

Les thérapies brèves : notions de base

Brief Therapies : fundamental concepts

P. Fossion¹ et C. Leys²

¹Service de Psychiatrie, Unité 76, C.H.U. Brugmann, ²Service d'Analyse des Données, Unité de Recherche de Psychologie Sociale, Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Education, ULB

RESUME

L'école dite de Palo Alto a produit un travail gigantesque dans le domaine de la compréhension de la communication entre les êtres humains. Elle a jeté les bases de ce qui allait devenir la thérapie systémique. C'est également à partir des travaux de l'école de Palo Alto que sont issus les concepts sous-tendant ce que l'on désigne par le terme de thérapies brèves.

Cet article se propose d'abord de préciser le contexte sociologique au sein duquel les théories systémiques ont vu le jour en différenciant les paradigmes en vigueur dans les sociétés dites modernes et post-modernes.

Il présente ensuite les notions de base des thérapies brèves en décrivant différents concepts fondamentaux comme l'homéostasie, les boucles de rétroaction, les changements de niveau 1 et de niveau 2, le patient désigné, l'injonction paradoxale et le recadrage.

Enfin, il se termine par une mise en garde contre une utilisation inappropriée des thérapies brèves qui, pouvant apparaître relativement simples en première approche, sont en réalité sous-tendues par un gigantesque corpus théorique et requièrent une grande expérience professionnelle de la part du praticien.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 242-7

ABSTRACT

The so-called Palo Alto school has produced a fundamental work in the comprehension of human communication. Palo Alto school defined the theoretical concepts of brief therapies and the foundations of systemic therapies.

First, this article proposes to specify the sociological context in which systemic theories have emerged by differentiating the paradigms of modern and post-modern societies.

Second, it defines some keystone concepts in the field of brief therapies : the homeostasis, the positive and negative feedbacks, the changes of level 1 and 2, the identified patient, the paradoxical injunction and the reframing.

Finally, it underlines the risks of a misuse of brief therapies. Indeed, on a superficial level, brief therapies could seem very easy to use. In reality, they are based on great amount of theories and require an important professional experience and an in-depth training.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 242-7

Key words : Palo Alto school, Brief therapies, modern societies, postmodern societies

LES THERAPIES BREVES : NOTIONS DE BASE

" Les parties du monde ont toutes un tel rapport et un tel enchaînement l'une avec l'autre que je crois impossible de connaître l'une sans connaître l'autre et sans le tout. (...) toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates et toute s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je crois impossible de connaître le tout sans connaître les parties "1.

CONTEXTE SOCIOLOGIQUE

La psychanalyse, première forme de psychothérapie systématisée, est un enfant de la modernité viennoise, période d'importantes mutations culturelles et sociales qui éclôt vers 1880². La modernité a commencé lorsque l'homme s'est inventé lui-même ; lorsqu'il ne s'est plus vu comme le reflet de Dieu ou de la nature³. Cette conception du sujet individualisé naît au XVIII^e siècle avec la philosophie des Lumières par laquelle la raison devient l'attribut fondamental de l'être

humain. Comme le dit G. Simmel⁴ : " *L'essence du moderne, c'est le psychologisme, le fait d'éprouver et d'interpréter le monde selon les réactions de notre intériorité, comme un monde intérieur, c'est la dissolution des contenus stables dans la subjectivité* ".

L'autonomie et la solitude de l'individu apparaissent comme un des phénomènes les plus ambivalents de la condition moderne. Ce sentiment devient si fort chez les écrivains qu'ils en viennent à considérer tous les liens humains comme superficiels et illusoire ; ils préfèrent approfondir leur singularité, leur génie propre dans l'indépendance ou dans l'intimité², comme l'illustre cette citation d'O. Weininger⁵ : " *L'homme est seul dans l'univers, d'une solitude éternelle et immense. Il n'a pas de but en dehors de lui-même, pas d'autre raison de vivre que lui-même. Loin derrière lui ont disparu toute société humaine et toute éthique sociale ; il est seul, seul* ".

