

Le grand livre du
diagnostic systémique
et de l'intervention
stratégique

Sous la direction de
Grégoire Vitry

Le grand livre du
diagnostic systémique
et de l'intervention
stratégique

DUNOD

Mise en page : Belle Page

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2024
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com
ISBN : 978-2-10-086829-2

Table des matières

<i>REMERCIEMENTS</i>	9
LISTE DES AUTEURS	11
<i>AVANT-PROPOS</i> <i>Pr Giorgio Nardone</i>	15
<i>PRÉFACE</i> <i>Pr Philippe Cornet</i>	16
<i>INTRODUCTION</i> <i>Grégoire Vitry, Emmanuelle Gallin, Olivier Gabriel Brosseau</i>	20

PARTIE I

ÉVOLUTION THÉORIQUE DE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DE PALO ALTO À NOS JOURS

Chapitre 1. L'école de Palo Alto, une approche constructiviste et cybernétique de la santé mentale <i>Padraic Gibson, Emmanuelle Gallin</i>	35
Chapitre 2. Santé mentale : d'une approche biomédicale au continuum de contrôle <i>Julien Betbèze, Claude de Scorraille, Gérard Ostermann, Grégoire Vitry</i>	43
Chapitre 3. Du système de perception-réaction au questionnement c e s a m e : l'évolution récente de la modélisation théorique de Palo Alto <i>Grégoire Vitry, Claude de Scorraille</i>	56
Chapitre 4. Au commencement est la relation <i>Grégoire Vitry, Jean-Pierre Couteron :</i> <i>rencontre avec François Jullien</i>	71
Chapitre 5. Le langage du changement <i>Padraic Gibson</i>	76

PARTIE II

LES ENJEUX CONTEMPORAINS D'UNE LECTURE SYSTÉMIQUE DE LA SANTÉ MENTALE

Chapitre 6. Du DSM au diagnostic systémique <i>Géraldine Talbot</i>	83
Chapitre 7. Le travail d'alliance thérapeutique avec la famille en psychiatrie et en santé mentale : la valeur de l'approche systémique <i>Patrick Bantman</i>	90
Chapitre 8. Le systémicien à l'heure des mutations sociétales <i>Jean-Paul Gaillard</i>	100
Chapitre 9. Le normal et le pathologique <i>Emmanuelle Gallin</i>	104
Chapitre 10. Efficacité et efficence de la thérapie brève systémique stratégique : résultats et perspectives du réseau de recherche et de pratique systémique (SYPRENE) <i>Rytis Pakrosnis, Grégoire Vitry, Padraic Gibson</i>	113

PARTIE III

DU DSM AU DIAGNOSTIC SYSTÉMIQUE (CLASSIFICATION PAR TROUBLE)

Section A. Phobies et troubles anxieux	129
Chapitre 11. Troubles phobiques et phobies spécifiques <i>Grégoire Vitry, Claude de Scorraïlle</i>	131
Chapitre 12. Trouble panique et agoraphobie <i>Padraic Gibson</i>	147
Chapitre 13. Procrastination <i>Padraic Gibson</i>	160
Section B. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)	175
Chapitre 14. Troubles obsessionnels compulsifs avec rituels <i>Matteo Papantuono, Claudette Portelli</i>	177
Chapitre 15. Troubles obsessionnels sans rituel ni doute pathologique <i>Matteo Papantuono, Claudette Portelli</i>	189
Chapitre 16. Doute pathologique <i>Matteo Papantuono, Claudette Portelli</i>	199

Chapitre 17. Hypochondrie	208
<i>Matteo Papantuono, Claudette Portelli</i>	
Chapitre 18. Dymorphophobie	216
<i>Matteo Papantuono, Claudette Portelli</i>	
Section C. Dépression et traumas	225
Chapitre 19. Dépression	227
<i>Padraic Gibson</i>	
Chapitre 20. Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	251
<i>Grégoire Vitry, Claude de Scorraïlle</i>	
Chapitre 21. Burn-out et trouble de la performance	262
<i>Grégoire Vitry, Claude de Scorraïlle</i>	
Section D. Troubles alimentaires	279
Chapitre 22. Boulimie	281
<i>Padraic Gibson</i>	
Chapitre 23. Hyperphagie boulimique (<i>binge eating disorder</i>)	293
<i>Jeffrey B. Jackson</i>	
Chapitre 24. Anorexie	308
<i>Chiara Ratto</i>	
Section E. Addiction	319
Chapitre 25. Troubles liés à la consommation d'alcool	321
<i>Grégoire Vitry, Claude de Scorraïlle</i>	
Chapitre 26. Nouvelles addictions	336
<i>Claudette Portelli, Matteo Papantuono</i>	
Section F. Troubles de la personnalité	351
Chapitre 27. Troubles paranoïaques : de la méfiance à la suspicion et au délire	353
<i>Emanuela Muriana</i>	
Chapitre 28. Troubles de la personnalité <i>borderline</i> : une pathologie avec peu de régularités et beaucoup d'exceptions	372
<i>Emanuela Muriana</i>	
Chapitre 29. Troubles du spectre autistique	387
<i>Francesco Marsich</i>	

Section G. Couples, familles	401
Chapitre 30. Conflit et violence dans les couples <i>Maria Leticia Diaz Mallorquin</i>	403
Chapitre 31. Troubles de l'érection <i>Chiara Ratto</i>	418
Chapitre 32. Troubles de l'orgasme féminin <i>Chiara Ratto</i>	427
Chapitre 33. Enfants et adolescents avec difficultés <i>Claudette Portelli, Matteo Papantuono</i>	434
Conclusion <i>Nathalie Duriez</i>	458
Abécédaire des prescriptions	465
Glossaire	479
LACT	484

Remerciements

DÈS QUE NOUS AVONS ÉMIS l'idée de dresser ce *Grand Livre du diagnostic systémique et de l'intervention stratégique*, nous avons été surpris par l'enthousiasme partagé autour de cette entreprise. Question d'époque ou du besoin criant d'une lecture interactionnelle de la santé mentale, tous les contributeurs ont saisi l'urgence et la nécessité d'écrire ce premier guide du diagnostic systémique et de l'intervention stratégique destiné à tous les acteurs de la santé et du soin.

Aussi, nous remercions Jean Henriet et Valérie Le Rey pour leur confiance et leur engagement tout au long de la réalisation de cet ouvrage depuis ses débuts. Nous remercions les contributeurs pour les nombreux échanges, riches et passionnés, qui ont jalonné la création de l'ouvrage, et pour avoir accepté de partager leur expérience, enrichissant l'approche tant au niveau théorique que pratique : le Dr Patrick Bantman, psychiatre, chef de pôle des Hôpitaux de Saint-Maurice ; le professeur émérite des universités à Sorbonne-Université (Paris) et docteur en sociologie Philippe Cornet ; le Dr Géraldine Talbot, psychiatre addictologue, directrice de l'association CaPASSCité ; le Pr honoraire des universités, Jean-Paul Gaillard, membre titulaire de la Société française de thérapie familiale (SFTF) et de l'European family therapy association (EFTA) ; le Pr Gérard Ostermann, addictologue et administrateur de la Société française d'alcoologie ; le Dr Julien Betbèze, psychiatre et ancien chef de service de l'Accueil familial thérapeutique de Loire-Atlantique ; Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien, président de l'association Oppelia.

