

Nouvelles perspectives en sciences sociales



Étude d'un cas abordé selon deux cadres de références : approches systémique et psychanalytique Case Study Approached from Two Frame of References: systemic and psychoanalytic analyses

Lahcène Bouabdallah and Ali Hamaidia

Volume 11, Number 2, May 2016

Sur le thème : complexité et relation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1037104ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1037104ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Prise de parole

ISSN

1712-8307 (print)

1918-7475 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bouabdallah, L. & Hamaidia, A. (2016). Étude d'un cas abordé selon deux cadres de références : approches systémique et psychanalytique. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 11(2), 105–127.
<https://doi.org/10.7202/1037104ar>

Article abstract

In the practice of clinical psychology, the systemic approach is worn only in a very narrow field: family therapy. While we can use in other fields of application of psychology, and this article is to prove it empirically, through the presentation of a clinical case discussed (studied and analyzed) by two different approaches represented by two different reference frames: the first is psychoanalytic, and the second based on the systemic approach, to lead to support this trend to take advantage of any approach in the interests in final of the patient: the integrative approach.

Tous droits réservés © Prise de parole, 2016

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Étude d'un cas abordé selon deux cadres de références : approches systémique et psychanalytique

LAHCÈNE BOUABDALLAH
Université de Sétif 2, Algérie

ALI HAMAIDIA
Université de Sétif 2, Algérie

L'exercice psychoclinique comme l'existence de la psychologie clinique elle-même demeurent récents en Algérie et ce constat s'applique également aux différentes prestations assurées par le psychologue clinicien local, à savoir l'étude de cas et la psychothérapie. En revanche, la tendance actuelle est d'élaborer des thérapies intégratives, suite à la découverte des facteurs communs aux différentes psychothérapies, donc à la multiplication des méthodes potentielles et à l'inadéquation des théories exclusives.

Dans la pratique actuelle de la psychologie clinique, l'approche systémique n'est utilisée que dans un champ très étroit, celui de la thérapie familiale. En fait, on pourrait en user dans d'autres champs d'application de la psychologie.

Notre travail tourne autour de la première question posée dans la problématique du colloque qui a provoqué la rédaction de ce texte : « au-delà des déclarations de principes sur l'importance du dépassement de la pensée réductrice, comment sont mises en œuvre empiriquement ces approches ? ». Car nous avons constaté

dans nos recherches que l'étude psychoclinique d'un cas par une approche «subjective» (que ce soit l'approche psychanalytique ou une autre) constitue une réduction flagrante de ce cas en le dissociant de ses contextes : familial, institutionnel, social, culturel, et en négligeant les systèmes dont il fait partie. Or les aspects interactionnel et relationnel du sujet avec les différents éléments composants son entourage ne sont pas à négliger.

Dans cet article, nous allons faire état d'un cas étudié et suivi cliniquement (patient souffrant de manifestations d'inadaptation¹), présenté et abordé selon deux cadres de référence différents : le premier est d'inspiration psychanalytique (adopté réellement dans la prise en charge qui a eu effectivement lieu) tandis que le deuxième est basé sur une approche systémique. Nous souhaitons ainsi appuyer la tendance qui vise à tirer profit de toute approche théorique et empirique si c'est dans l'intérêt du patient, au final.

Mais avant de présenter l'illustration clinique de cette problématique, nous jugeons utile d'avancer quelques notions théoriques dont nous allons user dans l'étude et l'analyse du cas.

1. Notions théoriques

1.1. Approche psychanalytique

Chronologiquement parlant, la psychanalyse est initialement une méthode de thérapie mise au point par le médecin viennois Sigmund Freud et provenant de la cure cathartique découverte par son collaborateur Josef Breuer. Par la suite elle est devenue à la fois une thérapie, une théorie et un courant de pensée dans différents domaines de la science moderne, à savoir la psychologie, l'anthropologie, la criminologie, les lettres, la critique littéraire et artistique, la philosophie et bien d'autres. Ce qui nous intéresse dans cet article est bien entendu la méthode thérapeutique. Celle-ci s'appuie sur un cadre explicatif théorique prenant en compte différentes notions de base.

¹ « Inadaptation » est un terme psychopathologique... inadaptation par rapport aux différentes conditions de sa propre vie : « incapacité à se conformer aux conditions générales ».

En bref, Freud distingue le conscient, le préconscient (autrement dit, la mémoire accessible), et l'inconscient, comprenant notamment les souvenirs refoulés, inaccessibles.

La pulsion est la composante dynamique de l'appareil psychique.

L'appareil psychique contient, selon cette théorie, trois instances : le ça, pôle pulsionnel inconscient de la personnalité, le moi et le surmoi. Le moi doit assurer une adaptation à la réalité, là où le ça ne se préoccupe pas des contraintes extérieures. Mais le moi est aussi responsable de nombreuses défenses pathologiques. Le surmoi est, entre autres, l'intériorisation de l'interdit parental et sociétal.