Initiée par la pensée des Lumières, la période moderne se caractérise donc par cette quête de l'identité et par le souci de mieux cerner la conscience humaine. La psychanalyse, courant de pensée moderne, est un pilier de ce travail de réflexion de l'être humain à son propre sujet⁶.

En Europe occidentale, on considère généralement que la période moderne se termine à la fin des années 1950. La société européenne occidentale entre alors dans l'ère post-moderne. Cette société post-moderne apparaît à la fois comme l'aboutissement et la remise en question de la modernité. Aboutissement, car l'individualisme y atteint sans doute son apogée ; remise en question, car du fait même de la prééminence de l'identité sur l'appartenance, le concept même de société est ébranlé. Dès lors, la nécessité de mieux comprendre les mécanismes sous-tendant la psychologie des petits et des grands ensembles humains se fait plus criante. Ainsi, l'ère post-moderne voit-elle s'opérer un important changement de paradigme, le glissement de l'âge identitaire vers l'âge relationnel⁷.

La société post-moderne amène l'homme à se préoccuper à nouveau de ses appartenances, parce qu'elles lui font de plus en plus défaut, et de ses relations à autrui, puisque le nouveau paradigme en vigueur souligne davantage l'importance de l'entourage et l'influence du contexte sur le sujet. De grands courants de pensée comme le structuralisme, en témoignent.

Le courant structuraliste connaît son apogée durant les années 1960. Il se développe sur fond de la crise du sens et des valeurs et s'oppose à la phénoménologie et à l'existentialisme en s'attaquant aux deux concepts centraux qui soutiennent ces derniers, le sujet conscient et la liberté⁸. Pour J.-P. Sartre⁹, " l'homme est condamné à être libre ".

Pour les structuralistes, l'identité de l'homme a peu d'importance, il n'existe que par la place et la fonction qui lui sont conférées au sein de systèmes, de réseaux

de relations. Le structuralisme porte un coup sérieux à l'éternelle prétention du sujet à la liberté et à l'originalité : ses conduites les plus spontanées, les plus spirituelles lui sont en fait dictées par une structure qui lui échappe⁸. Dans le structuralisme, il y a une volonté de déconstruire une antique et tenace figure de l'homme léguée par l'humanisme occidental avec tous ses corollaires et ses mythes : conscience, unité du moi, identité, intériorité. L'homme est un effet non une cause de la structure⁸.

Sur le plan psychothérapeutique, la période post-moderne a permis à de nouvelles théories d'éclorre, à la fois pour répondre à une modification de l'expression de la souffrance psychique et pour prendre en considération le regain d'intérêt porté à l'environnement du sujet. Parmi celles-ci, c'est sans doute la thérapie familiale systémique qui illustre le mieux le passage de l'âge identitaire à l'âge relationnel et communicationnel⁷. Comme le rappelle I. Prigogine¹⁰ : " *L'idée de communication nie l'idée de causalité linéaire car elle est basée sur des feedbacks d'événements sur des événements ultérieurs. On ne sait plus qui est la cause et qui est l'effet. Il y a une vision qui se dégage et si je devais caractériser cette vision, c'est une vision moins hiérarchisée du monde, une vision qui comprend l'abandon d'idée d'omniscience, de rationalité absolue et qui se rapproche davantage de la situation réelle dans laquelle se trouve l'homme par rapport aux autres hommes et par rapport à la nature dans laquelle il vit. La science a cautionné un temps l'inégalité entre celui qui sait et celui qui ne sait pas, entre l'esprit rationnel et la nature mécanique. Je pense voir se réduire cette forme d'inégalité qui se reflète encore dans le monde de la psychothérapie ; il me semble que dans la vision du psychanalyste, il y avait le psychanalyste qui savait, qui connaissait en principe le remède et son client, son patient qui lui, ne savait rien. Lutter dans ce domaine comme dans d'autres, contre quelque chose de très dangereux que nous avons hérité du XIX^e siècle qui est l'idée d'inégalité : savoir absolu, ignorance absolue, supériorité des civilisations* ".