Nous remercions les contributeurs du centre de recherche LACT (Paris) pour le partage des nouvelles modélisations théoriques et pratiques : Claude de Scorraïlle, psychologue, cofondatrice et présidente de LACT ; Grégoire Vitry, docteur-chercheur en psychologie et sociologie, thérapeute systémicien, directeur scientifique du programme international de recherche SYPRENE, directeur et cofondateur de LACT ; Olivier Gabriel Brosseau, systémicien, thérapeute et coach systémique ; Emmanuelle Gallin, thérapeute systémicienne et chercheuse à LACT.

Nous remercions le Pr Giorgio Nardone pour l'excellence et l'innovation de ses travaux sur l'approche systémique stratégique et sa coopération sans faille, ainsi que les chercheurs enseignants praticiens du Centre de Thérapie Stratégique (CTS) d'Arezzo (Italie) qui ont contribué à cet ouvrage pour le partage de leur expertise

théorique et pratique du modèle systémique stratégique : Emanuela Muriana, psychologue et psychothérapeute au CTS ; Matteo Papantuono, docteur-chercheur et formateur, conférencier à l'université de Macerata ; Claudette Portelli, docteur-chercheur, psychologue au CTS, formatrice et lectrice à l'Université de Malte ; Chiara Ratto, psychologue, psychothérapeute, chercheur au CTS et responsable des centres CTS de Milan, Brescia, Seregno (MB) et Borgomanero (NO). Nous remercions Maria Leticia Diaz Mallorquin, psychologue clinicienne (CTS) représentante officielle du Siège Académique de Thérapie Stratégique brève au Paraguay ; et Francesco Marsich, psychothérapeute en thérapie brève et stratégique, professeur à l'Université Universidad Autonoma del Paraguay (UAP). Nous remercions Padraic Gibson, docteur-chercheur et psychothérapeute clinicien, directeur clinique de The OCD Clinic et directeur de la formation à la Dublin City University (Irlande). Nous remercions Jeffrey B. Jackson, docteur-chercheur, thérapeute systémicien de la famille et du couple, professeur à la School of Family Life Marriage and Family Therapy Program de la Brigham Young University (États-Unis). Nous remercions Rytis Pakrosnis docteur-chercheur, professeur à l'Université Vytautas Magnus (Lituanie) et à l'Université de Varsovie, membre du conseil d'administration de l'Association européenne de thérapie brève (European Brief Therapy Association [EBTA]) pour sa contribution aux données statistiques de SYPRENE. Nous remercions Nathalie Duriez, professeur des universités en psychologie clinique et responsable de quatre diplômes universitaires à l'Université Paris 8, thérapeute familiale au CSAPA Monceau à Paris. Nous remercions François Jullien, philosophe, helléniste et sinologue, titulaire de la chaire sur l'altérité de la Fondation Maison des sciences de l'homme, Grand prix de philosophie de l'Académie française pour l'ensemble de son œuvre pour son éclairage sur la systémie dans une perspective philosophique. Nous remercions Michael Hoyt, docteur psychologue systémicien (Californie, États-Unis) et auteur de nombreux ouvrages sur l'approche systémique pour sa relecture précise et pertinente, et les relecteurs de l'équipe de LACT : Caroline Belleflamme, Elisabetta Calamela, Isabelle Grometto, Abessa Hachich, Virginie Lachaise, Joanna Mindziak, Geneviève Rolhion Bourcelin, Erzana Szwertak. Enfin, nous remercions tous ceux qui nous accompagnent et partagent cette lecture systémique du monde et de l'homme.

Liste des auteurs

Patrick Bantman, psychiatre, chef de pôle des Hôpitaux de Saint-Maurice. Thérapeute familial, psychothérapeute, il est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *Croyances et religion. Quels effets en psychiatrie, psychothérapie et psychanalyse ?* (2018).

Julien Betbèze, pédopsychiatre et psychiatre adultes, chef de service de l'Accueil familial thérapeutique de Loire-Atlantique de 1998 à 2018. Chargé de cours à la Faculté de médecine de Nantes (DU Addictions, DU Hypnose, DU Douleur) et au sein des Instituts de la CFHTB (Confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves). Responsable pédagogique et formateur en hypnose, thérapies stratégiques, solutionnistes et narratives à l'Arepta-IMHENA (Institut Milton H. Erickson, Nantes). Rédacteur en chef de la revue *Hypnose et Thérapies Brèves* et coauteur de plusieurs ouvrages.

Olivier Gabriel Brosseau, thérapeute systémicien, formateur et superviseur, associé de LACT. Formateur à la démarche de *Deliberate Practice* en thérapie systémique et associé de recherche du *Systemic Practice Research Network* (SYPRENE).

Philippe Cornet, médecin généraliste, professeur émérite des universités à Sorbonne-Université (Paris) et docteur en sociologie, son travail porte sur les représentations sociales du corps obèse et les phénomènes de stigmatisation. Il a participé récemment aux nouvelles recommandations françaises sur la prise en charge des personnes en obésité dans les parcours de soins. Il est membre d'un groupe de recherche de neuroscientifiques, au sein d'AgroParisTech-INRAE, qui travaille autour des comportements alimentaires.

Jean-Pierre Couteron, psychologue clinicien, exerçant dans un CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) Trait d'Union, préside l'association régionale Clémence Isaure et l'association Oppélia. Il s'est intéressé dès 1999 à l'accueil des jeunes usagers, et a participé à la conception et à la mise en place des consultations jeunes consommateurs. Il est l'auteur de *L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (2012), *Drogues : faut-il interdire ?* (2011), *L'Aide-mémoire en addictologie* (2010), *Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner* (2008).

Maria Leticia Diaz Mallorquin, psychologue clinicienne formée au Centre de Thérapie Stratégique (CTS), à Arezzo (Italie), elle est depuis 2016 représentante officielle du Siège académique de Thérapie stratégique brève au Paraguay affilié au CTS d'Arezzo.

Nathalie Duriez, professeur des universités en psychologie clinique et responsable de quatre diplômes universitaires à l'université Paris-8. Ses recherches et publications portent sur la thérapie familiale, les processus de changement et de résilience, la régulation émotionnelle, les addictions et les conduites suicidaires. Elle exerce comme thérapeute familiale au CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) Monceau à Paris. Elle est formatrice à l'approche systémique et à la thérapie familiale. Elle est l'auteur de l'ouvrage *Changer en famille. Les modérateurs et les médiateurs du changement en thérapie familiale* (2009).

Jean-Paul Gaillard, PhD, psychologue, thérapeute systémicien de la famille et du couple, membre titulaire de la Société française de thérapie familiale (SFTF) et de l'European family therapy association (EFTA). Professeur honoraire des universités, il a cofondé l'Institut systémique troisième génération (IS3G). Il est également l'auteur de plusieurs ouvrages dont *Enfants et adolescents en grande difficulté : la révolution sociothérapeutique. Nouvelles stratégies psycho-éducatives et thérapeutiques* (2018).