Selon Freud, en simplifiant, les privations pulsionnelles et les conflits psychiques qu'elles peuvent entraîner pour le sujet vivant dans la société avec toutes ses exigences et les normes à respecter mènent ce dernier à avoir des conflits intrapsychiques (entre le surmoi et le moi incité par le ça, ou plutôt entre le moi et la réalité). Afin de faire face à cette situation, le moi utilise des mécanismes de défense pour s'adapter et éviter toute angoisse. Ainsi, et en cas de défaite de ces mécanismes de défense, on arrivera à la formation d'une pathologie. Car la pulsion sexuelle (la libido) ne peut faire l'objet ni d'un interdit absolu ni d'une satisfaction totale; et le compromis névrotique est alors une voie de dégagement, mais il peut induire une grande souffrance selon le vécu du sujet. Il en résulte la nécessité d'un traitement psychanalytique.

À cet effet, la guérison pourrait être atteinte par la mise en œuvre de deux principes différents :

- a) La catharsis qui permet au malade de se débarrasser, en quelque sorte, de ce qui représente les séquelles d'une période infantile du moi. La catharsis² est reprise et utilisée dans les psychothérapies à supports artistiques³.

² La catharsis a été rapidement abandonnée par Freud dès le début de la psychanalyse, car jugée inefficace.

³ Geoffroy Troll et Jean Rodriguez, *L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts*, Paris, Ellébore, 2012.

- b) La sublimation qui pour Freud serait la meilleure voie permettant au sujet d'investir l'énergie libidinale (psychique) et/ou agressive dans des activités à contenus non sexuels ou non agressifs.

Cette issue est la base d'une des thérapies dérivées de la psychanalyse classique freudienne (psychothérapies d'inspiration psychanalytique) qu'on appelle : « médiation thérapeutique », qu'on a utilisée dans la prise en charge clinique du cas étudié dans ce travail. La médiation thérapeutique désigne l'utilisation de la création ou de l'expression artistique dans un objectif thérapeutique. Elle repose sur une conception thérapeutique des difficultés intérieures et relationnelles des personnes. Ce concept a été développé depuis le début des années 1990, dans la vague montante des approches de médiation. Elle est définie également comme visant à permettre aux patients de retrouver leur équilibre perdu en raison notamment de deuils non accomplis, en usant des outils médiateurs se substituant à la parole et permettant l'expression dans un processus de symbolisation de leurs conflits et difficultés sous-jacents dans une relation tripartite : patient, thérapeute et objet médiateur⁴. Ce dernier est défini par le cadre thérapeutique comme n'étant pas l'objet de la thérapie, ni sa finalité, mais comme étant le moyen d'une élaboration et d'une prise de conscience. Il facilite, par son extériorité, la focalisation des problématiques individuelles et groupales, et devient le support de projections, de condensations et de symbolisations. Les outils médiateurs sont nombreux : entre autres le dessin, la peinture, le conte, le masque, le collage, le corps du patient lui-même (comme dans la danse), et bien entendu la photographie, soit par l'action de photographe, ou encore par celle de discuter le choix du patient d'une photo parmi d'autres qui lui sont proposées comme dans le « photolangage » qu'on a utilisé dans le cas qui sera présenté ultérieurement.

⁴ Inspirée de définitions recueillies dans Anne Brun, *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, Dunod, 2007 et dans Bernard Chouvier *et al.*, *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2002.

Il est une autre notion très importante que nous jugeons utile de définir ici même et que nous allons rencontrer dans notre travail clinique : c'est le deuil. Le deuil est défini comme « l'état dans lequel nous met la perte de l'être aimé et le travail intérieur qui nous permet de survivre à cette situation⁵ ». Le deuil « normal » passe par un processus caractérisé par cinq étapes, selon Élisabeth Kübler-Ross, qui les énonce ainsi : le déni, la colère, la dépression, le marchandage, et l'acceptation⁶. On considère que le deuil est « pathologique » quand le sujet n'accomplit pas ce processus et reste fixé dans une des étapes décrites ci-dessus.

Ce qui précède correspond aux quelques notions élémentaires de la théorie-approche psychanalytique dont nous allons faire usage dans notre présentation du cas étudié.

1.2. Approche systémique

Pour rappel, la théorie générale des systèmes, proposée par Ludwig von Bertalanffy en 1937⁷, s'appuyait sur le postulat suivant : le système est un ensemble d'éléments en interaction les uns avec les autres.

Dans cette optique-là, on ne peut pas étudier les éléments d'un système de façon fractionnée, car, dans le but de déterminer la finalité d'un système, on est obligé d'étudier les relations entre les éléments dans ce système.

Les années 1950 ont marqué la naissance du courant de Palo Alto aux États-Unis : la théorie générale des systèmes est alors utilisée comme un modèle pour envisager la place du patient dans son système familial et l'impact de ce dernier sur le patient.

Par la suite, maintes conceptions et principes ont été ajoutés au fur et à mesure de l'amélioration de cette approche, à savoir :

⁵ Hélène Harel-Biraud, *Manuel de psychologie pour les soignants*, Paris, Masson, 1995, p. 149.