Dans le champ des psychothérapies, ce glissement paradigmatique a été amorcé par une équipe de chercheurs qui, sous la direction de G. Bateson, ont créé ce qui deviendra l'école de Palo Alto, initiatrice des thérapies brèves.

L'ECOLE DE PALO ALTO

G. Bateson, anthropologue, observant une peuplade de Nouvelle-Guinée, arrive au constat que le comportement des individus est non seulement déterminé par leur monde intrapsychique mais également par les réactions de leur entourage¹¹. Ce sont là les prémices de ce qui deviendra le courant systémique en psychothérapie.

Après la Seconde Guerre mondiale, Bateson participe à une série de conférences, les conférences de Macy, d'où émergera une nouvelle science de la communication : la cybernétique. Ce terme définit le

champ très large des théories concernant les mécanismes du contrôle de l'information et de la communication. Il a été introduit en 1948 par N. Wiener en ce qui concerne aussi bien les organismes vivants, les machines que les structures sociales. L'ensemble de ces études a d'abord été conduit par des mathématiciens et des physiciens qui se sont penchés sur les mécanismes de transformation et de conservation de l'énergie ainsi que sur les phénomènes de régulation des systèmes¹².

Nous entendons ici par système la définition qu'en donne J. Miermont¹³, à savoir un assemblage d'éléments (individus) en interaction, dont les relations sont régulées en fonction du ou des buts à atteindre. Ce système est conçu comme obéissant aux propriétés décrites par la théorie générale des systèmes de L. von Bertalanffy¹⁴ :

- La totalité : la modification d'un élément (par exemple les membres de la famille) entraîne un changement sur l'ensemble du système (par exemple le groupe familial).
- La non sommativité : un système (familial) présente une qualité émergente, qui n'est pas réductible aux propriétés de ses éléments (les partenaires de l'interaction).
- L'équifinalité : l'état d'un système (l'apparition d'un symptôme dans la famille) pourra être atteint à partir de points de départ et de cheminements différents (paramètres liés à l'enfance, aux événements transgénérationnels, aux circonstances actuelles).
- L'homéostasie : le système (familial) réalise son auto-régulation par des rétroactions qui maintiennent les variations de ses comportements à l'intérieur de certaines constantes.
- L'ouverture : les organismes vivants sont ouverts aux échanges incessants de matière, d'énergie et d'information qui sont sélectionnés de manière à réaliser l'identité du système et assurer son évolution.

Pour donner un exemple simple de régulation d'un système, si, avec un fusil, on souhaite atteindre une cible fixe, il suffit de bien viser et de prendre en considération différents paramètres : vitesse du vent, défauts éventuels du fusil tendant à dévier la balle vers la droite ou la gauche. En revanche, si on veut atteindre une cible elle-même en mouvement et dont la vitesse peut varier au cours du temps, il est indispensable que le projectile corrige sa propre trajectoire en fonction de la vitesse de sa cible : c'est le principe des fusées à tête chercheuse : la fusée enregistre des informations émanant de sa cible en mouvement pour corriger sa propre trajectoire. Cet exemple illustre une des notions fondamentales de la cybernétique, la boucle de rétroaction, que nous définirons plus loin.

En 1952, Bateson réunit autour de lui une équipe de jeunes chercheurs afin d'investiguer l'étude du rôle du paradoxe dans la communication. Cette équipe élaborera la théorie de la double contrainte¹⁵.

La double contrainte désigne les situations où il

existe une opposition entre deux messages envoyés simultanément à une personne : par exemple, une mère demande à son enfant de venir sur ses genoux pour lui faire un câlin mais, en même temps, lui signifie par la rigidification de sa posture physique, c'est-à-dire le contenu non-verbal de son message, qu'elle ne souhaite pas que l'enfant s'approche d'elle. L'équipe de Bateson applique cette notion de double contrainte à propos de la communication au sein des familles de patients schizophrènes¹⁶.