Emmanuelle Gallin, diplômée de l'École doctorale de l'IEP Paris, thérapeute systémicienne formée à LACT/CTS, chercheuse à LACT, ses travaux portent sur le rôle des croyances dans le modèle de Palo Alto dans les organisations (Université de Limoges) et sur une approche systémique adaptée aux troubles du spectre autistique. Auteure de *TSA, TED, TDAH, ce yoga est pour vous* (2020) et d'articles de recherche. Coordinatrice éditoriale du présent ouvrage.

Padraic Gibson, PhD, psychothérapeute clinicien, est le directeur clinique de The OCD Clinic ainsi que directeur de la formation et de la consultation à The Coaching Clinic à la Dublin City University. Il est également enseignant et associé de recherche au CTS d'Arezzo (Italie). Il a mené et publié de nombreux projets de recherche sur les résultats des traitements en psychothérapie. Il supervise et collabore actuellement à de nombreux projets de recherche au Royaume-Uni, au Mexique, en Irlande et en France.

Jeffrey B. Jackson, PhD, thérapeute systémique de la famille et du couple et professeur associé à la School of Family Life Marriage and Family Therapy Program de la Brigham Young University (États-Unis). Chercheur-praticien, il s'intéresse à la recherche sur l'efficacité des interventions psychothérapeutiques, à la thérapie stratégique brève et à la thérapie de couple.

Francesco Marsich, psychothérapeute en thérapie brève et stratégique, formé en hypnose par le Dr Liliana Velarde Manzano du Centre de Thérapie Stratégique (CTS), à Arezzo (Italie). Il est professeur et conseiller de thèse pour l'Universidad Autonoma del Paraguay (UAP), à Asuncion (Paraguay), et a développé un nouveau traitement pour l'autisme à travers le modèle de thérapie brève et stratégique.

Emanuela Muriana, psychologue, psychothérapeute et chercheur, formée au Mental Research Institute (MRI) à Palo Alto en Californie par Paul Watzlawick et par Giorgio Nardone à Arezzo (Italie), elle est enseignante et superviseur clinique aux Centres de Thérapie Stratégique (CTS) d'Arezzo et de Florence (Italie). Elle enseigne aussi dans le cadre de masters spécialisés en Italie et à l'étranger. Elle est co-auteur de plusieurs ouvrages, parmi lesquels *Si tu es paranoïaque, tu n'es jamais seul* (2022).

Giorgio Nardone, PhD, psychologue, fondateur avec Paul Watzlawick du Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo (Italie). Professeur, chercheur, formateur et thérapeute au Centre de Thérapie Stratégique (CTS), à Arezzo (Italie). Auteur de nombreux ouvrages. Il anime des conférences, séminaires, ateliers et *workshops* dans le monde entier. Il dispense en France, avec LACT, un Master clinique en thérapie brève systémique stratégique pour les professionnels de santé.

Gérard Ostermann, professeur de thérapeutique, docteur spécialiste en cardiologie, angiologie et en médecine interne, diplômé en pharmacologie. psychothérapeute. Il est reconnu comme un des plus grands experts en addictologie. Il est administrateur de la Société française d'alcoologie et responsable du diplôme d'université de pathologie de l'oralité à l'Université Bordeaux 2. Il est l'auteur de nombreux ouvrages et publications consacrés à la douleur, à la résilience et au bonheur.

Rytis Pakrosnis, PhD, titulaire d'une maîtrise en psychologie de la santé et d'un doctorat en psychologie, psychologue certifié EuroPsy, il est professeur associé au département de psychologie de l'Université Vytautas Magnus (Lituanie), professeur invité à l'Université de Varsovie, psychologue à la clinique de psychologie de l'Université Vytautas Magnus et exerce en cabinet privé. Membre du conseil d'administration de l'Association européenne de thérapie brève (European Brief Therapy Association [EBTA]).

Matteo Papantuono, PhD, docteur en psychologie en thérapie brève et stratégique, formateur et coach (Italie, Malte), conférencier à l'Université de Macerata (Italie), auteur de *La connaissance par le changement* (2012), *Vaincre sans combattre* (2019) et *Le Nuove dipendenze* (2017).

Claudette Portelli, PhD, docteur en psychologie en thérapie brève et stratégique, psychologue du Centre de Thérapie Stratégique (CTS), à Arezzo (Italie), formatrice et coach (Italie, Malte), lectrice à l'Université de Malte. Auteure de *La*

connaissance par le changement (2012), *Obsessions, compulsions, manies* (2016), *Vaincre sans combattre* (2019) et *Le Nuove dipendenze* (2017).

Chiara Ratto, psychologue, psychothérapeute, coordinatrice des masters cliniques en thérapie brève systémique stratégique et chercheur au Centre de Thérapie Stratégique (CTS), à Arezzo (Italie). Responsable des centres de Milan, Brescia, Seregno (MB) et Borgomanero (NO).

Claude de Scorraille, psychologue, psychothérapeute, cofondatrice et présidente de LACT. Elle dirige la Clinique des TOC et des troubles anxieux en partenariat avec le centre européen OCD Clinic. Elle enseigne et forme à la clinique de la relation au sein de l'école internationale LACT. Elle a une consultation spécialisée dans les troubles de l'addiction au CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) de Montreuil et supervise l'équipe. Elle est co-auteure de plusieurs ouvrages et donne régulièrement des conférences.

Géraldine Talbot, psychiatre addictologue, directrice de l'association CaPASSCité, médecin responsable de CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) en France. Intrapreneur de la start-up numérique d'État Oz Ensemble.

Grégoire Vitry, PhD, docteur-chercheur en psychologie et sociologie, thérapeute systémicien. Directeur scientifique du programme international de pratique et de recherche SYPRENE et directeur et cofondateur de l'école internationale LACT. Il est co-auteur de plusieurs ouvrages et articles de recherche. Il donne régulièrement des conférences.

Avant-propos

Pr Giorgio Nardone

Au cours des dernières décennies, la médecine et la psychologie semblent être de plus en plus conditionnées par les méthodes de recherche quantitatives, à tel point que les revues « scientifiques » préfèrent les études avec une conception statistique rigoureuse, mais très peu de pertinence clinique par rapport aux études empiriques sur le terrain qui sont d'une grande utilité pour les praticiens.

Dans ce contexte, un livre comme celui-ci représente non seulement une exception, mais aussi un rappel important à considérer la pratique clinique réelle sur le terrain et non les études expérimentales réalisées dans des cadres contrôlés et avec des échantillons de sujets volontaires, souvent rémunérés, comme le champ fondamental de la recherche et de l'expérimentation à partir duquel il est possible de dériver des connaissances nosographiques. Comme nous le soutenons depuis les années 1980 avec Paul Watzlawick, « ce sont les solutions efficaces et reproductibles qui expliquent le fonctionnement des problèmes ». Dans le domaine de la santé mentale, cela signifie que les techniques thérapeutiques efficaces indiquent comment fonctionne la psychopathologie.