⁶ Voir par exemple, Élisabeth Kübler-Ross, *Les derniers instants de la vie*, Labor et Fides, coll. « Société », 1975 [1969].

⁷ Silke Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 2012, p. 14.

- a) le principe d'homéostasie : c'est-à-dire l'existence de mécanismes au sein d'un système permettant le maintien de son équilibre;
- b) les cinq axiomes de la communication d'un système proposés par Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin et Donald D. Jackson en 1972⁸, soit :
 - le caractère « communicatif » de toute interaction;
 - l'interaction se replie sur deux aspects: indice (information/ contenu d'un message), ordre (nature de la relation);
 - ponctuation : lors de l'interaction, les interacteurs ponctuent leurs échanges afin de se comprendre : langage verbal et non verbal, relations symétriques et complémentaires.

Dérivée de cette approche, la thérapie structurale de Salvador Minuchin en 1974⁹, reprise et améliorée par Karine Albernhe et Thierry Albernhe en 2000, propose les éléments suivants :

- a) le système familial est composé de sous-systèmes (couple conjugal, couple parental, fratrie...),
- b) les relations entre ces sous-systèmes sont définies par des règles de deux types :
 - a. règles universelles et générales (hiérarchie du pouvoir, complémentarité de fonctions...),
 - b. règles spécifiques (attentes réciproques des membres) dont l'origine se perd souvent dans les années de négociations explicites et implicites.

Albernhe et Albernhe ont dressé un tableau¹⁰ avec les éléments essentiels qui organisent les deux structures proposées : la famille nucléaire et centripète et la famille éclatée et centrifuge qui sont

⁸ Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin et Donald D. Jackson, *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972 [éd. anglaise, 1967] dans Silke Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique*, op. cit., p. 15.

⁹ Salvador Minuchin, *Familles en thérapie*, trad. de l'anglais par Ramonville-Saint-Agne, Toulouse, Érès, 1998 [1974], dans Silke Schauder, op. cit., p. 16.

¹⁰ Karine Albernhe et Thierry Albernhe, *Les thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson, 2000, p. 97.

les deux extrémités de la typologie familiale. Il est à noter que la famille « normale » est celle qui se situe au centre de cette typologie, or plus la famille se rapproche d'une des extrémités plus elle est dysfonctionnelle.

Tableau 1

Typologie familiale	Nucléaire et centripète	Éclatée et centrifuge
Frontières :	Diffuses	Trop rigides
Mécanisme prévalent :	Enchevêtrement	Désengagement
Autonomie individuelle :	Insuffisante	Excessive
Sentiment d'appartenance :	Excessif	Insuffisant
Communications :	Surabondantes	Pauvres
Tensions interpersonnelles :	Importantes	Faibles (désintéret d'autrui)
Réactions lors des crises :	Violentes, monolithiques	Lentes, molles, désinvesties

Ajoutons aux données citées dans le tableau que Minuchin affirme que le rôle du thérapeute familial consiste à modifier les patterns transactionnels afin de clarifier les frontières diffuses (si la famille est de type nucléaire), ou plutôt d'ouvrir les frontières très rigides entre les membres de la famille si cette dernière est de type centrifuge, comme s'« il reconstruisait les frontières entre ses patients ». Ajoutons aussi que Murray Bowen conçoit la famille comme un système émotionnel dynamique dans lequel les membres s'influencent mutuellement. Déterminer le degré d'angoisse et le niveau de différenciation du soi (de chaque membre de la famille) est essentiel pour comprendre l'influence des uns sur les autres et la circulation des émotions à l'intérieur du système familial, ce qui fournit au thérapeute familial les éléments nécessaires afin d'accomplir au mieux son travail clinique¹¹. Ajoutons en plus que Guy Ausloos évoque un facteur très important chez cette catégorie, l'existence d'un secret familial qui suscitera une attitude de non-dit au sein de cette famille, ce qui mène à perdre le sens. Or l'angoisse reste toujours (car le

¹¹ Murray Bowen, *La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux*, trad. partielle de l'anglais, Paris, ESE, 1984 [éd. anglaise, 1978], dans Silke Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique, op. cit.*, p. 17.

secret est toujours là malgré – ou parce – qu'il n'a pas été verbalisé), ce qui explique la tension permanente dans la famille¹².

Nous venons de voir quelques-uns des éléments théoriques auxquels nous allons nous référer dans notre deuxième lecture du cas présenté ci-dessous, selon l'approche systémique.

2. Études du cas « Ahmed F. » selon l'approche psychanalytique

Avant d'entamer la présentation du cas étudié, il est à noter que ce dernier a été suivi lors d'une prestation clinique au service des maladies infectieuses dans un centre hospitalier d'une ville algérienne (Algérie) au cours de l'année 2014. Ledit service a signé une convention avec une unité de recherche afin que cette dernière assure la prise en charge psychologique de ses patients séropositifs.