C'est la première fois qu'une maladie mentale n'est plus considérée comme la conséquence d'un psychisme perturbé mais comme issue d'un trouble de la communication au sein de la cellule familiale, changeant ainsi fondamentalement la perspective thérapeutique¹⁶⁻¹⁸.

Dès lors, dans plusieurs endroits des USA, certains psychothérapeutes commencent à impliquer la famille dans le traitement des malades mentaux avec la préoccupation suivante : comment modifier le fonctionnement du système familial pour faire en sorte que le symptôme porté par l'un de ses membres disparaisse. Il ne s'agit plus de rechercher les causes du problème dans le passé du patient mais de modifier la structure relationnelle du système familial. Toute la difficulté de la thérapie consiste donc à faire en sorte que les membres du système se comportent différemment pour modifier les interactions de telle manière que le symptôme devienne inutile¹⁸.

Comme on le voit, l'école de Palo Alto a produit un travail gigantesque dans le domaine de la compréhension de la communication entre les êtres humains, dont une revue exhaustive sortirait du cadre de cet article. Elle a jeté les bases de ce qui allait devenir la thérapie systémique. C'est également à partir des travaux de Bateson que sont issus les concepts sous-tendant ce que l'on désigne par le terme de thérapies brèves. Ainsi, J. Haley¹⁹, se basant à la fois sur les travaux de Bateson et d'une autre célèbre psychotérapeute américain, M. Erickson, établit les principes de base des thérapies brèves :

- définir un objectif précis pour l'intervention ;
- nécessité d'un rôle actif du thérapeute ;
- focalisation sur le présent plutôt que sur le passé ;
- priorité au changement comportemental plutôt qu'à la prise de conscience ;
- utilisation de techniques paradoxales comme outils de changements.

Par ailleurs, la thérapie brève met le patient dans une position active où il est amené à s'appuyer sur ses réussites, si minimes soient-elles, plutôt que sur ses échecs. Plutôt que de s'enfoncer de plus en plus dans la description de ses problèmes, le patient est invité à se pencher sur les solutions. Le but est d'amener le patient à penser autrement et l'accent est mis d'emblée sur la recherche de solutions concrètes et progressives²⁰.

Dans un souci de concision, nous nous

proposons de présenter dans cet article trois notions fondamentales de la thérapie brève : le concept de rétroaction et d'homéostasie ; le changement de niveau 1 et de niveau 2 et les techniques paradoxales de changement utilisées en thérapies brèves.

RETROACTION ET HOMEOSTASIE

Une rétroaction a lieu lorsque des informations sur les résultats d'une transformation sont acheminées à l'entrée du système. Une boucle de rétroaction négative minimisera les effets des perturbations imposées à un système qui, dès lors, tendra à revenir perpétuellement vers un état d'équilibre déterminé malgré les changements de son environnement. La boucle de rétroaction négative favorise donc le maintien de l'équilibre, la stabilité. Elle permet au système de conserver et de protéger son identité, sa nature malgré les " agressions " de l'environnement²¹.

A l'opposé, une boucle de rétroaction est qualifiée de positive lorsqu'elle amplifie les effets de la perturbation imposée au système. Elle favorise ainsi la recherche de nouveaux objectifs à poursuivre, le changement et la mise en place de nouvelles fonctions qui peuvent aller jusqu'à l'éclatement du système. Elle permet également à un système d'accéder à de nouveaux points d'équilibre, à une nouvelle identité²¹.

On comprendra aisément que c'est la boucle de rétroaction négative qui permet le processus d'homéostasie telle que défini par W. Cannon²², c'est-à-dire l'ensemble des processus organiques qui agissent pour maintenir l'état stationnaire de l'organisme, dans sa morphologie et dans ses conditions intérieures, en dépit de perturbations extérieures.

