brillant pour ceux qui sont l'effet de la constellation pour le client), la transformation du vécu du client.

Nous allons sans doute trouver des catégories différentes pour chaque cas.

7.3.4. Quelques différences

Dans l'analyse par théorie enracinée, il faut aller rechercher le plus de données possibles, quitte à avoir un nombre d'entretiens différent par participant. Or ici, pour ne pas gêner le processus thérapeutique :

- Dans l'entretien semi-structuré avant la constellation, nous nous cantonnons aux questions du guide d'entretien, afin d'influencer le moins possible le client avant sa constellation

⁸ Disponible en annexe

- Le constellateur, de même, pendant l'entretien au début de la constellation, reste au niveau des faits et des émotions, et va peu dans le détail, afin de ne pas influencer cette fois-ci les représentants de la constellation
- Nous avons respecté la demande des constellateurs de ne pas aller solliciter le client avant le délai prévu de cinq mois, d'une part pour respecter le client et le travail intérieur qui se fait, et d'autre part pour avoir une comparaison non biaisée entre les différents cas, à un niveau national et international. Cependant, toute information qui viendrait spontanément du client vers nous ou le constellateur sera intégrée dans le corpus des données de recherche.

7.4. Analyse des dynamiques dans la constellation

Nous analysons les dynamiques mises à jour dans la constellation en complément de l'analyse de l'effet du travail en constellation. Cette analyse nous sert à faire un parallèle avec l'analyse du vécu du client avant et après la constellation, et avec ce que le client retient de la constellation. Il faut cependant retenir que ces dynamiques sont des dynamiques inconscientes, donc difficilement exprimables par le client.

Cette analyse est volontairement succincte, car c'est une analyse du déroulement du processus de la constellation, alors que notre recherche porte principalement sur l'efficacité du processus.

8. Evolution

8.1. Sur les sujets participants

L'attitude adoptée par l'ensemble des équipes après discussion sur ce point à Heidelberg en juillet 2008 a été la suivante : prendre les participants volontaires et acceptant de suivre le protocole de recherche, récolter les données, puis restreindre l'étendue de la recherche à un certain type de participants et de symptômes associés, à partir des données récoltées.

Nous pouvons donner comme exemple de restriction la suggestion faite en janvier 2008 par l'équipe internationale de réduire les participants à ceux n'ayant pas fait de constellation sur leur symptôme dans l'année précédant la première constellation filmée, et à ceux qui ne font

pas plus de deux constellations-symptômes dans l'année suivant la première constellation filmée. Nous ne suivrons pas cette suggestion dans notre recherche dans le cadre du Master, afin d'avoir un nombre suffisant de cas à étudier.

8.2. *Sur les symptômes étudiés*

Deux phases ont eu lieu :

De mi-août 2007 à Janvier 2008 :

- Ouverture de la recherche à tout type de symptôme / maladie chronique (de plus de 6 mois), diagnostiqué par un médecin. Toute personne répondant à ces critères peut participer à la recherche

Depuis fin janvier 2008 :

- Décision de l'équipe centrale en Allemagne de restreindre l'étude à quatre symptômes / maladies chroniques : l'insomnie chronique, la maladie de Crohn, la fibromyalgie, et la difficulté à avoir des enfants. En France, nous avons restreint la collecte des données à ces cas à partir de Mars 2008 (engagements déjà pris avec de futurs participants jusqu'à fin janvier 2008)

8.3. *Sur le recueil des données*

Cela concerne essentiellement l'interview semi-structurée : nous sommes passées de l'interview faite en face à face pendant l'atelier de constellations, avant que le participant ne fasse sa constellation-symptôme, à l'interview faite quelques jours avant, en face à face ou au téléphone. Nous avons fait évoluer ce cadre car, lors des ateliers de constellations de septembre et octobre 2007, nous avons évalué que le stress généré sur les participants était trop important quand on faisait cet interview quelques heures avant leur constellation.