Il faut noter également que les prises en charge faites dans ce service ont pour objet, de façon générale, d'accompagner psychologiquement des personnes séropositives et/ou de leur offrir, si nécessaire, une psychothérapie (le cas échéant). La méthode thérapeutique offerte est le plus souvent la médiation thérapeutique (méthode psychothérapique inspirée de la psychanalyse déjà présentée dans la partie théorique) où on utilise l'art à des fins cliniques, tout en s'appuyant sur des éléments explicatifs de la théorie psychanalytique.

Quant au cas qui fait l'objet de cette recherche, nous allons le présenter en deux temps : tel qu'il a été traité (selon l'approche psychanalytique), puis, dans un deuxième temps, d'après une autre lecture théorique, une interprétation selon l'approche systémique des données recueillies.

¹² Guy Ausloos, « Les adolescents qui passent à l'acte », dans Pierre Angel et Philippe Mazet (dir.), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 497-506.

2.1. Présentation générale du cas

2.1.1. *Données biographiques*

Nom et prénom : Ahmed F. (pseudonyme)

Sexe : masculin

Âge : 50 ans

Niveau d'étude : primaire

État civil : marié et père de plusieurs enfants

Maladie : sida (phase : sida)

- hospitalisé à cause de la dégradation de son état de santé
- malade observant (suit sa trithérapie ponctuellement)

Famille : père et mère en vie

2.1.2. *Historique du cas*

Le patient, après avoir appris sa séropositivité, il y a quelques années, il est passé par toutes les phases du processus de deuil jusqu'à l'aboutissement de l'acceptation de sa maladie, bien qu'il n'ait pas pu déterminer la voie de contamination.

Le patient a caché la nature de sa maladie, sauf à son épouse qui sait juste et seulement que son mari est atteint d'une maladie dangereuse et incurable. Le patient aime la solitude et ne recherche pas une vie sociale trépidante (il a avoué qu'il n'a pas d'amis intimes, et il retrouve parfois ses collègues hors des horaires de travail pour siroter un café et papoter).

L'étude du cas d'Ahmed F. a eu lieu lorsqu'il était hospitalisé au service des maladies infectieuses suite à une dégradation de son état de santé, il suit avec ponctualité sa trithérapie.

Le patient, bien qu'il n'ait pas atteint la soixantaine, prépare sa retraite anticipée à cause de sa maladie qui lui impose plusieurs phases d'hospitalisation, et par conséquent des absences fréquentes au travail.

Examen clinique

Moyens : Entretien clinique

Nombre : 2

2.2. Analyse du cas

2.2.1. *Antécédents personnels*

- Enfance et développement normaux
- Marié depuis 27 ans
- Précarité sociale (obtention de logement récemment après avoir passé plusieurs années dans un bidonville)
- Trouble de l'orgasme : baisse de la libido, inhibition de l'orgasme et éjaculation à l'aide de masturbation (depuis quatre ans)
- Antécédents familiaux : néant
- Mécanismes de défense : refoulement, régression, introjection
- Type d'angoisse : angoisse de perte de l'objet
- Constatations cliniques : processus de deuil accompli (aspect positif), mais avec séquelles
- Désinvestissement du monde extérieur caractérisé par frustration et repli sur soi
- Souffrance affective
- Angoisse de la mort
- Culpabilité (latente)
- Tendances homosexuelles (sous-jacentes)
- Hallucinations auditives et visuelles (sans décompensations délirantes aiguës ou syndrome confusionnel relevé d'une étiologie organique caractérisant l'évolution morbide de l'infection par VIH)
- Agressivité (très rare)

- Diagnostic: le patient souffre de manifestations d'inadaptation (mauvaise adaptation à cette situation nouvelle qui est bien entendu la séropositivité).

Les manifestations d'inadaptation sont : difficultés à adopter le nouveau mode de vie (prendre ses précautions pour éviter toute contamination des proches); difficulté à garder le secret de la maladie; difficulté à combiner la maladie et les exigences du travail (ponctualité, assurer ses permanences...) tout en gardant la séropositivité comme secret; et difficultés à combler ses devoirs en tant que père de famille (courses, charges familiales et ménagères, paiement de factures...), devoirs qui nécessitent d'être toujours en bonne santé.

2.2.2. Discussion et commentaires

Afin de restituer l'équilibre psychique et aider le patient à mieux s'adapter, toute démarche thérapeutique dans un cadre psychanalytique doit prendre en considération le degré de sa souffrance psychique qui est actuellement modéré car il ne s'agit que d'inadaptation. À cet effet, une thérapie d'inspiration psychanalytique semblait initialement pertinente et visait à atteindre les deux objectifs opérationnels suivants :

- a) Offrir au patient un cadre thérapeutique lui permettant de symboliser son angoisse de mort tout en l'aidant à surmonter le sentiment de frustration par l'élucidation des origines de cette angoisse et de cette frustration; il s'agit de le pousser à verbaliser ses conflits, à parler à propos de la mort et de son sentiment à son égard, à parler des raisons de sa frustration et à les analyser...
- b) Promouvoir son investissement dans le monde extérieur et, par conséquent, le faire sortir de son repli sur soi; cela se réalise *via* l'adoption de nouvelles habitudes qui lui permettent d'avoir des contacts avec autrui, d'assister à des activités sociales diverses. Il est à noter que, pour ce faire, il doit avoir envie de rechercher le contact avec les autres et que ceci n'est possible qu'après avoir dépassé la frustration

et l'angoisse de la mort, c'est-à-dire après avoir atteint l'objectif mentionné précédemment.