Toutes ces notions sont importantes dans le champ des thérapies brèves car, bien souvent, les systèmes en souffrance sont des systèmes rigidifiés qui visent, par des boucles de rétroaction négatives, à éviter tout changement et à revenir sans cesse à une position d'équilibre, même si celle-ci est vectrice de souffrances.

Pour maintenir cette homéostasie, ces systèmes peuvent recourir à ce qu'on appelle le patient désigné. Celui-ci est porteur d'un symptôme (anorexie, alcoolisme...), symptôme qui, en thérapies brèves, doit être considéré comme une des tentatives d'efforts opérées par le système pour maintenir son homéostasie. Les troubles du patient traduisent les difficultés du système (famille, couple, individu, etc.). Celui-ci en est donc le porteur, voire le porte-parole, ce qui aboutit à sa désignation comme patient. En général, pour le système, c'est le patient désigné qui est le problème, le symptôme n'étant pas perçu dans sa valeur positive d'autorégulation voire prophylactique : le symptôme est souvent une soupape de sécurité permettant au système de ne pas être trop entravé dans son fonctionnement²³.

Dans un système, l'apparition d'un patient désigné, porteur d'un symptôme, peut être comprise comme la solution la mieux adaptée possible trouvée par le système compte tenu de son histoire et de son mode de fonctionnement actuel. En d'autres termes, le symptôme indique ce que le système doit produire pour continuer à fonctionner. On comprend ainsi que la demande de changement portée par la famille concernant le patient désigné, comporte un versant explicite (" Faites que cela change ") et un versant implicite (" Surtout ne changez rien ")²⁴.

LE CHANGEMENT DE NIVEAU 1 ET DE NIVEAU 2

Le changement de niveau 1 prend place à l'intérieur d'un système donné qui reste lui-même inchangé. Le changement de niveau 1 permet le maintien de l'homéostasie par le biais de rétroactions négatives. La notion de changement de niveau 1 rend donc compte de ces changements continus qui permettent dans un environnement relativement stable à un système de se maintenir. Quant au changement de niveau 2, il correspond à ce qui se passe lorsqu'un système change qualitativement, lorsqu'il modifie son fonctionnement en profondeur¹².

Un exemple de changement de niveau 1 pourrait être illustré par un conducteur qui roulerait toujours en troisième ; il peut accélérer ou décélérer mais toujours dans une limite définie par les capacités du moteur en troisième vitesse. Par contre, s'il se décide à changer de vitesse (changement de niveau 2), sa conduite retrouvera infiniment plus de souplesse et il augmentera ses possibilités d'accélération ou de décélération. Lorsqu'un système n'a pas réussi à surmonter son problème, c'est généralement parce qu'il a adopté des solutions induisant des changements de niveau 1. Le but du thérapeute sera dès lors de l'amener par différentes stratégies thérapeutiques paradoxales à un changement de niveau 2, c'est-à-dire modifier en profondeur la situation qui génère sa souffrance¹⁸.

TECHNIQUES PARADOXALES DE CHANGEMENT EN THERAPIES BREVES

En thérapies brèves, l'acte thérapeutique essentiel consiste donc à amener le système à renoncer à ses tentatives de solutions inadéquates. Pour ce faire, le thérapeute va induire un comportement qui ne se situe pas dans le registre des essais infructueux, qui est qualitativement différent¹⁸. Ce faisant, le système est amené à renoncer à ses conceptions antérieures, à faire preuve de créativité, introduisant ainsi une nouvelle forme de diversité dans ses conduites qui ont pour conséquence de le dé-rigidifier. Le symptôme est défini comme un vécu ou un comportement qui produit de la souffrance. Par son symptôme, le système est mis dans une situation où il ne peut plus choisir. L'objectif est donc de le remettre en position de choix plutôt que dans la compulsion de répétition de ce qui ne fonctionne pas¹⁸. Pour ce faire, le thérapeute va recourir à différentes stratégies thérapeutiques élaborées au cours du temps par

diverses écoles de thérapies familiales. Nous en présenterons deux : les injonctions paradoxales et le recadrage.