Dans ce livre riche et rigoureux, les auteurs, qui sont mes précieux élèves, offrent un magnifique exemple de cette méthodologie fondée sur une épistémologie propre aux sciences pures, qui malheureusement a encore du mal à s'imposer comme méthode dans les disciplines de la santé mentale ancrées dans des modèles de connaissance résolument obsolètes ou dans un abus de statistisation, oubliant que l'opérationnalité mathématique est un outil de simple calcul et non une méthode fiable d'évaluation des résultats. C'est pourquoi je considère cet ouvrage comme une lecture incontournable pour tous ceux qui s'occupent, à des titres divers, de santé mentale.

Centre de thérapie stratégique

Arezzo, 7 novembre 2023

Préface

Pr Philippe Cornet

« Quand je regarde un visage, j’essaie de tout lire, même les notes de bas de page [...] Peut-être que les fous sont des gens que personne n’a jamais lus, rendus furieux de contenir des phrases qu’aucun regard n’a jamais parcourues. Ils sont comme des livres fermés. » (Bobin, 2003)

Ouvrons le livre ! Le poète écrit « *l’heure qui tremble au fond du temps tout embrouillé* » pour dire la confusion de son rapport au monde (Éluard, 1966, p. 75). C’est du *rétablissement* dont ce livre nous parle, de quitter la peur qui nous saisit dans les heures qui tremblent et qui obscurcissent notre temps ; non pas le temps de la durée mais celui qui entrelace les émergences du passé par les bribes de la mémoire et les espérances si désirées mais incertaines du lendemain, dont le présent serait la charnière éphémère entre ce qui fut et ce qui serait. Répondre à la question de la guérison lorsqu’il s’agit de santé mentale, si toutefois nous sommes en capacité de la définir, relève de la gageure – c’est pourquoi nous osons le terme de *rétablissement* comme nouvel équilibre de soi –, et d’abord je serais en droit de me demander : « *Ai-je été malade ? Suis-je guéri ? Et qui m’a donc soigné ? Comme j’ai oublié tout cela !* » (Nietzsche, 1967, p. 18).

Aller mieux serait donc une forme d’oubli partiel du temps d’hier pour faciliter la construction de celui de demain. Si c’est le cas, le travail du thérapeute serait d’en assurer le passage en s’effaçant au bout du chemin. Dans l’espace si précieux du soin, l’ouvrage nous permet de saisir non seulement la place du thérapeute systémicien, mais aussi de s’approprier les fondements mêmes des heuristiques qu’il met au service de la personne qui appelle. Pourquoi parler d’un appel ? Le propos s’inscrit dans l’analyse que fait E. Levinas du soin en le considérant lié à l’essence humaine. Pour lui, « *l’humain commence avec comme première valeur de ne pas laisser le prochain à sa solitude, à sa mort* » (Levinas, 1990, p. 46). C’est pourquoi E. Levinas ne donne pas aux seuls médecins (à comprendre comme docteur en médecine) le privilège d’être soignant, mais en fait une valeur ontologique

pour tout être humain en écrivant que « *par conséquent dans ce secours à l'autre, à ce premier appel à l'autre, la première réponse est peut-être une réponse de médecin* » (p. 42-43). Ce que souligne E. Levinas dans son texte, c'est que la maladie est d'abord une plainte, un appel à l'autre « secourant », et parle de « *première prière adressée à l'absent* » et d'ajouter que « *le médecin est celui qui entend ces plaintes* ». La valeur du soin niche dans la capacité d'accueillir une plainte ; il s'agit d'une éthique de l'écoute car si « *au commencement était le Verbe*¹ », il nous est impossible de ne pas considérer le peu de valeur du Verbe sans lui offrir l'opportunité d'être écouté. Dans la lettre aux Hébreux, psaume 39 de la Bible des septante on peut lire : « *Des oreilles tu m'as creusées*² » ; qu'importe si les exégètes de la Bible se disputent l'exactitude de la traduction, cette possibilité originelle de l'écoute est posée comme prémisse d'un entendement de l'Autre par son corps même, une oreille. Si l'on pose comme règle et principe du soin la capacité d'écoute du thérapeute, les chapitres de l'ouvrage nous permettent d'en saisir les fondements dans une perspective systémicienne. La proposition générale du livre est de donner le goût et l'expertise de cultiver l'intérêt pour le singulier de l'être souffrant et « *d'aimer les âmes en peine, plutôt que la peine de ces âmes* » (Fiat, 2019, p. 348).

Le fil de trame des différentes contributions se tend depuis un rappel historique nécessaire pour situer les origines théoriques jusqu'à la clinique systémique comme accompagnement thérapeutique au sein d'une *rencontre* interactionniste. Le propre d'une approche systémique est de considérer la personne dans son champ complexe d'interactions symboliques et son rapport au monde. Il n'est pas possible d'être au monde sans en avoir une représentation, mais pas n'importe quelle représentation. F. Nietzsche (1967, p. 159) écrit : « *nous faisons de toute chose une image, notre image* », c'est-à-dire qu'il s'agit bien de la manière dont nous avons construit dans un souci de cohérence de soi un florilège intime de la représentation du monde et, en conséquence, des interactions sociales. La place majeure des représentations se trouve très largement soulignée lorsqu'il s'agit d'explicitier le concept de perception. Les interactions permanentes, remuantes, remaniées, évolutives construisent une illusion du réel, mais cela n'exclut pas que cette valse des objets ainsi figurés, représentés, nous donne le vertige. Le refuge serait de figer son irréalité perceptive pour éviter le tournis. Une anecdote familiale peut illustrer notre propos. Alors que nous étions à table en famille et que le débat était vif, une vieille tante nonagénaire, pour couper court à toute dialectique, dit : « *Ce que je pense, c'est la vérité* ». Heureuse femme que rien ne vient perturber dans sa lecture du monde. La conviction, quelle qu'en soit la

1. Prologue de *l'Évangile selon Jean* (1894).

2. Cité par Amphoux & Dorival (2006), p. 315-327.

formulation, reste une force. Tous les êtres ne jouissent pas d'une aussi belle assurance.

Dans le début du chapitre 2 de l'ouvrage sont abordées deux notions fondamentales qui ouvrent vers une lecture dynamique de l'équilibre en santé mentale, ceux de continuum et d'homéostasie. G. Canguilhem nous a familiarisés avec l'idée d'un continuum en santé en y incluant le champ de la pathologie. Les oscillations adaptatives entre évitement et confrontation marquent ô combien l'extrême difficulté qu'il y a – sans même en discuter l'intérêt – de classifier les états intermédiaires entre ces deux pôles. Les interactions sujet-milieu viennent sans cesse repositionner la personne dans ses tentatives de rééquilibre. La dynamique ne préjuge pas du coût psychique et émotionnel pour le faire. Cette contribution à ce point de l'ouvrage est essentielle à la compréhension de la suite, puisqu'elle pose le cadre dans les différents espaces du sujet en thérapie, incluant le thérapeute, tels que l'espace inconscient, émotionnel, temporel, social, etc.