9. Conclusion

Nous avons élaboré une méthodologie de recherche qualitative qui répond aux recommandations faites par Thurin au sujet des recherches sur les psychothérapies. Celle-ci va nous permettre de garder une attitude très ouverte, phénoménologique, centrée sur le vécu du client, tout en ayant quelques points de repères quantitatifs.

Cette méthodologie, appliquée à l'étude de six cas que nous allons présenter maintenant, nous permettra de faire émerger des hypothèses sur l'effet de l'utilisation de la méthode des constellations à l'évolution de maladies chroniques. Ces hypothèses seront regroupées en modérateurs et médiateurs du changement.

C. Etude des cas

1. Présentation des cas

Nous présentons six cas, sur les seize personnes qui ont participé à la recherche. Pourquoi cette restriction de cas ? Tout d'abord, nous avons été informées a posteriori que la maladie de certaines personnes (5) voulant participer à la recherche n'était pas diagnostiquée par un médecin, ou ont travaillé sur d'autre chose que sur leur maladie ou leurs symptômes au moment de la mise en place de leur constellation ; nous avons exclu ces personnes des cas présentés dans notre recherche, pour nous conformer à l'engagement pris avec le groupe international SISC. D'autres personnes (2) n'ont pas répondu à nos demandes répétées d'entretien de suivi à 5 mois. Enfin, deux autres personnes n'ont pas encore eu leur suivi, leur constellation ayant eu lieu en mars 2008.

Nous nous sommes cependant engagées auprès des seize personnes à faire les entretiens de suivi prévus avec elles, à cinq mois, puis à douze mois.

L'information qui sera recueillie l'année prochaine de ces suivis pourra faire l'objet d'une autre recherche.

Les cas présentés sont intéressants par leur diversité :

- Trois cas de maladie à prépondérance physique (hémiplégie et cancer du sein) ;
- Un cas de maladie à prépondérance physique a priori (arthrose), qui va être travaillé conjointement avec des problèmes psychologiques ;
- Un cas de maladie étiquetée psychosomatique (fibromyalgie) ;
- Un cas de maladie psychopathologique (trouble bipolaire).

Il sera intéressant de voir quels points communs, et quelles différences se retrouvent dans le vécu de ces clients à pathologie différente.

Nous présentons ici un tableau synthétique des six cas :

Code	Nom	Date de la constellation	Constellateur	Age à la constellation	Maladie	Déjà fait une constellation sur maladie l'année précédente?	constellation faite dans l'année suivant la constellation de maladie	date de l'entretien de suivi	Amélioration générale	Evolution niveau de gêne
A	Mme Guerres	23/09/2007	Constanze Potschka-Lang	73	hémiplegie côté gauche, douleurs au bras gauche	non	non	26/02/2008	0	-3
B	Mme Oiseau	21/10/2007	Dr Mathias Engel	64	hémiplegie au bras droit	oui	non	20/04/2008	+2	+3
C	M. Travail	20/10/2007	Dr Mathias Engel	56	Trouble bipolaire (psychose maniaco-dépressive)	oui	oui	25/03/2008	+2	0
D	Mme Fixe	21/10/2007	Dr Mathias Engel	57	Arthrose	non	non	22/03/2008	+2	-1,5
E	Mme Claire	16/12/2007	Constanze Potschka-Lang	53	Fibromyalgie	non	non	07/05/2008	+1	-2
F	Mme Ext	16/12/2007	Constanze Potschka-Lang	41	Cancer du sein	non	oui	07/05/2008	-3	0

Nous présentons également l'évolution de la qualité de vie perçue, mesurée par le questionnaire Whoqol-Bref :