Les injonctions paradoxales

Par cette technique, le thérapeute va imaginer une conduite qui se situe à l'opposé des solutions inefficaces, il va opérer un virage à 180 degrés. Par exemple, à un père qui s'efforce par tous les moyens d'exercer un contrôle sur le comportement imprévisible de sa fille, il va demander de se montrer indifférent à celui-ci¹⁷. Mais pour éviter d'essuyer un refus de la part de son patient, il est indispensable qu'une relation thérapeutique de bonne qualité se soit établie avec le système en thérapie. En effet, les solutions ayant échoué, solutions de niveau 1, revêtent généralement un aspect rationnel et logique (il paraît logique de surveiller de près une adolescente à risque) mais qui, par le mécanisme d'homéostasie, ne font qu'entretenir le comportement que l'on souhaite voir disparaître¹⁸.

A l'opposé, la solution de type 2 (ne plus s'en préoccuper) apparaît totalement irrationnelle voire dangereuse¹⁸. Pourtant, selon l'école de Palo-Alto, c'est là le moyen d'introduire un changement de type 2 susceptible d'éteindre le comportement générateur de souffrance. Car, comme le dit le dicton, il faut être deux pour danser le tango : si l'un des partenaires refuse de danser et change les règles du jeu, l'autre sera obligé de modifier son comportement. Mais, pour que cette injonction paradoxale fonctionne, il est indispensable que²⁵ :

- le thérapeute cerne la position du système ;
- le thérapeute saisisse la structure et la logique du langage du patient ;
- le thérapeute partage cette vision des choses ;
- le thérapeute introduise de nouveaux éléments dans cette vision, rendant envisageable la tâche qu'il se propose de soumettre ;
- le thérapeute propose des actes précis qui vont permettre de modifier la manière dont le patient essaie de trouver une solution à son problème.

Le recadrage

Le recadrage est une intervention stratégique qui vise à modifier la représentation de la situation vécue par un client afin de lui apporter une nouvelle compréhension de celle-ci. Cette dernière se trouve être moins limitante et ainsi de nature à lui permettre d'installer des expériences correctrices en vue d'un changement de croyances et de fonctionnement. Le recadrage rend compte d'une attitude du thérapeute par laquelle il répond sous un autre angle à une affirmation : une situation initialement étiquetée négativement sera ré-étiquetée sur un mode positif²⁰. Le thérapeute pourra, par exemple²⁶ :

- dire d'une mère apparemment hyper-protectrice à l'égard de son enfant qu'elle sait se dévouer corps et âme pour lui ;
- recadrer les critiques et agressions d'un père à l'égard de son fils en soulignant qu'une telle attitude

paternelle est une marque d'intérêt et de structuration de la personnalité de son enfant ;

- reconsidérer un violent conflit dans la fratrie comme un moyen de tester la proximité et le partage de la solidarité dans des conditions difficiles, etc.

L'objectif est de réorienter la famille, par un recadrage de la réalité, vers une nouvelle manière de voir leurs interactions de façon plus positive, de leur communiquer quelque chose à ce propos et de les laisser ainsi plus ouverts au changement.

CONCLUSION

Cet article n'a fait qu'aborder quelques éléments des thérapies brèves. Il nous semble important de souligner ici que ce mode de thérapie est porteur d'un message éthique important. En effet, ce sont les patients en thérapie qui sont au centre du processus, ce sont eux qui doivent définir le problème qu'ils souhaitent voir résolu et le thérapeute doit se soumettre à cette requête. Si quelque chose n'est pas un problème pour le système, alors ce n'est pas l'affaire du thérapeute, ce qui l'oblige à s'abstenir de toute intervention intempestive. Ce sont également des thérapies centrées sur l'ici et maintenant, elles ne se préoccupent pas du " pourquoi " de la souffrance mais plutôt du " comment ".