Le livre offre des outils de lecture qui sont des heuristiques pertinentes à qui veut se saisir d'une approche systémique. C'est ainsi que *ce s a m e*¹ permet d'embrasser l'ensemble des cognitions, émotions, incluant les autres dans le monde et l'environnement. L'outil situe le sujet au centre d'un dispositif – au sens où l'entend G. Agamben (2011) – dont les interactions réelles et symboliques sont innombrables et génératrices de tournis existentiels parfois jusqu'au mal-être.

Les multiples contributions des autrices et des auteurs assurent, l'une après l'autre, une belle indépendance au regard de la classification hégémonique et dirons-nous asséchante du DSM. Ces escapades de côté ne sont pas des frondes stériles, mais des ouvertures vivifiantes et fertiles à la clinique psychothérapeutique et à sa finalité qui est le *prendre soin*, un prendre soin des sujets dans leur complexité, singularité, fragilité et force tout à la fois, un prendre soin qui s'inscrit dans une perspective non seulement systémique, mais tout autant humaniste.

Nul doute que l'ouvrage trouvera à satisfaire le lecteur le plus exigeant pour peu qu'il accepte de s'immerger sans retenue et sans ménagement dans le foisonnement des contributions. Pour les professionnels, il est une invitation sans réserve à se saisir d'une démarche psychothérapeutique structurée, éthique, mue par l'esprit de finesse, de justesse et de géométrie, et dont l'intelligence et la pertinence sont en permanence au service du sujet souffrant.

1. Voir chapitre 3.

RÉFÉRENCES

- AGAMBEN, G. (2011). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris : Rivages Poche, Petite Bibliothèque.
- AMPHOUX, C.-B., & DORIVAL, G. (2006). Des oreilles, tu m'as creusées » ou « un corps, tu m'as ajusté ? À propos du psaume 39, (40 TM), MOM. In *Mélanges offerts à Michel Casevitz* (p. 315-327). Lyon : Maison de l'Orient et de la Méditerranée Jean Pouilloux.
- BOBIN, C. (2003). *La lumière du monde*. Paris : Gallimard, coll. « Folio ».
- ÉLUARD, P. (1966). *Capitale de la douleur, Mascha riait aux anges*. Paris : Gallimard, coll. « Poésie ».
- FIAT, E. (2019). *Ode à la fatigue*. Paris : Éditions de L'Observatoire.
- LEVINAS, E. (1990). « L'éthique est transcendance ». In : E. Hirsch, *Médecine et éthique, le devoir d'humanité*. Paris : Le Cerf.
- NIETZSCHE, F. (1967). *Le gai savoir*. Paris : Gallimard.
- Prologue de l'Évangile selon Jean*. Trad. A. Crampon. (1894).

Introduction

Grégoire Vitry, Emmanuelle Gallin, Olivier Gabriel Brosseau

PETITE HISTOIRE DE L'APPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE
À TRAVERS LES SIÈCLES

Souvent, cédant à une certaine paresse intellectuelle ou au confort d'un mode de pensée causal, nous voyons l'histoire de manière linéaire, suivant une chronologie marquée par des événements, qui, considérés comme causes, vont avoir des effets : une lecture qui porte en elle un sens plus ou moins acceptable et accepté, une lecture qui rassure, une lecture-socle de notre identité individuelle et collective. Pourtant, lorsqu'on étudie l'histoire de la santé mentale, surgissent des niveaux de lecture plus complexes car nous voyons combien elle est influencée, définie et liée par des processus sociétaux et paradigmatiques. Se reflètent à travers elle les mille façons dont se redessinent sans cesse les frontières fluctuantes de la folie en fonction des croyances et des paradigmes. « La folie a une histoire, le fou a une fonction dans la société », écrit Michel Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961). C'est ainsi que le rapport au fou et à la folie permet de pénétrer les époques et les sociétés pour mieux en saisir les liens qu'elles entretiennent avec leurs environnements matériels et immatériels. Remontons le temps...

Autrefois domaines des dieux, des forces surnaturelles et invisibles, ou encore châtiments envoyés par des ennemis, la folie est souvent associée aux mauvais esprits qui ont pris possession de la personne selon la plupart des schèmes de types animistes ou chamanistes. La médecine babylonienne évoque ainsi un démon des maladies mentales. La médecine de la Haute Antiquité est aussi profondément marquée par le religieux et le magique avec, dans l'Égypte pharaonique, des prêtres-médecins qui combattent la maladie avec des songes thérapeutiques et des formules magiques souvent adressées à Sekhmet, cette déesse capable de

répandre la maladie sur Terre et de la soigner. De même, dans la Grèce antique, les malades se pressent au sanctuaire d'Asclépios d'Épidaure où on pratique aussi la médecine par les songes. En Chine, la philosophie du Tao ouvre une toute autre vision de la santé mentale associée au mouvement de l'âme, indissociable de sa relation à l'environnement, comme le rappelle François Jullien dans le chapitre 4. L'avènement de la rationalité scientifique fondée sur l'observation écartera l'idée de l'intervention divine. Les philosophes grecs expliqueront le fonctionnement de ces conflits intérieurs : maladies de l'âme pour Sénèque qui, comme les stoïciens, prône une guérison par la réflexion, maladies relevant de la médecine ou de la physique selon Caelius Aurelianus, maladies liées à un déséquilibre des humeurs pour Empédocle, Hippocrate et Galien, peu à peu se dessine une vision individuelle de la maladie, centrée sur l'individu et la biologie, qui va perdurer pendant des siècles.

Mais, parallèlement à cette vision scientifique de la santé mentale, la vision surnaturelle de la folie perdure. La reconnaissance du christianisme comme religion officielle de l'Empire romain par l'empereur Constantin (312) ramène la folie dans le champ du péché et des combats contre des passions humaines. Longtemps, la folie est chassée par les incantations et les prières. Longtemps, elle demeure la punition des dieux. Le Deutéronome (28:28) rappelle ainsi que, pour punir les hommes de leurs péchés, Yahvé frappera « de délire, d'aveuglement et d'égarement d'esprit ». Le religieux punit le péché par la folie : « La pensée de la folie n'est que péché » (Proverbes, 24:9).

Au Moyen Âge, le fou fait partie de la société. Il amuse, il divertit. Il conserve ce lien avec l'invisible à la fois reconnu et craint. Mais avec l'apparition de la théorie démoniaque de la folie et la création de l'Inquisition en 1231, le fou revêt une dimension politique et religieuse et devient à la fois l'incarnation du Malin et un danger pour la société. En 1486, le traité de démonologie *Malleus maleficarum* prône l'élimination des fous et des sorcières. Ce n'est que deux cents ans plus tard que l'édit royal de 1682 abolira les poursuites pour faits de sorcellerie ou de possession. Mais le fou demeurera celui qu'on exclut et qu'on enferme. Michel Foucault interprète ce moment charnière comme l'origine d'une nouvelle appréhension de la folie qui serait celle que nous avons encore aujourd'hui, opposant une idée de normalité au pathologique, voire à la déviance.