Concrètement, nous avons proposé à notre patient un atelier de photolangage¹³ (individuel)¹⁴ et les raisons de ce choix comme la démarche thérapeutique détaillée sont décrites ci-dessous, dans le protocole thérapeutique.

2.2.3. *Protocole thérapeutique*

Dans le but de rendre au patient son équilibre psychique et de l'aider à mieux s'adapter et à vivre avec sa séropositivité (et s'adapter ainsi familialement, professionnellement et sur le plan relationnel) tout en en gardant le secret (objectif général qui sera évoqué ci-après), nous avons choisi d'utiliser la méthode de photolangage, et pour trois raisons : 1) le faible niveau scolaire du patient associé à la rareté de ses activités graphiques ou artistiques; 2) le degré jusque-là modéré de sa souffrance psychique; enfin, 3) les photos servent utilement à provoquer chez le sujet un processus de symbolisation et de projection. La photo est, en effet, souvent considérée comme agent thérapeutique et ceci parce qu'elle donne cours à des interprétations et qu'elle a un pouvoir résolvatoire sur les difficultés psychiques. Nous avons utilisé quelques images du fameux test projectif TAT¹⁵, car nous les avons jugées expressives et très inspirantes. Pour des raisons claires, nous avons utilisé quelques images de celles qui sont destinées au sexe masculin.

¹³ Le photolangage est « une médiation thérapeutique par des photos qui permettent l'expression. [Il] fut créée en 1965 à Lyon, et [...] propose de manière totalement intuitive au départ, d'utiliser des photos pour servir de support à la parole; pour des sujets qui rencontraient des difficultés à s'exprimer et à parler en groupe de leurs expériences diverses et parfois douloureuses sur le plan personnel » (Claudine Vacheret *et al.*, *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Paris, Dunod, 2002, p. 4).

¹⁴ Atelier de « médiation thérapeutique » qui est une sorte de psychothérapie d'inspiration psychanalytique; a pour support les photos comme outil médiateur thérapeutique.

¹⁵ *Thematic Apperception Test* (TAT); test psychoclinique projectif élaboré par Henri Murray dans les années 1930 aux États-Unis, et utilisé jusqu'à maintenant. Le test est composé de 31 images thématiques; nous n'en utilisons que 20, choisies selon le sexe et l'âge du patient.

a) Objectif général (OG)

Nous avons arrêté l'objectif général de cet atelier thérapeutique de photolangage de la façon suivante : aider le patient à trouver une bonne adaptation (coping). Cela se fait par le maintien de l'équilibre émotionnel (sentiment de sécurité intérieure), et en offrant au patient une occasion de symboliser son angoisse et les images obsédantes (de mort, de perte et de séparation) qui menacent son intégrité.

b) Cheminement thérapeutique :

La thérapie s'est faite en huit séances : deux examinatrices, une préparatoire à la thérapie, quatre thérapeutiques et une récapitulative. Mais l'atelier n'a eu lieu que sur quatre séances.

2.2.4. La teneur des séances thérapeutiques

À présent, nous allons exposer brièvement les éléments essentiels de chaque séance.

Première séance de l'atelier : T1

Dans cette première séance, le patient a évoqué son vécu à la suite de l'annonce de sa maladie. Nous avons observé des signes indiquant sa souffrance intérieure et son angoisse latente, telles qu'un sentiment de tristesse, un manque de motivation, des soupirs de temps à autre...

Il est à noter que nous avons laissé le patient s'exprimer et verbaliser sa souffrance sous forme d'association libre spontanée.

Deuxième séance : T2

Après l'accueil du patient et un bref échange, nous l'avons invité à choisir une des six images déposées sur le bureau (1, 5, 6BM, 10, 14, 19); nous lui avons annoncé qu'il avait cinq minutes pour le faire. Le patient a choisi l'image 6MB. Cela fait, a débuté le deuxième moment de cette séance thérapeutique autour de la question capitale : « pourquoi j'ai choisi cette photo? ».

Figure 1



D'emblée, l'identification au jeune homme qui figure dans le premier plan de la photo était claire. La vieille femme évoquait pour lui sa relation avec sa propre mère.

La régression était flagrante : une régression au stade oral, car il a parlé avec nostalgie de sa mère, de sa relation avec elle, de sa tendresse inégalée (nostalgie du sein maternel et régression à la phase où il était choyé). L'oralité s'est révélée également dans son avidité affective. Il a reconnu aussi qu'il ne trouvait de refuge que chez elle, au moment où il ne pouvait plus supporter le cumul de difficultés rencontrées dans de sa vie quotidienne.