Les thérapies brèves peuvent, en première lecture, donner l'impression de n'être constituées que d'un ensemble de recettes qu'il serait facile d'appliquer. Les appréhender de cette manière serait commettre une grave erreur car, avant de pouvoir utiliser des outils aussi délicats que l'injonction paradoxale ou la prescription du symptôme, il faut avoir suivi une solide formation, jouir d'une grande expérience et être capable d'établir une relation de qualité avec les patients, basée sur le respect et l'acceptation de l'autre. De plus, l'étayage théorique des thérapies brèves est très large, brassant des concepts d'anthropologie, de linguistique, de cybernétique et de mathématiques qu'il est important de bien comprendre afin d'appliquer cette forme de thérapie de manière adéquate.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pascal B, Rochefoucault Fdu de, Bruyère J de L *et al.* : Moralistes français : pensées. Paris, Firmin Didot frères, 1838 : 47
2. Le Rider J : Modernité viennoise et crise de l'identité. Paris, Presses Universitaires de France, Paris, 1990
3. Cooper R, Burrell G : Modernism, Post Modernism and Organizational Analysis : an introduction. *Organization studies* 1988 ; 9 : 91-112
4. Simmel G : Philosophie de la modernité. Paris, Payot, 1989
5. Weininger O : Sexe et caractère. Lausanne, L'Age d'homme, 1975 : 142-3

6. Fossion P : La psychanalyse, corde tendue entre la modernité et la post-modernité. In : Szafran AW, Nysenholc A, eds. Freud à l'aube du XXe siècle. Bordeaux, L'Esprit du temps, 2004 : 151-72
7. Guéhenno J-M : La fin de la démocratie. Paris, Flammarion, 1995
8. Auregan P, Palayret G : Dix étapes de la pensée occidentale : des présocratiques à la modernité. Paris, Ellipses, 1995
9. Sartre JP : L'être et le néant. Paris, Gallimard, 1943
10. Elkaïm M : La thérapie familiale en changement. Paris, Synthélabo, 1994 : 215-6
11. Bateson G, Latouche JP, Safouan N, Chamboredon J, Maldidier P : La cérémonie du Naven. Paris, Les éditions de Minuit, 1971
12. Benoit JC : Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. Paris, ESF, 1988
13. Miermont J : Thérapies familiales et psychiatrie-2e édition. Paris, Doin, 2010
14. Von Bertalanffy L : Problems of general system theory. Hum biol 1951 ; 23 : 302-12
15. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH : A note on the double bind - 1962. Fam Process 1963 ; 2 : 154-61
16. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J : Toward a theory of schizophrenia. Behav Sci 1956 ; 1 : 251-64
17. Meynckens-Fourez M, Henriquet-Duhamel MC : Dans le dédale des thérapies familiales : un manuel systémique. Ramonville, Érès, 2014
18. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R, Furlan P : Changements : paradoxes et psychothérapie. Paris, Seuil, 1975
19. Haley J : Problem-solving therapy. San Francisco, Jossey-Bass, 1987
20. Poupard G, Martin VS : Les thérapies brèves. Paris, Armand Colin, 2012
21. Lapointe J : L'approche systémique et la technologie de l'éducation. Canada, Université Laval, 1993
22. Cannon W : The Wisdom of the Body. New York, Norton & Co Inc, 1946
23. Benoit JC : Double lien, schizophrénie et croissance : G. Bateson à Palo Alto. Ramonville, Érès, 2005
24. Licitsyna O, Duvivier P : Patient désigné. Consulté le 27/06/2016 (en ligne). <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article644>
25. Elkaïm M, Hacker AL : Panorama des thérapies familiales. Paris, Seuil, 1995
26. Miermont J : Dictionnaire des thérapies familiales. Paris, Payot, 2001

Correspondance et tirés à part :

P. FOSSION
 C.H.U. Brugmann
 Service de Psychiatrie - Unité 76
 Place A. Van Gehuchten 4
 1020 Bruxelles
 E-mail : pierre.FOSSION@chu-brugmann.be

Travail reçu le 10 juin 2016 ; accepté dans sa version définitive le 30 juin 2016.