De la Révolution au début du XIX^e siècle, la nosographie de la santé mentale quitte peu à peu le domaine du religieux. Les avancées de la méthodologie scientifique de classification des plantes et des espèces inspirent les premières nosographies des troubles et des maladies (1763). Avec Pinel (1866) et Esquirol (1838) naissent les asiles et une nosographie scientifique et philosophique de la santé mentale reprenant les catégories de l'Antiquité (aliénation mentale,

manie, mélancolie, démence et idiotie) qui seront la base de la loi de 1838 qui définit les modalités d'internement des malades. Considérée comme maladie biologique, la folie est traitée avec les thérapies de choc (électrochoc), la cure de Sakel (insuline), la psychochirurgie (lobotomie) et, à partir des années 1950, la chimiothérapie (neuroleptiques). Les avancées technologiques ont peu à peu ouvert le champ des neurosciences avec des conséquences profondes sur l'appréhension de la maladie mentale, isolant de plus en plus l'individu de son environnement et de lui-même. Malgré l'émergence d'une lecture biopsychosociale dès le début du XX^e siècle distinguant maladies exogènes et maladies endogènes que l'on retrouve dans le *Traité de psychiatrie* de Kraepelin paru en 1909 (Haustgen & Sinzelle, 2010), intégrant l'environnement dans les troubles de santé mentale (Morita, 1928), la classification reste profondément ancrée dans une observation de la biologie de l'individu, excluant la fonction du langage et de la pensée, l'influence de la relation aux autres et, plus généralement, à l'environnement et à la culture.

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE ET LES ENJEUX DE LA SANTÉ MENTALE AU XXI^e SIÈCLE

À la même époque, dans les années 1950, l'École de Palo Alto interroge la pensée dominante en matière de psychiatrie (notamment pour le soulagement plus rapide des souffrances psychiques dans le traitement des traumatismes de guerre et de schizophrénie) et inscrit la santé mentale dans le prisme du paradigme constructiviste, définissant l'état de santé mentale comme symptôme d'un système interactionnel du rapport avec soi-même, les autres et le monde.

Les liens entre ces différents paradigmes sur la perception de la santé mentale et leurs conséquences ne peuvent pas être ignorés si l'on veut comprendre aujourd'hui deux visions de la santé mentale que l'on ne peut pas opposer, mais qui s'enrichissent l'une l'autre, tant dans la théorie que dans la pratique. Différentes approches thérapeutiques – thérapie familiale systémique, thérapie orientée solution ou résolution de problème, etc. – ont été développées à partir de l'approche constructiviste de Palo Alto (voir chapitre 1). Ces approches systémiques sont souvent regroupées aujourd'hui sous le terme générique de « thérapies brèves ». Parmi elles, la thérapie brève systémique et stratégique développée par le Centre de Thérapie Stratégique (CTS) d'Arezzo de Giorgio Nardone et par le Centre de recherche LACT continuent de développer de nouvelles modélisations théoriques et opératoires, comme le guide de questionnement *c e s a m e*, présenté dans le chapitre 3, en tenant compte de l'évolution récente de la modélisation théorique de Palo Alto.

Les recherches de LACT ont également permis d'évaluer scientifiquement l'efficacité de l'approche systémique et stratégique grâce à la mise en place d'un réseau de recherche et de pratique systémique (SYPRENE) décrit dans le chapitre 10. Les résultats de SYPRENE sur l'efficacité de l'approche pour chacun des troubles seront également présentés dans les chapitres dédiés aux diagnostics systémiques.

Parmi les nouvelles modélisations, dans la poursuite des recherches entamées par le Mental Research Institute (MRI) en 1974 par l'équipe de John Weakland (1974), puis par Steve de Shazer (1988) sur la création d'une échelle à question unique qui améliorerait de manière significative l'efficacité des thérapies, Vitry *et al.* (2024) ont développé l'échelle de résolution de problème (*Problem Solving Scale* [PRS]).

C'est ainsi qu'aujourd'hui l'approche systémique continue d'interroger les approches biomédicales contemporaines à différents niveaux et pose à nouveau la question de l'appréhension de l'être humain dans la conception de la santé mentale : un homme limité à sa biologie interne ou plus globalement comme devant être considéré dans le lien qu'il tisse avec lui-même, les autres et le monde. L'approche systémique stratégique interroge l'approche diagnostique, grâce à une pratique opératoire strictement définie qui place la relation au cœur de la thérapie. En tant qu'approche théorique, mais aussi pratique, elle interroge le processus au-delà de l'approche diagnostique conventionnelle centrée sur les symptômes et l'individu. Ces questions fondamentales illustrent ces deux visions différentes de la santé mentale, que l'on ne saurait opposer, mais plutôt superposer. Encore une fois, il ne s'agit pas de prendre parti, mais d'observer.

Diagnostic systémique et diagnostic médical

Le diagnostic systémique implique une lecture processuelle du problème du patient. Il nécessite une approche spécifique pour chaque situation, globale et bio-psycho-sociale, de l'individu dans son contexte (Engel, 1977). Les interventions ne peuvent pas être généralisées (la même prescription qui soigne ou améliore notablement les symptômes d'un patient peut aggraver la situation d'un autre) et ne sauraient remplacer une consultation médicale. Un diagnostic médical, comme un traitement médicamenteux, ne peut être établi que par un médecin lors d'une consultation en personne.

À l'heure d'une explosion des dépenses de santé mentale et des chiffres alarmants de la santé mentale en France, l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies demeure occultée dans un débat sur le meilleur modèle de recherche pour une pratique fondée sur des données probantes. Or, l'intégration d'une lecture complexe, contextualisée et processuelle contribue à une prise en charge plus efficiente de la santé mentale.

UN VÉRITABLE GUIDE DU DIAGNOSTIC SYSTÉMIQUE ET DES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Cet ouvrage rassemble des chercheurs, médecins, psychiatres, praticiens, psychologues, philosophes pour témoigner de cette pratique encore mal connue. Il expose les théories constructivistes systémiques et stratégiques sous le regard de la recherche sur l'évaluation des thérapies systémiques et présente, pour chaque type de trouble, les lignes d'un diagnostic systémique fondé sur les processus interactionnels. C'est la rencontre entre deux mondes qui ne se côtoient que rarement : le monde des praticiens systémiciens (médecins, psychiatres, psychologues ou thérapeutes) et celui de la recherche ; elle aboutit à une lecture croisée des pratiques systémiques et de leurs évaluations en termes de recherche quantitative et qualitative.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la dimension théorique de l'approche systémique et stratégique, présentant les racines constructiviste et cybernétique de la pensée de l'École de Palo Alto, ainsi que les modélisations théoriques les plus récentes d'une approche biomédicale au continuum de contrôle, du concept de système de réaction-perception au guide de questionnement *c e s a m e* (voir chapitre 3). Le philosophe François Jullien reviendra également dans cette première partie sur l'influence du langage de l'être sur nos fonctionnements mentaux, et Padraic Gibson sur le rôle du langage stratégique dans le processus de changement.

Dans la deuxième partie consacrée aux perspectives qu'implique une lecture systémique de la santé mentale, Géraldine Talbot présentera les conséquences du passage d'une lecture nosographique à une lecture systémique et interactionnelle ; Patrick Bantman témoignera de l'importance du rôle de l'alliance thérapeutique avec les familles dans la pratique psychiatrique, Jean-Paul Gaillard abordera le rôle du systémicien à l'heure des mutations sociétales ; Emmanuelle Gallin précisera les notions de normal et de pathologique dans le prisme de la systémie ; enfin, Rytis Pakrošnis, Grégoire Vitry et Padraic Gibson présenteront les derniers résultats du réseau de recherche et de pratique SYPRENE sur l'efficacité de la pratique systémique.