Evolution des scores whoqol des cas sisc

		Scores domaines en %				Evolution des scores entre avant et après la constellation			
		Physique	Psychologique	Relations sociales	Environnement	Physique	Psychologique	Relations sociales	Environnement
A : Mme Guerres	avant	50%	87%	100%	88%				
	post 5 mois	50%	80%	100%	85%	0%	-8%	0%	-3%
B: Mme Oiseau	avant	46%	77%	60%	58%				
	post 6 mois	74%	90%	73%	60%	63%	17%	22%	4%
C:M. Travail	avant	51%	67%	27%	38%				
	post 5 mois	51%	63%	47%	35%	0%	-5%	75%	-7%
D: Mme Fixe	avant	89%	83%	53%	95%				
	post 5 mois	94%	88%	60%	99%	6%	6%	13%	4%
E: Mme Claire	avant	43%	70%	40%	63%				
	post 5 mois	71%	77%	60%	70%	67%	10%	50%	12%
F: Mme Ext	avant	69%	87%	67%	73%				
	post 5 mois	89%	90%	73%	73%	29%	4%	10%	0%

Nous présentons pour chaque cas le contexte dans lequel intervient la demande de constellation, l'anamnèse à travers le génogramme et l'entretien pré-constellation, l'explication de la modélisation du vécu du client, puis une discussion autour de l'effet de l'utilisation de la méthode des constellations, les hypothèses de modérateurs et de médiateurs, puis une conclusion.

Les prénoms des personnes des génogrammes ont été changés, tout en conservant les répétitions de prénoms, ainsi que les connotations culturelles des prénoms, celles-ci pouvant être significatives.

Les entretiens et les analyses détaillées (analyse séquentielle du génogramme, analyse par théorisation ancrée) sont consultables en annexe du mémoire pour chaque cas. Les réflexions faites sur les catégorisations sont visibles à travers les commentaires des entretiens, un tableau donnant le codage axial, et la modélisation graphique du vécu du client.

Pour chaque cas, on trouvera en annexe :

- Le questionnaire social et médical rempli
- La transcription de l'entretien semi-structuré pré-constellation
- La transcription de la constellation
- La transcription de l'entretien semi-structuré post-constellation
- Les mémos d'analyse
- Des notes d'information sur le cas

Note importante : dans cet extrait de mémoire, les études de cas détaillées ont été enlevées. Les étudiants qui souhaiteraient consulter à des fins de recherche ces études de cas détaillées et l'annexe du mémoire peuvent contacter l'auteur de ce mémoire pour avoir ces documents, en précisant leur thème et leur cadre de recherche, par email à fdesclèves.psychologue@orange.fr.

Conclusion générale

Le thème de cette recherche était d'investiguer l'effet du dispositif thérapeutique des constellations sur l'évolution de maladies chroniques. Cette recherche exploratoire s'est concentrée sur l'analyse approfondie de six cas, avec un suivi longitudinal.

Dans cette conclusion, nous abordons les similitudes et les différences que nous avons vues dans l'évolution des cas, les nouvelles hypothèses qui ont émergé de l'analyse, et ce que pourraient être les prochaines étapes pour pallier certains défauts de cette recherche.

Similitudes et différences :

La constellation de chaque participant a inclus un travail sur l'histoire familiale ; ce n'était pas prévisible pour tous les cas, par exemple ceux traitant d'une maladie « purement » organique, même si l'entretien préliminaire du thérapeute peut suggérer un lien possible entre maladie et système familial.

Ce qui est surprenant, et commun à tous les cas, c'est le peu de souvenirs que les personnes ont de leurs constellations, par rapport à ce que nous-mêmes en retenons. Ce qui les marque de leur constellation est toujours en lien avec leur histoire familiale, et en révèle vraisemblablement les intrications les plus importantes.

Les intrications que nous avons vues dans toutes les constellations sont complexes, à plusieurs niveaux. Dans cinq des six cas présentés, apparaît alors une dynamique « je te suis », confirmant les observations empiriques faites par Hellinger et Essl.

Les évolutions à cinq mois du vécu de chaque participant par rapport à sa maladie sont toujours sur plusieurs niveaux : relations sociales, travail sur soi, évolution des symptômes. C'est là un des effets majeurs de l'utilisation de cette méthode des constellations ; cela confirme le travail systémique multidimensionnel à effectuer quand on travaille à l'évolution de maladies, quelles qu'elles soient, comme l'avait déjà souligné Onnis.