Il est à noter qu'au long de toute la séance thérapeutique, nous n'avons pas remarqué le moindre signe de résistance, ce qui a facilité la catharsis chez le patient.

Troisième séance : T3

Lors de cette séance, le patient semblait mieux qu'avant, tant physiquement que moralement, ceci étant indiqué par son sourire, sa motivation et son adhésion à la séance thérapeutique avec plus d'intérêt. Le patient a choisi l'image : 7BM.

Figure 2



En l'incitant à s'exprimer, l'intervenant a compris que le patient s'identifiait au jeune homme et espérait trouver refuge chez son père, en souhaitant que ce dernier l'accueille de la même façon, et l'aide à dépasser ses difficultés. Il a longuement parlé du caractère de son papa, sympathique et compréhensif, quoique passif à son endroit et à l'égard de ses difficultés. Suite à cela, Ahmed F. a évoqué son fils aîné, en se rappelant de leur malentendu récent. Le fils, qui a 26 ans, qui est ouvrier journalier, ne contribue jamais au budget du foyer; il est récemment entré à la maison, tard le soir, dans un état anormal (sous influence de stupéfiant probablement), ce qui a provoqué la colère du père mais sans qu'il lui dise le moindre mot. Son mécontentement a été retransmis par son épouse, et le fils a évité par la suite tout contact avec lui par crainte d'être blâmé. Le patient a avoué que son fils lui manquait en ce moment, car depuis son entrée à l'hôpital il n'est pas venu lui rendre visite.

*Quatrième séance : T4

Au début de la cette séance, nous avons remarqué que le patient se portait très bien, était content, bien qu'il soit loin de chez lui et de sa petite famille; il était rasé de près et avait bonne allure. Son choix pour cette séance s'est porté sur l'image 18BM.

Figure 3



Le patient a commencé par exprimer sa satisfaction quant à son choix puis, et après encouragement, a avoué qu'il voulait fuir son quotidien, s'évader de sa réalité. Il a fini par reconnaître qu'il n'avait pas en fait beaucoup de problèmes, et que ce qui l'inquiétait vraiment le plus, c'était bien entendu sa maladie. L'angoisse de la mort s'est bien révélée cette fois-ci, tout comme un désinvestissement du monde extérieur, une frustration et un repli sur soi.

Fin de la thérapie

Le patient a connu de grands changements sur plusieurs plans de sa vie : au niveau de ses habitudes, de sa façon de penser, de ses priorités et de ses relations avec son entourage. Il l'a reconnu lui-même. Et malgré qu'il n'ait bénéficié que de quatre séances thérapeutiques, la catharsis (qui est un phénomène thérapeutique très important en cure psychanalytique, et qui consiste en la décharge émotionnelle suite à une confession lors de l'association

libre) était omniprésente (dans l'évocation de la mère, du père, des différents problèmes rencontrés suites à l'annonce de sa maladie) et l'effet du cheminement thérapeutique était très clair. Après sa sortie de l'hôpital, le patient est passé nous voir lors de sa venue pour un contrôle médical et nous avons fait le point ensemble sur sa vie psychique actuelle. Il a avoué qu'il résistait mieux aux frustrations, qu'il a pu établir des relations sociales plus solides.

Néanmoins, la relation avec le fils aîné demeure inquiétante¹⁶, car ce dernier semble encore immaîtrisable et rebelle. Le père a évoqué un autre malentendu qui est arrivé récemment avec lui, ressemblant au premier malentendu mentionné pendant la troisième séance T3, mais où le fils s'est montré cette fois-ci plus agressif et moins respectueux à l'égard de son père.

3. Étude du cas « Ahmed F. » selon l'approche systémique¹⁷

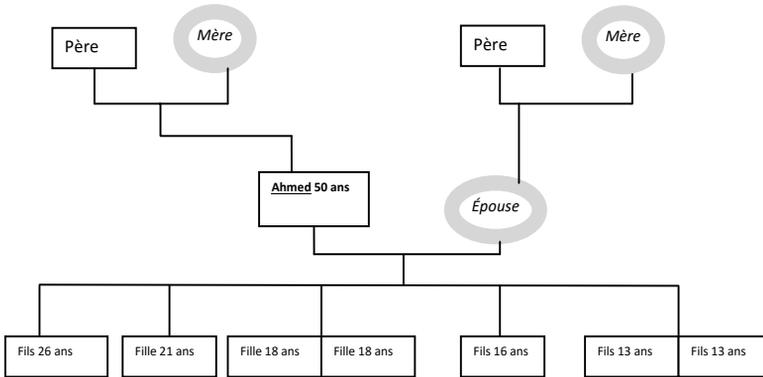
3.1. Une approche alternative

La relation avec le fils ne pourra pas être rétablie uniquement suite à un travail clinique avec le père. En effet, ce travail écarte un élément principal : le fils lui-même. Or, le travail avec ce dernier ne peut également pas se faire de façon individuelle. L'alternative est alors l'approche systémique, où on ne peut expliquer les malentendus entre le père et le fils que par une lecture familiale qui élucide maints phénomènes et dimensions liés l'un à l'autre : typologie familiale, types des relations, types des interactions...