Dans la troisième partie de l'ouvrage, un véritable guide du diagnostic systémique et de l'intervention stratégique a été rédigé par des praticiens, systémiciens, chercheurs et enseignants, qui sont membres des centres de recherche CTS d'Arezzo de Giorgio Nardone (Italie) et LACT à Paris (France), de l'Université de Dublin (Irlande), de la Brigham Young University (États-Unis), de l'Université autonome du Paraguay et de l'Université de Macerata (Malte). Les troubles abordés sont organisés par catégories : phobies et troubles anxieux, troubles obsessionnels

compulsifs, dépression et traumatismes, troubles alimentaires, addictions, troubles de la personnalité, couples et familles.

La classification des troubles a été dressée selon une lecture interactionnelle spécifique et globale qui peut parfois conduire à des divergences avec la nosographie classique. Par exemple, la procrastination fait l'objet d'un chapitre à part, dans la section consacrée aux phobies et aux troubles anxieux. Ce choix a été fait car procrastiner correspond à une habitude dysfonctionnelle bien spécifique (je dois faire, et je choisis de reporter), habitude fondée sur la peur que l'on retrouve régulièrement en consultation. De même, les troubles obsessionnels compulsifs impliquent des pensées ou des comportements de nature très diverses. Nous les avons regroupés dans cinq chapitres : les troubles obsessionnels avec rituels, les troubles obsessionnels sans rituel ni doute pathologique, le doute pathologique, l'hypocondrie et la dysmorphophobie. Autre particularité : le burn-out et autres troubles de la performance sont classés dans la section « Dépression et traumatismes » aux côtés des dépressions et du trouble de stress post-traumatique.

Le lecteur se familiarisant avec la lecture interactionnelle des troubles au fil de l'ouvrage trouvera vite sa voie à travers ces pages et verra en ce guide du diagnostic systémique et de l'intervention stratégique un outil pratique d'intervention.

Pour en faciliter l'usage, chaque type de trouble de santé mentale est présenté sous forme de chapitre structuré en dix points.

1. L'histoire de l'appréhension du trouble à travers différentes époques illustre combien le regard sur la santé mentale a évolué en fonction des croyances, des connaissances, des paradigmes sociétaux, des découvertes scientifiques et des évolutions technologiques. Cette constante évolution nous enseigne qu'une approche unique ne peut pas être envisagée. Elle serait comme percevoir le monde avec un seul sens.
2. La nosographie psychiatrique classique (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition [DSM-5]) de chaque trouble est résumée.
3. Le diagnostic systémique introduit la lecture interactionnelle du trouble, les tentatives de solution redondantes présentes et l'approche stratégique permettant de bloquer ces habitudes dysfonctionnelles.
4. Des exemples de questions stratégiques permettant de discriminer le type de trouble sont présentés.
5. Ensuite, les stratégies d'intervention regroupent les principales prescriptions qui pourront être utilisées par l'intervenant. Un Abécédaire des prescriptions se trouve à la fin de l'ouvrage et rappelle le détail de chaque tâche et les troubles pour lesquels elles peuvent être utilisées.

6. Des exemples de métaphores et d'aphorismes adaptés au trouble sont donnés et permettent à l'intervenant de les reprendre.
7. Une étude de cas est associée à chaque trouble et permet de suivre l'intervention stratégique mise en place dans un contexte qualitatif.
8. Une fiche récapitulative résume les caractéristiques de chaque trouble avec des exemples de questions stratégiques, les tentatives de solutions, les prescriptions, les métaphores et aphorismes telles que présentées par l'auteur spécialiste du trouble étudié. Ces données sont croisées par les résultats de l'analyse des données du réseau de pratique et de recherche SYPRENE présentés dans les guides d'intervention et de questionnement.
9. Un guide d'intervention et de questionnement issu de l'analyse des données des observations des systémiciens du réseau de pratique et de recherche SYPRENE reprend les données de recherche permettant de caractériser les processus de fonctionnement des différents troubles et d'évaluer l'efficacité de l'approche systémique et stratégique pour chacun des troubles (voir ci-après).
10. Les références bibliographiques pour chaque trouble sont indiquées à la fin de chaque chapitre.

Pour certains thèmes, des lectures complémentaires sont proposées avec un accès par QR code.

Pour chaque trouble, nous avons choisi de présenter une synthèse, sous forme de six questions avec leurs réponses chiffrées (une figure, cinq tableaux), sur la base du nombre d'observations faites par les praticiens SYPRENE en 2023. Ce réseau de pratique et de recherche unique et les méthodes de mesures d'évaluation de l'approche systémique et stratégique qui en sont issues sont expliqués au chapitre 10.

Toutes les données exploitées dans chaque synthèse sont calculées sur la base de cas clôturés. Un cas clôturé est un ensemble de rendez-vous pour lesquels le trouble étudié a été diagnostiqué et documenté par le praticien, et dont le dernier rendez-vous est qualifié comme tel dans la base de données. L'ensemble des synthèses complètes a été produit sur une base de 30 cas au minimum.

À quoi correspondent les pourcentages indiqués dans les tableaux présentés dans le guide d'intervention et de questionnement ?

À partir des données de l'ensemble des contributeurs actifs du réseau de praticiens systémiciens SYPRENE, nous avons indiqué, pour chaque trouble étudié, les champs des tentatives de solutions, les émotions, les prescriptions, les problématiques liées au trouble (comorbidités) et l'efficacité de l'approche. Les pourcentages présentés correspondent aux taux de prévalence de certaines observations de la pratique systémique pour un échantillon donné.

Il s'agit, par exemple, dans le champ de l'observation des tentatives de solutions, des habitudes dysfonctionnelles les plus observées (dans le cas des troubles phobiques, *chercher des réponses*, des informations qui représentent 13 % des tentatives de solutions observées sur l'échantillon n = 24).

Comment s'en servir en tant que praticien systémicien ?

Ces données témoignent des principales tendances observées pour un trouble donné sur l'ensemble des critères renseignés. Par exemple : pour les troubles phobiques et phobies sociales, « éviter les situations sociales générant la peur » est présent dans près d'un cas sur deux (49 %), le plus souvent en association avec une volonté de « contrôler rationnellement des réactions émotionnelles » (29 %). Ces indications peuvent guider le praticien systémicien dans l'orientation de son questionnement en vue de confirmer, d'infirmer ou de discriminer le mode de fonctionnement du problème du patient sur l'ensemble des dimensions (cognitive, émotionnelle, somatique, environnementale) et d'affiner ainsi son diagnostic systémique (tentatives de solution) pour ajuster sa stratégie d'intervention (prescriptions).

Chaque synthèse présente les éléments suivants.

- *La dynamique de fonctionnement du trouble.* Nous avons représenté le continuum de contrôle dans le but de visualiser comment se répartissent les tentatives de solutions entre évitement et contrôle/confrontation. La figure 1 illustre cette répartition pour les troubles phobiques et ce type de schéma sera repris pour chaque trouble étudié.