Il est intéressant également de constater que le symptôme a toujours un sens dans la constellation ; ce sens répond à un manque ou à un traumatisme dans l'histoire familiale. Mais aucun participant n'a été consciemment marqué par ce sens.

Une amélioration générale des symptômes est attribuée au travail en constellation sur quatre cas sur six, après souvent une dégradation temporaire des symptômes. Les deux personnes ne

ressentant pas d'amélioration présentent toutes deux une rigidité émotionnelle ; cela semble être un facteur empêchant un effet positif de l'utilisation de la méthode des constellations. D'autres facteurs tels que l'absence de capacité de symbolisation, et l'absence d'adhésion à la méthode thérapeutique semblent également empêcher une évolution positive.

Hypothèses :

Rappelons les hypothèses que nous avons posées :

H1 : Pour qu'il y ait changement, le client doit avoir un minimum d'habiletés au changement et doit adhérer à la méthode thérapeutique des constellations.

H2 : Le changement induit par la constellation va permettre une transformation du vécu du client de sa maladie, et plus largement, des modifications de ses relations avec son système familial et social.

H3 : La prise de conscience des dynamiques familiales dans lesquelles la maladie intervient est un facteur d'amélioration du client.

L'hypothèse H1 est confirmée dans les six cas.

L'hypothèse H2 est confirmée dans quatre cas sur six; les mécanismes de défense sont trop importants dans les deux autres cas.

L'hypothèse H3 est partiellement confirmée, car la prise de conscience des dynamiques familiales liées à la maladie est partielle.

L'analyse par théorisation ancrée nous a en outre permis de faire émerger des hypothèses sur d'autres modérateurs et médiateurs du changement:

Modérateurs propres au client :

- Des intrications familiales à plusieurs niveaux, rendant le travail de changement plus long
- Les habiletés au changement, telles que décrites par Hannah et Richie
- L'expérience d'une évolution positive de la maladie
- Le niveau d'attente mesuré par rapport au travail de constellation
- L'existence de projets dans le futur lointain
- Le travail sur soi
- L'acceptation de la maladie

- L'existence de mécanismes de défense tels que le clivage, freinant le changement
- La rigidité émotionnelle, freinant le changement
- La capacité de symbolisation, condition nécessaire mais non suffisante de changement
- Le soutien familial, qui par son absence, doit freiner le changement

Modérateurs propres au thérapeute: ils sont relatifs à son expertise.

- Capacité du constellateur à comprendre et conceptualiser l'expérience subjective unique du client
- Capacité du constellateur à collaborer avec le client, en recherchant l'intensité et la profondeur dans la relation

Médiateurs :

- L'adhésion à la méthode thérapeutique, c'est-à-dire l'acceptation du travail en groupe, de la possibilité d'un lien entre des événements familiaux et un symptôme corporel, et de l'aspect métaphorique des constellations
- L'affiliation entre thérapeute et client
- Le recadrage des représentations du client
- La mise en sens du travail de constellation avec d'autres travaux thérapeutiques
- L'élaboration émotionnelle et cognitive des métaphores présentées dans la constellation ; cela amène des changements conscients et inconscients, et la baisse des mécanismes de défense
- La cohérence entre les ressentis exprimés par les représentants et ce que ressent le client

Nous voyons que certains modérateurs et médiateurs sont communs avec d'autres méthodes thérapeutiques, comme ce qui a été vu dans la partie théorique : les habiletés au changement décrites par Hannah et Richie, l'adhésion à la méthode thérapeutique, l'expertise du thérapeute, l'acceptation de la maladie. D'autres sont spécifiques à la méthode des constellations, comme l'élaboration émotionnelle et cognitive des métaphores présentées dans la constellation. Par ailleurs, il est normal que nous ayons peu de modérateurs et de médiateurs relatifs au thérapeute, puisque nous n'avons pas mis l'accent sur la perception du thérapeute mais sur la perception du patient dans cette recherche.