¹⁶ Chose qui nous a poussé à repenser le cas dans une dimension familiale, systémique par conséquent; afin de chercher des solutions à ce problème d'ordre « relationnel » en premier lieu.

¹⁷ Pour cette deuxième lecture, les membres de famille n'ont pas été contactés. Nous avons en effet appris ultérieurement que le patient était décédé depuis la période de la thérapie qui s'est achevée en 2014. Nous avons donc fait une deuxième lecture théorique en adoptant l'approche systémique et en nous appuyant sur les données recueillies sur le patient et sa famille lors de la démarche thérapeutique de type psychanalytique.

Figure 4 : Typologie de la famille d'Ahmed F.



La famille d'Ahmed F. est constituée du père, de la mère et de sept enfants vivant ensemble. Selon les informations recueillies lors des entretiens cliniques avec Ahmed F., sa famille est de typologie « éclatée et centrifuge », car elle commence à avoir des frontières diffuses (ça se voit clairement chez l'aîné adolescent); le mécanisme prévalent est l'enchevêtrement; l'autonomie des individus (y compris de l'épouse) est insuffisante; le sentiment d'appartenance est excessif; la communication est surabondante; les tensions interpersonnelles sont importantes; et la réaction lors des crises est violente et monolithique.

3.2. Antécédents

3.2.1. Les relations familiales

- Relation rigide et superficielle avec le père
- Issu d'une famille patriarcale
- Mère de type « oriental »
- Premier fils de sexe masculin
- Patient touché par le virus du sida (séropositif)
- Difficultés financières résultant de difficultés professionnelles

3.2.2. *La rébellion du fils aîné*

- Image du père (patient lui-même) touchée par deux fléaux : séropositivité et difficultés financières
- Malentendus avec le fils aîné
- Famille déstabilisée suite à ces événements
- Rébellion traduite par l'absence de loyauté (caractérisée par les conduites souvent agressives à l'égard du père)
- Situation liée au manque de leadership au sein de la famille (pour lui, ce leadership devait appartenir au père)

3.2.3. *Analyse systémique*

La famille d'Ahmed F. ressemble beaucoup plus à une famille centrifuge, mais, avec le temps et l'enchaînement des événements de la vie courante, elle va évoluer vers la zone extrême de cette typologie. Nous sommes arrivés à cette déduction après avoir constaté ceci : la communication (dans la famille) qui est très pauvre entre les membres, problème qui est accentué par l'ampleur de la place qu'occupe la télévision dans la société algérienne. La télévision, en effet, et surtout suite à la multiplication des chaînes satellitaires arabophones, tous genres et toutes thématiques confondues (dessins animés, enfants, musique, feuilletons et films, informations, loisirs, etc.), a favorisé le « mutisme » chez les membres de la famille qui espèrent, après une journée fatigante (d'étude, de travail ou encore de ménage pour la femme au foyer), passer du temps à la maison en silence, en regardant la télévision en toute passivité, sans le moindre mot pendant des heures. La famille a besoin de communiquer, les enfants avec leurs parents et vice versa. Or ce n'est malheureusement pas le cas. De plus, une famille de parents peu instruits, comme dans le cas du couple d'Ahmed F., ne peut s'offrir de sorties ou d'activités sociales lors des week-ends ou des vacances scolaires. S'ajoute à cela le caractère démissionnaire et peu communicatif

du père (Ahmed), cela intensifié par l'événement majeur qu'est sa maladie. Il y a là les ingrédients idéaux de l'éclatement de la famille.

Une autre hypothèse qui pourra nous expliquer encore la « rébellion » du fils, c'est la probable découverte de ce dernier du « secret familial », qui est bien entendu la séropositivité du père, avec tout ce que pourrait porter cette maladie de représentations et susciter de réactions et de sentiments : honte, péché, colère, altération de l'image paternelle... Car, chose évidente, la maladie du père est restée – et est toujours selon les propos du père lui-même lors des entretiens d'investigation – secrète, un « non-dit ». Cela provoque un cercle vicieux, décrit par Ausloos au sujet des conséquences d'un secret familial¹⁸.

Rappelons que l'existence d'un secret familial suscitera une attitude de non-dit au sein de la famille qui mène à perte de sens. Or l'angoisse demeure toujours, ce qui explique la relation tendue en permanence entre le père et son fils, car il est fort probable que ce dernier ait su (via la « radio trottoir ») que le père est séropositif, ou plutôt – dans le meilleur des cas –, que le fils ait déduit du fait des hospitalisations répétitives que son père souffre d'une maladie grave, sans pouvoir en déterminer la nature, ce qui pourrait expliquer les attitudes souvent agressives du fils à l'encontre du père.