Figure 1. Comment se répartissent les tentatives de solution sur le continuum de contrôle ?

TSR : tentatives de solution redondantes.

- *Le classement des principales tentatives de solution constatées pour le trouble étudié.* Un tableau classe les principales tentatives de solution à partir desquelles, une fois qu'elles sont identifiées, le thérapeute systémicien mettra en œuvre des prescriptions (généralistes ou spécifiques) visant à aider le patient à bloquer ses tentatives de solution. Ces tentatives de solution sont classées par niveau auquel chacune est mise en œuvre par le patient et identifiée par l'intervenant à l'aide du questionnement *c e s a m e* (cognitif, émotionnel, somatique, autres, monde, environnement). Le tableau 1 fournit un exemple pour les troubles phobiques.

Tableau 1. Quelles sont les tentatives de solution les plus observées ?

Cognitif (c de c e s a m e)	Chercher des réponses, des informations (ruminations)	13 %
	Chercher à échapper à des pensées intrusives	13 %
	Chercher à échapper à des souvenirs douloureux ou effrayants	11 %
Émotion (e de c e s a m e)	Vouloir contrôler des réactions émotionnelles de manière rationnelle	25 %
	Nier des informations ou des émotions ou chercher à y échapper	16 %
Somatique (s de c e s a m e)	Contrôler son corps par la pensée	13 %
	Vouloir contrôler son comportement ou sa façon de s'exprimer	7 %
Autres, monde, environnement (ame de c e s a m e)	Éviter les situations sociales générant de la peur	49 %
	Éviter les régulations nécessaires	36 %
	Cacher un défaut, une faiblesse	20 %
	Renoncer à se battre, abandonner se résigner	13 %
	Demande de réassurance	13 %

- *Les émotions sous-jacentes constatées dans le trouble étudié.* Nous avons répertorié et classé par ordre de prévalence les émotions sous-jacentes au cœur de la perception du patient et qui permettent de mieux comprendre les processus en œuvre entre les différents niveaux de perception selon le trouble étudié. Notons que le renseignement des émotions ressenties correspond à un champ spécifique dans le programme SYPRENE. Le tableau 2 fournit un exemple pour les troubles phobiques.

Tableau 2. Quelles sont les émotions sous-jacentes au cœur de la perception ?

Peur	86 %
Douleur	31 %
Culpabilité	29 %
Colère	29 %
Honte	16 %

- *La manière de guider l'intervention.* Les prescriptions mises en œuvre par les intervenants du programme SYPRENE ont été classées selon leur fréquence de prescription. Les prescriptions appelées « généralistes », dites « prescriptions de diagnostic » (non spécifiques à un trouble en particulier), sont utilisées pour aider le patient à identifier ses propres tentatives de solution. Les autres prescriptions, plus spécifiques, dites « prescriptions d'intervention », sont utilisées pour aider le patient à bloquer ses tentatives de solution et sont classées selon le niveau d'intervention que l'intervenant a identifié grâce au questionnement c e s a m e. Par exemple, pour les troubles phobiques, les prescriptions seront classées comme indiqué dans le tableau 3. Rappelons que chaque prescription est décrite dans l'Abécédaire des prescriptions situé à la fin de l'ouvrage.

Tableau 3. Quelles sont les prescriptions généralement mises en œuvre par les intervenants en fonction de la problématique du patient ?

Généralistes	Comment aggraver ?	51 %
	Échelle	35 %
	Comme si	21 %
	Observation	16 %
Émotion (e de c e s a m e)	Carnet de bord	33 %
	Lettres émotionnelles	32 %
	Demi-heure du pire	24 %
	Imaginer le pire	12 %
Autres, monde, environnement (ame de c e s a m e)	Afficher	23 %
	Prendre un petit risque	9 %

- *La prévalence des problématiques et comorbidités associées au trouble étudié.* Les problématiques et comorbidités généralement associées au trouble telles que rencontrées et diagnostiquées par les praticiens du programme SYPRENE ont été classées selon leur prévalence. Le tableau 4 fournit un exemple, toujours pour les troubles phobiques.

Tableau 4. Quelles sont les différentes problématiques généralement associées (comorbidités) ?

Problème relationnel dans l'entreprise	22 %
Confiance en soi	21 %
Problème relationnel dans le couple	13 %
Problème avec ses émotions	13 %
Problème relationnel dans la famille	12 %
Burn-out	10 %
Doute pathologique	8 %
Obsessions	8 %
Perfectionnisme	8 %
Procrastination	8 %
Obsessionnel phobique	7 %
Trouble de l'adaptation	7 %
Trouble panique	6 %

- *L'efficacité de l'intervention observée par les praticiens qui ont diagnostiqué et traité ce type de trouble.* Enfin, nous avons regroupé les informations sur la durée de la thérapie, son résultat (résolu, amélioré, non résolu) et le calcul

de l'efficacité de l'approche (résultat/durée) pour évaluer l'efficacité de l'intervention systémique et stratégique selon les troubles étudiés. Le résultat de l'intervention est évalué par le thérapeute au dernier rendez-vous à l'aide de l'échelle de résolution de problème (PRS, de 0 à 10, présentée au chapitre 10) qui lui permet d'évaluer si le cas est résolu (note de 7 à 10), amélioré (de 4 à 6) ou non résolu (de 0 à 3). Le nombre moyen de séances et la durée moyenne de l'intervention sont calculés à partir des données qualifiant chaque rendez-vous (jour, date, statut du rendez-vous : premier rendez-vous/intervention/dernier rendez-vous). Le tableau 5 fournit un exemple pour les troubles phobiques :

Tableau 5. Efficacité de l'approche systémique stratégique sur les situations de troubles phobiques

Efficacité de l'approche systémique stratégique sur les situations de troubles phobiques	89 %
Nombre de cas résolus	41 %
Nombre de cas améliorés	49 %
Nombre de cas non résolus	11 %
Nombre moyen de séances	5,9
Durée moyenne des interventions	6,6 mois

Pour chaque tableau de données présenté dans ces guides d'intervention et de questionnement, les bases de calcul à partir desquelles sont issus les pourcentages indiqués sont précisées en note de bas de page et correspondent au nombre des observations documentées par les praticiens sur chaque critère pris en compte. Les bases varient au gré du nombre effectif d'observations réalisées par le praticien pour chaque critère. Par exemple, pour les troubles phobiques, n représentant la taille des effectifs renseignés dans SYPRENE pour chaque critère pris en compte :

Les pourcentages sont issus des bases SYPRENE observées en 2023 (tentatives de solution, n = 60 ; émotions, n = 49 ; prescriptions, n = 223 ; problématiques associées, n = 153 ; efficacité, n = 185).

Pour certains troubles, les données de SYPRENE étant insuffisantes, les données sur la fréquence des tentatives de solution, les prescriptions données et l'efficacité de l'approche n'ont pas pu être calculées. Dans ce cas, et lorsque cela était possible, les auteurs ont pu faire un état de leurs propres résultats ou des résultats du CTS.