Prochaines étapes :

L'analyse par la méthode de la théorisation ancrée, même si elle est affinée par des lectures multiples, dans plusieurs intervalles de temps, comme cela a été le cas pour nous, amène un biais de validité interne. Pour pallier ce biais, nous recommandons que l'analyse de chaque cas puisse être faite par un travail en groupe, ce qui amènerait de multiples points de vue ; ceci pourrait se faire soit au sein de l'équipe internationale SISC, soit au sein des formations aux constellations délivrées par Mme Potschka-Lang, soit dans le cadre de recherches universitaires.

Les hypothèses faites sur les modérateurs et médiateurs de changement pourront servir à une étude quantitative. Il serait intéressant également de voir si les mêmes hypothèses émergent des cas des autres pays participant à la recherche SISC. Nous attendons aussi avec impatience le travail de comparaison sur les cas SISC ; il va sans doute apporter des éclairages intéressants sur les modérateurs et les médiateurs de changement propres à une maladie.

Nous émettons le souhait qu'une analyse fine du processus de constellation, par exemple une analyse séquentielle, soit faite pour voir si l'on peut faire un pronostic de l'évolution du cas, et des axes à travailler pour le client.

Egalement, si cette recherche se faisait à nouveau, il serait bon d'y inclure une analyse du thérapeute – par exemple en l'interviewant immédiatement après la constellation -, et une analyse de l'interaction thérapeute-client, pour identifier les pratiques efficaces. Nous ajouterions également une analyse plus fine de l'adhésion à la méthode thérapeutique, des mécanismes de défense, de la rigidité émotionnelle, de la capacité de symbolisation du patient, et de la transposition du rôle inconscient de la maladie dans des domaines de vie autres que ceux de la santé. Si cela était possible, nous ferions tous les entretiens en face à face, pour recueillir plus d'informations.

Bibliographie

ANCELIN-SCHÜTZENBERGER, A. (2007), *Psychogénéalogie, guérir les blessures familiales et se retrouver soi*, Paris, Payot, pp 11, 24, 25

BERUBE, L. (1991), *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*, Montréal, Éditions de la Chenelière, p 130

BLOCH, H. et al. (2002), *Dictionnaire fondamental de la psychologie, 2^{ème} édition*, Paris, Larousse/VUEF, p 1285

COOK-DARZENS, S. (2002), *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*, Paris, Dunod, pp 10-11, 51-53

DURIEZ, N. (2007), *Vers une théorisation du changement en thérapie systémique familiale*, thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologique, Université Paris Descartes, Ecole doctorale 261

ELKAIM, M. (sous la direction de) (1995), *Panorama des thérapies familiales*, Seuil, pp 454-456

ELKAIM, M. (sous la direction de) (2007), *Comprendre et traiter la souffrance psychique*, Seuil, pp 388, 391

ESSL, B. (2006), Therapeutic application of family constellation work for chronic illness, *The Knowing Field, international constellations journal, issue 7, 01/2006*, pp 5-9

FONAGY, (2000), traduit par THURIN J.M., Sous l'égide de l'IPA (2000), Une revue ouverte des études de résultat en psychanalyse, <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/Psychanalyse/OpendoorSectD.html>

FOSSION, P. & REJAS, M.C. (2007), *Prise en charge des familles traumatisées ; l'apport de Siegi Hirsch*, *Thérapie familiale*, Genève, 2007, Vol. 28, n°3, pp. 231-247

GUREVICH, M. (2006), Blind spots and side-effects of constellation work, *The Knowing Field, international constellations journal, issue 7, 01/2006, pp 50-53*

HELL, M. (2006), *Vers une théorie des constellations systémiques*, Mémoire de M2 (17/20), sciences de la famille et de la sexualité. Université Catholique de Louvain, p 56-58

HELLINGER, B. (2002), *Les fondements de l'amour dans le couple et la famille : Constellations Familiales*, Barret-sur-Mérouge, Le Souffle d'Or, pp 13-23, 551-554, 561-563