3.2.4. Conclusion de l'analyse systémique

Partant de tout cela, l'enfant aîné n'est que le résultat de tout cet amalgame, et les malentendus entre le père et le fils comme la rébellion de ce dernier ne sont qu'un effet apparent d'un dysfonctionnement familial latent.

Dans cette optique-là, l'intervention clinique est de mise afin d'éviter un éclatement à venir, et la thérapie familiale systémique semble adéquate et pourrait permettre de retrouver une certaine paix en famille, pourrait contribuer à récupérer le fils avant qu'il ne sombre dans la délinquance. Le rôle du thérapeute familial consiste à inviter tous les membres de la famille à des séances

¹⁸ Guy Ausloos, « Les adolescents qui passent à l'acte », *op. cit.*, p. 501.

collectives, afin de leur faire comprendre les vrais frontières entre parent (qu'il soit père ou mère) et enfant (fille ou fils), de les sensibiliser à la transformation de ces frontières avec le développement des enfants selon l'âge (enfant, préadolescent, adolescent...), de promouvoir de la communication.

Cette thérapie doit pouvoir également promouvoir le sentiment d'appartenance des membres à leur famille en leur apprenant la solidarité et l'intérêt mutuel tant moralement que matériellement¹⁹.

Le travail clinique va donc toucher tous les membres, mais en se focalisant davantage sur le père et son fils. La contribution de la mère est primordiale, mais cela n'empêche pas que le fils aîné présente le « symptôme » du dysfonctionnement familial que nous avons essayé d'expliquer auparavant. Si l'on prend en compte les mesures décrites ci-dessus, et si les membres de la famille adhèrent à la démarche thérapeutique familiale proposée, la réussite de l'intervention clinique devrait donner de bons résultats.

Conclusion

En conclusion, et à partir des constatations faites au cours de cette étude de cas par deux approches différentes, systémique et psychanalytique – et au-delà des déclarations de principes sur l'importance du dépassement de la pensée réductrice – les mises en œuvre empiriques ont montré qu'une prise en charge de référence intégrative, se référant à plusieurs approches est possible, voire nécessaire. En revanche, si on se limite aux approches « subjectives » généralement adoptées par les cliniciens – telles que l'approche psychanalytique comme c'était le cas avec notre patient –, on risque de ne circonscrire la problématique que posera le patient cliniquement qu'aux phénomènes et conditions subjectives, en le dissociant de ses contextes familial, institutionnel,

¹⁹ L'un de nos évaluateurs fait valoir, à juste titre, que certains membres de la famille, peuvent ne pas adhérer à ces objectifs. Ainsi la mère peut vouloir davantage s'émanciper, le fils aîné peut souhaiter rompre avec certaines traditions familiales... Il ajoute que l'on ne peut présumer d'avance de l'issue d'une crise et des solutions qui seront élaborées. Le thérapeute est davantage un accompagnateur qu'un gardien d'un idéal familial.

social, culturel et de négliger les aspects à la fois relationnels et interactionnels.

On pourrait éviter ce risque en adoptant l'approche intégrative et multi-théorique que maints auteurs ont évoquée et ne cessent de suggérer dans leurs ouvrages et publications. Parmi ces derniers, on retrouve au premier rang Winfrid Huber, qui œuvrait pour ce pragmatisme multi-théorique dans la pratique de la psychologie clinique contemporaine²⁰.

²⁰ Winfrid Huber, *Les psychothérapies*, Tours, Nathan, 1997.

Bibliographie

- Albernhe, Karine et Thierry Albernhe, *Les thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson, 2000.
- Ausloos, Guy, « Les adolescents qui passent à l'acte », dans Pierre Angel et Philippe Mazet (dir.), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 497-506.
- Bowen, Murray, *La Différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux*, trad. partielle de l'anglais, Paris, ESF, 1984 [éd. anglaise, 1978], dans Silke Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 2012.
- Brun, Anne, *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, Dunod, 2007.
- Chouvier, Bernard *et al.*, *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2002.
- Harel-Biraud, Hélène, *Manuel de psychologie pour les soignants*, Paris, Masson, 1995.
- Huber, Winfrid, *Les psychothérapies*, Tours, Nathan, 1997.
- Élisabeth Kübler-Ross, *Les derniers instants de la vie*, Labor et Fides, coll. « Société », 1975 [1969].
- Minuchin, Salvador, *Familles en thérapie*, trad. de l'anglais par Ramonville Saint-Agne, Toulouse, Érès, 1998 [1974].
- Schauder, Silke, *L'étude de cas en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 2012.
- Troll, Geoffroy et Jean Rodriguez, *L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts*, Paris, Ellébore, 2012.
- Vacheret, Claudine *et al.*, *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*, Paris, Dunod, 2002.
- Watzlawick, Paul, Janet Helmick Beavin et Donald D Jackson, *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972 [éd. anglaise, 1967] dans Silke Schauder, *L'étude de cas en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 2012.