HELLINGER, B. (2003), *To the Heart of the Matter, brief therapies*, Heidelberg, Carl-Auer, pp 24-27, 33-35, 36-39, 43-52, 57-60, 78-82, 85, 87-90, 94-111, 128-131, 135-136, 50-157, 161-177

HELLINGER, B. (2004), Dimensions of Illness and Health, *Systemic Solutions Bulletin, issue 5, 11/2004, p 4*

KUTSCHERA, I. & BRUGGER, C. (2006), *What's out of order here? Illness and Family Constellations*, Heidelberg, Carl-Auer, pp 14, 15, 20, 48, 54, 63

LAW, N. (2005), *Les constellations familiales selon Bert Hellinger: outil de résolution des intrications familiales systémiques*, mémoire de M1 en psychologie Clinique, IED Paris 8, pp 131-147

ONNIS, L. (1989), *Corps et contexte*, ESF, Paris, pp 11-15, 53

ONNIS, L. et al. (2001), Prévention de la chronicité en psychosomatique : approche systémique de l'asthme infantile, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseau – n° 27, 2001/2 ; pp 168-192*

ONNIS, L. & al. (2004), The use of metaphors in systemic therapy: a bridge between mind and body languages, *Individual Chamber of the European Family Therapy Association*, [.http://www.eftacim.org/doc_pdf/metaphors.pdf](http://www.eftacim.org/doc_pdf/metaphors.pdf)

ONNIS, L. & al. (2005), family groups and anorexia therapeutic and interpretative indications in a systemic approach, <http://www.funzionegamma.edu/inglese/number14/onnis.asp>

TROMBINI & BALDONI (2005), *Psychosomatique*, In Press, Paris, pp 13-16, 23-87, 110-130, 133, 138, 142, 145, 148, 149, 219, 223

PAILLE P. et MUCCHIELLI A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2ème édition, 2005, chap. 9, p 173

PEDINIELLI, J.L. (2005), cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladies somatiques), *cours de Master 2 de psychologie clinique, IED Paris 8*, pp 12-129

POTSCHKA-LANG, C. (2001), *Constellations familiales : guérir le transgénérationnel*, Barret-sur-Mérouge, Le Souffle d'Or, pp 17-29, 30-42, 47-49

POTSCHKA-LANG, C., ENGEL, M. (2006), *Constellations systémiques, pratiques et perspectives*, Gap, Le Souffle d'Or, pp 21-40, 59-69, 87, 273 -287

STRAET, A. & PICARD, C. (2007), le patient et sa maladie : tout un vécu à prendre en compte, *La Revue de la Médecine Générale*, n° 248, 12/2007, pp 430-432

STRAUSS, A. & CORBIN, J. (2004), *Les fondements de la recherche qualitative, techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Fribourg, Academic Press, pp 24-241

THURIN, J.M. (2005), pour l'évaluation des pratiques thérapeutiques
Recherches centrées sur le patient, évolution intra-sujet, <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/ArticlesAccesLibre/articlesJMT/InsermEvalPsycho300507.htm>

TENCE, J. (2002), Spécificités de la technique thérapeutique des constellations familiales de Bert Hellinger, *Actes du 1^{er} colloque Junior de l'IED Paris 8, Recherches et cliniques plurielles, tome 2* ; pp 105-123

VANNOTTI, M. & GENNART, M. (2006), la phénoménologie : son intérêt dans une conception systémique de l'homme malade, *Centre de recherche familiale et systémique, cours en ligne*, <http://www.cerfasy.ch/cours.php>

VANNOTTI, M. & GENNART, M. (2006), Serious disease and the family. A sick body, a person who suffers, a family distressed. *Medecine face to face with a complex reality, Centre de recherche familiale et systémique, cours en ligne*, <http://www.cerfasy.ch/cours.php>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998), Whoqol instructions, *Division of Mental Health and prevention of substance abuse, Geneva*, <http://www.who.int/fr/index.html>

YBERT, E., JUVAIN, Y., ROUX, P., (2001), *Petit dictionnaire Larousse de la médecine*, 2^{ème} édition, Paris, Larousse Bordas, 2001, pp 559, 895